oktober 2025

HOSPICES IN NEDERLAND

Adviezen richting toekomstbestendige inrichting en bekostiging

GUPTA
STRATEGISTS

HOSPICES IN NEDERLAND

Adviezen richting toekomstbestendige inrichting en bekostiging

Inhoudsopgave

Over dit rapport 5
Samenvatting van ons advies 8

HOOFDSTUK 1
Verkenning van het hospicelandschap 10
Hospices bieden formele en informele zorg aan mensen die gaan overlijden 11
Hospices zijn er voor mensen met een korte levensverwachting 11
In een hospice krijgen mensen formele en informele zorg 11
Er zijn regionale verschillen in het aantal hospicebedden 12
De meeste mensen zijn binnen een half uur in het dichtstbijzijnde hospice 13
Bij opname in het hospice hebben de meeste cliënten een vergelijkbare zorgvraag 14
Indicatie voor opname verschilt tussen hospices, vaak meerdere functies betrokken 15
De organisatievorm verschilt tussen hospices 16
Belangrijk organisatorisch onderscheid is of het hospice formele zorg levert 16
Gemiddelde ligduur en bezettingsgraad verschillen tussen hospices 17
De mix van betaald personeel en vrijwilligers verschilt tussen hospices 18
De wijze van bekostiging verschilt tussen hospices 20
Formele zorg wordt meestal bekostigd uit de Zvw, maar niet door elk hospice geleverd 20
Bekostiging vanuit subsidies verschilt tussen hospices 21
Bekostiging vanuit particulieren verschilt tussen hospices 22
Totale uitgaven aan (zorg in) hospices zijn onbekend, enkel te schatten 23
Uitgaven aan (zorg in) hospices ongeveer EUR 240 mln in 2024 23
Uitgaven aan (zorg in) hospices naar verwachting EUR 280 mln in 2025 24
Er is geen totaalbeeld van het exploitatieresultaat van hospices 24
Er zijn verschillen in exploitatieresultaat 2024 tussen hospices 25
De opbouw van de omzet van hospices die formele zorg leveren varieert 26
De opbouw van de omzet van hospices die niet zelf formele zorg leveren varieert 27
Er zijn verschillende archetype hospices 28

HOOFDSTUK 2
Consequenties van variatie in organisatievormen van hospices 29
Het ontbreekt aan (structureel) inzicht in de beschikbaarheid van formele zorg 30
Bijna alle Nederlanders hebben meerdere opties binnen 30 autominuten 30
Hospices hebben wisselend zicht op wachtlijsten en beschikbaarheid in de regio 30
Zorgverzekeraars hebben zorgplicht, maar kunnen hier moeilijk aan voldoen 31
Het is onduidelijk wie aanspreekbaar is op (uitbreiding van) hospicecapaciteit 31
In 2040 zijn naar verwachting 200 tot 450 extra hospicebedden nodig 31
Hospices hebben geen zekerheid dat risico's van opschaling gedekt zijn 32
Verzekeraars weten niet of er voldoende opgeschaald is in 2024 32

Er is weinig inzicht in en grip op kwaliteit, door een onoverzichtelijk landschap en onderlinge afhankelijkheden **33**
Het is voor de cliënt onduidelijk voor welke vorm en kwaliteit van zorg hij kiest 33
Hospices delen de verantwoordelijkheid voor kwaliteit vaak met anderen 33
Verzekeraars hebben beperkt inzicht in kwaliteit van formele zorg in hospices 33
Het is de vraag of de huidige bekostigingsstructuur hospices ondersteunt **34**
De directe out-of-pocketkosten voor cliënten verschillen tussen hospices 34
Hospices zijn afhankelijk van precaire financieringsconstructies die leiden tot uiteenlopende productieprikkels 34
Verzekeraars sturen beperkt op betaalbaarheid van formele zorg in hospices 35
Conclusie: de situatie is precair **35**

HOOFDSTUK 3
Toekomstbestendige inrichting en bekostiging van het hospicelandschap **37**
Samenvatting van ons advies **38**
1) Maak duidelijk onderscheid tussen de twee functies van een hospice **40**
2) Zorg voor afbakening van de doelgroep per soort hospice **40**
Noodzaak tot afbakening van aanspraak op formele zorg met verblijf 40
Beide soorten hospices blijven noodzakelijk 41
Zorgvuldige afbakening van de aanspraak is nodig om passende zorg te bevorderen 41
3) Verduidelijk positie van formele hospices met verblijf **42**
Hospices die formele zorg met verblijf leveren zijn zorgaanbieders voor de wet 42
Zorgverzekeraars hebben zorgplicht voor formele zorg met verblijf 42
Kwaliteit en transparantie zijn geborgd via wettelijke kaders voor zorgaanbieders en via zorginkoop 42
Bekostiging van 'formele hospices' 43
4) Verduidelijk positie van hospices die verblijf bieden als alternatief voor thuis **44**
Maak het sociaal domein expliciet verantwoordelijk voor beschikbaarheid van verblijf met informele zorg 44
Verzekeraars hebben zorgplicht voor formele zorg zonder verblijf, thuis of in hospice 46
Kwaliteit en transparantie te borgen via wettelijke kaders voor publieke gezondheid 46
Bekostiging van 'informele hospices' 48
Route en tijdspad naar herinrichting landschap **49**
Slotwoord 50

Bijlagen **51**
Bijlage A Reistijden naar hospices, per type hospice o.b.v. zelfrapportage **52**
Bijlage B Beleid zorgverzekeraars **53**

Over dit rapport

Over dit rapport

Dit rapport is geschreven door Gupta Strategists. Het onderzoek werd uitgevoerd binnen het kader van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II), in opdracht van het ministerie van VWS. Het NPPZ II heeft als doel om de maatschappelijke bewustwording over palliatieve zorg te vergroten en proactieve zorg en ondersteuning voor iedereen beschikbaar te maken. Het ministerie van VWS beoogt met dit onderzoek stappen te zetten richting robuuste en duurzame hospicezorg voor alle Nederlanders.

In 2024 is vanuit het NPPZ II voor de eerste keer een gestructureerd overzicht gemaakt van alle hospices in Nederland. Hierop voortbouwend was het nu pas voor het eerst mogelijk om variatie in organisatievormen in het hospicelandschap in kaart te brengen. Dit is van belang, omdat de variëteit in organisatievormen van invloed is op de bekostiging. Bekostiging is een belangrijk sturingsinstrument om maatschappelijke doelen te realiseren als betere toegankelijkheid, betere kwaliteit en efficiënte inzet van schaars zorgpersoneel.

Het rapport bestaat uit drie delen. Het eerste deel (de verkenning) bevat een zo feitelijk mogelijke beschrijving van het hospicelandschap in Nederland. Dit is gemaakt voor iedereen die beter wil begrijpen hoe het Nederlandse hospicelandschap eruitziet. Het tweede deel (de consequenties) bevat onze analyse van de uitdagingen waar zorgvragers, betalers en hospices mee te maken hebben als gevolg van de variatie in het huidige landschap. In het derde deel (toekomstbestendige inrichting en bekostiging) doen we aanbevelingen voor hoe het landschap er in onze optiek over vijf tot tien jaar uit zou moeten zien.

Gupta Strategists baseerde dit onderzoek op analyse van openbare gegevens uit openbare bronnen en informatie die door NPPZ II, hospices en koepelorganisaties beschikbaar werd gesteld. Aanvullend is gesproken met 14 organisaties die één of meerdere hospices uitbaten en met een aantal veldpartijen. Wij zijn de hospices dankbaar voor hun bereidheid om onze vele vragen te beantwoorden. Gedurende het onderzoek zijn onze bevindingen besproken in een klankborgroep met Actiz, Associatie Hospicezorg Nederland (AHzN) en Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ). De adviezen in dit rapport zijn van Gupta Strategists, overal waar 'wij' of 'onze' staat moet 'van Gupta Strategists' worden gelezen.

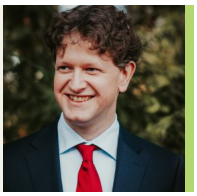
Voor inhoudelijke vragen over dit rapport kunt u contact opnemen met de auteurs:

Lissy van de Laar

lissy.vandelaar@gupta-strategists.com

Daan Livestro

daan.livestro@gupta-strategists.com



Voor vragen over palliatieve zorg in Nederland kunt u contact opnemen met het NPPZ II
nppzii@pznl.nl

Samenvatting van ons advies

We concluderen dat er op dit moment in Nederland sprake is van een onoverzichtelijk hospicelandschap met verschillende organisatievormen. Er is beperkt (structureel) inzicht in de beschikbaarheid, vraag naar en capaciteit van hospices, en het is onduidelijk wie de regie gaat nemen bij de benodigde uitbreiding van capaciteit. Daarbij is er beperkt inzicht in en grip op kwaliteit van zorg, en biedt de huidige bekostigingsstructuur niet altijd de juiste ondersteuning en prikkels voor organisaties en cliënten.

In dit rapport doen we een voorstel voor toekomstbestendige inrichting en bekostiging van hospices. Het gaat om een voorstel van hoe het landschap en de bekostiging er uiteindelijk uit kan zien. We verwachten dat het veld ten minste vijf jaar nodig heeft om toe te groeien naar de beschreven situatie.

De kern van ons voorstel is om een duidelijk onderscheid te maken tussen twee soorten hospices op basis van de functie die zij vervullen: formele zorg met medisch noodzakelijk verblijf versus een alternatieve verblijfplaats met informele zorg. Hierbij is een duidelijke afbakening nodig tussen mensen die op grond van hun zorgvraag 24-uurs-aanwezigheid van formele zorg nodig hebben, en anderzijds de mensen die dit niet nodig hebben, maar ook niet redelijkerwijs thuis kunnen overlijden.

Hospices die formele zorg met verblijf leveren, worden door de wet gezien als zorgaanbieder. De wettelijke kaders voor zorgaanbieders borgen kwaliteit, veiligheid en transparantie van deze vorm van zorg, die wordt bekostigd via zorgverzekeraars en zorgkantoren. Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben zorgplicht en zijn dus verantwoordelijk voor monitoring en borging van beschikbaarheid en capaciteit van formele zorg met verblijf. In deze hospices werkt de formele zorg samen met de informele zorg. We stellen voor om dit los te koppelen van subsidiebekostiging via het ministerie van VWS, en de kosten van opleiding en coördinatie van vrijwilligers mee te nemen in het elv-tarief.

Hospices die niet zelf formele zorg leveren, bieden een alternatieve verblijfplaats aan mensen die geen 24-uurs-aanwezigheid van formele zorg nodig hebben, maar voor wie het niet mogelijk of wenselijk is om op hun verblijfsplaats te sterven. Het hospice is verantwoordelijk voor de verblijfplaats en informele zorg en een derde partij biedt ter plaatse de formele zorg (net als thuis). We stellen voor om deze vorm van hospices in het sociaal domein onder te brengen. De verantwoordelijkheid voor voldoende capaciteit komt daarmee te liggen bij lokale overheden. Kwaliteit en transparantie zijn te borgen via de wettelijke kaders voor publieke gezondheid. Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben een zorgplicht voor formele zorg – thuis of in een hospice – via de wijkverpleging, vpt en mpt. Voor het opleiden en inzetten van informele zorg in deze hospices is, net zoals voor inzet thuis, VWS-subsidie beschikbaar. We stellen voor om de VWS-subsidie in te delen in regionale percelen om gericht regionale opschaling te kunnen stimuleren en te voorkomen dat groei van het aantal 'informele bedden' in de ene regio ten koste gaat van beschikbare middelen voor andere regio's waar uitbreiding maatschappelijk gezien mogelijk harder nodig is. Een overweging is of de vrijwilligers-middelen niet via lokale overheden verdeeld moeten worden, in lijn met hun verantwoordelijkheid om te zorgen voor voldoende verblijfsmogelijkheden met informele zorg in elke gemeenschap.

Hoofdstuk 1

Verkenning van het hospicelandschap

Hospices bieden formele en informele zorg aan mensen die gaan overlijden

Hospices zijn er voor mensen met een korte levensverwachting

Hospices bieden zorg en verblijf aan mensen met een levensverwachting korter drie maanden.[1] In 2024 verbleven er volgens inschatting 17 tot 19 duizend mensen in een hospice.[2] Dit is ongeveer 10% van het aantal mensen dat overleed in Nederland (172 duizend in 2024).[3] Het is onduidelijk hoeveel mensen precies in hospices zijn overleden. Zeker is dat ten minste 3% van de overledenen met behoefte aan palliatieve terminale zorg in een hospice overleed.[4] Dit is een onderschatting, omdat 'hospice' pas recent als optie wordt vermeld op het formulier van de doodsoorzaakverklaring. Bovendien is de vraag in hoeverre op het formulier van mensen die overlijden in een palliatieve unit in een groter verpleeghuis 'hospice' wordt aangevinkt. Zeker is dat de meeste mensen met behoefte aan palliatieve terminale zorg (naar verwachting twee derde van overledenen) niet in een hospice overlijden[4].

Mensen gaan naar een hospice vanuit hun thuissituatie, een tijdelijke verblijfslocatie[5] of vanuit het ziekenhuis. Instroom vanuit het verpleeghuis komt beperkt voor; mensen die in een verpleeghuis verblijven, overlijden er doorgaans ook. Eenmaal in het hospice opgenomen overlijden de meeste mensen daar. Naar schatting knapt 5% van de cliënten tijdens zijn of haar verblijf dermate op dat zij teruggaan naar huis of bijvoorbeeld verhuizen naar een verpleeghuis.[6]

Het predicaat 'hospice' is niet wettelijk beschermd en heeft uiteenlopende invullingen. Elke locatie met tenminste één kamer bestemd voor verblijf van iemand in de palliatieve terminale fase kan zich als hospice profileren. Afgelopen jaren gebruikten veldpartijen regelmatig een indeling in drie typen hospices: bijna thuis huizen, high care hospices en palliatieve units. In dit rapport kiezen we ervoor deze indeling, gebaseerd op zelftypering door organisaties, niet te gebruiken. Deze indeling is niet eenduidig en geeft niet altijd uitsluitsel over de organisatievorm en financiering van het hospice.

In een hospice krijgen mensen formele en informele zorg

In alle hospices krijgen mensen zowel formele als informele zorg. Formele zorg is zorg die wordt geleverd door beroepsmatige zorgverleners, zoals artsen, verpleegkundigen en verzorgenden. In de context van het hospice bestaat de formele zorg uit geneeskundige zorg zoals een huisarts die pleegt te bieden, verpleging en verzorging, psychologische zorg en paramedische zorg.[7] Beroepsmatige zorgverleners zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die zij leveren en daarop via het tuchtrecht aansprakelijk.[8]

1 Registreren en declareren hospicezorg, NZa (link)
2 Analyse Gupta Strategists m.b.v.: Berenschot "Hospicezorg Onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit" 2025, Registratierapportage – VPTZ en AHzN (2024), jaarverslagen hospices 2024
3 CBS overledenen; kerncijfers (link)
4 Cijfers over 2023. Bron: IKNL. Kerncijfers palliatieve zorg. Beschikbaar op www.palliaweb.nl
5 Instroom vanuit asielopvang, thuis- en daklozenopvang, woonzorgcentra voor mensen met een verstandelijke beperking of psychische kwetsbaarheid
6 Registratierapportage – VPTZ en AHzN (2024)
7 NZA Beleidsregel eerstelijnsverblijf (link)
8 Beroepsmatige zorgverleners tot en met MBO-niveau 3 hebben geen BIG-registratie en vallen buiten het tuchtrecht.

Informele zorg is zorg en ondersteuning die niet beroepsmatig wordt gegeven, zoals door mantelzorgers en vrijwilligers.[9] Vrijwilligerswerk in zorg en ondersteuning in hospices vraagt kennis en vaardigheden. Daarom krijgen zorgvrijwilligers in een hospice training en scholing voordat zij aan de slag mogen. Zorgvrijwilligers dragen relatief veel verantwoordelijkheid, in het bijzonder in hospices waar de formele zorg niet 24 uur per dag beschikbaar is. De zorgvrijwilliger moet dan signaleren of er noodzaak is de formele zorg in te schakelen. Vrijwilligerswerk in het hospice kan emotioneel belastend zijn, waardoor er noodzaak is om vrijwilligers intensief te begeleiden. Naast zorgvrijwilligers zijn er in hospices ook vrijwilligers die allerlei andere taken verrichten, denk aan: koken, tuinieren, onderhoudsklussen, fondsenwerving en bestuurlijke en coördinerende taken.

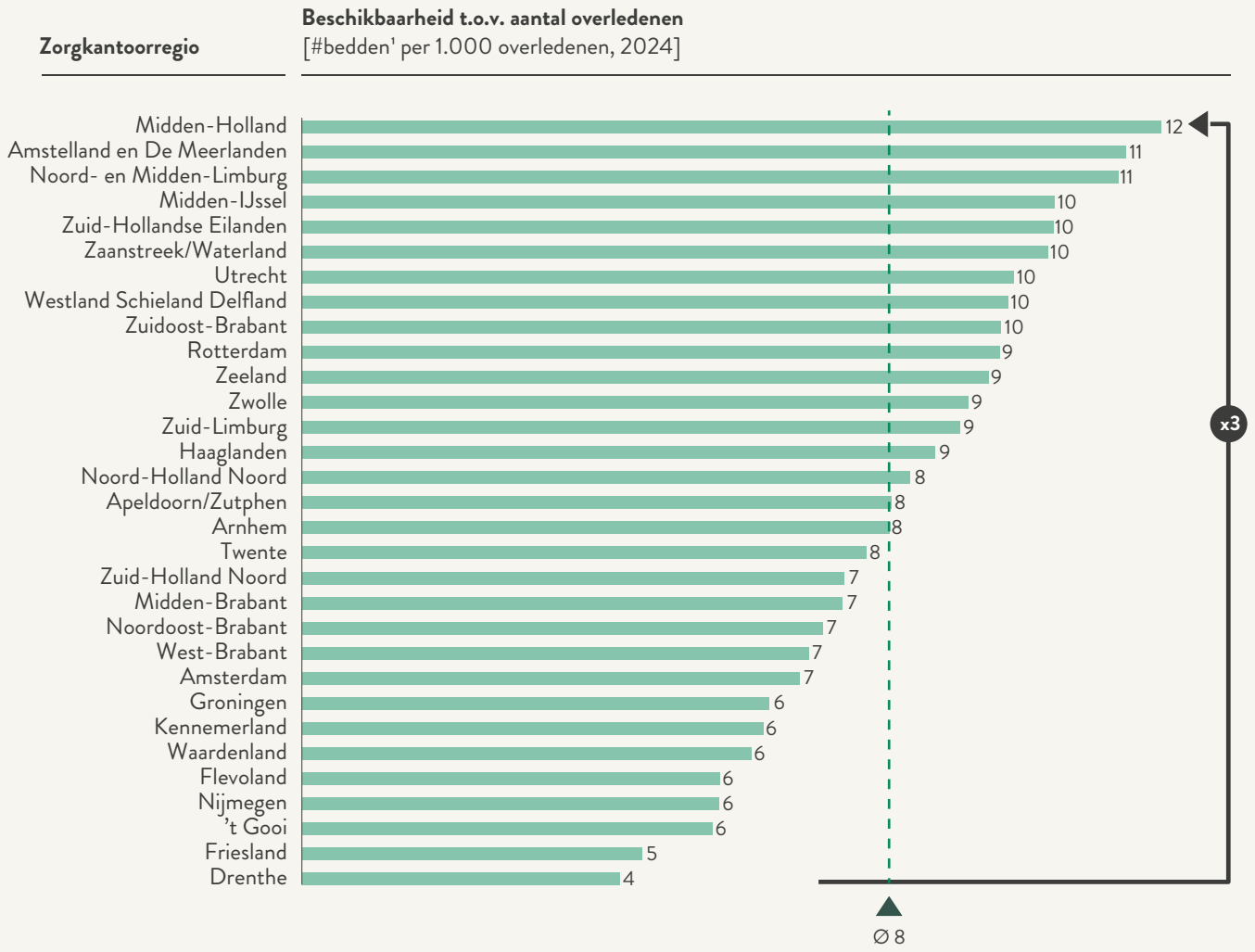
Er zijn regionale verschillen in het aantal hospicebedden

Er is in Nederland geen structurele monitoring op hoeveel hospicebedden er zijn. Er zijn geen specifieke normen voor beschikbaarheid van hospicebedden of reistijd tot een hospice. Een deel van de organisaties met een hospice kwalificeert volgens wet- en regelgeving niet als zorgaanbieder en valt dus buiten het zicht van zorgverzekeraars. Organisaties met een hospice kunnen zich vrijwillig bij een koepelorganisatie aansluiten, daarvan zijn er drie. Sommige organisaties zijn aangesloten bij meerdere koepelorganisaties. Afgelopen jaren zijn in het kader van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) stappen gezet om tot een landelijk overzicht van hospices te komen.

In 2024 telt Nederland 246 hospicelocaties met in totaal 1.370 hospicebedden, volgens onderzoek van Berenschot (in opdracht van het NPPZ II), dat voor dit rapport is aangevuld met actuele gegevens over uitbreidingen en sluitingen sinds 2022.[10,11] Dit komt neer op gemiddeld acht hospicebedden per 1.000 overledenen. Het is onbekend hoe dit aantal zich verhoudt tot onze omliggende landen.

De hospicecapaciteit verschilt regionaal ongeveer een factor drie, van 4 tot 12 bedden per 1.000 overledenen (zie Figuur 1). Er is bij 75% van de 1.370 hospicebedden 24 uur per dag formele zorg aanwezig. Bij 5% van de hospicebedden is formele zorg 24 uur per dag aanwezig als er een specifieke cliënt verblijft voor wie dit nodig is, dus op indicatie. Bij 20% is er formele zorg aanwezig op vaste zorgmomenten: in de nacht en aanvullend op afroep.[12]

9 Informele zorg en mantelzorg; de definities (link)
10 Ter vergelijking: Nederland heeft ongeveer 115.000 verpleeghuisbedden, 40.000 ziekenhuisbedden (excl. PAAZ en zbc's) en 1.000 operationele IC-bedden (NICE 2023).
11 Berenschot - Onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit, november 2024 (data beschikbaarheid over 2022), herijkt met hulp van koepelorganisaties.
12 Zelftypering in rapport Berenschot en actualisatie door koepelorganisaties (VPTZ, AHZN en Actiz) in het kader van dit rapport.

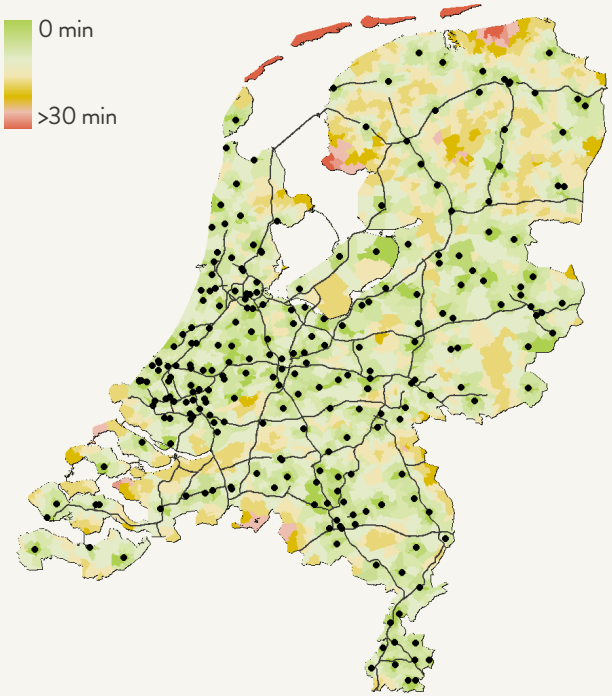


Figuur 1 – Aantal hospicebedden per 1.000 overledenen per zorgkantoorregio | [1] Peildatum 1 juli 2025
Bron: Berenschot 'Onderzoek hospicecapaciteit – 2024 ', Palliaweb: Onderzoek palliatieve zorg, CBS: 'Bevolking op 1 januari en gemiddeld; geslacht, leeftijd en regio' en 'Bevolkingsontwikkeling; regio per maand'- Analyse Gupta Strategists"

De meeste mensen zijn binnen een half uur in het dichtstbijzijnde hospice

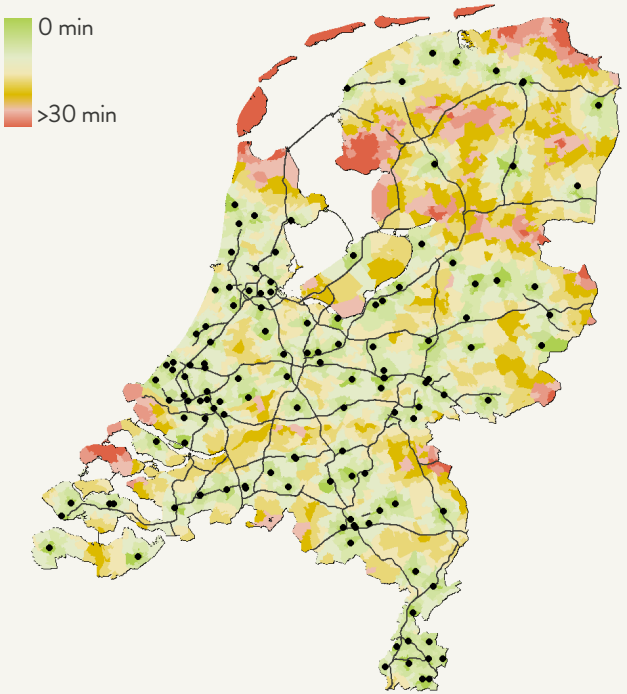
De gemiddelde reistijd tot een hospice is acht minuten. Voor zo'n 13 duizend inwoners is de reistijd naar het dichtstbijzijnde hospice langer dan 30 minuten. Dit gaat om mensen die wonen op de Waddeneilanden, in de noordelijke rand van Groningen en in het zuidwesten van Friesland (zie Figuur 2a). Figuur 2b toont de reistijd naar hospices die zelf formele zorg leveren, dit is gemiddeld 11 minuten. Figuur 2c toont de reistijd naar het dichtstbijzijnde hospice met 24-uurs aanwezigheid van formele zorg, dit is gemiddeld 10 minuten. In totaal moeten 42 duizend inwoners meer dan 30 minuten rijden naar het dichtstbijzijnde hospice waar 24 uur per dag formele zorg aanwezig is (op indicatie).

a) Reistijd naar dichtstbijzijnde hospice
[in autominuten, 2025]



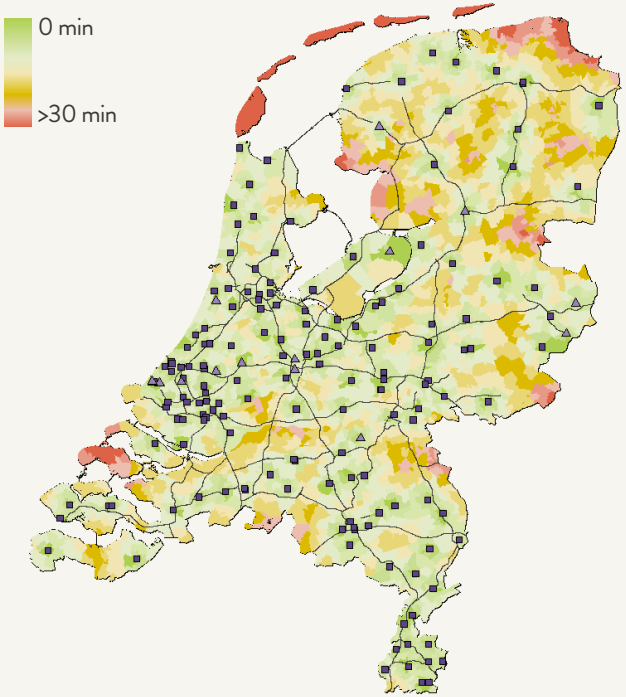
• Hospice

b) Reistijd naar dichtstbijzijnde hospice dat zelf V&V levert
[in autominuten, 2025]



• Organisatie levert zelf V&V

c) Reistijd naar dichtstbijzijnd hospice met 24-uurs formele zorg
[in autominuten, 2025]



■ Altijd 24-uurs aanwezigheid van formele zorg
▲ 24-uurs aanwezigheid van formele zorg op indicatie

Figuur 2 – Reistijd naar dichtstbijzijnde hospice
Bron: Berenschot 'Onderzoek hospicecapaciteit: 2024, websites individuele hospices, reistijden op basis van Geodan Drive Time Matrix op postcode 4 niveau. Analyse Gupta Strategists

Voor uitsplitsing hospices naar zelftypering (bijna thuis huis, high care hospice en palliatieve unit) zie Bijlage A | Reistijden naar hospices

Bij opname in het hospice hebben de meeste cliënten een vergelijkbare zorgvraag

De HOPEVOL-studie toonde aan dat in 2019 de kenmerken van de zorgvrager bij opname in het hospice vergelijkbaar zijn bij alle hospices.[13] Doorgaans bestaat deze zorgvraag uit: verpleging en verzorging (V&V), ondersteuning, een verblijfplek en geneeskundige behandeling. Een klein deel van de cliënten heeft een uitgebreidere zorgvraag, met name voor V&V. Denk hierbij aan mensen met vergevorderde dementie, ALS of hersentumoren. Voor deze cliënten is doorgaans 24-uurs aanwezigheid van verpleegkundige zorg nodig. De HOPEVOL-studie schatte dat bij opname ~25% van de cliënten een middelmatig-complexe zorgbehoefte heeft en 7% een hoog-complexe zorgbehoefte.

Indicatie voor opname verschilt tussen hospices, vaak meerdere functies betrokken

Er is sprake van variatie m.b.t. het besluit of iemand wordt opgenomen in het hospice. In principe bestaan er drie voorwaarden voor opname in het hospice:

1. Een levensverwachting korter dan drie maanden en
2. Een indicatie voor verpleging en verzorging (formele zorg) en
3. De verwachting dat iemand redelijkerwijs niet thuis kan blijven.

Er is geen landelijk uniform normenkader voor 'het opnamebesluit'. Het staat organisaties vrij aanvullende eisen te stellen, waarbij vooral wordt beoordeeld of opname in een hospice passend is ten opzichte van de beschikbare alternatieven voor een specifieke cliënt in een specifieke regio. De thuissituatie en zorgzwaarte van de cliënt, zoals de noodzaak voor 24uurs-beschikbaarheid van formele zorg, beademing, een hoge USD-4D-score[14] of de aanwezigheid van complexe psychische of psychosociale problematiek, spelen hierbij een rol.

Een cliënt komt bij een hospice terecht via verwijzing door een zorgverlener. Dit kan een huisarts, kaderarts palliatieve zorg, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist of verpleegkundige zijn. Een verwijzing is alleen mogelijk als de behandelend arts (al dat niet in overleg met de wijkverpleging) heeft bepaald dat de levensverwachting korter dan drie maanden is. Vervolgens wordt bepaald of de cliënt in aanmerking komt voor opname in het hospice, dit bestaat uit een indicatie voor verpleegkundige zorg en een opnamebesluit.

13 Uitkomsten van project HOPEVOL ('HOspicezorg die Passend is en de Eigen wens van mensen in de palliatieve terminale fase VOLgt'), zijn beschreven in o.a.: de Graaf et al. Variaties in de zorg in Nederlandse hospices, Ned Tijdschr Geneeskd.2022; 166: D7023. De Graaf et al. Hospice Care Acces: a national cohort study. BMJ Support Palliat Care 2022 Oct 28:bmjspcare-2022-003579. doi: 10.1136/spcare-2022-003579. De Graaf et al. The Impact of Hospice Care Structures on Care Processes: A Retrospective Cohort Study. Am J Hosp Palliat Care 2024 Dec;41(12):1423-1430. doi: 10.1177/10499091241228254. De Graaf et al. Variations in Clinical Practice: Assessing Clinical Care Processes According to Clinical Guidelines in a National Cohort of Hospice Patients. Am J Hosp Palliat Care 2023 Jan;40(1):87-95. doi: 10.1177/10499091221100804.

14 Het Utrecht Symptoom Dagboek 4 dimensioneel (USD-4D) is een instrument om symptomen (of klachten) en zorgen bij patiënten in de palliatieve fase te signaleren en te monitoren. Zie voor meer informatie: link

Hoe dit wordt bepaald, verschilt per organisatiemodel:

- In hospiceorganisaties die de verpleging en verzorging zelf leveren, wordt de indicatie voor zorg met verblijf (en dus opname in het hospice) doorgaans gesteld door een verpleegkundige of verpleegkundig specialist conform het normenkader.
- Bij hospices die niet zelf verpleging en verzorging leveren, wordt de zorgindicatie conform het landelijk normenkader door de wijkverpleegkundige gesteld.[15] Het besluit tot opname wordt genomen door de vrijwilligerscoördinator of -manager van het hospice. Dit houdt in dat de coördinator kijkt of er plek is en of de informele zorg die het hospice biedt past is bij de zorgvraag van de cliënt. Sommige organisaties raadplegen bij twijfel een vaste huisarts of specialist ouderengeneeskunde die een samenwerkingsafspraak heeft met het hospice.
- Er zijn ook mensen die voorafgaand aan hun verblijf in het hospice over een Wlz-indicatie beschikken, afgegeven door het CIZ. Zij kunnen met hun Wlz-indicatie zorg in het hospice krijgen, waarbij het hospice besluit of opname in het hospice passend is.
- Er worden geen nieuwe Wlz-indicaties aangevraagd t.b.v. opname in het hospice. Het CIZ is dus niet rechtstreeks betrokken bij indicatiestelling voor het hospice.

Het organisatiemodel bepaalt óf en hóe de indicatiestelling en het opnamebesluit bekostigd zijn. De tijd die wijkverpleegkundigen besteden aan indicatiestelling is altijd declarabel. Er is geen separate vergoeding voor tijd die zorgverleners besteden aan indicatiestelling voor eerstelijns verblijf (elv-ptz) als de cliënt niet wordt opgenomen. Als een aanzienlijk deel van de aanmeldingen tot afwijzing leidt en de tijdsinspanning voor het beoordelen van de aanmelding soms wel en soms niet vergoed wordt, ontstaan hierdoor verschillen tussen organisaties.

Ten aanzien van de indicatie voor verschillende vormen van hospicezorg heeft het Zorginstituut in 2023 de volgende uitspraak gedaan: *Bij een terminale patiënt is er altijd een medische noodzaak voor verblijf in een instelling. Als palliatief terminale zorg niet thuis geleverd wordt, is er een indicatie voor verblijf in verband met geneeskundige zorg onder de Zvw. In het ELV wordt die geneeskundige zorg aangeduid als 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Zorginhoudelijk is er bij iedere vorm van hospicezorg sprake van een verblijf, geneeskundige zorg en verpleging en verzorging.* De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft deze uitspraak meegenomen als basis voor recente wijzigingen in de bekostiging van hospicezorg.[16]

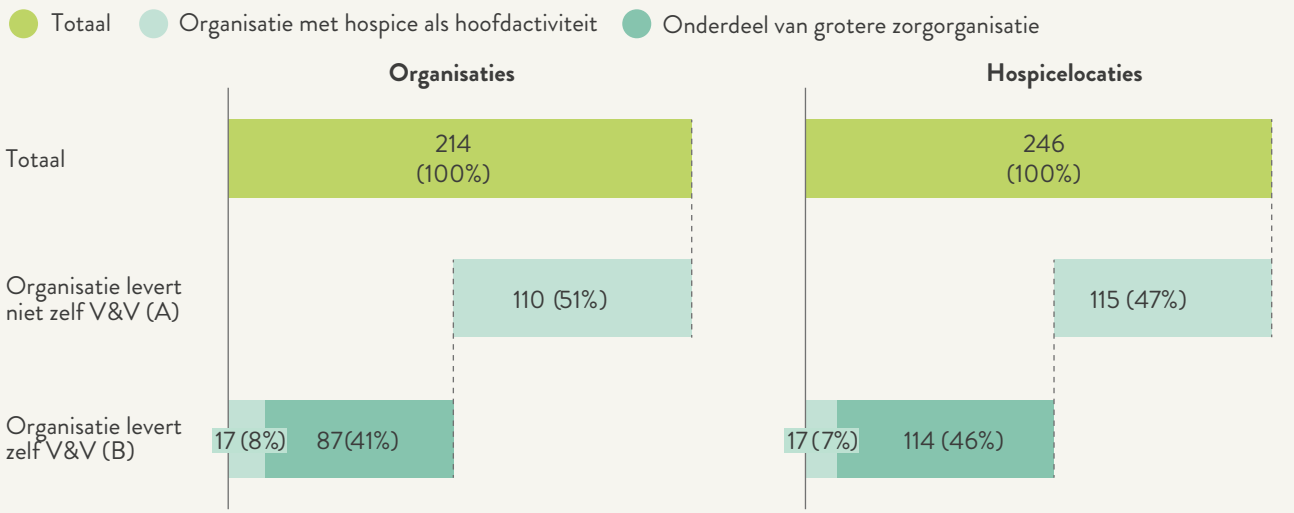
15 Normenkader Indicatieproces December 2024 (link). De wijkverpleegkundige in het hospice, maar niet vóór het hospice, zij heeft een arbeidsrelatie met de ouderenzorgorganisatie die de thuiszorg levert.
16 Nederlandse Zorgautoriteit, 'Advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf', 15 februari 2024. De gerefereerde uitspraak van het Zorginstituut is daarin ook opgenomen. In deze uitspraak wordt onderscheid gemaakt naar de verschillende soorten hospices op basis van zelftypering. Zo stelt Zorginstituut ook: Een high-care hospice en een palliatieve unit bieden verblijf zoals omschreven onder artikel 2.12 Bzv, er is dan geen sprake meer van de eigen omgeving van een verzekerde. […] Zorginhoudelijk gezien is bij iedere vorm van hospicezorg sprake van verblijf, ook bij het bijna-thuis-huis, alleen heeft een bijna-thuis-huis een specifiek karakter en is het wenselijk om deze te behouden. Daarom is het voor een bijna-thuis-huis mogelijk om via aanspraak verpleging en verzorging (artikel 2.10 Bzv) te declareren en een eigen bijdrage te vragen voor het verblijf.

De organisatievorm verschilt tussen hospices

Belangrijk organisatorisch onderscheid is of het hospice formele zorg levert

In dit rapport maken we onderscheid tussen hospices die niet zelf verpleging en verzorging leveren (A) en hospices die zelf verpleging en verzorging leveren (B). De helft van de organisaties (51%) levert de formele zorg niet zelf, dit betreft 47% van alle hospicelocaties, zie Figuur 3.[17] De formele zorg in deze hospices wordt geleverd door de wijkverpleging van een andere organisatie. Dit is op verschillende manieren georganiseerd. Het hospice kan 'een adres' op de route door de wijk zijn of de enige werklocatie van specifieke verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorgorganisatie. Hospices die zelf formele zorg leveren zijn meestal (84%) onderdeel van een grotere zorgorganisatie. Het is onbekend welk deel van hun personeel alleen in het hospice werkt, dus niet voor andere cliënten. Als het hospice de hoofdactiviteit van de organisatie is en zij zelf formele zorg leveren, heeft het hospice zorgpersoneel in dienst of huren ze dit in.

Overzicht aantal organisaties met hospices en hospicelocaties
[in aantallen, 2024]



Figuur 3 – Overzicht aantal organisaties met hospices en hospicelocaties
Bron: Berenschot 'Onderzoek hospicecapaciteit – 2024, Kamer van Koophandel, Analyse Gupta Strategists.

17 Berenschot 'Onderzoek hospicecapaciteit – 2024, Kamer van Koophandel, Analyse Gupta Strategists

Figuur 4 toont een inschatting van de totale omvang, de gemiddelde capaciteit en de personele inzet van hospices in Nederland. Omdat niet elk hospice zelf de formele zorg levert en verschillende manieren van bekostiging naast elkaar bestaan, is niet precies meetbaar hoeveel zorg aan hoeveel cliënten wordt geleverd. De inschattingen van het aantal cliënten, de behandelcapaciteit en de personele inzet zijn gebaseerd op:

- Jaarverslagen 2024 en interviews (omvat 22% van hospicebedden), en
- Registratierapportage van de VPTZ en AHZN (omvat 60% van de hospicebedden), en
- Zorginstituut Nederland – Zorgcijfersdatabank.

Een hospice heeft gemiddeld 6 bedden per locatie. De kleinste locaties hebben 1 bed, de grootste heeft 24 bedden. Bij ~60% van de 1.370 bedden levert de hospiceorganisatie de formele zorg, bij de overige 40% van de bedden levert de hospiceorganisatie de formele zorg niet zelf, maar doet een ouderenzorgorganisatie dit via wijkverpleging.

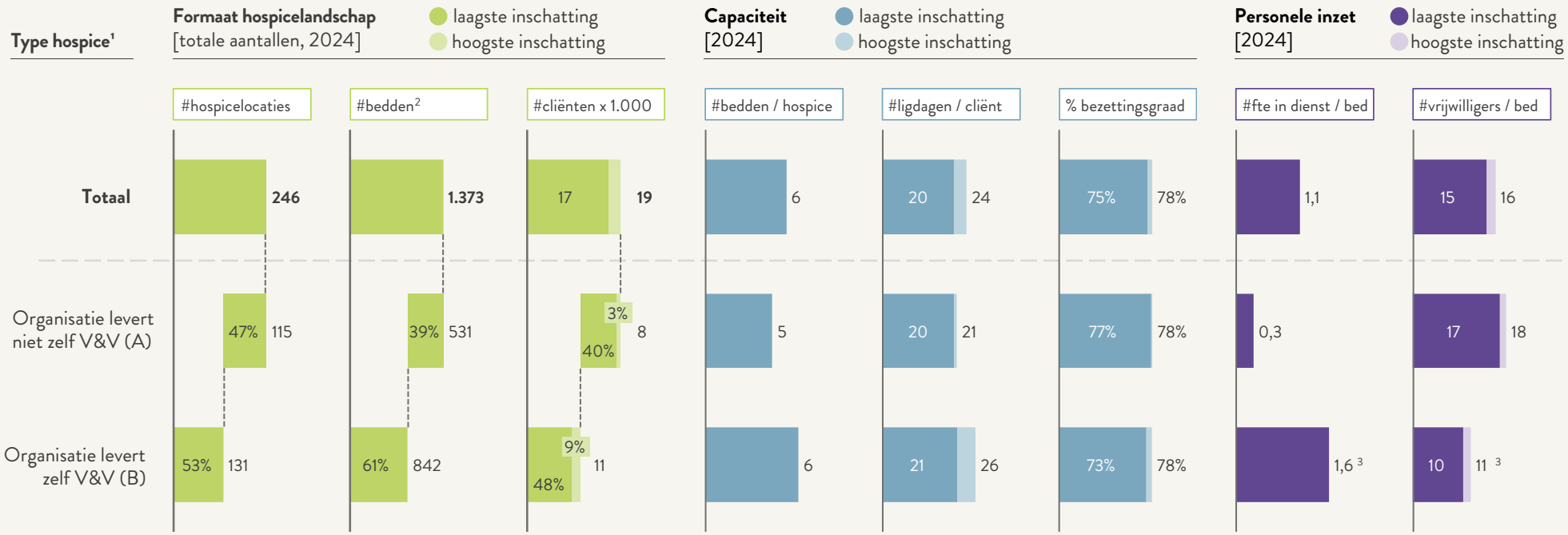
Gemiddelde ligduur en bezettingsgraad verschillen tussen hospices

Een cliënt verblijft gemiddeld zo'n 20 tot 24 dagen in een hospice, maar dit varieert van 1 dag tot 6 maanden. Voor ongeveer 40% van de hospicecapaciteit is het aantal ligdagen per jaar of de gemiddelde ligduur niet gepubliceerd, dit gaat met name om hospicecapaciteit bij grotere organisaties. De geschatte gemiddelde ligduur ligt bij hospices die formele zorg leveren hoger dan bij hospices die dit niet doen; 21 tot 26 dagen versus 20 tot 21 dagen.[18] Uit de VPTZ/AHZN-registratierapportage blijkt dat over de afgelopen vijf jaar de gemiddelde ligduur in totaal 15% is afgenomen.[19]

De gemiddelde bezettingsgraad is zo'n 75% tot 78% met een spreiding van 52% tot 99%.[18] Er lijkt geen verschil in bezettingsgraad te zijn tussen hospices die zelf formele zorg leveren en hospices die dit niet zelf doen. De cijfers over de groep die zelf formele zorg levert zijn echter incompleet, omdat de bezettingsgraad van hospices die onderdeel zijn van een grote zorgorganisaties niet bekend is. Bij hospices met drie of minder bedden varieert de bezettingsgraad jaar op jaar het sterkst.

Een kortere ligduur betekent dat meer opnames nodig zijn om een gelijke bezettingsgraad te realiseren. Hoe meer opnames, hoe meer mutaties. Bij elke mutatie moet de kamer worden leeg gemaakt en een nieuwe cliënt worden opgenomen. Organisaties met goede operationele processen en een wachtlijst kunnen bij toename van mutaties een hogere bedbezetting realiseren, als zij erin slagen om op een bed dat 's morgens vrijkomt 's middags een nieuwe cliënt op te nemen. Hetzelfde bed telt dan dubbel mee in de bedbezetting. In organisaties die relatief veel tijd nodig hebben tussen het einde van de opname en de start van de nieuwe opname daalt de bedbezetting als het aantal mutaties stijgt.

18 Bron: jaarverslagen en interviews (22% van hospicecapaciteit) en registratierapportage (60% van hospicecapaciteit)
19 Registratierapportage – VPTZ en AHzN (2024)



Figuur 4 – Kengetallen hospicelandschap

¹ Voornaamste bekostigingsvorm, ² Peildatum 1 juli 2025, ³ Inschatting gebaseerd op organisaties waar hospice het hoofdactiviteit is, bij grotere organisaties is dit niet bekend

Bron: Berenschot "Hospicezorg Onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit" 2025, Registratierapportage – VPTZ en AHzN 2024 (omvat 60% van hospicebedden), jaarverslagen hospices 2024 (omvat 22% van hospicebedden), analyse Gupta Strategists

Toelichting benadering kerngetallen

- Aantal bedden: Het aantal bedden per hospice zoals bekend uit "Hospicezorg Onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit" met aanvullingen vanuit Palliaweb anno 2025.
- Aantal cliënten: Extrapolatie van aantal cliënten zoals beschreven in jaarverslagen en in de registratierapportage op basis van het aantal bedden waarbij bekend t.o.v. het totaal aantal bedden.
- Capaciteit en personele inzet: waarde per hospice zoals bekend in jaarverslag en/of registratierapportage doorberekend naar gewogen gemiddelde voor de hele markt op basis van aantal bedden.

De mix van betaald personeel en vrijwilligers verschilt tussen hospices

Er zijn verschillen in personele inzet tussen de verschillende type organisaties. Gemiddeld is er 1,1 fte (betaalde kracht) per bed werkzaam met een spreiding van 0 tot 2,2 fte per bed.[20] De belangrijkste drijver van dit verschil is of de organisatie formele zorg levert. Die organisaties hebben zorgverleners in dienst of huren die in. Zij hebben gemiddeld 1,6 fte per bed, dit is inclusief management en coördinatoren. Het is niet bekend hoeveel fte per bed hospices die onderdeel zijn van een grotere zorgorganisatie inzetten. Organisaties die niet zelf formele zorg leveren zetten gemiddeld 0,3 fte per bed in (range: 0 tot 1,0), dit zijn betaalde krachten, veelal management en coördinatoren. Er is niet bekend hoeveel fte verpleegkundigen en verzorgenden op deze locaties actief zijn, omdat zij werken onder verantwoordelijkheid van de thuiszorgorganisatie. Van geen enkel hospice is bekend hoeveel fte artsen en paramedici wordt ingezet. Als zij in dienst zijn van het hospice, tellen ze mee in de gemiddelde inzet van 1,6 fte per bed van organisaties die zelf de formele zorg leveren.

Het gemiddeld aantal vrijwilligers is 15 à 16 per bed, waarbij hospices die niet zelf formele zorg leveren een hogere inzet van vrijwilligers hebben met 17 à 18 vrijwilligers per bed.[21] Veel hospices, met name degene die niet zelf formele zorg leveren, zetten ook vrijwilligers in bij mensen thuis. Het is niet bekend hoeveel vrijwilligers per bed hospices inzetten die onderdeel zijn van een grotere zorgorganisatie. In alle hospices zijn overdag en 's avonds zorgvrijwilligers aanwezig. Er zijn hospices die ervoor kiezen zorgvrijwilligers ook in de nacht in te zetten, vrijwel altijd naast beroepsmatige zorgverleners. Zorgvrijwilligers werken over het algemeen in diensten, die in lengte variëren.

20 Bron: jaarverslagen, interviews en jaarverantwoording zorg (20% van hospicecapaciteit) en registratierapportage (60% van hospicecapaciteit)
21 Bron: jaarverslagen, interviews en jaarverantwoording zorg (20% van hospicecapaciteit) en registratierapportage (60% van hospicecapaciteit)

De wijze van bekostiging verschilt tussen hospices

Formele zorg wordt meestal bekostigd uit de Zvw en levert niet elk hospice zelf

Formele zorg in het hospice wordt bekostigd uit de Zvw, tenzij iemand voorafgaand aan de opname in het hospice al een Wlz-indicatie heeft. Dit is naar schatting 5% van de cliënten.[22] Bij mensen met een Wlz-indicatie wordt formele zorg altijd bekostigd vanuit de Wlz. Dit betreft doorgaans mensen die hun Wlz-indicatie voorafgaand aan de opname in het hospice extramuraal verzilverden via volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of persoonsgebonden budget (pgb). Het komt ook voor dat mensen een slapende indicatie hebben, die voorafgaand aan de opname in het hospice niet benut werd. Als mensen met een Wlz-indicatie worden opgenomen in een hospice dat zelf de formele zorg levert, is het gebruikelijk de leveringsvorm 'zorg met verblijf' te hanteren. Als iemand met een Wlz-indicatie wordt opgenomen in een hospice dat niet zelf de formele zorg levert, wordt een extramurale leveringsvorm gedeclareerd door de thuiszorg.

Bekostiging vanuit de Zvw kan via de prestaties voor eerstelijnsverblijf palliatief (elv-ptz) of via prestaties voor wijkverpleging. Bij bekostiging als elv-ptz omvat de prestatie zowel de formele zorg als het verblijf. Bij bekostiging als wijkverpleging omvat de prestatie alleen de verpleegkundige zorg en persoonlijke verzorging. Het verblijf wordt dan niet gefinancierd vanuit de basisverzekering.

Hospices die formele zorg zelf leveren zijn sinds 2025 verplicht door het Zorginstituut om via de elv-ptz-prestatie (of Wlz-verblijf) te declareren.[23] De elv-ptz-prestatie is een integraal dagtarief per ligdag, waarvoor de NZa een maximumtarief vaststelt. Geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden is onderdeel van de prestatie. Deze zorg kan worden geboden door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts palliatieve zorg of anesthesioloog. Met name grotere hospices (10+ bedden) en hospices die onderdeel zijn van een grotere organisatie hebben eigen behandelaren (deeltijd) in dienst, veelal specialisten ouderengeneeskunde. Bij kleinere hospices komt het ook voor dat de cliënt in zorg blijft bij de eigen huisarts of wordt overgeschreven naar een huisartsenpraktijk waar het hospice mee samenwerkt. Het overschrijven kan 'standaard' gebeuren of alleen bij cliënten die relatief ver van het hospice wonen. In het geval dat het hospice zelf geen behandelaren (deeltijd) in dienst heeft, declareert de huisarts de zorg die hij levert zoals in de thuissituatie. Dit betekent dat bij een deel van de hospices de behandeling uit het elv-tarief wordt betaald (als behandelaar in dienst is) terwijl dit bij het andere deel apart wordt vergoed aan de huisarts die zelf declareert bij de verzekeraar.

22 Dit aandeel is niet precies bekend. Inschatting op basis van totale uitgaven aan eerstelijnsverblijf, wijkverpleging en Wlz en gemiddelde dagtarieven van deze drie leveringsvormen.
23 Uitspraak Zorginstituut Nederland op 7 juni 2023 zoals beschreven in Advies bekostiging tijdelijk verblijf - NZa (februari 2024)

Hospices die formele zorg leveren kunnen zelf een contract sluiten met zorgverzekeraars of onderaannemer zijn van een (grotere) zorgaanbieder. Er zijn ook hospices die geen onderaannemer zijn, maar ervoor kiezen om het proces van onderhandelen en declareren uit te besteden aan een andere (zorg)organisatie die dit namens hen verzorgt. In theorie is het mogelijk ook zonder contract elv-ptz te leveren en te declareren, maar we zijn in dit onderzoek geen hospices tegengekomen die hier bewust voor kiezen. Waarschijnlijk kiezen ze hier niet voor omdat bij ongecontracteerde elv-ptz maar een deel van het tarief wordt uitbetaald.

Hospices die niet zelf formele zorg leveren hebben geen contractuele relatie met zorgverzekeraars. De zorgaanbieder (derde partij) die de formele zorg in deze hospices levert heeft over het algemeen wel een contract, al is het mogelijk ongecontracteerde zorg te leveren in hospices. Voor de wijkverpleging in hospices zijn verschillende prestaties. Afhankelijk van de contractuele afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder is het wel of niet mogelijk de inzet geleverd in het hospice in de declaraties te onderscheiden van alle overige inzet van wijkverpleging die de partij levert.[24] De huisartsenzorg, farmaceutische zorg en paramedische zorg die wordt geleverd in hospices is voor zorgverzekeraars niet te identificeren in de declaraties. Er zijn in deze zorgsegmenten geen separate prestaties voor zorg in het hospice. Ter illustratie: huisartsen leggen visites af in hospices. Visites zijn prestaties die los gedeclareerd worden, maar het woonadres van cliënt verandert niet bij opname in het hospice en de locatie van de visite wordt niet geregistreerd in het declaratieproces. Het is daardoor op dit moment onbekend wat de totale maatschappelijke kosten zijn van huisartsenvisites in hospices.

Bekostiging vanuit subsidies verschilt tussen hospices

Het ministerie van VWS stelt al jaren een subsidie beschikbaar om de palliatieve terminale zorg en de geestelijke verzorging thuis te stimuleren. Deze subsidie is o.a. bedoeld om vrijwilligers op te leiden, in te zetten en te coördineren binnen de palliatieve terminale zorg – zowel vrijwilligers bij mensen thuis, als vrijwilligers in een hospice. De stichting die vrijwilligers faciliteert ontvangt een bedrag per ondersteunde cliënt thuis of in het hospice. Het subsidiebedrag per cliënt in het hospice is 1,7 tot 7x hoger dan het bedrag per client thuis.

De subsidieregeling loopt af per 2027 en de inrichting van het vervolg wordt eind 2025 geëvalueerd. Hospices die niet zelf formele zorg leveren en hospices die zelf formele zorg leveren maar minder dan 20 fte verpleegkundigen in dienst hebben, maken aanspraak op de subsidie. Hospices die onderdeel zijn van een grotere zorgorganisatie kunnen geen aansprak maken op de subsidie. Ook in die hospices zijn (zorg)vrijwilligers actief. Er zijn grotere zorgaanbieders waar de coördinatie van vrijwilligers is ondergebracht in een separate entiteit, die de vrijwilligers inzet in het hospice en in de thuissituatie. De vrijwilligers-entiteit kan wel aanspraak maken op de subsidie. Andere grote zorgaanbieders voeren de coördinatie- en opleidingstaken zelf uit, zij krijgen geen subsidie.

Er zijn gemeenten die gemeentelijke subsidies verstrekken aan hospices, maar de omvang van deze subsidies verschilt en niet alle gemeenten doen dit. Er zijn gemeenten die bijdragen aan de bekostiging van hospices via maatwerkafspraken vanuit Wmo, waarbij mensen hun indicatie voor huishoudelijke hulp behouden als zij naar het hospice gaan of de gemeente een vast bedrag per cliënt betaald.

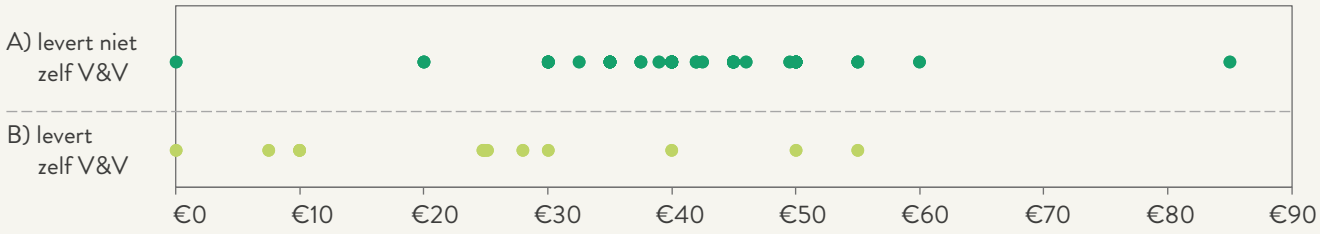
24 In het TO Wijkverpleging is afgesproken dat er per 2026 altijd via het dagtarief gedeclareerd moet worden. Vanaf dit moment is de wijkverpleegkundige inzet in het hospice wel altijd te onderscheiden van de inzet thuis.

Bekostiging vanuit particulieren verschilt tussen hospices

Hospices ontvangen giften, inclusief legaten en sponsorinkomsten, vanuit het algemene publiek en eigen bijdragen van de cliënten die in het hospice verblijven. Hospices slagen er goed in om externe fondsen te werven. Veel hospices hebben een steunstichting ('vrienden van ...') en ook in de inkomsten van hospices zien we inkomsten uit giften. Het aandeel van inkomsten uit giften in de totale inkomsten van hospices verschilt.[25]

Het deel van de cliënten dat een vergoeding rechtstreeks aan het hospice betaalt en de hoogte van deze vergoeding verschilt tussen hospices. De eigen bijdrage in hospices die geen V&V leveren is ter dekking van verblijfskosten. Hospices die zelf V&V leveren, en dus elv-ptz declareren, mogen alleen een eigen bijdrage vragen voor 'extra' services zoals kabelaansluiting en kleding wassen. De hoogte van de vergoeding die mensen aan het hospice betalen verschilt van 0 tot 85 euro per dag voor hospices die geen V&V leveren en van 0 tot 50 euro voor hospices die dit wel doen (zie Figuur 5). De eigen bijdrage wordt bij sommige cliënten in een hospice dat geen V&V levert (deels) vergoed door de zorgverzekeraar, vanuit de aanvullende verzekering (AV). De hoogte van de bijdrage vanuit de AV verschilt tussen verzekeraars en tussen polissen. Het is onbekend welk deel van de mensen dat in een hospice verblijft een AV heeft. De maximale vergoeding vanuit de duurste AV bij de vier grootste verzekeraars in 2025 is 40 euro per dag (zie Bijlage B | Beleid zorgverzekeraars).[26] Het is gebruikelijk dat hospices een oplossing vinden als een cliënt de eigen bijdrage niet kan betalen. Het hospice geeft een korting of scheldt de vergoeding kwijt, de steunstichting springt bij of de gemeente draagt bij, bijvoorbeeld vanuit bijzondere bijstand. Voor zover bekend betaald iemand met een Wlz-indicatie dezelfde vergoeding aan het hospice.

Hoogte van eigen bijdrage per hospice
[EUR/dag, n=71 hospices, peildatum 17-06-2025]



Figuur 5 – Overzicht van eigen bijdrage per hospice
Bron: Eigen bijdrage van website van hospices. Analyse Gupta Strategists. Alleen de hospices die informatie over eigen bijdrage publiceren op hun website zijn opgenomen in het overzicht.

25 Verhoudingen o.b.v. normbedragen in artikel 6 van subsidieregeling "Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis" (link). Ondergrens: normbedrag EUR 2.061 bij inzet thuis met betaalde coördinatie versus EUR 3.526 bij inzet in high care hospice. Bovengrens: normbedrag inzet thuis zonder betaalde coördinatie EUR 722 versus normbedrag inzet in bijna-thuis-huis EUR 5035. Als er meer subsidie wordt aangevraagd dan beschikbaar is gesteld, worden alle normbedragen naar rato omlaag bijgesteld. De onderlinge verhoudingen wijzigen daardoor niet.
26 Bron: polisvoorwaarden van de vier grootste verzekeraars (Zilveren Kruis, VGZ, CZ en Menzis). Kleinere verzekeraars vergoeden maximaal 65 euro per dag.

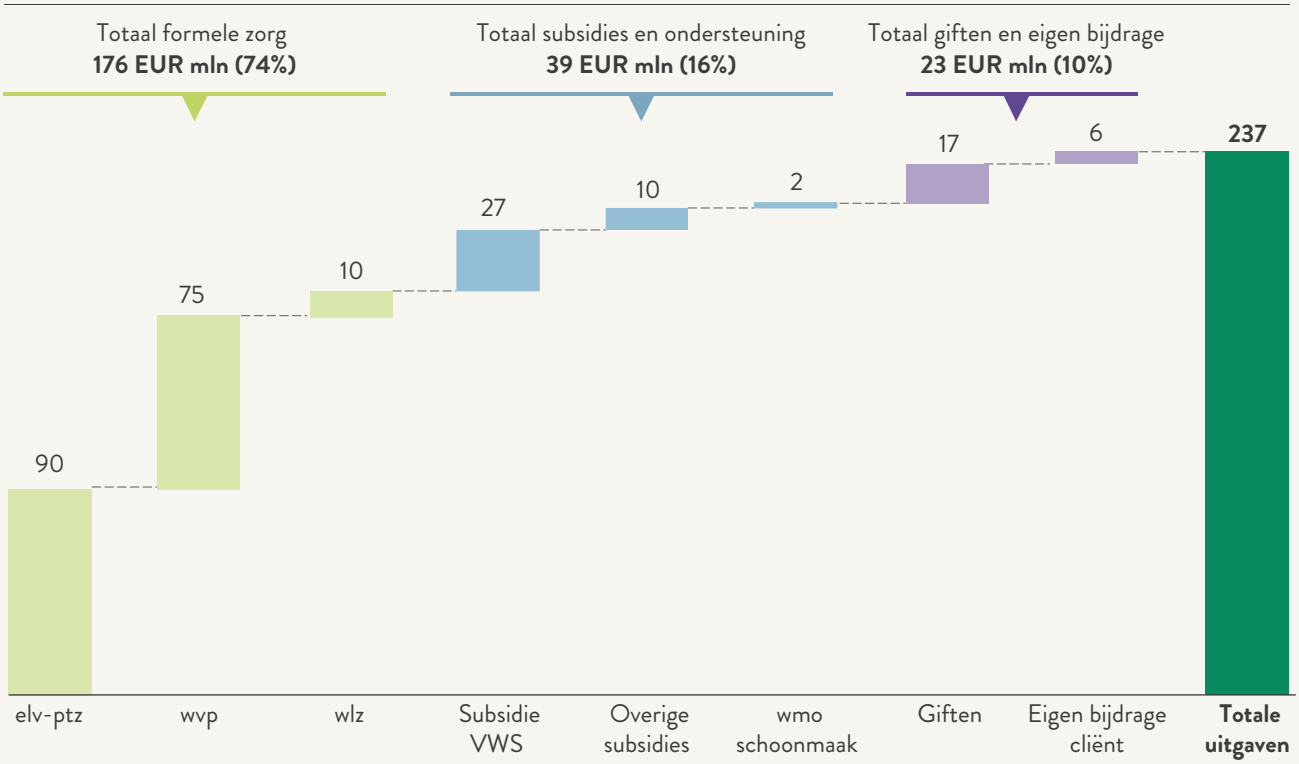
Totale uitgaven aan (zorg in) hospices zijn onbekend, enkel te schatten

Uitgaven aan (zorg in) hospices ongeveer EUR 240 mln in 2024

Wij schatten de totale uitgaven aan hospices, inclusief alle formele zorg geleverd in hospices, op 240 miljoen euro in 2024, zie Figuur 6, op basis van een benadering. Gegeven de verschillende manieren waarop hospices bekostigd worden, is niet met zekerheid te zeggen wat de totale maatschappelijke uitgaven aan hospices zijn. In onze benadering maken we onderscheid naar uitgaven aan formele zorg, uitgaven aan (overheids)subsidies en ondersteuning en uitgaven van particulieren. Bijna driekwart van de uitgaven betrof formele zorg, waarvan €90 miljoen via de prestatie eerstelijnsverblijf palliatief, €75 miljoen via wijkverpleging-prestaties en €10 miljoen via Wlz-prestaties (zowel zorg met verblijf, vpt als mpt). De VWS-subsidie en overige subsidies, veelal van gemeenten, inclusief gemeentelijke uitgaven aan ondersteuning vanuit de Wmo, bedroegen gezamenlijk 16% van de uitgaven. 10% van de uitgaven betrof particuliere uitgaven: giften en de eigen bijdragen die cliënten betalen aan hospices.

Hospices vormden in 2024 naar schatting 28% van de maatschappelijke uitgaven aan eerstelijnsverblijf, te weten €90 van €317 miljoen totaal. De rest betreft uitgaven aan het eerstelijnsverblijf hoog- en laagcomplex. Wijkverpleegkundige zorg in hospices vormde naar schatting 2% van de totale uitgaven aan wijkverpleging, te weten €75 miljoen van €3,3 miljard totaal. Wlz-uitgaven aan (zorg in) hospices zijn met ongeveer €10 miljoen euro verwaarloosbaar klein op het totaal van uitgaven aan Wlz verpleging en verzorging die €18,6 miljard betroffen: <0,1% van het totaal.[27]

Totale maatschappelijke uitgaven aan hospices
[EUR mln, 2024]



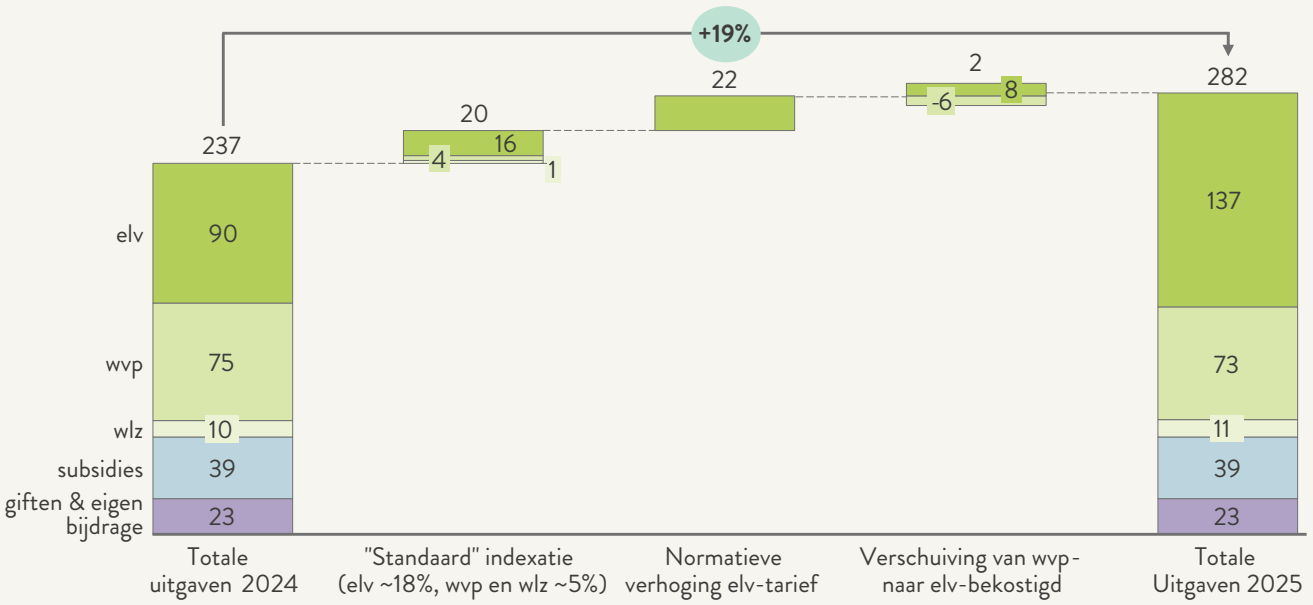
Figuur 6 – Totale maatschappelijke uitgaven aan hospices
Bron: Berenschot "Hospicezorg Onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit" 2025, Registratierapportage – VPTZ en AHzN (2024), jaarverslagen hospices 2024, analyse Gupta Strategists

27 De totale marktomvang per segment is gebaseerd op cijfers van het Zorginstituut via zorgcijfersdatabank.nl

Uitgaven aan (zorg in) hospices naar verwachting EUR 280 mln in 2025

Per 2025 is de bekostigingssystematiek voor eerstelijnsverblijf gewijzigd. Het maximumtarief voor de prestatie elv-ptz is, na kostprijsonderzoek door de NZa, met bijna 50% verhoogd van €400 naar €590.[28] Daarnaast worden vanaf 2025, volgend op de uitspraak van het Zorginstituut, meer hospices via eerstelijnsverblijf bekostigd, in plaats van via de wijkverpleging.[29] Wij verwachten dat de totale uitgaven in 2025 voor hospicezorg naar verwachting met €45 miljoen (+19%) toenemen (zie Figuur 7). Van deze stijging komt €20 miljoen (+9%) door de standaard indexatie van tarieven voor eerstelijnsverblijf, wijkverpleging en Wlz. De overige stijging van €24 miljoen (10%) ontstaat door verhoging van het elv-tarief en de toename van het gebruik daarvan.

Effect op totale maatschappelijke uitgaven hospicezorg van verhoging elv-tarief en verschuiving naar elv in 2025
[EUR mln]



Figuur 7 – Benadering totale maatschappelijke uitgaven aan (zorg in) hospices in 2025
Bron: Berenschot "Hospicezorg Onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit" 2025, Registratierapportage – VPTZ en AHzN (2024), jaarverslagen hospices 2024, NZa kostprijsonderzoek, analyse Gupta Strategists

Er is geen totaalbeeld van het exploitatieresultaat van hospices

Voor 39% van de hospicebedden is het exploitatieresultaat bekend in het publieke domein. De helft van de hospicelocaties is onderdeel van een grotere zorgorganisatie (zie Figuur 3). Het exploitatieresultaat van het hospice is dan niet te herleiden vanuit de jaarrekening. Dit is wel mogelijk als het hospice de hoofdactiviteit van de organisatie is, dit betreft de andere helft van de hospicelocaties. Van deze groep heeft 20% van de organisaties (nog) geen jaarrekening of ANBI-formulier gepubliceerd.[30,31] Een groot deel van de hospices hebben naast de primaire entiteit (exploitatie- of zorgstichting) ook nog een "vrienden van" stichting

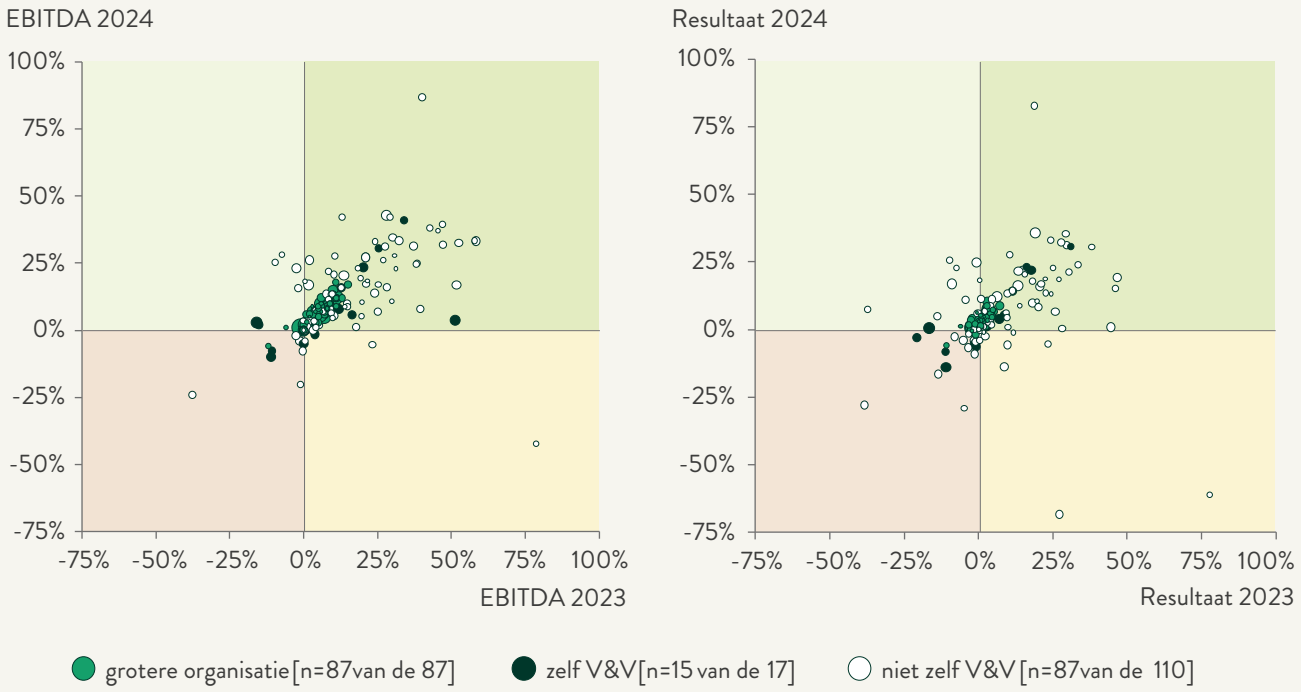
28 Verantwoording tarieven elv en Wlz crisiszorg vv 2025 – NZa (juli 2024)
29 Uitspraak Zorginstituut Nederland op 7 juni 2023 zoals beschreven in Advies bekostiging tijdelijk verblijf - NZa (februari 2024)
30 Peildatum van publicatie op websites van hospices is 2 augustus 2025
31 Een ANBI is een algemeen nut beogende instelling. Een instelling kan alleen een ANBI zijn, als ze zich nagenoeg geheel inzet voor het algemeen belang. Veel hospices en vrienden van stichtingen beschikken over de ANBI-status.

en/of een aparte stichting waarin het pand is ondergebracht. Voor deze entiteiten geldt niet altijd een publicatieplicht van financiële kengetallen. Door de verschillende samenhang tussen de exploitatie en de steunstichtingen van het hospice is de totale financiële situatie niet goed inzichtelijk. Enkele voorbeelden:

- Vanuit de steunstichting wordt een subsidie verstrekt ter grootte van het negatieve exploitatieresultaat van het hospice, zodat de hospice-entiteit een nulresultaat realiseert.
- Vanuit de steunstichting wordt een subsidie toegekend aan het hospice, waarbij een positief exploitatieresultaat na afloop van het boekjaar terugvloeit naar de steunstichting.
- Vanuit de steunstichting wordt een pand tegen niet-marktconforme huur beschikbaar gesteld aan het hospice.
- De mate waarin giften in de hospice-entiteit of de steunstichting terecht komen verschilt

Er zijn verschillen in exploitatieresultaat 2024 tussen hospices

Uit analyse van de 102 beschikbare jaarrekeningen van hospices en de 87 jaarrekeningen van ouderenzorgorganisaties met een hospice is variatie in EBITDA en nettoresultaat zichtbaar, zowel tussen organisaties als over tijd, zie Figuur 8. De EBITDA varieerde over 2024 van -24% en +86%. Het nettoresultaat varieerde van -68% en +83%.

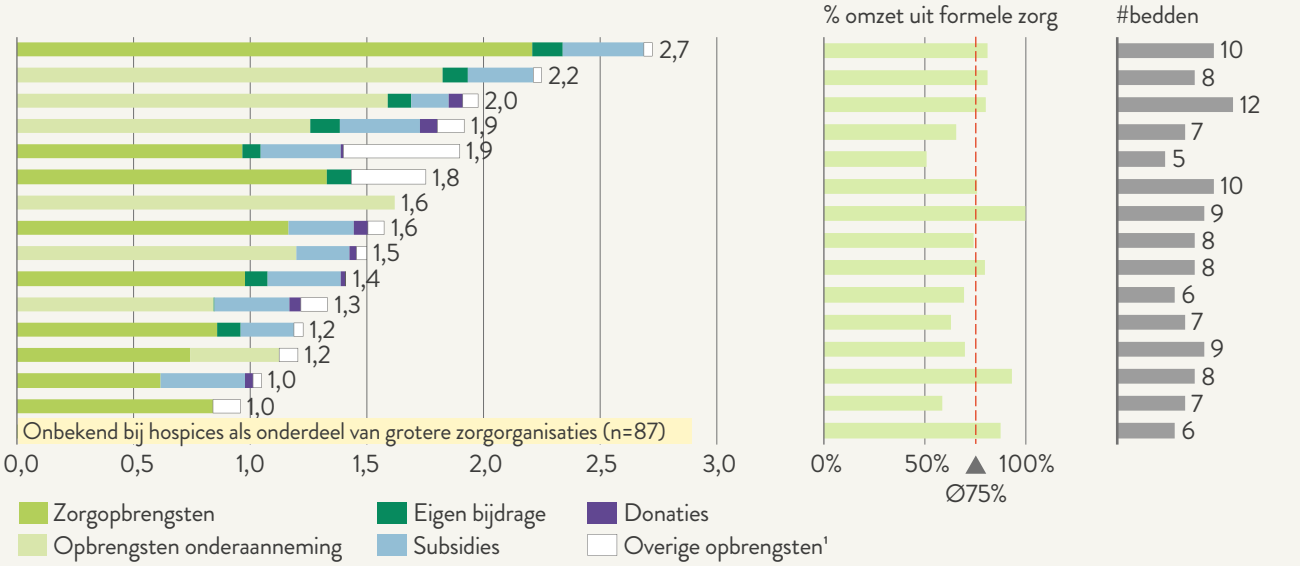


Figuur 8 – EBITDA en netto resultaat hospices in 2023 en 2024
Bron: DigiMV en jaarrekeningen gepubliceerd op website hospices.

De opbouw van de omzet van hospices die formele zorg leveren varieert

Voor de meeste hospices die formele zorg leveren is de opbouw van de omzet onbekend, omdat zij onderdeel zijn van een grotere organisatie die ook andersoortige formele zorg levert. Bij de 15 hospices met hospice-omzet uit formele zorg die een jaarrekening 2024 publiceerden, variëren de opbrengsten tussen de €1,0 en €2,7 miljoen. De opbrengsten uit formele zorg vormen gemiddeld 75% van hun totale opbrengsten (zie Figuur 9). Opbrengsten uit onderaanneming rekenen we tot opbrengsten uit formele zorg. Bij minder dan 20 fte verpleegkundigen komen ze in aanmerking voor VWS-subsidie, zij krijgen dan 2/3e deel van het bedrag per cliënt dat een hospice ontvangt dat niet zelf formele zorg levert.

Opbouw van inkomsten bij hospices die zelf V&V leveren (met zorgomzet)
[EUR mln, 2024, n=15 vd 17 (1 hospice niet gepubliceerd, 1 hospice pas sinds 2025 zelfstandig]

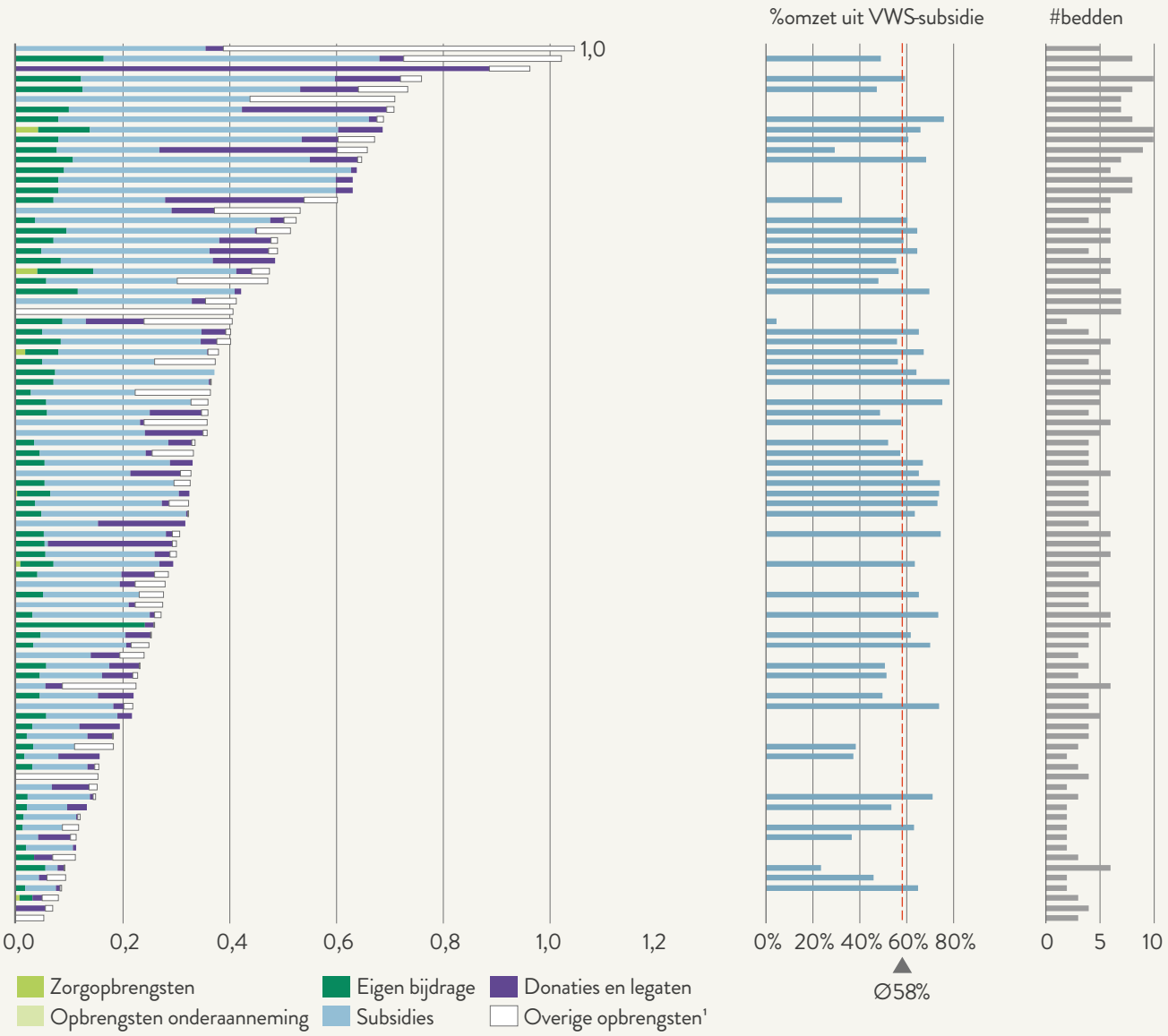


Figuur 9 – Opbouw van inkomsten bij hospices die zelf V&V leveren
¹ Overige opbrengsten zoals laatste zorg, baten verhuur, baten kwijtschelding lening.
Bron: DigiMV en jaarrekeningen hospices, Berenschot 'Onderzoek hospicecapaciteit – 2024', analyse Gupta Strategists

De opbouw van de omzet van hospices die niet zelf formele zorg leveren varieert

Voor hospices die geen omzet uit formele zorg hebben, variëren de inkomsten tussen de €50 duizend en €1,0 miljoen en zijn de inkomsten uit de VWS-subsidie gemiddeld 58% van hun totale inkomsten (zie Figuur 10).[32] Een deel van deze entiteiten biedt ook informele zorg in de thuissituatie, buiten het hospice. In die gevallen is een deel van de opbrengsten uit VWS-subsidie bedoeld voor de coördinatie van vrijwilligers thuis. Welk deel dit betreft is niet uit te splitsen in openbare informatie.

Opbouw van inkomsten bij hospices die niet zelf V&V leveren (zonder zorgomzet)
[EUR mln, 2024, n=87 van de 110 (23 niet gepubliceerd)]



Figuur 10 – Opbouw van inkomsten bij hospices die niet zelf V&V leveren
¹ Overige opbrengsten zoals laatste zorg, baten verhuur, baten kwijtschelding lening.
Bron: DigiMV en jaarrekeningen hospices, Berenschot 'Onderzoek hospicecapaciteit – 2024', analyse Gupta Strategists

32 Indien het totaalbedrag aan subsidies in de jaarrekening niet is opgesplitst, wordt deze als overige subsidie aangemerkt en is deze niet meegenomen in de schatting

Er zijn verschillende archetype hospices

Deze pagina vormt een overkoepelend beeld van de verschillende archetype hospices.

	Levert niet zelf V&V		Levert zelf V&V		
	A1 | Hospice waar wisselende wijkverpleegkundigen langskomen	**A2 | Hospice met eigen team van de wijkverpleging**	**B1 | Zelfstandig hospice zonder eigen contracten (onderaannemer)**	**B2 | Zelfstandig hospice met eigen contracten met verzekeraars**	**B3 | Hospice is onderdeel van ouderenzorgorganisatie**
V&V-team	Team voor V&V in dienst van thuiszorgorganisatie, hospice is adres op route in de wijk	Team voor V&V in dienst van thuiszorgorganisatie, maar team werkt enkel voor hospice	Eigen team voor V&V of team ingehuurd van een thuiszorgorganisatie	Eigen team voor V&V of team ingehuurd van een thuiszorgorganisatie	Eigen team voor V&V
V&V aanwezigheid	V&V komt 3x per dag langs en is er in de nacht	Team voor V&V in dienst van thuiszorgorganisatie, maar team werkt enkel voor hospice	V&V is 24/7 aanwezig		1) V&V is 24/7 aanwezig 2) V&V is overdag aanwezig en 's nachts gedeeld met verpleeghuis
Capaciteitverschuiving	Bij lage bezetting komt wijkverpleging minder langs	Bij lage bezetting wordt capaciteit nergens anders voor ingezet			1) Bij lage bezetting wordt capaciteit nergens anders ingezet 2) Bij lage bezetting, wordt bed gebruikt voor elv-hoogcomplex en personeel in verpleeghuis
Opnamebesluit	Opname door hospice-coördinator en indicatie formele zorg door wijkverpleging (gezamenlijk of apart)		Opnamebesluit en indicatie formele zorg door verpleegkundige of verpleegkundig specialist in dienst van hospice		Opnamebesluit en indicatie formele zorg door cliënt service bureau i.o.m. SO verpleeghuis
Geneeskundige behandeling	1) Behandeling door eigen huisarts (los vergoed), bij teveel reistijd neemt lokale huisarts het over 2) Behandeling door één huisartsen-praktijk in de buurt (los vergoed), waar alle cliënten zich inschrijven		1) Behandeling door eigen huisarts (los vergoed), bij teveel reistijd neemt lokale huisarts het over 2) Behandeling door één huisartsenpraktijk in de buurt (los vergoed), bijv. combinatie huisarts en kaderarts waar alle cliënten zich inschrijven 3) Behandeling door kaderarts of SO parttime in dienst bij hospice, vergoed uit elv-tarief		Behandeling door SO's in dienst van ouderenzorgorganisatie, vergoed uit elv-tarief
Afspraak zorgverzekeraar	Hebben zelf geen afspraken met zorgverzekeraar, elk component los vergoed		1) Hospice heeft zelf afspraken met zorgverzekeraars 2) Ouderenzorginstelling maakt namens hospice afspraken met verzekeraar en houdt klein %		Ouderenzorgorganisatie spreekt tarief en volume af met verzekeraar
Financiële structuur	1) Financiën vallen volledige binnen 1 stichting voor het hospice, de steunstichting ("vrienden van") doet enkel losse donaties 2) Financiën vallen onder 2 losse stichtingen, de steunstichting ("vrienden van") vult exploitatie structureel aan (bij verlies) 3) Financiën vallen onder 4 losse stichtingen (zorg, vrijwilligers, pand en vrienden van)				Financiën zijn onderdeel van ouderenzorgorganisatie
Pand	1) Pand is eigendom van hospice 2) Pand wordt gehuurd door hospice tegen marktconform tarief 3) Pand wordt gehuurd door hospice tegen niet-marktconform tarief				Pand is eigendom van of wordt gehuurd door ouderenzorgorganisatie
Vrijwilligers	1) Vrijwilligers (voor hospice & thuis) zijn onderdeel van hospice, hier ontvangen zij VWS-subsidie voor 2) Vrijwilligers (voor hospice & thuis) horen bij aparte stichting, hier ontvangen zij VWS-subsidie voor		1) Vrijwilligers onderdeel van hospice, coördinatie vergoed uit elv-tarief 2) Vrijwilligers (voor hospice & thuis) horen bij aparte stichting, hier ontvangen zij VWS-subsidie voor		Vrijwilligers onderdeel van verpleeghuis, coördinatie vergoed uit elv-tarief
Transparantie	1) Alle stichtingen (één of meerdere) publiceren volledige jaarrekening 2) Enkel stichting exploitatie publiceert volledige jaarrekening 3) Enkel stichting exploitatie publiceert deels a.d.h.v. ANBI		1) Alle stichtingen (één of meerdere) publiceren volledige jaarrekening 2) Enkel stichting exploitatie publiceert volledige jaarrekening		Hospice niet uitgesplitst in jaarrekening van ouderenzorgorganisatie

Figuur 11 – Omschrijving archetypes van hospice-organisaties

Bron: Projectervaring Gupta Strategists, aangevuld met jaarverslagen en interviews.

Hoofdstuk 2

Consequenties van variatie in organisatievormen van hospices

Hospices leveren een belangrijke bijdrage aan de zorg voor mensen met een korte levensverwachting. Bij opname in het hospice hebben de meeste cliënten een vergelijkbare zorgvraag. Desondanks zien we veel variëteit in de organisatie en bekostiging van deze zorg. In dit hoofdstuk reflecteren we vanuit verschillende perspectieven op de uitkomsten van onze verkenning van het Nederlandse hospicelandschap. We kijken naar beschikbaarheid en capaciteit van de hospicezorg, (inzicht in) de kwaliteit en de huidige bekostigingsstructuur.

Het ontbreekt aan (structureel) inzicht in de beschikbaarheid van formele zorg

Bijna alle Nederlanders hebben meerdere opties binnen 30 autominuten

Vrijwel iedereen in Nederland heeft een hospicelocatie in de nabije omgeving. Door het grote aantal hospicelocaties en de spreiding over Nederland, is het aantal "kritieke" hospicelocaties beperkt: slechts 45 duizend mensen (0,3%) hebben maar één hospicelocatie binnen 30 minuten rij-afstand.[33]

Een cliënt kan niet in elk hospice terecht. Er moet een leeg bed beschikbaar zijn én de zorgvraag moet passen bij de zorg die het hospice biedt. Dit werkt twee kanten op. De zorgvraag kan te complex zijn voor de formele en/of informele zorg die een hospice kan bieden. De zorgvraag kan ook te licht zijn om in aanmerking te komen voor formele zorg met verblijf.

Hospices hebben wisselend zicht op wachtlijsten en beschikbaarheid in de regio

De meeste hospices hebben een eigen wachtlijst, die bestaat uit directe verzoeken vanuit ziekenhuizen, huisartsen en andere zorgorganisaties en verzoeken van mensen die thuis palliatieve zorg krijgen en mogelijk op termijn het hospice nodig hebben. Een hospice weet niet altijd of iemand bij meerdere organisaties op de wachtlijst staat. Opvolging vindt beperkt plaats waardoor het onbekend is waar een persoon die niet wordt opgenomen uiteindelijk komt te overlijden.

Regionale afstemming tussen hospices is gebruikelijk, maar gezamenlijk wachtlijstbeheer via een gedeelde regionale wachtlijst is er meestal niet. Er zijn initiatieven voor een gezamenlijk coördinatiepunt vanuit waar de aanvraag van cliënten wordt georganiseerd, zoals in de regio Arnhem en Noordoost Brabant.[34] Deze coördinatiepunten dragen bij aan vereenvoudiging van het proces, maar zijn (nog) niet actief in avonden en weekenden, waardoor hospices dan alsnog zelf aanvragen moeten beheren. Daar komt bij dat de indicatiestelling niet centraal is, waardoor de situatie kan voorkomen dat het ene hospice de cliënt wel accepteert, terwijl een andere hospice dit niet zou doen.

33 Berenschot 'Onderzoek hospicecapaciteit – 2024, websites individuele hospices, reistijden op basis van Geodan Drive Time Matrix op postcode 4 niveau. Analyse Gupta Strategists
34 Coördinatiepunt Verblijf Regio Arnhem e.o. (link) en regionaal coördinatiepunt Noordoost Brabant (link)

Zorgverzekeraars hebben zorgplicht, maar kunnen hier moeilijk aan voldoen

Zorgverzekeraars zijn vanuit hun zorgplicht verantwoordelijk voor voldoende beschikbaarheid van hospicebedden voor verzekerden. Het is echter onduidelijk wat dit in de praktijk betekent, omdat er geen veldnormen zijn voor benodigde capaciteit, bijvoorbeeld in aantal bedden per 100.000 inwoners, en evenmin veldnormen voor de maximale wachttijd tot intake en/of opname in het hospice. Dit maakt het moeilijk te objectiveren wanneer een zorgverzekeraar voldoende zorg heeft ingekocht.

Wachtlijstbemiddeling door verzekeraars gebeurt nu niet of nauwelijks. Er is geen landelijke registratie van wachtlijsten voor hospices. In regio's waar een gemeenschappelijke wachtlijst en coördinatie is, geeft het centrale overzicht niet altijd een volledig beeld. Hierdoor is voor verzekeraars ook niet te achterhalen hoeveel cliënten dubbel op wachtlijsten staan of komen te overlijden voordat zij in een hospice opgenomen konden worden.

Het is voor verzekeraars lastig om het volume formele zorg in hospices goed te monitoren. Enerzijds omdat voor veel hospicebedden geldt dat de zorgverzekeraar geen direct contact heeft met het hospice, o.a. doordat eerstelijnsverblijf vaak niet rechtstreeks door het hospice wordt gedeclareerd. En anderzijds omdat in de declaratiedata wijkverpleging in hospices beperkt te onderscheiden is van rest van de wijkverpleging. De invoering van het dagtarief voor wijkverpleging in hospices lost dit op, maar er zijn nog geen openbare data beschikbaar en in 2025 gebruiken nog niet alle verzekeraars het dagtarief in alle situaties.[35]

Het is onduidelijk wie aanspreekbaar is op (uitbreiding van) hospicecapaciteit

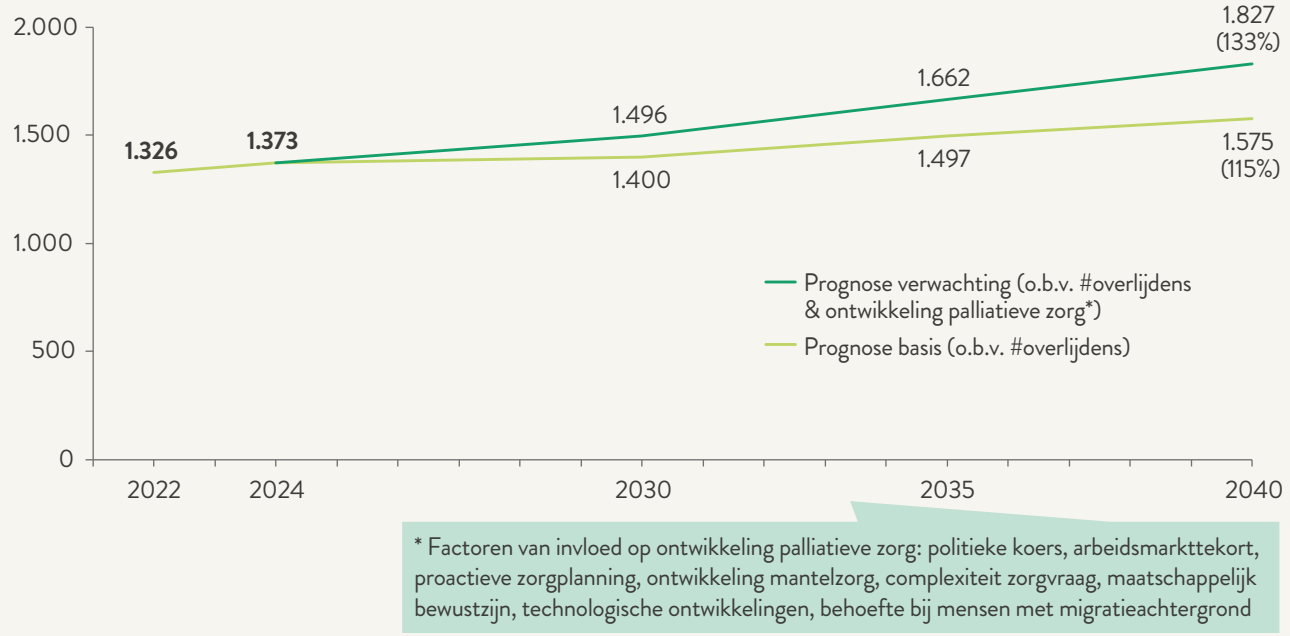
In 2040 zijn naar verwachting 200 tot 450 extra hospicebedden nodig

Naar verwachting groeit de vraag naar hospicezorg tot 2040. Figuur 12 toont prognoses van benodigde hospicebedden in 2040 op basis van het aantal niet-onverwachte overlijdens en op basis van ontwikkelingen in palliatieve terminale zorg. De basisprognose op basis van aantal overledenen voorspelt 15% groei van het aantal benodigde hospicebedden. Rekening houdend met alle ontwikkelingen in palliatieve zorg is 33% groei nodig. Dit betekent dat 200 tot 450 extra bedden nodig zijn. Ter illustratie, een toename van 300 bedden zou neerkomen op:

- Verdubbeling van de capaciteit in 50 van de huidige hospicelocaties met gemiddeld zes bedden,
- Uitbreiding met 30 nieuwe hospicelocaties met gemiddeld 10 bedden per locatie, of,
- Verhoging van gemiddelde bedbezetting van 78% naar 95% over alle hospices.

35 In het TO Wijkverpleging is afgesproken dat er per 2026 altijd via het dagtarief gedeclareerd moet worden.

Prognose ontwikkeling benodigde hospicebedden
[Gewenst aantal bedden]



Figuur 12 – Prognose benodigde hospicebedden 2040
Bron: CBS prognose overlijdens, Berenschot 'Onderzoek hospicecapaciteit – 2024', herijking Gupta Strategists o.b.v. beschikbare capaciteit in 2024

Hospices hebben geen zekerheid dat risico's van opschaling gedekt zijn

Hospices dragen de (financiële) risico's behorende bij opschaling van de capaciteit zelf. Zij hebben geen zekerheid rondom het terugverdienen van investeringen in uitbreiding van de capaciteit. Het is goed mogelijk dat andere (nieuwe) partijen gelijktijdig extra capaciteit realiseren in de regio. Het is daardoor onzeker of verwachte bedbezetting in praktijk te realiseren is.

Verzekeraars weten niet of er voldoende opgeschaald is in 2024

Vergelijking van verwachte vraag versus beschikbare capaciteit over 2024 laat zien hoe lastig het is voor verzekeraars om het opschalen van capaciteit te coördineren. Op basis van de methodiek in het Berenschot-rapport (gebaseerd op het aantal overlijdens per jaar) was in 2024 een capaciteit van 1.525 bedden nodig, terwijl er in dat jaar 1.370 hospicebedden beschikbaar waren. De benodigde capaciteit lag in 2024 dus ruim 150 bedden boven de beschikbare capaciteit. Het is onduidelijk of dit heeft geresulteerd in een toename van het aantal mensen dat niet geplaatst kon worden of een stijging van de tijd tot opname in het hospice. Er was in elk geval geen sprake van een substantieel hogere bezettingsgraad: die was in 2024 was vergelijkbaar met die in 2022.

Er is weinig inzicht in en grip op kwaliteit, door een onoverzichtelijk landschap en onderlinge afhankelijkheden

Het is voor de cliënt onduidelijk voor welke vorm en kwaliteit van zorg hij kiest

Het is voor cliënten en hun naasten niet eenvoudig om zicht te krijgen op de verschillen in organisatievorm tussen de hospices in hun omgeving. Afhankelijk van de organisatievorm is er wel of geen 24-uurs aanwezigheid van formele zorg. Ook zijn er verschillen in welke arts betrokken is bij de palliatieve terminale zorg: de eigen huisarts, een nieuwe huisarts of de specialist ouderengeneeskunde. Dit geldt ook voor de medicatie: de eigen apotheek of een nieuwe apotheek verbonden aan het hospice.

Kwaliteit van zorg in hospices valt buiten de scope van dit onderzoek, maar op basis van onze ervaringen als onderzoekers constateren we dat het niet eenvoudig is om zicht te krijgen op de kwaliteit van de formele en informele zorg in het hospice. Hospices die over het PREZO-keurmerk beschikken zijn opgenomen in een online register,[36] maar er zijn geen websites waarop de kwaliteit van hospices onderling vergeleken wordt, zoals www.ziekenhuischeck.nl en www.zorginzicht.nl. De IGJ heeft een toetsingskader hospicezorg en voerde daarmee tussen 2019 en 2022 een inspectie uit bij 3% van de hospicelocaties.[37]

Hospices delen de verantwoordelijkheid voor kwaliteit vaak met anderen

Er bestaan verschillende handvatten en richtlijnen voor goede palliatieve zorg. Omdat organisaties verschillende richtlijnen gebruiken, is er geen universele standaard voor 'goede zorg' in hospices. Ongeveer 40 hospices zijn gecertificeerd met het keurmerk PREZO-hospicezorg, maar dit keurmerk geeft geen rechten en is niet verplicht.[38]

Voor zowel huisartszorg als verpleging en verzorging is meer dan de helft van de hospices afhankelijk van andere organisaties. Als deze organisaties besluiten de samenwerking met het hospice aan te passen, hebben cliënten in het hospice daar last van. Zo hebben een aantal hospices de 24-uurs-aanwezigheid van verpleegkundigen en verzorgenden moeten afschalen naar zorg op vaste momenten, doordat thuiszorgorganisaties deze zorg niet meer wilden of konden bieden tegen de tarieven die de zorgverzekeraars daarvoor bereid waren te betalen.

Verzekeraars hebben beperkt inzicht in kwaliteit van formele zorg in hospices

Vanuit de zorgplicht zijn verzekeraars verantwoordelijk voor de kwaliteit van het aanbod voor hun verzekerden. Verzekeraars maken nu vaak de afspraken voor formele zorg in het hospice met de thuiszorgaanbieder voor wijkverpleging en de hoofdaannemer voor eerstelijnsverblijf. Hierdoor hebben zij vaak geen direct zicht op de kwaliteit van de formele zorg die in hospices geleverd wordt of hoe deze zich verhoudt tot de informele zorg die daar geleverd wordt.

36 Het register is hier te vinden: link. Hospices ontvangen het keurmerk na toetsing door een onafhankelijke organisatie die hiervoor geaccrediteerd is.
37 Factsheet Goede en veilige hospicezorg door deskundige zorgverleners én vrijwilligers – IGJ (2023)
38 Menzis en Zilveren Kruis hebben het opgenomen in inkoopbeleid 2026, direct of indirect (via lidmaatschap AHzN), zie bijlage B.

Het is de vraag of de huidige bekostigingsstructuur hospices ondersteunt

De directe out-of-pocketkosten voor cliënten verschillen tussen hospices

Door de verschillende bekostigingsvormen variëren de kosten voor de cliënt (zie Figuur 5). Als de formele zorg als het eerstelijnsverblijf wordt vergoed, komt dit ten laste van het Zvw eigen risico (EUR 385 in 2025). Aanvullend betaalt de cliënt een vergoeding voor gebruik van extra faciliteiten gedurende het verblijf van gemiddeld 20 euro per dag. Bij hospices die niet zelf de formele zorg leveren betalen cliënten gemiddeld 40 euro per dag. Een cliënt met een Wlz-indicatie betaalt naast een eventuele rechtstreekse vergoeding aan het hospice ook de inkomensafhankelijke bijdrage aan het CAK, die varieert tussen de 7 en 36 euro per dag.[39] Daar komt bij dat iemand met een Wlz-indicatie in beginsel recht heeft op verblijf, maar als deze persoon naar een hospice gaat dat niet zelf V&V levert kan deze enkel vpt of mpt verzilveren.

De eigen bijdragen die cliënten rechtstreeks aan het hospice betalen zijn niet gereguleerd. Als een cliënt de eigen bijdrage niet kan betalen, is het gebruikelijk dat hospices een oplossing vinden, maar dit is niet verplicht.

Hospices zijn afhankelijk van precaire financieringsconstructies die leiden tot uiteenlopende productieprikkels

Hospices zijn afhankelijk van verschillende inkomstenbronnen. Inkomsten verschillen jaar op jaar, en kennen op langere termijn behoorlijke onzekerheid:

- Inkomsten uit subsidies, voor een deel van de hospices het leeuwendeel van hun inkomsten, zijn niet structureel. De VWS-subsidie loopt nog tot eind 2026 en het is voor hospices onzeker hoe deze vanaf 2027 wordt ingericht. De hoogte van de subsidie was tot op heden afhankelijk van het aantal cliënten, waarbij het bedrag per cliënt daalde naarmate het aantal cliënten steeg.
- Gemiddeld 7 procent van de inkomsten is afkomstig van donaties en legaten (zie Figuur 6), die jaar tot jaar kunnen wisselen.
- Het tarief voor eerstelijnsverblijf is afhankelijk van de afspraken die de hoofdaannemer maakt en het percentage dat zij vervolgens met het hospice afspreken. Als de hoofdaannemer ervoor kiest om in contractbesprekingen met zorgverzekeraars op elv meer mee te geven, bijvoorbeeld om op een ander dossier meer te winnen, heeft dit vaak grotere gevolgen voor het hospice dan voor de hoofdaannemer zelf.

De wisselende inkomsten, beperkt inzicht in benodigde capaciteit en het gebrek aan direct contact met de verzekeraar resulteren erin dat er jaarlijks hospices (dreigen te) sluiten. In 2024 sloot een hospice in Rotterdam[40] en werd de sluiting van een hospice in Nijmegen aangekondigd en teruggedraaid.[41] In die regio sloot vervolgens in 2025 het hospice van een andere organisatie vanwege beperkte vraag.[42]

39 In 2025 is de lage eigen bijdrage minimaal 205 en maximaal 1052 euro per maand (link)
40 https://hospicedeviervogels.nl/nieuws/aankondiging-sluiting-hospice
41 https://www.carend.nl/artikel/hospice-betlehem-in-nijmegen-gered-van-ondergang
42 https://waalboog.nl/sluitinghospicedelinde/

Verschillen in bekostiging leiden tot uiteenlopende productieprikkels voor hospices, waardoor passende zorg leveren niet altijd loont. De VWS-subsidie stimuleert opname van zoveel mogelijk cliënten per jaar, waardoor het loont om mensen pas kort voor overlijden op te nemen. Het verdelingsmechanisme van de VWS-subsidie kent hogere bedragen per client toe aan inzet van vrijwilligers in hospices dan aan inzet van vrijwilligers thuis, waardoor bij schaarste aan vrijwilligers er een duidelijke prikkel is om die in het hospice in te zetten, niet thuis. De prestatie eerstelijnsverblijf en het dagtarief in de wijkverpleging stimuleren zoveel mogelijk ligdagen met zo min mogelijk uren formele zorg per dag. De behandeling door de huisarts wordt apart vergoed, waardoor het inzetten van een specialist ouderengeneeskunde in sommige gevallen financieel minder aantrekkelijk is.

Verzekeraars sturen beperkt op betaalbaarheid van formele zorg in hospices

De sturing die verzekeraars kunnen uitoefenen op betaalbaarheid van formele zorg in hospices reikt niet verder dan tarief- en volumeafspraken voor eerstelijnsverblijf en wijkverpleging. Deze tarieven worden echter meestal met een hoofdaannemer gemaakt, waardoor de uitgaven van de zorgverzekeraar niet automatisch gelijk zijn aan de inkomsten van het hospice.

Het ontbreken van directe afspraken over de volledige bekostiging zorgt voor beperkte sturing op doelmatigheid. Verschillen in bekostiging creëren uiteenlopende productieprikkels, waardoor een consistent beeld van de doelmatigheid van hospicezorg ontbreekt. De verzekeraar beoordeelt beperkt of zorg met verblijf terecht wordt ingezet. Dit kan ertoe leiden dat cliënten formele zorg met verblijf krijgen, terwijl 24-uurs-aanwezigheid van formele zorg niet strikt noodzakelijk is, maar hiervoor wordt gekozen omdat er nu eenmaal geen andersoortig hospicebed beschikbaar is in de regio. Verzekeraars maken doorgaans geen gerichte doelmatigheidsafspraken met hospices. Tariefafspraken zijn vaak onderdeel van bredere afspraken met ouderenzorgorganisaties, waardoor het lastig te toetsen is of het afgesproken tarief volstaat om specifieke locaties in de lucht te houden.

De beperkte overeenkomsten tussen verzekeraars en hospices, in combinatie met de geringe transparantie omtrent de financiële verslaglegging van hospices, zorgen voor onvoldoende inzicht in de financiële positie van deze instellingen. Hierdoor zijn verzekeraars niet in staat tijdig te signaleren dat een hospice er financieel slecht voor staat en ondersteuning nodig heeft. Omgekeerd leidt dit er ook toe dat tariefpercentages niet verlaagd worden als hospices structureel (te) goede financiële prestaties realiseren.

Conclusie: de situatie is precair

In onze optiek is het meest urgente knelpunt in het hospicelandschap dat de beschikbaarheid van hospicebedden niet geborgd is voor iedereen die zorg nodig heeft. Er lijkt voldoende hospicecapaciteit te zijn, maar niemand weet het zeker. Het aanbod is nu inzichtelijk, maar dit betreft een momentopname. Er is geen monitoring van wachtlijsten, waardoor niet zichtbaar is hoe groot de onvervulde vraag is. En als de vraag de komende jaren gaat stijgen, is het onduidelijk wie aanspreekbaar is op het eventueel achterblijven van het aanbod (in) formele zorg en verblijf. Dit vraagt om afspraken over monitoring van hospicecapaciteit, inclusief bedbezetting, en het volgen van onderliggende factoren.[43]

43 Aanbeveling uit eindrapport 'Project Versterken Hospicezorg 2024' - NPPZII

Wij denken dat de bekostigingsstructuur hospices niet op de juiste manier ondersteunt. Hospices zijn afhankelijk van verschillende inkomstenbronnen en hebben weinig zekerheid op lange termijn. De huidige bekostigingsstructuur is een lappendeken van oplossingen en leidt tot uiteenlopende – en mogelijk onwenselijke –prikkels. Daar komt bij dat het onduidelijk is wanneer iemand aanspraak kan maken op formele zorg met verblijf en wanneer het verblijf buiten de aanspraak valt. Hierdoor varieert de mate waarin cliënten zelf moeten bijdragen, zonder dat goed uitlegbaar is waarom. Dit model is op de lange termijn niet houdbaar. Zeker niet gezien de verwachte stijging van de vraag naar hospices.

Hoofdstuk 3

Toekomstbestendige inrichting en bekostiging van het hospicelandschap

Samenvatting van ons advies

We concluderen dat er op dit moment in Nederland sprake is van een onoverzichtelijk hospicelandschap met verschillende organisatievormen. Er is beperkt (structureel) inzicht in de beschikbaarheid, vraag en capaciteit van hospicezorg, en het is onduidelijk wie de regie gaat nemen bij de benodigde uitbreiding van capaciteit. Daarbij is er beperkt inzicht in en grip op kwaliteit van zorg, en biedt de huidige bekostigingsstructuur niet altijd de juiste ondersteuning en prikkels voor organisaties en cliënten.

In dit hoofdstuk doen we een voorstel voor toekomstbestendige inrichting en bekostiging van hospices. Het gaat om een voorstel van hoe de bekostiging er uiteindelijk uit kan zien. We verwachten dat het veld ten minste vijf jaar nodig heeft om toe te groeien naar de beschreven situatie.

De kern van ons voorstel is om een duidelijk onderscheid te maken tussen twee soorten hospices op basis van de functie die zij vervullen: formele zorg met medisch noodzakelijk verblijf versus een alternatieve verblijfplaats met informele zorg. Hierbij is een duidelijke afbakening nodig tussen mensen die op grond van hun zorgvraag 24-uurs-aanwezigheid van formele zorg nodig hebben, en anderzijds de mensen die dit niet nodig hebben, maar ook niet redelijkerwijs thuis kunnen overlijden.

Hospices die formele zorg met verblijf leveren, worden door de wet gezien als zorgaanbieder. De wettelijke kaders voor zorgaanbieders borgen kwaliteit, veiligheid en transparantie van deze vorm van zorg, die wordt bekostigd via zorgverzekeraars en zorgkantoren. Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben zorgplicht en zijn dus verantwoordelijk voor monitoring en borging van beschikbaarheid en capaciteit van formele zorg met verblijf. In deze hospices werkt de formele zorg samen met de informele zorg. We stellen voor om dit los te koppelen van subsidiebekostiging via het ministerie van VWS, en de kosten van opleiding en coördinatie van vrijwilligers mee te nemen in het elv-tarief.

Hospices als alternatieve verblijfplaats met informele zorg zijn er voor mensen die geen 24-uurs-aanwezigheid van formele zorg nodig hebben, maar voor wie het niet mogelijk of wenselijk is om op hun verblijfsplaats te sterven. Het hospice is verantwoordelijk voor de verblijfplaats en informele zorg en een derde partij biedt ter plaatse de formele zorg (net als thuis). We stellen voor om deze vorm van hospices in het sociaal domein onder te brengen. De verantwoordelijkheid voor voldoende capaciteit komt daarmee te liggen bij lokale overheden. Kwaliteit en transparantie zijn te borgen via de wettelijke kaders voor publieke gezondheid. Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben een zorgplicht voor formele zorg – thuis of in een hospice – via de wijkverpleging, vpt en mpt. Voor het opleiden en inzetten van informele zorg in deze hospices is, net zoals voor inzet thuis, VWS-subsidie beschikbaar. We stellen voor om de VWS-subsidie in te delen in regionale percelen om gericht regionale opschaling te kunnen stimuleren en te voorkomen dat groei van het aantal 'informele bedden' in de ene regio ten koste gaat van beschikbare middelen voor andere regio's waar uitbreiding maatschappelijk gezien mogelijk harder nodig is. Een overweging is of de vrijwilligers-middelen niet via lokale overheden verdeeld moeten worden, in lijn met hun verantwoordelijkheid om te zorgen voor voldoende verblijfsmogelijkheden met informele zorg in elke gemeenschap.

Een nieuwe inrichting van het hospicelandschap – met onderscheid tussen formele zorg met verblijf enerzijds en verblijf met informele zorg anderzijds – heeft effect op de beschikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid van het hospicelandschap. In Figuur 13 vergelijken we het huidige systeem met het voorgestelde nieuwe systeem.

		Toetsingscriteria	Huidig systeem	**Nieuw systeem** – Formele zorg met verblijf	**Nieuw systeem** – Alternatief verblijf met informele zorg
Beschikbaarheid	1	Cliënten hebben toegang tot gelijke zorg en weten waar zij voor kiezen	Verschil tussen hospices is onduidelijk, cliënten kiezen voor dichtstbijzijnde hospice i.p.v. best passende type zorg.	Cliënt krijgt alleen met indicatie formele zorg met verblijf. Goede voorlichting nodig.	Cliënt kan kiezen voor verblijf in hospice als thuis niet meer gaat, óók als ze indicatie hebben voor formele zorg met verblijf. Goede voorlichting nodig.
	2	Hospices hebben zicht op (regionale) capaciteit en beschikbaarheid	Vaak onbekend welk hospice welke zorg levert. Aantal regio's zijn gestart met coördinatie, verloopt nog niet vlekkeloos.	Hospices weten elkaar te vinden. Centrale coördinatie moet verder worden ingericht voor goed zicht op wachtlijsten.	Hospices helpen cliënten met meest dringende hulpvraag. Afstemming over regionale beschikbaarheid wenselijk.
	3	Zorgplicht (sturing op landschap) is duidelijk belegd	Zorgverzekeraar heeft zorgplicht maar heeft beperkt zicht op vraag, capaciteit, en geleverde zorg.	Zorgverzekeraar heeft zorgplicht en moet in eigen regio's toegangstijden binnen veldnorm houden (voldoende inkopen)	VWS stimuleert beschikbaarheid informele zorg per regio. Het is aan regio's (met lokale overheid) om dit in te richten.
	4	Er is duidelijke regie op (uitbreiding van) benodigde capaciteit	Er is nu eenmalig beeld van beschikbare capaciteit. Groei van vraag verwacht maar geen regie op uitbreiding capaciteit.	Zorgverzekeraars monitoren beschikbare en benodigde capaciteit, hospices hebben omzetgarantie bij capaciteitsuitbreiding.	Lokale overheid vanuit sociale domein verantwoordelijk voor monitoren beschikbare en benodigde capaciteit.
Kwaliteit	5	Hospicezorg heeft een eenduidig kwaliteits-kader	Er is een eenduidig kwaliteitskader PZ. Organisaties hebben verschillende richtlijnen om hier invulling aan te geven.	Hospices zijn zorgorganisaties en vallen onder wettelijk kader (wkkgz). Er kan gekozen worden voor één keurmerk.	Hospices AVIZ vallen niet onder wkkgz. Er kan gekozen worden dat hospices zich commiteren aan één kwaliteitskompas.
	6	Toezichthouders borgen de minimale kwaliteit van hospicezorg	IGJ is verantwoordelijk voor kwaliteit, maar controleert beperkt. Toetsingskader hospices stelt eisen aan informele zorg.	IGJ houdt toezicht op kwaliteit en veiligheid van zorg en verblijf	Toezicht op verblijf als voorziening in publieke domein. IGJ houdt toezicht op formele zorg geleverd door derde partij
	7	Het systeem kent een prikkel tot kwaliteits-verbetering	Hospices zijn intrinsiek gedreven om kwaliteit te verbeteren, leren van elkaar. Geen extra druk op kwaliteitsverbetering.	Zorgverzekeraar moet vanuit zorgplicht inzetten 'voldoende' kwaliteit, dit geeft prikkel tot beleid dat kwaliteit verbetert	Lokale overheid en toezichthouder moeten veiligheid en kwaliteit van verblijf en informele zorg bewaken
Betaalbaarheid	8	Cliënten hebben beperkte eigen bijdrage	Afhankelijk van organisatievorm (niet van zorgvraag) hoeveel cliënt betaalt.	Cliënt betaalt eigen risico bij elv-indicatie of inkomensafhankelijke bijdrage bij wlz-indicatie	Hospice bepaalt de eigen bijdrage, mogelijk eisen vanuit lokale overheid
	9	Geen onnodige medicalisatie	Afhankelijk van beschikbaarheid van organisatievormen in de regio kan cliënt zonder medische noodzaak voor verblijf soms wel via elv-bekostigd worden	Alleen cliënten met indicatie krijgen formele zorg met verblijf geleverd en vergoed	Cliënten zonder indicatie krijgen zelfde formele zorg in hospice als ze anders thuis geleverd en vergoed zouden krijgen
	10	Hospices hebben gelijke en stabiele inkomsten	Afhankelijk van organisatievorm wordt anders bekostigd voor dezelfde zorg, denk aan: elv met/zonder VWS-subsidie, 24-uursbeschikbaarheid vanuit elv of wvp	Alle hospices worden volledig uit elv bekostigd, geen aanvullende subsidies m.b.t. vrijwilligers.	Hospices krijgen VWS-subsidie voor informele zorg. Overige kosten moeten worden gedekt vanuit eigen bijdrage, giften of subsidie gemeente.
	11	Zorgverzekeraar / toezichthouder heeft grip op betaalbaarheid en doelmatigheid	Afspraken voor elv en wvp vallen weg binnen de afspraken van grotere organisaties. Dagtarief voor wijkverpleging lost dit deels al op.	Afspraken voor elv kunnen wegvallen binnen de afspraken van de grotere organisatie. Het is aan de verzekeraar, vanuit hun zorgplicht, om actief te monitoren op doelmatigheid en te acteren bij een financieel slechte situatie.	Afspraken voor wvp kunnen wegvallen binnen de afspraken van de grotere organisatie, met dagtarief wordt dit deels opgelost. VWS - subsidie zou moeten bijdragen aan doelmatige inzet van informele zorg.
	12	Transparantie totale uitgaven als maatschappij	Uitgaven aan elv-ptz en VWS-subsidie al inzichtelijk. Wvp wordt beter met dagtarief. Wlz beperkt te onderscheiden	Uitgaven aan elv-ptz blijven inzichtelijk, behandeling valt binnen het integrale tarief. Het is aan zorgverzekeraar om aandeel wlz inzichtelijk te maken.	Uitgaven aan VWS-subsidie blijven inzichtelijk en wijkverpleging met dagtarief wordt beter. Wlz valt weg in inzet thuis.
	13	Transparantie financiële situatie hospices	Meeste hospicesverantwoordingsplichtig maar wel op verschillende wijze (als zorgaanbieder of als ANBI) en een deel valt weg binnen grotere zorgorganisatie. Constructies met meerdere (steun)stichtingen zijn minder inzichtelijk.	Hospices zijn zorgaanbieder en daarom verantwoordingsplichtig. Hospices binnen grote zorgorganisaties zijn niet uit te splitsen in de jaarrekening. Constructies met steunstichtingen blijven minder inzichtelijk.	Hospices zijn niet altijd verantwoordingsplichtig (enkel met ANBI-status). Centraal verzamelpunt voor ANBI-formulieren wenselijk. Constructies met steunstichtingen blijven minder inzichtelijk.
Haalbaarheid	14	Beperkte administratielast hospice	Ieder hospice kiest organisatievorm die bij hen past en rust administratie daarop toe.	Hospices zijn zorgaanbieder met bijkomstige administratielast. Hospices mogen contractafspraken en declaratie uitbesteden.	Hospice zijn niet verantwoordelijk voor formele zorg en hebben daar geen administratielast van. Enkel administratie-last voor aanvragen subsidies.
	15	Beperkte beheerslasten verzekeraar / toezichthouder	Voor verzekeraars niet haalbaar om aan zorgplicht te voldoen, zicht houden op verschillende hospices per regio is lastig. Beperkte administratielast elv en wvp door weinig individuele afspraken.	Bij duidelijke zorgplicht komt meer beheerslast, maar dit is wel voor een duidelijke afbakening van hospices. In de toekomst potentieel meer aparte contractafspraken voor elv met hospices.	Zorgverzekeraar maakt afspraken voor wvp dagtarief met thuiszorgaanbieders. Extra beheerslast voor lokale overheid om invulling te geven aan toezichtrol

Figuur 13 - Afwegingskader huidig versus nieuw systeem voor inrichting hospicelandschap

1) Maak duidelijk onderscheid tussen de twee functies van een hospice

Hospices vervullen twee belangrijke functies in het Nederlandse zorglandschap:

1. Hospices bieden formele zorg met verblijf aan mensen met een zorgvraag waarvoor 24-uurs aanwezigheid van formele zorg nodig is (in aanvulling op informele zorg). Een hospice dat formele zorg met medisch noodzakelijk verblijf biedt, is voor de wet altijd een zorgaanbieder.

2. Hospices bieden een verblijfplaats en informele zorg aan mensen die hun laatste weken niet thuis kunnen doorbrengen. Zij hebben op grond van hun zorgvraag geen noodzaak tot 24-uurs-aanwezigheid van formele zorg, maar 'gewoon thuis' gaat het ook niet (meer). Dit type hospice biedt een oplossing voor mensen met een zwak (of ontbrekend) netwerk en voor mensen wiens verblijfplaats ongeschikt is voor iemand die binnenkort gaat overlijden. Een hospice dat een verblijfplaats en informele zorg biedt is geen zorgaanbieder volgens de Wkkgz, zolang een derde partij (andere organisatie) de formele zorg op de locatie biedt.

In het Nederlands systeem zijn er nu hospices die één of beide functies vervullen, waarbij de functies door elkaar lopen binnen dezelfde organisatie.

2) Zorg voor afbakening van de doelgroep per soort hospice

Noodzaak tot afbakening van aanspraak op formele zorg met verblijf

Formele zorg met verblijf is voor cliënten met een zorgvraag die noodzaakt tot 24-uurs-aanwezigheid van formele zorg. We weten niet hoeveel mensen dit betreft, omdat er in de praktijk niet altijd een alternatief bed beschikbaar is. We weten ook niet welk deel van cliënten nu onterecht zelf de verblijfskosten betaalt, omdat ze in 'het verkeerde bed' terecht gekomen zijn. Dit speelt als zij in een hospice verblijven dat niet zelf formele zorg levert, terwijl zij op grond van hun zorgvraag in aanmerking komen voor 24-uurs formele zorg, en dus bekostiging van het verblijf.

In onze optiek is een duidelijkere indicatie voor formele zorg met medisch noodzakelijk verblijf nodig. Enkel cliënten die aan deze indicatie voldoen, kunnen terecht in hospices die formele zorg met verblijf bieden. Het is aan het Zorginstituut om te duiden wie hiervoor in aanmerking komt (de buitengrenzen) en door wie deze indicatie gesteld moet worden. Dit vraagt herziening van de uitspraak uit 2023, die een uitzondering maakt voor specifieke organisaties. Hierop moeten de afwegingsinstrumenten van de beroepsgroepen worden aangepast. Vervolgens is het aan de NZa om de bekostigingssystematiek te evalueren en zo nodig hierop aan te passen. Het is wenselijk dat de bekostiging uitgaat van de zorgvraag van de cliënt, niet van de (huidige) organisatievormen van hospices.

Dit standpunt bouwt voort op de in AZWA vastgelegde afspraak om te objectiveren wanneer palliatief terminale zorg niet langer verantwoord thuis te organiseren is, te weten:
"De beroepsgroep, zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken in 2025 goede afspraken over de vraag wanneer palliatief terminale zorg niet meer verantwoord thuis kan worden georganiseerd. Daarbij worden ook afspraken gemaakt welke volwaardige alternatieven beschikbaar zijn voor palliatieve terminale zorg en ondersteuning thuis en onder welke voorwaarden deze doelmatig, inclusief de financiering, kunnen worden geleverd. Indien noodzakelijk wordt het Normenkader indicatieproces hierop aangepast."[44]

Beide soorten hospices blijven noodzakelijk

Er is een groep mensen die redelijkerwijs niet thuis kan overlijden, maar op grond van hun zorgvraag geen 24-uurs-aanwezigheid van formele zorg nodig heeft. We weten nu niet hoe groot deze groep is, dit vraagt nader onderzoek. Het gaat om mensen voor wie thuis sterven niet mogelijk of wenselijk is omdat zij bijvoorbeeld:

1) Thuis te weinig informeel netwerk hebben dat de benodigde ondersteuning kan bieden, of
2) Op een plek verblijven waar de (in)formele zorg niet goed geleverd kan worden[45], of
3) Op een plek verblijven waar het onwenselijk wordt gevonden om de laatste weken van het leven door te brengen, zoals een asielzoekerscentrum of daklozenopvang.

Zorgvuldige afbakening van de aanspraak is nodig om passende zorg te bevorderen

Een ruime afbakening van de aanspraak – in het meest extreme geval iedereen die nu in hospices verblijft – betekent dat verblijfskosten voor iedereen vergoed worden vanuit de zorgprestatie. Dit is niet in lijn met de maatschappelijke tendens, zoals bijvoorbeeld geïllustreerd door de recente HLO-afspraak dat *"het uitgangspunt in de Wlz-ouderenzorg zorg zonder verblijf zou moeten zijn ('zo gewoon mogelijk') en indien zorg in de thuissituatie niet meer verantwoord of passend is, komt zorg in een instelling in beeld"*.[46] Als hospices als formele zorg met verblijf (nu elv-ptz) worden bekostigd, dan betekent dit een groei van maatschappelijke kosten van 280 naar 300 miljoen euro (cijfers 2025). Het betekent ook dat alle hospices die nu voor de wet geen zorgaanbieder zijn, dit wel moeten worden. Dit is ongewenst.

Een smalle afbakening van de aanspraak betekent dat capaciteit van hospices die nu formele zorg leveren, en via elv-bekostigd worden, moet worden afgebouwd of omgevormd naar hospices zonder medisch noodzakelijk verblijf. Afbouwen of omvormen is eenvoudiger voor hospices die onderdeel zijn van grotere zorgorganisaties (in verpleeghuizen), dan voor zelfstandige hospices.

44 [C7] Terminale palliatieve zorg en stervensbegeleiding kunnen ongehinderd worden geleverd. Derde bullit op blz 57. Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (3 juli 2025)
45 Denk aan: trappen zonder traplift, geen plek voor hoog-laagbed en/of krappe sanitaire voorzieningen zonder plaats voor hulpmiddelen en/of de mantelzorger of thuiszorgmedewerker. Ook woningen die erg geïsoleerd liggen vallen in deze categorie.
46 Blz 16, 3e alinea, Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg 'Samen voor kwaliteit van bestaan' (3 juni 2025). In hospices verblijven niet alleen ouderen en de meeste mensen in hospices hebben geen Wlz-indicatie.

3) Verduidelijk positie van formele hospices met verblijf

Hospices die formele zorg met verblijf leveren zijn zorgaanbieders voor de wet

De helft van de hospices levert formele zorg en voldoet aan eisen uit wet- en regelgeving zoals die gelden voor zorgaanbieders. Hospices die niet zelf formele zorg leveren, waar wel een vast team verpleegkundigen en verzorgenden werkt, kunnen ervoor kiezen het team in dienst te nemen en een zorgaanbieder te worden.

Hospices die formele zorg met verblijf bieden, organiseren ook inzet van vrijwilligers ten behoeve van informele zorg. Vrijwilligers bieden individuele aandacht aan cliënten en dragen zo bij aan de kwaliteit van leven. Ook voeren ze andersoortige taken uit. Deze vrijwilligers blijven in de toekomst hard nodig.

Zorgverzekeraars hebben zorgplicht voor formele zorg met verblijf

Zorgverzekeraars (en in mindere mate zorgkantoren) zijn verplicht om te zorgen voor voldoende capaciteit in hospices die formele zorg met verblijf bieden. De zorg wordt bekostigd als elv-ptz of Wlz V&V (zorg met verblijf). De NZa heeft bij het laatste kostprijsonderzoek gekozen voor een dagtarief in plaats van een modulair tarief voor elv-ptz. Na duiding van de aanspraak door het Zorginstituut is evaluatie van de bekostiging gewenst. Als de aanspraak op formele zorg met verblijf ruim wordt gedefinieerd, is er meer variatie tussen cliënten mogelijk en kan een modulair tarief passend zijn.

Zorgverzekeraars en zorgkantoren monitoren de beschikbare capaciteit, de hoeveelheid geleverde zorg en wachtlijsten. Het is hun verantwoordelijkheid om toe te zien of tarieven voldoende dekkend zijn en indien nodig ondersteuning te bieden aan hospices met financiële problemen op kritieke locaties. Monitoring van wachtlijsten is nodig om te bewaken of de onvervulde vraag niet oploopt. Wachtlijsten laten zien of er voldoende capaciteit is ingekocht om aan de zorgvraag in een regio te voldoen. De NZa kan hiermee handhaven of verzekeraars en zorgkantoren hun zorgplicht nakomen. Op regionaal niveau is het wenselijk dat zorgverzekeraars en zorgkantoren de verhouding tussen Zvw- en Wlz-gefinancierde ligdagen in hospices monitoren. Een groot aandeel van Wlz-gefinancierde ligdagen in hospices is een signaal dat regulier Wlz-aanbod in een regio mogelijk tekortschiet.

Kwaliteit en transparantie zijn geborgd via wettelijke kaders voor zorgaanbieders en via zorginkoop

Hospices die formele zorg met medisch noodzakelijk verblijf bieden moeten voldoen aan het kader van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen (Wkkgz). Hierin staan regels over goede zorg, klachten- en geschillenbehandeling en toezicht waar elke zorgaanbieder zich aan moet houden. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op kwaliteit en veiligheid van de zorg en treedt zo nodig op. Het is aan verzekeraars om desgewenst via contractering aanvullende kwaliteitseisen af te dwingen of andersoortige maatregelen te nemen om kwaliteit te verbeteren.

Zorgaanbieders hebben financiële verantwoordingsplicht. Jaarlijks moeten ze via 'jaarverantwoording zorg' van DigiMV openbaar maatschappelijke verantwoording afleggen over de besteding van collectieve middelen. Grotere zorgorganisaties zijn niet verplicht om de exploitatie van het hospice separaat van hun andere zorgactiviteiten te verantwoorden. Het is aan de zorgverzekeraar om, in het kader van de zorgplicht, voldoende inzicht in aanbod van hospicecapaciteit te krijgen.

Bekostiging van formele hospices

Hospices die formele zorg met medisch noodzakelijk verblijf bieden worden bekostigd via de prestatie elv-ptz. Het is in onze optiek onwenselijk om de prestatie aan te vullen met een subsidieregeling ten behoeve van het opleiden en inzetten van vrijwilligers. In plaats daarvan zien wij twee opties:

1. **Neem budgetten voor informele zorg mee in de tariefstelling voor formele zorg**. In dit geval zijn vrijwilligers die informele zorg leveren onlosmakelijk verbonden met de formele zorg en is de verwachte inzet van vrijwilligers vergelijkbaar tussen organisaties. Dit maakt het logisch om middelen voor het opleiden en inzetten van vrijwilligers mee te nemen in de tariefstelling van formele zorg. Als (kleinere) hospices de exploitatie met de nieuwe tariefstelling – zonder subsidie – niet rondkrijgen, kan de verzekeraar kijken naar (tijdelijke) bekostiging boven het NZa-maximum-tarief of alternatieve inkoopvormen. Of:
2. **Organiseer opleiding en inzet van vrijwilligers regionaal, los van de huisvesting van hospices**. In dit geval leveren vrijwilligers regionaal informele zorg aan palliatieve cliënten (thuis, in het hospice of in het verpleeghuis). De inzet van vrijwilligers wordt losgekoppeld van de exploitatie van het hospice. Opleiding en coördinatie van de vrijwilligers wordt geregeld vanuit een aparte vrijwilligersstichting die de inzet van vrijwilligers in de hele regio coördineert en daarvoor een vergoeding ontvangt vanuit een subsidie. Dit is in praktijk alleen uitvoerbaar als vrijwilligers bereid zijn op meerder locaties te ondersteunen. Een alternatieve variant van deze optie is het regionaal penvoerderschap, waarbij een regionale onafhankelijke stichting, bijvoorbeeld het netwerk palliatieve zorg, de opdracht krijgt om de regionale 'vrijwilligersmiddelen' te verdelen.

Sowieso is het onwenselijk om het huidige criterium in de VWS-subsidie te behouden dat enkel zorgaanbieders met <20 fte verpleegkundigen aanspraak kunnen maken op subsidie. Dit extra onderscheid in de markt binnen de groep formele hospices is niet helpend, omdat zij allemaal aanspraak maken op hetzelfde elv-ptz-tarief.

Nieuwe inrichting zorglandschap voor hospices die formele zorg met verblijf bieden

Figuur 14 – Schematisch overzicht nieuwe inrichting zorglandschap voor hospices met formele zorg met verblijf
[1] Na duiding door Zorginstituut m.b.t. indicatie en indicatiesteller

4) Verduidelijk positie van hospices die verblijf bieden als alternatief voor thuis

Maak het sociaal domein expliciet verantwoordelijk voor beschikbaarheid van verblijf met informele zorg

Er zijn hospices nodig die een verblijfplaats bieden aan mensen die geen indicatie hebben voor 24-uurs-aanwezigheid van formele zorg, maar hun laatste weken ook niet thuis kunnen doorbrengen. Deze verblijfplaatsen zijn in het hele land nodig. Ze zijn nu verdeeld over het land (zie Bijlage A | Reistijden naar hospices, ; bijna-thuis-huizen). Het is echter onbekend of iedere regio voldoende capaciteit van dit type bedden heeft. Deze hospices leveren niet zelf formele zorg en voldoen niet aan de definitie van zorgaanbieder uit de Wkkgz, daarom valt het verblijf dat zij bieden buiten de zorgplicht van zorgverzekeraars. Daarmee is onduidelijk wie aanspreekbaar is op voldoende beschikbaarheid van dit type verblijf in alle regio's. Dit is ongewenst.

In onze optiek dient de verantwoordelijkheid voor voldoende capaciteit van dit type verblijf in het sociaal domein te liggen, bij lokale overheden. Het gaat immers om een goede verblijfplaats voor kwetsbare mensen uit de eigen gemeenschap in de laatste weken van hun leven. Dit standpunt sluit aan bij de afspraken in AZWA waarin partijen stellen:

"We versterken de samenwerking tussen het zorgdomein en sociaal domein zodat mensen (gelijkwaardige toegang tot) de zorg en ondersteuning krijgen die zij daadwerkelijk nodig hebben. Om dit te realiseren zijn er twee doorbraakafspraken nodig: concrete landelijke afspraken op het snijvlak van het zorgdomein en sociaal domein (D5) en afspraken over basisvoorzieningen in wijken en buurten op het gebied van gezondheid, ondersteuning, welzijn en zorg (D6)".[47]

"De afspraken op het snijvlak zorg-sociaal (D5) vereisen een goede structuur en basis in de wijk en in de regio. Juist in de wijk, vlakbij mensen, wordt het welzijn en de gezondheid van mensen versterkt als er ruimte is voor burgerinitiatieven, familie of naasten, professionals en vrijwilligers contact met elkaar hebben [...]. Met een goede verbinding tussen formele en informele zorg, specifiek gericht op de infrastructuur die noodzakelijk is om de basisfunctionaliteiten op het snijvlak van het zorgdomein en sociaal domein (inclusief publieke gezondheid en sociaal werk) uit te kunnen voeren. Alle basisfunctionaliteiten zullen in ieder geval moeten kunnen leunen op bijvoorbeeld [...] coördinatie op de regionale samenwerking tussen gemeenten onderling en tussen het sociaal domein in de zorg, regionale en lokale regie op de uitvoering van de basisfunctionaliteiten en digitalisering, monitoring en beschikbaarheid van informatie." [47]

Hospices die verblijf met informele zorg bieden zijn, hoewel niet expliciet benoemd in de D5-doorbraakafspraak, een goed voorbeeld van activiteiten op het snijvlak van het zorgdomein en het sociaal domein. Het verblijf en de informele zorg horen in het sociaal domein, maar de formele zorg die op deze locaties door derde partijen wordt geboden, de wijkverpleging, is eerstelijnszorg die tot het zorgdomein behoort. Afgelopen jaren hebben veldpartijen regionaal geïnvesteerd in het versterken van deze domeinoverstijgende samenwerking, zoals die nu in de breedte bekrachtigd is in AZWA.

Veel hospices die verblijf met informele zorg bieden, zijn ontstaan uit burgerinitiatieven. In AZWA doorbraakafspraak-D6 is afgesproken dat *"burgerinitiatieven worden ondersteund"*.[48] En ook dat: *"Het netwerk van zorg en ondersteuning, waar professionals uit het medisch, sociaal en gezondheidsdomein en het informeel netwerk (mantelzorg, familie of naasten, vrijwilligers en burgerinitiatieven) elkaar kennen en nauw samenwerken, wordt versterkt."* [49] Hiermee ligt er een duidelijke basis om coördinatie op de regionale samenwerking tussen gemeenten onderling en tussen sociaal domein en zorgdomein te verbeteren en er gezamenlijk voor te zorgen dat straks in alle regio's voldoende 'informele bedden' beschikbaar zijn. Een goed voorbeeld van een gemeente die zijn rol pakt in het borgen van voldoende mogelijkheden voor verblijf met informele zorg is het recente besluit van gemeente Bloemendaal om een pand beschikbaar te stellen ten behoeve van vestiging van een informeel hospice binnen de eigen gemeenschap. Met dit besluit biedt de gemeente concrete steun aan een burgerinitiatief.[50]

47 [D5] We versterken de samenwerking tussen partijen op het snijvlak (eerstelijns)zorgdomein en sociaal domein, blz 68 onderaan. Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (3 juli 2025)
48 [D6] In het sociaal domein wordt een basisinfrastructuur ingericht ter ondersteuning van de basisfunctionaliteiten, blz 72 bovenaan. Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (3 juli 2025)
49 [D6] In het sociaal domein wordt een basisinfrastructuur ingericht ter ondersteuning van de basisfunctionaliteiten, blz 72 onderaan. Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (3 juli 2025)
50 https://gemeenteraad.bloemendaal.nl/Documenten/01-Raadsvoorstel-Aanwijzing-en-verkoop-locatie-ten-behoeve-van-realisatie-hospice-2025000240.pdf

Verzekeraars hebben zorgplicht voor formele zorg zonder verblijf, thuis of in hospice

Palliatieve terminale cliënten die thuis verblijven of elders op grond van een sociale indicatie, krijgen formele verpleging en verzorging via de wijkverpleging. Zorgverzekeraars zijn verplicht om te zorgen voor voldoende capaciteit van de wijkverpleging. Het is wenselijk om onderscheid te maken tussen wijkverpleging aan palliatieve terminale cliënten versus andere cliënten, door een separate prestatie te gebruiken. Dit onderscheid biedt inzicht in zowel gebruik van als wachttijden voor deze zorg.

Per 2026 wordt wijkverpleging in hospices bekostigd via een dagtarief, met mogelijkheid tot maatwerkafspraken. Na duiding van de aanspraak op formele zorg met verblijf is evaluatie van de bekostiging van de formele zorg zonder verblijf, de wijkverpleging dus, ook wenselijk. Bij een smalle afbakening van de aanspraak op formele zorg met verblijf, is er waarschijnlijk meer variatie in de zorgvraag binnen de groep cliënten die formele zorg zonder verblijf krijgen. De bekostiging wijkverpleging dient voldoende mogelijkheden te bieden om aan te sluiten bij deze variatie.

Op dit moment bestaat er geen vorm van landelijke wachttijdenregistratie in de wijkverpleging. Iedere verzekeraar heeft aparte afspraken met elke aanbieder over wachttijden, waarbij vaak een maximale wachttijd van zes weken wordt gehanteerd. Als een cliënt niet binnen zes weken wijkverpleging van de thuiszorgorganisatie ontvangt kan hij zich beroepen op de wachttijdbemiddeling van zorgverzekeraars. Hierin wordt op dit moment geen onderscheid gemaakt naar reguliere versus palliatieve terminale cliënten, ondanks dat zes weken voor hen een onwenselijke termijn is. In de toekomst is inzicht in de wachttijd specifiek voor palliatieve terminale cliënten wenselijk, vergelijkbaar met de registratie van wachttijden bij casemanagement dementie.[51]

Kwaliteit en transparantie te borgen via wettelijke kaders voor publieke gezondheid

Hospices als alternatieve verblijfslocatie voldoen aan de Wkkgz-definitie van 'alternatieve-zorgaanbieder': *"een solistisch werkende, niet-geregistreerde zorgverlener die andere zorg levert, dan wel een instelling die uitsluitend door niet-geregistreerde zorgverleners andere zorg doet verlenen"*.[52] De Wkkgz stelt dat zorgaanbieders goede zorg bieden en dat alternatieve zorgaanbieders in afwijking hierop slechts zorg verlenen die buiten noodzaak niet leidt tot (kans op) schade voor de cliënt, waarbij diens rechten in acht worden genomen en de cliënt met respect bejegend wordt.

51 Zorgaanbieders die casemanagement dementie leveren, geven eenmaal per kwartaal de informatie over wachttijden en wachtlijsten door aan het Dementienetwerk waarin ze actief zijn. Het Dementienetwerk clustert de informatie in zijn regio en geeft de informatie door aan het Zorgbeeldportaal. Hierdoor krijgen zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit beter inzicht in hoe lang de wachttijden in bepaalde regio's zijn. (link)
52 Artikel 1, eerste lid, onderdeel e, Wkkgz

In onze optiek is op dit moment onvoldoende helder onder wiens toezicht deze hospices, als alternatieve zorgaanbieder in de zin van de Wkkgz, vallen:

- Hospices zijn niet verantwoordelijk voor de formele zorg die op hun locatie door derden wordt geboden. Die derden, zoals de wijkverpleegkundige en huisarts, zijn beroepsmatige zorgverleners die werken voor zorgaanbieders in de zin van de Wkkgz en vallen daarmee onder het toezicht van de IGJ.
- Tegelijkertijd heeft de IGJ recent een toetsingskader voor hospices in gebruik genomen, waarin is beschreven dat (zorg)vrijwilligers worden getoetst aan normen die voor beroepsmatige zorgverleners gelden[53]. De betekenis hiervan voor de organisatie die de vrijwilligers levert is onduidelijk. Als voor zorgvrijwilligers dezelfde normen gelden als voor beroepsmatige zorgverleners, moet de organisatie die ze inzet dan ook aan dezelfde normen voldoen als een zorgaanbieder in de zin van de Wkkgz?
- De verantwoordelijkheid voor een veilige omgeving (verblijfplaats) is onduidelijk belegd.

Enige mate van bescherming van de kwetsbare burgers die gebruik maken van deze voorzieningen lijkt ons wenselijk, in aansluiting met de gangbare eisen voor partijen actief in het sociaal domein. Het is onze indruk dat de hospices op dit moment door deze toezichthouders als zorgaanbieder worden beschouwd, en daarmee 'buiten de boot' vallen. Denk aan:

- RIVM heeft geen hygiënerichtlijnen voor verblijf met informele zorg, terwijl die er wel zijn voor o.a. kinderopvang, basisscholen, asielzoekerscentra en wellnesscentra.[54]
- De NVVA houdt toezicht op de bereiding van voedingsmiddelen, ook in sportkantines, zwembaden en middelbare scholen. Via onaangekondigde inspecties beoordelen inspecteurs de hygiëne, de manier van werken en de kennis van de Hygiënecode. Het is onduidelijk of zij informele hospices bezoeken.
- GGD'en hebben een belangrijke rol het bevorderen van de publieke gezondheid, maar zover bekend bezoeken zij informele hospices niet. Zij hebben de taak, vanuit de Rijksoverheid bij gemeentes belegd, om jaarlijks de kinderopvang te inspecteren en uitkomsten te rapporteren voor het landelijk register.[55]

Hospices die verblijf met informele zorg bieden vallen buiten de eisen rondom financiële transparantie zoals die voor zorgaanbieders gelden. Veel hospices hebben een ANBI-status om te kunnen profiteren van belastingvoordelen rondom schenkingen. Zij verstrekken inzicht in financiële kerngegevens op grond van de verplichtingen zoals die gelden voor organisaties met ANBI-status.[56] Het zou de transparantie ten goede komen als deze standaardoverzichten, aanvullend op de publicatie op de organisatiewebsite, op één plek verzameld en gedeeld worden, bijvoorbeeld via een brancheorganisatie.

53 IGJ Toetsingskader hospicezorg (2024), te raadplegen via link
54 https://www.rivm.nl/hygienerichtlijnen
55 https://www.onderwijsinspectie.nl/onderwijssectoren/kinderopvang
56 Algemeen Nut Beogende Instelling (link)

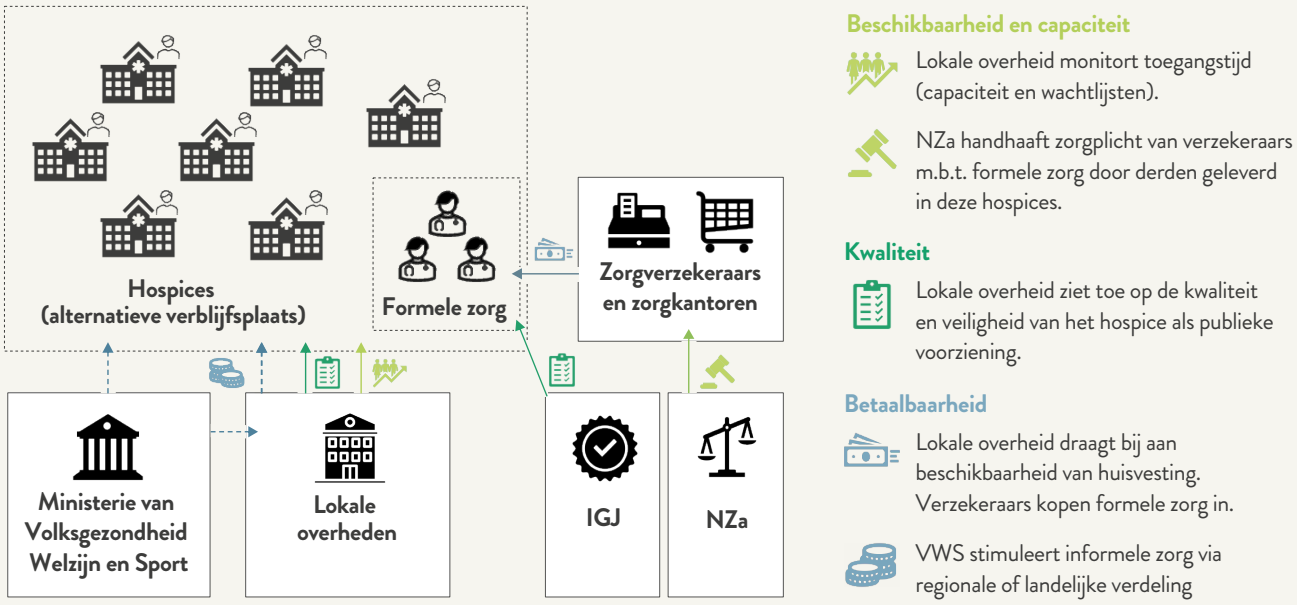
Bekostiging van 'informele hospices'

Wij zien twee opties waarop het ministerie van VWS informele zorg en hospicecapaciteit voor mensen met een sociale indicatie voor verblijf kan stimuleren:

1. **Regionale verdeling van middelen – VWS verdeelt alleen over de regio's**. Bij de stelling dat lokale overheden verantwoordelijk zijn voor voldoende beschikbaarheid van verblijfscapaciteit met informele zorg, is het passend om de middelen die bijdragen aan de instandhouding van deze capaciteit ook lokaal te laten verdelen. De instellingssubsidie voor hospices wordt dan komende jaren afgebouwd. In plaats daarvan worden de beschikbare middelen verdeeld over (samenwerkende) gemeenten, bijvoorbeeld via een specifieke uitkering in het Gemeentefonds of als onderdeel van de AZWA-middelen om de beweging naar de voorkant te stimuleren door te investeren in het sociaal domein. Een andere variant is dat VWS de regionale palliatieve zorgnetwerken de opdracht geeft om de middelen regionaal te verdelen.
2. **Landelijke verdeling van middelen door VWS.** Bij keuze voor behoud van een landelijke subsidieregeling, waarbij VWS de middelen rechtstreeks uitkeert aan hospices, is ons advies om het subsidiebedrag op te knippen in regionale percelen in plaats van één pot voor het hele land te gebruiken. Zo wordt voorkomen dat initiatieven in het ene deel van land ten koste gaan van beschikbare subsidie voor initiatieven in een ander deel van het land. Door het totale budget naar rato (bijv. aantal inwoners of overledenen) op te delen in regionale percelen, zijn in alle regio's relatief evenveel middelen beschikbaar.

In beide opties is nadere uitwerking van het begrip regio nodig. Aansluiting bij de VNG/ZN-regio's-indeling, de zorgkantoorregio's of de Woondealregio's ligt voor de hand. Verdeling per gemeente is in elk geval ongewenst, omdat een groot deel van de gemeenten op dit moment geen hospice binnen de gemeentegrenzen heeft.

Nieuwe inrichting zorglandschap voor hospices die formele zorg met verblijf bieden



Figuur 15 - Schematisch overzicht nieuwe inrichting zorglandschap voor hospices als alternatieve verblijfsplaats

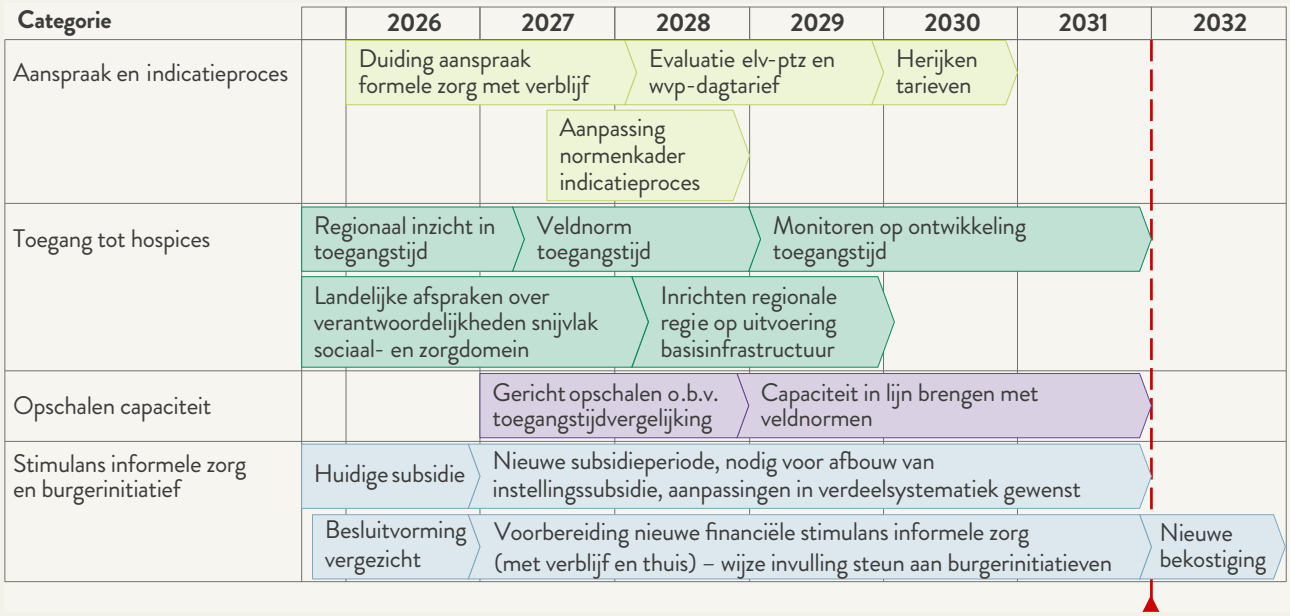
Route en tijdspad naar herinrichting landschap

In dit rapport stellen we voor om in de toekomst duidelijk onderscheid te maken tussen de twee functies die hospices vervullen: formele zorg met verblijf of een verblijfplaats met informele zorg. Hospices die formele zorg leveren zijn zorgaanbieders, waarbij beschikbaarheid en capaciteit worden geborgd door zorgverzekeraars, de IGJ toeziet op kwaliteit en veiligheid en bekostiging via de elv-ptz prestatie loopt. Hospices die een verblijfplaats met informele zorg bieden zijn een voorziening in het sociaal domein, waarbij lokale overheden zorgen voor voldoende capaciteit, vanuit de kaders voor publieke gezondheid wordt toegezien op kwaliteit en veiligheid, verzekeraars formele zorg op de locatie van het hospice vanuit de wijkverpleging vergoeden en VWS de informele zorg stimuleert.

Een beroepsmatige zorgverlener stelt vast of de cliënt op grond van zijn zorgvraag aanspraak maakt op formele zorg met verblijf of dat er sprake is van een sociale indicatie voor verblijf. De cliënt heeft keuzevrijheid en kiest zijn eigen hospice, waarbij mensen met een sociale indicatie niet terecht kunnen in hospices waar het verblijf bekostigd wordt als onderdeel van de zorgprestatie. Omgekeerd kan dat wel, net als iemand met een Wlz-indicatie kan afzien van zijn recht op verblijf en gebruik kan maken van vpt.

De stap naar een nieuwe inrichting van het hospicelandschap vraagt aanpassingen in het huidige systeem. De aanpassingen betreffen verschillende categorieën activiteiten, die deels parallel uitvoerbaar zijn en deels opeenvolgend dienen te worden uitgevoerd. Figuur 16 bevat een eerste indicatief tijdspad van noodzakelijke activiteiten per categorie:

- **Aanspraak:** Het Zorginstituut dient scherper te duiden bij welke zorgvraag iemand in aanmerking komt voor formele zorg met verblijf, en wanneer dus niet, waarop de NZa vervolgens de bekostigingssystematiek moet evalueren en mogelijk aanpassen. Het is denkbaar dat dit ook aanpassing van het normenkader indicatieproces vraagt.
- **Toegang:** Op het gebied van toegang is het van belang dat partijen regionaal scherp zicht krijgen op toegangstijd en invulling geven aan de landelijke afspraken over verantwoordelijkheden op het snijvlak van sociaaldomein en zorgdomein. Dit vraagt nadere afspraken over de te hanteren regio-indeling. Lokale overheden dienen hun verantwoordelijkheden te erkennen en plannen te maken voor hoe ze invulling gaan geven aan hun verantwoordelijkheden ten opzichte van inwoners in een kwetsbare situatie. Hospices moeten komen tot een veldnorm over toegangstijd tot het hospice. VWS dient in overleg met toezichthouders en lokale overheden te duiden hoe vanuit het kader van publieke gezondheid het toezicht op hospices die voor de wet geen zorgaanbieder zijn wordt ingericht.
- **Opschalen capaciteit:** Enkele hospices dienen kleur te bekennen: bieden ze formele zorg met verblijf of bieden ze een verblijfplaats en informele zorg aan mensen die geen 24-uurs-aanwezigheid van formele zorg nodig hebben, maar om sociale redenen niet thuis kunnen blijven? Met andere woorden: zijn ze een zorgaanbieder volgens het wettelijk kader of een voorziening in het sociaal domein? Het is gewenst dat partijen regionaal capaciteitsinformatie gaan delen in regionaal verband, of ze nu groot zijn of klein, en of ze nu een zorgaanbieder zijn of niet. Deze informatie is nodig als basis voor regionale afspraken tussen hospices, verzekeraars en lokale overheden over capaciteitsuitbreiding en de wijze waarop deze te organiseren en te bekostigen.
- **Stimulans informele zorg:** VWS dient de huidige subsidieregeling ter stimulering van informele zorg af te bouwen en een alternatieve financiële impuls voor informele zorg in te richten, in lijn met de AZWA-afspraken over ondersteuning van burgerinitiatieven. Met de aangescherpte aanspraak en inzicht in toegangstijden kunnen verzekeraars vanuit hun zorgplicht scherper toezien op de regionale beschikbaarheid van elv-ptz (met verblijf) en wijkverpleging in hospices (zonder verblijf).



Figuur 16 - Indicatief tijdspad benodigde activiteiten om herinrichting van het hospicelandschap te faciliteren.

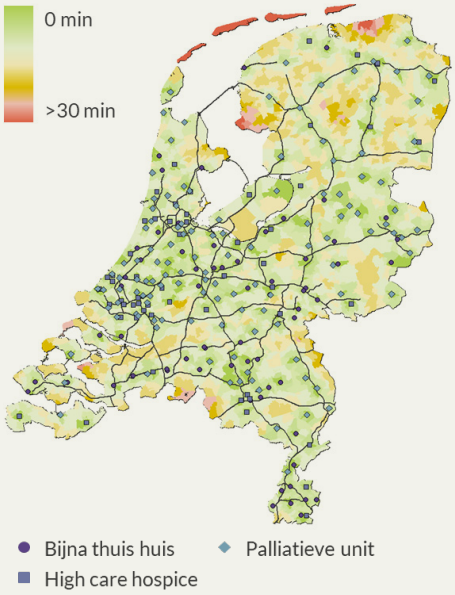
Slotwoord

Helder is dat hospices zorg en verblijf bieden aan mensen met een levensverwachting korter dan drie maanden en op die manier een onmisbaar onderdeel zijn van goede palliatieve zorg. Door de variëteit aan organisatievormen en bekostigingsstructuren is er echter weinig zicht op beschikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid van hospicezorg. Niemand weet of de huidige capaciteit voldoende is en het is moeilijk partijen aan te spreken op hun verantwoordelijkheden bij een groeiende vraag naar hospicebedden. We hebben de indruk dat cliënten vaak het dichtstbijzijnde hospice kiezen, zonder te weten wat dit betekent qua inrichting van de zorg en persoonlijke financiële consequenties. Daarbij zijn hospices afhankelijk van precaire financieringsconstructies, die kunnen leiden tot onbedoelde of tegenstrijdige prikkels. Herinrichting van het hospicelandschap is in onze optiek hard nodig. In dit rapport schetsen we hoe het landschap er in de toekomst uit kan zien. Dit is bedoeld als ontwikkelrichting, die komende tijd nadere uitwerking vraagt. Wij verwachten dat het minstens vijf jaar zal kosten om hier te komen. Alleen samen kunnen partijen zorgen dat in de toekomst voldoende capaciteit in hospices beschikbaar is voor mensen die dit nodig hebben in hun laatste levensfase.

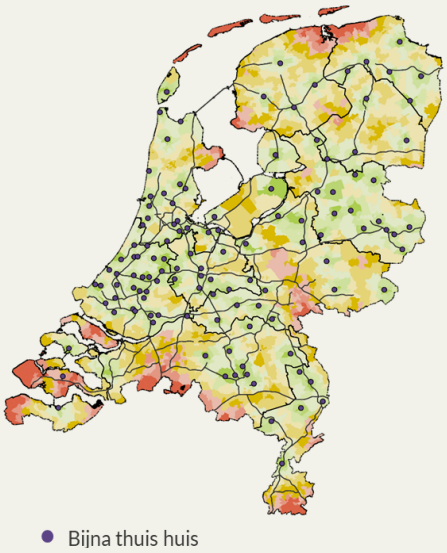
Bijlagen

Bijlage A
Reistijden naar hospices, per type hospice o.b.v. zelfrapportage

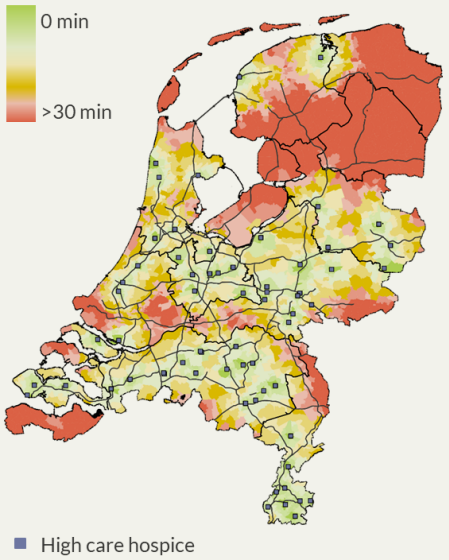
Reistijd naar dichtstbijzijnde hospice
[in autominuten, 2025]



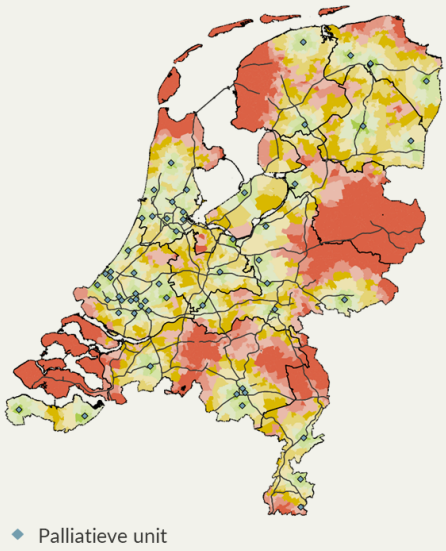
Reistijd naar dichtstbijzijnde bijna thuis huis
[in autominuten, 2025]



Reistijd naar dichtstbijzijnde high care hospice
[in autominuten, 2025]



Reistijd naar dichtstbijzijnde palliatieve unit
[in autominuten, 2025]



Bron: Berenschot 'Onderzoek hospicecapaciteit – 2024, websites individuele hospices, reistijden op basis van Geodan Drive Time Matrix op postcode 4 niveau. Analyse Gupta Strategists

Bijlage B
Beleid zorgverzekeraars

Inkoopbeleid ELV omtrent palliatief terminale zorg
[✓ = wel genoemd en ✗ = niet genoemd, inkoopbeleid 2026]

	Zilveren Kruis	VGZ	CZ	menzis
Vast tarief ELV PTZ	✓ [1]	✓ [2]	✗	✗
Maximum percentage zorgomzet vanuit onderaanneming	✓ 50%	✗	✗	✗
PTZ uitgezonderd van benchmarking t.b.v. prijsstelling of afspraken omzetplafond	✓	✓	✓	✓
Zorg geleverd naar kwaliteitskader palliatieve	✓ [1]	✗	✓	✓
Opname binnen 24 uur bij beschikbaar bed	✗	✓	✗	✗
Aansluiten regionaal netwerk palliatieve zorg	✓ [1]	✓	✓	✓
Beschikbaarheid van verpleegkundige niv. 4 én bevoegd en bekwaam om PTZ te bieden	✓	✓ [3]	✓ [3]	✓ [3]
HCH is aangesloten bij AHzN	✓	✗	✗	✓
Maakt gebruik van VPTZ vrijwilligers	✗	✓	✓	✗
Huisarts of SOG consultatieteam is minimaal begonnen aan kaderopleiding palliatieve zorg	✗	✗	✓	✓
Setting met eenpersoonskamer	✓	✓ [4]	✓	✗
Hospice heeft kwaliteitskeurmerk	✗	✗	✗	✓
Nazorg wordt aangeboden aan naasten	✗	✗	✓	✓
Aanbieden van geestelijke of spirituele zorg	✗	✗	✗	✓

1) Nieuw beleid ten opzichte van 2025; 2) Indien nodig mogelijk om van omzetplafond af te wijken voor PTZ; 3) 24/7 beschikbaarheid van verpleegkundige niveau 4 of 6
Bron: inkoopbeleid wijkverpleging, 2025 en 2026 van Zilveren Kruis, VGZ, CZ en Menzis

Inkoopbeleid ELV omtrent palliatief terminale zorg
[✓ = wel genoemd en ✗ = niet genoemd, inkoopbeleid 2026]

	Zilveren Kruis	VGZ	CZ	menzis
Vast tarief ELV PTZ	✓ [1]	✓ [2]	✗	✗
Maximum percentage zorgomzet vanuit onderaanneming	✓ 50%	✗	✗	✗
PTZ uitgezonderd van benchmarking t.b.v. prijsstelling of afspraken omzetplafond	✓	✓	✓	✓
Zorg geleverd naar kwaliteitskader palliatieve	✓ [1]	✗	✓	✓
Opname binnen 24 uur bij beschikbaar bed	✗	✓	✗	✗
Aansluiten regionaal netwerk palliatieve zorg	✓ [1]	✓	✓	✓
Beschikbaarheid van verpleegkundige niv. 4 én bevoegd en bekwaam om PTZ te bieden	✓	✓ [3]	✓ [3]	✓ [3]
HCH is aangesloten bij AHzN	✓	✗	✗	✓
Maakt gebruik van VPTZ vrijwilligers	✗	✓	✓	✗
Huisarts of SOG consultatieteam is minimaal begonnen aan kaderopleiding palliatieve zorg	✗	✗	✓	✓
Setting met eenpersoonskamer	✓	✓ [4]	✓	✗
Hospice heeft kwaliteitskeurmerk	✗	✗	✗	✓
Nazorg wordt aangeboden aan naasten	✗	✗	✓	✓
Aanbieden van geestelijke of spirituele zorg	✗	✗	✗	✓

1) Nieuw beleid ten opzichte van 2025; 2) 100% van maximumtarief NZa; 3) 24/7 beschikbaarheid van verpleegkundige niv. 4 of 5 en daarnaast verpleegkundige niv. 4 eerste aanspreekpunt; 4) Daarnaast per 2026 aanvullende eisen zoals: alarmeringssysteem, eigen badkamer en televisie en internetaansluiting
Bron: inkoopbeleid ELV, GRZ en GZSP, 2025 en 2026 van Zilveren Kruis, VGZ, CZ en Menzis

Verzekeraar	Aanvullende verzekering [polis 2025]	Vergoeding
Zilveren Kruis	Aanvullend 1 ster	Geen
	Aanvullend 2 sterren	Geen
	Aanvullend 3 sterren	Max. 40,- per dag
	Aanvullend 4 sterren	Max. 40,- per dag
VGZ	Aanvullend Instap	Geen
	Aanvullend Goed	Max. 40,- per dag
	Aanvullend Beter	Max. 40,- per dag
	Aanvullend Best	Max. 40,- per dag
CZ	Start	Geen
	Basis	Geen
	Plus	30,- per dag
	Top	30,- per dag
	50+	30,- per dag
menzis	Extra verzorgd 1	Geen
	Extra verzorgd 2	Max. 35,- per dag[1]
	Extra verzorgd 3	Max. 35,- per dag[1]
	Extra Aanvullend	Geen

Maximumbedrag per kalenderjaar, waarmee 91 dagen worden vergoed
Bron: Polisvoorwaarden 2025 Zilveren Kruis, VGZ, Menzis, CZ

GUPTA
STRATEGISTS

POSTBUS 94437
1090 GK AMSTERDAM

GUPTA-STRATEGISTS.NL
INFO@GUPTA-STRATEGISTS.NL