



Evaluatie Subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

Een terugblik en vooruitblik



Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Directie Langdurige Zorg

Auteurs

dr. Albertus Laan
drs. Louise Pansier-Mast
dr. Janet van den Boer
drs. Anouk van der Veen
drs. Nikita Buitenhuis

Kenmerk

JB/26/0823/evsubt

Publicatiedatum

13 mei 2026

© Bureau HHM

Foto voorblad: geselecteerd aan de hand van de PZNL Beeldwijzer

Inhoud

Samenvatting	5
1. Inleiding	10
1.1 Aanleiding evaluatie	10
1.2 Vraagstelling	11
1.3 Theoretisch kader	13
1.4 Relevante onderzoeken en ontwikkelingen voor de toekomst	13
1.5 Aanpak	14
1.6 Leeswijzer	15
2. Onderdeel Vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg	16
2.1 Terugblik	17
2.1.1 Doelstellingen	17
2.1.2 Subsidieontvangers	18
2.1.3 Huidige verdelingssystematiek	21
2.1.4 Beschikbare subsidiebedrag en benutting	24
2.1.5 Behaalde resultaten	27
2.1.6 Waardering van de regeling	34
2.1.7 Beantwoording eerste hoofdvraag	35
2.2 Vooruitblik	37
2.2.1 Verdelingssystematiek	37
2.2.1a Indicator voor verdeling	39
2.2.1b Aanvraagcategorieën	43
2.2.1c Referentieperiode	45
2.2.2 Verantwoording	46
2.2.3 Borging kwaliteit	50
2.2.4 Toegang tot de regeling	53
2.2.5 Beantwoording tweede hoofdvraag	55

3. Onderdeel Geestelijke verzorging thuis	58
3.1 Terugblik	59
3.1.1 Achtergrond	59
3.1.2 Subsidieontvangers	61
3.1.3 Beschikbare middelen	62
3.1.4 Benutting van beschikbare middelen	63
3.1.5 Behaalde resultaten	66
3.1.6 Waardering van de regeling	78
3.1.7 Beantwoording eerste hoofdvraag	79
3.2 Vooruitblik	81
3.2.1 Reikwijdte volwassenendoelgroep	82
3.2.2 Bekostigde coördinerende activiteiten	88
3.2.3 Inzet van geestelijk verzorgers	90
3.2.4 Schaalgrootte	93
3.2.5 Beantwoording tweede hoofdvraag	95
4. Onderdeel Netwerken	99
4.1 Terugblik	100
4.1.1 Doelstellingen	100
4.1.2 Subsidieontvangers	102
4.1.3 Beschikbare middelen	104
4.1.4 Benutting	105
4.1.5 Behaalde resultaten	107
4.1.6 Waardering van de regeling	109
4.1.7 Beantwoording eerste hoofdvraag	111
4.2 Vooruitblik	112
4.2.1 Kaders	112
4.2.2 Schaalgrootte	117
4.2.3 Beantwoording tweede hoofdvraag	120

5.	Synthese, conclusies en aanbevelingen.....	123
5.1	Synthese	123
5.1.1	Raakvlakken tussen onderdelen	123
5.1.2	Toekomstvisie palliatieve zorg, AEF	123
5.1.3	Aanbevelingen met betrekking tot toekomstvisie	125
5.1.4	Resumerend	128
5.2	Conclusies en aanbevelingen	129
Bijlage 1.	Interviews, documenten en gegevens	130
Bijlage 2.	Indeling instellingen in categorieën gehanteerd vanuit de Regeling.....	135
Bijlage 3.	RUS, USK en One Touch uitvoeringsvariant	137
Bijlage 4.	Kaarten	138
Bijlage 5.	Belangrijkste uitkomsten stakeholderanalyse geestelijke verzorging thuis	140
Bijlage 6.	Competenties en functie-eisen voor netwerkcoördinatoren..	142

Samenvatting

Via de Subsidieregeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis (hierna: de Regeling) wordt subsidie beschikbaar gesteld voor:



Vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg

Dit onderdeel is bedoeld voor het 'stimuleren van de coördinatie, scholing en inzet van vrijwilligers bij het verlenen van palliatieve terminale zorg'.¹



Geestelijke verzorging in de thuissituatie

Dit onderdeel is bedoeld voor het 'faciliteren van geestelijke verzorging thuis en rouw- en verliesbegeleiding thuis ten behoeve van palliatieve patiënten en hun naasten en geestelijke verzorging thuis voor mensen van 50 jaar en ouder'.²



Netwerken

Dit onderdeel is bedoeld voor het 'creëren en onderhouden van een compleet, samenhangend en dekkend aanbod van palliatieve terminale zorg van verantwoorde kwaliteit in de regio door netwerken palliatieve zorg en netwerken integrale kindzorg'.³

De huidige Regeling is liep oorspronkelijk tot 1 januari 2027, maar is recent met één jaar verlengd. Met ingang van 1 januari 2028, zal een nieuwe subsidieperiode starten.

Om te bepalen of en in welke vorm de Regeling wordt voortgezet heeft het ministerie van VWS ons, bureau HHM, gevraagd om een integrale evaluatie van de doeltreffend- en doelmatigheid van de Regeling uit te voeren.

Hiervoor zijn twee hoofdvragen geformuleerd:

- 1) In hoeverre is de Regeling, in de periode 2020-2025, doeltreffend en doelmatig geweest?
- 2) En waar liggen, gelet daarop, verbetermogelijkheden voor de toekomst?

Hiervoor hebben we teruggeblikt op de afgelopen 5 jaar aan de hand van diverse (beleids-)documenten, cijfers (vanuit DUS-I en vanuit veldpartijen) en interviews met betrokken partijen, en voortbouwend hierop hebben we met veldpartijen vooruitgekeken door middel van werksessies.

De uitkomsten laten zien dat alle drie de onderdelen van de Regeling in de periode 2020-2025 doeltreffend zijn geweest en in meer of mindere mate doelmatig, maar ook specifieke verbeterpunten kennen. Deze sommen we hieronder, samen met de bijbehorende aanbevelingen. Hierbij maken we onderscheid tussen: (1) aanbevelingen gericht op de doeltreffend en doelmatigheid van de Regeling, (2) aanbevelingen gericht op alternatieve financiering, en (3) aanbevelingen gericht op de ontwikkelingen in de palliatieve zorg.

¹ Artikel 1a sub a, Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

² Artikel 1a sub c, Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

³ Artikel 1a sub b, Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis



Overzicht aanbevelingen onderdeel Vrijwilligers

Aanbevelingen gericht op doeltreffend en doelmatigheid

Met betrekking tot de *verdelingssystematiek* doen we zes aanbevelingen, namelijk:

Voor de gehanteerde indicator (zie paragraaf 2.2.1a)

→ **Aanbeveling 1:** Voor High Care Hospices en Bijna-thuis-huizen het aantal ligdagen als indicator hanteren met ingang van 2028.

→ **Aanbeveling 2:** Voor thuisinzetten en inzetten in een zorginstelling die geen onderdeel uitmaakt van de eigen organisatie het aantal cliënten als indicator blijven hanteren, waarbij jaarlijks gekeken moet worden of de risico's die hieraan verbonden zijn niet zijn toegenomen.

Voor de gehanteerde aanvraagcategorieën (zie paragraaf 2.2.1b)

→ **Aanbeveling 3:** Het gelijktrekken van de aanvraagcategorieën met de indeling van de NZa, het Zorginstituut en de zorgverzekeraars.

→ **Aanbeveling 4:** Het onderscheid tussen betaalde en onbetaalde coördinatie laten vervallen in de aanvraagcategorieën.

→ **Aanbeveling 5:** In de aanvraagcategorieën onderscheid maken tussen 1-op-1 ondersteuning en groepsondersteuning, binnen de externe inzetten (inzetten in de thuissituatie of in een zorginstelling anders dan de eigen organisatie).

Voor de gehanteerde referentieperiode (zie paragraaf 2.2.1c)

→ **Aanbeveling 6:** De huidige referentieperiode van 3 jaar behouden.

Met betrekking tot verantwoording doen we twee aanbevelingen (zie paragraaf 2.2.2):

→ **Aanbeveling 7:** Een kort verslag over activiteiten als scholing en samenwerking vereisen, die aansluit bij wat het merendeel van de

subsidieaanvragers al registreert voor de Registratierapportage van VPTZ Nederland en AHZN.

→ **Aanbeveling 8:** Een accountantsverklaring voor de controleerbare indicator vereisen voor subsidiebedragen boven een bepaald bedrag, bijvoorbeeld €250.000.

Met betrekking tot borging van kwaliteit doen we drie aanbevelingen (zie paragraaf 2.2.3):

→ **Aanbeveling 9:** Vereisten voor scholing van vrijwilligers opnemen in de Regeling, waarbij onderzocht wordt of hierbij gebruik gemaakt kan worden van lidmaatschappen van VPTZ Nederland en/of AHZN.

→ **Aanbeveling 10:** Voor het komende jaar, de verlenging van de huidige subsidieperiode met 1 jaar, structureler uitvragen op welke manier subsidieaanvragers participeren in de Netwerken Palliatieve zorg.

→ **Aanbeveling 11:** Met ingang van of gedurende de volgende subsidieperiode vanuit de Regeling concretere eisen stellen aan subsidieaanvragers met betrekking tot deelname aan de Netwerken Palliatieve Zorg, passend bij de ontwikkelrichting van de Netwerken Palliatieve Zorg.

Met betrekking tot toegang tot de Regeling doen we één aanbeveling (zie paragraaf 2.2.4):

→ **Aanbeveling 12:** Een onderbouwde, met het veld afgestemde behoefte opnemen als voorwaarde voor nieuwe subsidieaanvragers.

Aanbevelingen gericht op alternatieve financiering

Met betrekking tot aanvullende en alternatieve financiering doen we twee aanbevelingen (zie paragraaf 2.2.5):

→ **Aanbeveling 13:** Eventuele mogelijkheden voor (meer) aanvullende financiering verder benutten.

→ **Aanbeveling 14:** Met betrokken partijen (inclusief NZa) onderzoeken of ‘het stimuleren van de coördinatie, scholing en inzet van vrijwilligers bij het verlenen van palliatieve terminale zorg’ opgenomen kan worden in het ELV-PTZ tarief voor High Care Hospices en Palliatieve Units.

Aanbevelingen gericht op de ontwikkelingen in de palliatieve zorg

Met betrekking tot de ontwikkelingen in de palliatieve zorg doen we twee aanbevelingen:

→ **Aanbeveling 34:** De sturing op de regionale capaciteit (de regierol) op bestuurlijk niveau binnen de beoogde (zorgkantoor)regio's beleggen, zodra de Netwerken Palliatieve Zorg op dit niveau samenwerken.

→ **Aanbeveling 35:** De consortia een rol geven in de sturing op de regionale capaciteit passend bij de ontwikkelingen in de palliatieve zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld in de genoemde overgangsfase met betrekking tot de benodigde kennisontwikkeling en implementatie.



Overzicht aanbevelingen onderdeel Geestelijke verzorging thuis

Aanbevelingen gericht op doeltreffend en doelmatigheid

Met betrekking tot de reikwijdte van de volwassenen-doelgroep doen we twee aanbevelingen (zie paragraaf 3.2.1):

→ **Aanbeveling 15:** Geestelijk verzorging in de thuissituatie voor de palliatieve doelgroep voorlopig blijven bekostigen vanuit de Regeling.

→ **Aanbeveling 16:** Eventueel de verlenging van de huidige subsidieperiode met één jaar (tot en met 2027) gebruiken om tot goed onderbouwd beleid te komen voor wie binnen de niet-palliatieve doelgroep wel en niet gebruik kunnen maken van de schaarse middelen van de Regeling na het aflopen van de coalitieakkoordmiddelen van Kabinet-Rutte IV. Hiervoor is nodig dat:

→ **Aanbeveling 16a:** Het veld op zeer korte termijn de benodigde inzichten biedt over wie binnen de niet-palliatieve doelgroep het meest gebaat zijn bij geestelijke verzorging (met inachtneming van het ABC-model).

→ **Aanbeveling 16b:** Het ministerie van VWS, op basis van deze inzichten en in afstemming met het veld, de reikwijdte van de Regeling in heroverweging neemt.

Met betrekking tot de coördinerende activiteiten die vanuit de Regeling bekostigd worden doen we twee aanbevelingen (zie paragraaf 3.2.2):

→ **Aanbeveling 17:** Voor, in ieder geval, het komende subsidiejaar de huidige kostensoorten behouden.

→ **Aanbeveling 18:** Voor de volgende subsidieperiode samen met de VSCL en VGVZ onderzoeken welke taken van Centra voor Levensvragen als primaire taak opgenomen kunnen worden, uitgaande van de doelen van de Regeling, en wat een passende omvang van deze taken is.

Met betrekking tot de inzet van geestelijk verzorgers doen we twee aanbevelingen (zie paragraaf 3.2.3):

→ **Aanbeveling 19:** Geen budget oormerken voor deelname aan MDO en ook geen budget oormerken voor het bieden van bijscholing aan zorgverleners en vrijwilligers.

→ **Aanbeveling 20:** Centraal bijhouden hoe vaak geestelijk verzorgers (en rouw- en verliesbegeleiders) ingezet worden – óók buiten de Regeling om – voor de verschillende activiteiten en wat daarmee bereikt wordt, vanuit zowel de Centra voor Levensvragen als het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg.

→ **Aanbeveling 21:** Verder onderzoeken op welke manier vrijwilligers ingezet kunnen worden ter ondersteuning van geestelijk verzorgers om de

doelmatigheid van de inzet van geestelijk verzorgers verder te vergroten, en hoe hier vanuit de Regeling mogelijk aan bijgedragen kan worden.

Aanbevelingen gericht op alternatieve financiering

Met betrekking tot aanvullende en alternatieve financiering doen we vijf aanbevelingen (zie paragraaf 3.2.5):

- **Aanbeveling 22:** Onderzoeken of en wanneer cliënten gevraagd kan worden om (een deel van) de kosten zelf te betalen, bijvoorbeeld voor vervolgconsulten en mits hun financiële situatie dat toelaat.
- **Aanbeveling 23:** Zorgorganisaties vaker vragen de kosten voor scholing zelf te betalen.
- **Aanbeveling 24:** Verder gaan met het zoeken naar alternatieve (lokale, doelgroepspecifieke) financieringsmogelijkheden
- **Aanbeveling 25:** Dat de Centra voor Levensvragen inzicht vergroten in de meerwaarde van geestelijke verzorging voor specifieke doelgroepen en situaties om de kans op alternatieve financiering te vergroten.

Ter ondersteuning hiervan doen we een aanbeveling voor het ministerie van VWS:

- **Aanbeveling 26:** Op ministerieel niveau de link op zoeken met de betrokken directies als duidelijk wordt welke niet-palliatieve doelgroepen het meest gebaat zijn bij geestelijke verzorging in de thuissituatie en wat dit voor hen (en voor de maatschappij) oplevert.

Aanbevelingen gericht op de ontwikkelingen in de palliatieve zorg

Met betrekking tot de ontwikkelingen in de palliatieve zorg doen we twee aanbevelingen:

- **Aanbeveling 36:** Om vanuit de Centra voor Levensvragen en de Netwerken Palliatieve Zorg gaandeweg te onderzoeken wat de

veranderingen in de palliatieve zorg en ondersteuning betekenen voor de samenwerking op bestuurlijk niveau en op uitvoeringsniveau.

- **Aanbeveling 37:** Om vanuit de Regeling niet te sturen op de schaal-grootte en regio-indeling van de Centra voor Levensvragen, maar dit over te laten aan de Centra voor Levensvragen zelf.



Overzicht aanbevelingen onderdeel Netwerken

Aanbevelingen gericht op doeltreffend en doelmatigheid

Met betrekking tot kaders doen we drie aanbevelingen:

- **Aanbeveling 26:** De term 'terminale' verwijderen uit de doelstelling voor dit onderdeel van de Regeling en de term 'ondersteuning' eraan toevoegen.
- **Aanbeveling 27:** De term 'terminale' verwijderen uit de doelstelling voor dit onderdeel van de Regeling en de term 'ondersteuning' eraan toevoegen.
- **Aanbeveling 28:** Startend in de tweede helft van 2026 samen met de Netwerken Palliatieve Zorg en landelijke partijen stapsgewijs landelijke kaders voor de Netwerken Palliatieve Zorg vaststellen en in de Regeling opnemen dat hieraan voldaan moet worden, voor:
 - **Aanbeveling 28a:** landelijk vastgestelde basis- en procesafspraken.
 - **Aanbeveling 28b:** een minimale partnerstructuur.
 - **Aanbeveling 28c:** een minimale samenwerking met andersoortige netwerken.
 - **Aanbeveling 28d:** het competentieprofiel voor coördinatoren.
- **Aanbeveling 29:** Dat de Netwerken Integrale Kindzorg de samenwerking met de Netwerken Palliatieve Zorg en de Centra voor Levensvragen intensiveren voor zorg op het snijvlak 18-/18+.

Met betrekking tot schaalgrootte doen we een aanbeveling:

→ **Aanbeveling 30:** Vooralsnog het basisbedrag behouden en ook niet op andere manieren sturen op samenvoeging dan wel splitsing van Netwerken Palliatieve Zorg, en dit pas doen als duidelijker is wat de ontwikkelingen in de palliatieve zorg van deze netwerken vragen.

Aanbevelingen gericht op alternatieve financiering

Voor het verkrijgen van (meer) aanvullende en alternatieve financiering doen we drie aanbevelingen:

→ **Aanbeveling 31:** Onderzoeken of netwerkleden financieel (meer) kunnen bijdragen aan het netwerk.

→ **Aanbeveling 32:** Meer gebruik maken van landelijke, regionale en lokale subsidies.

→ **Aanbeveling 33:** Als duidelijk wordt hoe de toekomstige governance van de Netwerken Palliatieve Zorg eruit gaat zien de financiering van de Netwerken Palliatieve Zorg hierop laten aansluiten.

Aanbevelingen gericht op de ontwikkelingen in de palliatieve zorg

Met betrekking tot de ontwikkelingen in de palliatieve zorg doen we een aanbeveling:

→ **Aanbeveling 38:** In de Regeling als vereiste voor de Netwerken Palliatieve Zorg opnemen dat zij (gaan) samenwerken binnen de beoogde regio's die volgen uit de lopende ontwikkelingen in de palliatieve zorg, zodra hier voldoende duidelijkheid over is.

1. Inleiding

In deze rapportage delen we de uitkomsten van de evaluatie van de subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis (hierna: de Regeling).

1.1 Aanleiding evaluatie

Via de Subsidieregeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis (hierna: de Regeling) wordt subsidie beschikbaar gesteld voor (1) Vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg, (2) Geestelijke verzorging thuis en (3) Netwerken. De huidige Regeling liep oorspronkelijk tot 1 januari 2027, maar is recent met één jaar verlengd. Met ingang van 1 januari 2028, zal een nieuwe subsidieperiode starten. In de loop van 2026 wenst het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) meer duidelijkheid te kunnen verschaffen over de toekomst van deze Regeling, zowel op de korte als lange termijn.

Om te bepalen of en in welke vorm de Regeling wordt voortgezet heeft het ministerie van VWS, bureau HHM gevraagd om een integrale evaluatie van de doeltreffend- en doelmatigheid van de Regeling uit te voeren en om op basis daarvan aan te geven waar eventuele verbetermogelijkheden liggen voor de komende subsidieperiode. Waarbij rekening gehouden wordt met de ontwikkelingen in de palliatieve zorg en de ontwikkelingen in het beschikbare subsidiebedrag voor de onderdelen Geestelijke verzorging thuis en Netwerken.

Eerdere evaluaties

Deze integrale evaluatie volgt op eerdere evaluaties van de afzonderlijke onderdelen van de Regeling. In 2020 zijn de onderdelen 'Vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg' (hierna: Vrijwilligers) en 'Netwerken palliatieve zorg' (hierna: Netwerken) geëvalueerd⁴ en in 2023 het onderdeel 'Geestelijke verzorging in de thuissituatie'⁵ (hierna: GV thuis).

⁴ Bureau HHM (2020) Evaluatie Regeling palliatieve terminale zorg

⁵ Bureau HHM (2023) Evaluatie Regeling geestelijke verzorging thuis

Het onderdeel GV thuis is op een later moment geëvalueerd, omdat het op een later moment aan de Regeling is toegevoegd (de Regeling palliatieve terminale zorg is in 2007 in werking getreden en in 2019 is het onderdeel GV thuis hieraan toegevoegd). Met deze integrale evaluatie worden de tijdspaden voor de evaluatie van alle drie de onderdelen gelijkgetrokken.

1.2 Vraagstelling

Voor deze evaluatie heeft het ministerie van VWS twee hoofdvragen geformuleerd:

- 3) In hoeverre is de Regeling, in de periode 2020-2025, doeltreffend en doelmatig geweest?
- 4) En waar liggen, gelet daarop, verbetermogelijkheden voor de toekomst?

Om de *eerste* hoofdvraag te beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. In welke mate sluit de Regeling aan op de behoeften van belanghebbenden? Hierbij hebben we meegenomen:
 - Hoe belanghebbenden het bestaan van de Regeling waarderen.
 - Of de Regeling zich, volgens belanghebbenden, op de juiste dingen richt.
 - Of dit, volgens belanghebbenden, op de juiste manier gebeurt.
 - Welke succesfactoren en verbeterpunten hierbij worden ervaren.
2. In hoeverre worden, dankzij de Regeling, de gewenste resultaten bereikt? Hierbij hebben we meegenomen:
 - Wat de beoogde resultaten (doelen) van de Regeling zijn.
 - Of de beoogde resultaten zijn gerealiseerd (doelrealisatie).
 - Voor welke activiteiten de verstrekte subsidiebedragen zijn ingezet.

- In hoeverre het aan deze activiteiten te danken is dat resultaten bereikt of juist niet bereikt zijn.
 - Welke succesfactoren en verbeterpunten hierbij worden ervaren.
3. In hoeverre worden de beschikbare middelen optimaal benut? Hierbij hebben we meegenomen:
 - Welke middelen zijn ingezet vanuit de Regeling.
 - Hoe deze inzet zich verhoudt tot de gerealiseerde resultaten.
 - Of de resultaten met de inzet van minder middelen gerealiseerd had kunnen worden en/of meer gerealiseerd had kunnen worden met de inzet van de middelen.
 - Welke rol de manier waarop de inzet is georganiseerd hierin gespeeld heeft.
 - Welke rol de lokale, regionale en landelijke context hierin speelt.
 - Welke succesfactoren en verbeterpunten hierbij worden ervaren.

Om de *tweede* hoofdvraag te beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

4. Welke kansen zijn er om meer te sturen op de *doeltreffendheid* van de besteding van overheidsmiddelen? Hierbij hebben we meegenomen:
 - Welke relevante ontwikkelingen en opgaven (bijvoorbeeld demografisch, maatschappelijk of politiek) er worden gezien die hierop impact kunnen hebben.
 - Op welke manier en in welke mate deze kunnen bijdragen aan doeltreffendheid.
5. Welke kansen zijn er om meer te sturen op de *doelmatigheid* van de besteding van overheidsmiddelen? Hierbij hebben we meegenomen:
 - Welke relevante ontwikkelingen en opgaven (bijvoorbeeld demografisch, maatschappelijk of politiek) er worden gezien die hierop impact kunnen hebben.

- Op welke manier en in welke mate deze kunnen bijdragen aan doelmatigheid.
6. Welke alternatieve financieringsmogelijkheden zijn er om de afhankelijkheid van de subsidieregeling in de toekomst te verminderen?

Hierbij hebben we meegenomen:

- Wat de haalbaarheid van deze financieringsmogelijkheden is.
- Wat de voor- en nadelen zijn van deze financieringsmogelijkheden.

Bij deze vragen zijn per onderdeel specifieke wensen meegegeven, zie tabel 1.

Tabel 1 Specifieke wensen per onderdeel, gekoppeld aan de deelvragen

Onderdeel	Specifieke wensen	Vraag
 Vrijwilligers	• Aandacht voor de groeiende behoefte aan inzet van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg in relatie tot de begrensde financiële mogelijkheden bij de onderwerpen doelmatigheid en <i>subsidieplafond</i> • Meenemen van <i>suggesties van veldpartijen</i> voor verbetering van de Regeling • Een concreet voorstel voor een <i>nieuwe verdelingssystematiek</i> die controleerbaar is	4,5,6 4,5 4,5
 Geestelijke verzorging thuis	• Een reflectie op in hoeverre de <i>aanbevelingen uit de vorige evaluatie</i> zijn opgepakt • Aanbevelingen voor de toekomstige <i>reikwijdte, vormgeving en/of bekostiging</i> van geestelijke verzorging thuis, waarbij aandacht is voor onder andere overheadkosten, vraagontwikkeling, professionaliteit en uniformiteit • Concrete voorstellen voor <i>nadere afbakening</i> van de Regeling in de toekomst	2 3,4,5 4,5
 Netwerken	• Een evaluatie van de mate waarin netwerken palliatieve zorg en netwerken integrale kindzorg een <i>compleet, samenhangend en dekkend aanbod</i> van palliatieve zorg creëren en hiermee zorgen voor verantwoorde kwaliteit van palliatieve zorg in de regio (met onder andere aandacht voor verschillen in vormgeving, omvang en werkwijze, interdisciplinaire netwerkzorg, kennisuitwisseling, en samenwerking met andere netwerken) • Een analyse van de manier waarop meer gestuurd kan worden op doelmatigheid vanuit een <i>nadere afbakening</i> van de Regeling in de toekomst	2,4,5 4,5

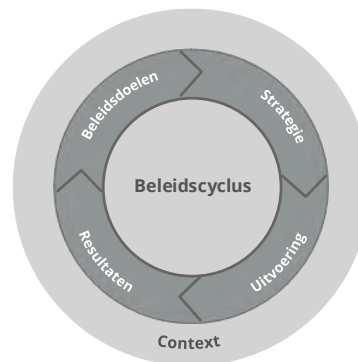
1.3 Theoretisch kader

Om deze vragen goed te beantwoorden hanteren we de volgende definities, in lijn met de Algemene Rekenkamer⁶:

- **Doeltreffendheid** = de mate waarin, dankzij de Regeling, de gewenste resultaten zijn bereikt.
Of de doelen van de Regeling zijn bereikt én in hoeverre dat te danken is aan de Regeling.
- **Doelmatigheid** = de mate waarin de beschikbare subsidiemiddelen optimaal zijn benut.
Of de resultaten met minder middelen bereikt hadden kunnen worden en/of méér bereikt had kunnen worden met dezelfde middelen.

Om hier zicht op te krijgen hebben we naar de gehele beleidscyclus van de Regeling (Figuur 1) gekeken. Grofweg bestaat deze uit:

- *Beleidsdoelen* - welke doelen de beleidsmaker met de Regeling nastreeft.
- *Strategie* - waarom de beleidsmaker ervoor gekozen heeft deze doelen na te streven via de Regeling, in de huidige vorm.
- *Uitvoering* - hoe het veld uitvoering heeft gegeven aan de Regeling.
- *Resultaten* - wat door het veld is bereikt dankzij de Regeling.
- *Context* - welke rol de context in dit geheel heeft gespeeld.



Figuur 1. Beleidscyclus Regeling

Samen vormden deze definities en de beleidscyclus het theoretisch kader voor deze evaluatie.

1.4 Relevante onderzoeken en ontwikkelingen voor de toekomst

Met betrekking tot de toekomst (van de verschillende onderdelen) van de Regeling zijn er een aantal relevante onderzoeken en ontwikkelingen waar rekening mee gehouden moet worden. Deze nemen we mee in de uitwerking van de verbeteropties (paragraaf 2.2, 3.2 en 3.6) en de adviezen (hoofdstuk 5). Hieronder benoemen we de belangrijkste onderzoeken en ontwikkelingen.

Eerdere verkenningen van verbetermogelijkheden

Uit de eerdere evaluaties (zie paragraaf 1.1) en de verdere ontwikkeling van het veld zijn (elementen van afweging voor) verbetermogelijkheden voor de Regeling naar voren gekomen en in een aantal gevallen al verkend. Deze zijn bij aanvang van de evaluatie met ons gedeeld. Voor het onderdeel Vrijwilligers hebben deze voornamelijk betrekking op de verschillende aspecten van de systematiek voor het verdelen van het beschikbare budget onder de subsidieaanvragers. Voor het onderdeel GV thuis hebben deze bijvoorbeeld betrekking op de afbakening van de doelgroep en de verdere professionalisering en financiering van de Centra voor Levensvragen die de inzet van de geestelijk verzorgers verzorgen. Voor het onderdeel Netwerken hebben deze onder andere betrekking op uniformering, schaalgrootte en samenwerking van de Netwerken Palliatieve Zorg.

⁶ Algemene Rekenkamer (2023) Handleiding Doelmatigheids- en doeltreffendheidsonderzoek

Toekomstagenda Palliatieve zorg

Parallel aan deze evaluatie werkt het ministerie van VWS aan een Toekomstagenda Palliatieve Zorg. AEF begeleidt dit traject in opdracht van VWS. De oplevering van de toekomstagenda wordt rond dezelfde periode als deze evaluatie verwacht. De inzichten uit dit traject vormen een relevante context voor de duiding van de uitkomsten en aanbevelingen voor alle drie de onderdelen van de Regeling. AEF heeft de uitkomsten van dit traject tussentijds met ons gedeeld, waardoor we deze mee konden nemen in onze adviezen.

Onderzoek naar praktijkvariatie in de hospicezorg

In opdracht van het ministerie van VWS heeft Gupta een onderzoek uitgevoerd naar praktijkvariatie in de hospicezorg. Dit onderzoek is in oktober 2025 opgeleverd onder de titel *'Hospices in Nederland – adviezen richting toekomstbestendige inrichting en bekostiging'*⁷. De bevindingen uit dit onderzoek en discussie waartoe dit heeft geleid⁸, zijn relevant voor het onderdeel Vrijwilligers van de Regeling.

Stakeholderanalyse geestelijke verzorging thuis

In 2024 heeft Berenschot, in opdracht van het ministerie van VWS, een stakeholderanalyse uitgevoerd voor geestelijke verzorging in de thuis-situatie. De uitkomsten hiervan zijn gedeeld in een rapport⁹. De bevindingen van deze analyse zijn relevant voor het onderdeel GV thuis van de Regeling.

Verandering in bekostiging hospices

Door het Zorginstituut is in 2023 een uitspraak gedaan die meer duidelijkheid heeft gegeven over de aanspraken in de hospicezorg. Dit heeft ertoe geleid dat vanaf 2025 alle high care hospices en palliatieve units via het eerstelijnsverblijf palliatief terminale zorg tarief worden bekostigd. Voorheen werd een deel van de high care hospices voor de verpleging en verzorging bekostigd via de wijkverpleging.¹⁰

1.5 Aanpak

Voor deze evaluatie zijn we gestart met een uitgebreide documentstudie, waarin we de Regeling zelf, de resultaten vanuit eerdere evaluaties en de beleidsopdrachten vanuit het ministerie van VWS hebben geanalyseerd en aangevuld met input uit het veld.

Daarnaast voerden we een cijfermatige verkenning uit op basis van gegevens van DUS-I¹¹, branchepartijen (VPTZ Nederland, AHZN en VSCL) en – specifiek voor de netwerken – een uitvraag onder alle Netwerken Palliatieve Zorg. Deze uitvraag is 53 keer ingevuld voor 60¹² van de 64 netwerken palliatieve zorg.

Tot slot namen we interviews af met zowel indirect belanghebbenden als partijen die gebruikmaken van de Regeling. We hebben vrijwel alle relevante landelijke partijen (branchepartijen en stelselpartijen) gesproken.

⁷ Gupta (2025) Hospices in Nederland

⁸ Koepelorganisatie VPTZ heeft zich gedistantieerd van de aanbevelingen in het rapport 'Hospices in Nederland' van Gupta. Ook bijvoorbeeld het consortium Ligare heeft zich tegen de conclusies uitgesproken

⁹ Berenschot (2024) Stakeholderanalyse geestelijke verzorging thuis

¹⁰ VWS (2025). Beantwoording Kamervragen over toekomst hospicezorg (14 apr 2025) (kenmerk ah-tk-20242025-1934)

¹¹ Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen

¹² Een aantal netwerken werkt zo intensief samen dat zij de vragenlijst gezamenlijk hebben ingevuld.

Zie bijlage 1 voor een overzicht van de (gesproken) respondenten van de interviews, geraadpleegde documenten en ontvangen gegevens.

1.6 Leeswijzer

Deze rapportage bevat de uitkomsten van de evaluatie. Per onderdeel van de Regeling werken we een hoofdstuk uit. Voor de herkenbaarheid heeft elk hoofdstuk specifieke lay-outkenmerken op het gebied van logo en kleur.



Vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg



Geestelijke verzorging in de thuissituatie



Netwerken

Elk onderdeel specifieke hoofdstuk bestaat uit twee delen. In het eerste deel van elk hoofdstuk kijken we terug. We beschrijven de *doelstellingen* van de Regeling, laten zien welke partijen *subsidieontvangers* zijn, hoe zij de regeling *waarden*, hoe de beschikbare middelen worden *benut* en wat de behaalde *resultaten* zijn. Vervolgens beantwoorden we per onderdeel van de Regeling de eerste hoofdvraag: *In hoeverre is de regeling, in de periode 2020-2025, doeltreffend en doelmatig geweest?*

In het tweede deel van elk onderdeel specifieke hoofdstuk kijken we vooruit. We beschrijven opties voor diverse verbeterpunten en doen we aan de hand hiervan aanbevelingen. Vervolgens beantwoorden we per

onderdeel van de Regeling de tweede hoofdvraag: *waar liggen verbetermogelijkheden voor de toekomst?*

Opties en aanbevelingen voor verbeterpunten op het gebied van schaal-grootte en governance, voor de verschillende onderdelen van de Regeling, werken gezamenlijk in het laatste hoofdstuk uit. Hierbij beschouwen we deze opties in onderlinge samenhang én in de bredere context van de ontwikkelingen in de palliatieve zorg. Vervolgens sluiten we het hoofdstuk af met een overzicht van alle aanbevelingen die we in dit rapport doen.

2. Onderdeel Vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg



Dit onderdeel van de subsidieregeling betreft het stimuleren van de inzet van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg, bijvoorbeeld in een hospice, zorginstelling of bij mensen thuis. De subsidieregeling voorziet in de financiële ondersteuning van kosten voor de inzet, scholing en coördinatie van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg en van oudsher in een deel van de exploitatie- en huisvestingskosten van hospices.

In dit hoofdstuk beschrijven we onze bevindingen met betrekking tot de doelmatigheid en doeltreffendheid van het onderdeel Vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg (hierna: het onderdeel Vrijwilligers).

In **paragraaf 2.1** kijken we terug op het functioneren van dit onderdeel van de Regeling in de periode 2020-2025, aan de hand van diverse documenten, interviews met betrokken partijen en cijfers die we ontvangen hebben van DUS-I en van de koepelorganisaties VPTZ Nederland en AHZN (zie bijlage 1 voor een overzicht van de documenten, interviews en gegevens). Ook beantwoorden we de eerste hoofdvraag van het onderzoek voor dit onderdeel van de Regeling.

In **paragraaf 2.2** kijken we vooruit. Hier werken we verschillende verbetermogelijkheden uit, inclusief de voor- en nadelen ervan, voor een aantal verbeterpunten die volgen uit paragraaf 2.1. Op basis hiervan doen we aanbevelingen en beantwoorden we de tweede hoofdvraag voor dit onderdeel van de Regeling.



2.1 Terugblik

Om zicht te krijgen op de mate waarin het onderdeel Vrijwilligers tussen 2020 en 2025 doeltreffend en doelmatig is geweest staan we in **paragraaf 2.2.1** eerst stil bij de doelstellingen van de Regeling en vervolgens in **paragrafen 2.2.2 tot en met 2.2.6** bij de realisatie van deze doelstellingen. Met betrekking tot de realisatie beschrijven we welke organisaties de subsidie ontvangen hebben, via welke systematiek de subsidie onder hen is verdeeld, de benutting van de beschikbare subsidie, de resultaten die bereikt zijn met deze middelen, en hoe dit onderdeel van de Regeling gewaardeerd wordt door de betrokkenen.

In **paragraaf 2.1.7** beantwoorden we aan de hand hiervan de eerste hoofdvraag met betrekking tot de mate waarin dit onderdeel van de Regeling doeltreffend en doelmatig is geweest.

2.1.1 Doelstellingen

Om de doelstellingen van het onderdeel Vrijwilligers te identificeren hebben we eerst gekeken naar de tekst van de Regeling zelf. Daarnaast hebben we gekeken naar relevante beleidsdocumenten voor eventuele aanvullingen op of specificatie van deze doelstellingen.

Regeling

In artikel 1a sub van de Regeling PTZ GV staat dat het onderdeel Vrijwilligers tot doel heeft het door middel van subsidieverstrekking

*“.. stimuleren van de coördinatie, scholing en inzet van vrijwilligers bij het verlenen van palliatieve terminale zorg”*¹³. In artikel 1 en 3 van de Regeling PTZ GV wordt hier verder invulling aan gegeven¹⁴.

De subsidie kan worden verstrekt aan een “instelling die palliatieve terminale zorg door vrijwilligers verleent”. De term ‘palliatieve zorg door vrijwilligers’ duidt hierbij op ‘diensten die een vrijwilliger verleent aan een terminale hulpbehoevende in de vorm van vervangende mantelzorg’. De term ‘instelling’ duidt hierbij op een privaatrechtelijke rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid, dan wel een rechtspersoon krachtens publiekrecht ingesteld. Zorginstellingen die Wlz- of Zvw-zorg leveren én meer dan 20 fte verpleegkundigen in vaste dienst hebben zijn uitgesloten van gebruik van de subsidieregeling.

Daarnaast volgt uit de toelichting van de Regeling¹⁵ dat dit onderdeel van de Regeling niet bedoeld is voor volledige bekostiging van de betreffende instellingen vanwege de onafhankelijke positie van deze instellingen.

Beleidsdocumenten

Uit de documentstudie zijn geen doelstellingen naar voren gekomen aanvullend op of als specificatie van het doel zoals in de Regeling is beschreven. Wel volgen uit de vorige evaluatie van dit onderdeel van de Regeling¹⁶ een aantal aandachtspunten die voor deze evaluatie relevant zijn, namelijk: de omvang en structurele zekerheid van financiering, de

¹³ Artikel 1a sub a, Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

¹⁴ Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

¹⁵ Staatscourant 19 november 2007, nr. 224 / pag. 11

¹⁶ Bureau HHM (2020) Evaluatie Regeling palliatieve terminale zorg



verdelingssystematiek die voor het subsidiebedrag wordt gehanteerd en in welke mate deze recht doet aan de werkelijke inzet, en de borging van de kwaliteit van de subsidieaanvragers.

Daarnaast volgen uit kamerstukken een aantal aandachtspunten voor de palliatieve zorg en de hospicezorg die relevant zijn voor het onderdeel Vrijwilligers. Het ministerie van VWS heeft in 2021 in een kamerbrief¹⁷ aangegeven met VPTZ Nederland en AHZN te willen bespreken hoe *vrijwilligers frequenter* kunnen worden ingezet in de thuissituatie, hoe knelpunten in de nachtzorg binnen hospices kunnen worden opgelost en op welke wijze er *meer vrijwilligers* kunnen worden geworven.

In latere Kamerbrieven lezen we dat er zorgen zijn over mogelijkheden om kostendekkende zorg in hospices te bieden¹⁸. Deze zorgen hadden te maken met de organisatie van de beroepsmatig zorg in hospices (dus niet zozeer de inzet van vrijwilligers); het Ministerie van VWS geeft hierover aan dat dit, in dit specifieke geval, ging om onvoldoende bedbezetting in relatie tot de bekostiging van de verpleegkundige zorg. Hierin is tot een oplossing gekomen door regionale afspraken over bedden capaciteit en zorgbehoefte om ervoor te zorgen dat de patiënt op de juiste plek de juiste zorg ontvangt.

Verder zijn er naar aanleiding van onderzoek van Berenschot¹⁹, het aflopen van extra coalitieakkoordmiddelen (looptijd tot en met 2026) en de introductie van de dagprijs systematiek voor verpleegkundige zorg in BTH's

verschillende Kamervragen gesteld over het voorkómen van *sluiting van hospices*. In de beantwoording²⁰ verwijst de staatssecretaris naar het project Versterken Hospicezorg dat binnen het NPPZ II is gestart om *"voldoende beschikbare en kwalitatief goede hospicezorg te realiseren"*. Ook kwam recent een rapport uit van Gupta²¹ over de toekomstbestendige inrichting en bekostiging van hospicezorg in Nederland. Het ministerie van VWS "beoogt met dit onderzoek stappen te zetten richting *robuuste en duurzame hospicezorg*".

2.1.2 Subsidieontvangers

Vanuit de Regeling worden middelen beschikbaar gesteld aan verschillende (soorten) instellingen. Hieronder lichten we toe welke instellingen dit zijn.

Aantal subsidieontvangers

Data van DUS-I laat zien dat het aantal subsidieontvangers door de tijd vrijwel gelijk is gebleven, dit varieerde tussen de 202 en 208 instellingen. Meerdere subsidie-aanvragers in deze periode zijn gefuseerd; er zijn in deze periode dus wel nieuwe ontvangers togetreden tot de subsidie-regeling.

In 2025 maakten 205 instellingen aanspraak op de subsidie, welke worden onderverdeeld aan de hand van zes aanvraagcategorieën²², A tot en met F.

¹⁷ VWS (2021). Kamerbrief Stand van zaken palliatieve zorg 20 dec 2021 (kenmerk 3295241-1021652-LZ)

¹⁸ VWS (2024). Kamerbrief Stand van zaken palliatieve zorg 17 dec 2024 (kenmerk 4016895-1076178-LZ)

¹⁹ Berenschot (2024). Versterken Hospicezorg; onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit

²⁰ VWS (2025). Beantwoording Kamervragen over toekomst hospicezorg (14 apr 2025) (kenmerk ah-tk-20242025-1934)

²¹ Gupta (2025). Hospices in Nederland - Adviezen richting toekomstbestendige inrichting en bekostiging

²² Website DUS-I, pagina 'Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis'



Op de website van DUS-I worden deze, op dit moment²³, als volgt gedefinieerd:

- A.** 'Organisaties in de vrijwillige palliatieve zorg met onbetaalde coördinatie voor de inzet van vrijwilligers in de thuissituatie of in een andere locatie. Deze organisaties verlenen geen zorg onder de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet.' (N=20)
- B.** 'Organisaties in de vrijwillige palliatieve zorg met betaalde coördinatie voor de inzet van vrijwilligers in de thuissituatie of in een andere locatie. Deze organisaties verlenen geen zorg onder de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet.' (N=98)
- C.** 'Bijna-thuis-huizen: organisaties voor vrijwillige palliatieve terminale zorg (geen verpleeghuizen en verzorgingshuizen) waar in beginsel geen verpleegkundigen in vaste dienst zijn. Deze organisaties verlenen geen zorg onder de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet.' (N=102)
- D.** 'High care hospices: organisaties voor vrijwillige palliatieve terminale zorg (geen verpleeghuizen of verzorgingshuizen) waar verpleegkundigen in vaste dienst zijn. Deze organisaties verlenen geen²⁴ zorg onder de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet.' (N=8)
- E.** 'Organisatie in de vrijwillige palliatieve terminale zorg met betaalde of onbetaalde coördinatie voor de inzet van vrijwilligers, en is onderdeel van een koepelorganisatie die zorg levert onder de Wet langdurige zorg (Wlz) of zorgverzekeringswet (Zvw).'²⁵ (N=6)
 - De koepelorganisatie heeft maximaal 20 verpleegkundigen voltijd in vaste dienst, of

- De koepelorganisatie heeft meer dan 20 verpleegkundigen voltijd in vaste dienst, uw instelling opereert volledig zelfstandig, beschikt over rechtspersoonlijkheid en heeft maximaal 20 verpleegkundigen in voltijd vaste dienst.'
- F.** 'Organisaties in de vrijwillige palliatieve zorg met betaalde of onbetaalde coördinatie die vrijwilligers inzet in een organisatie die zorg verleent onder de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet (voorheen bekend als organisaties met een WTZi-toelating). De vrijwilligers worden dus elders ingezet, bijvoorbeeld in een verpleeghuis of een hospice.' (N=43)

Onder deze instellingen zijn er instellingen die onder twee of meer aanvraagcategorieën vallen. Er zijn bijvoorbeeld instellingen die een Bijna Thuis Huis (BTH, categorie C), High Care Hospice (HCH, categorie D), of instelling die onderdeel uitmaakt van een koepelorganisatie (categorie E) combineren met het inzetten van vrijwilligers in de thuissituatie (categorie A en/of B). Ook de aanvraagcategorie F wordt veel gecombineerd met ofwel aanvraagcategorie A of B vanwege hun gelijkenis; ze betreffen alle drie inzetten op externe locaties. De combinaties verklaren waarom de optelsom van het aantal instellingen per categorie hoger is dan 205, namelijk 277.

N.B. Om zicht te krijgen op het functioneren van deze instellingen maken we onder andere gebruik van data uit de Registratierapportage van VPTZ

²³ Het ministerie van VWS geeft aan dat de aanvraagcategorieën op de website van DUS-I geüpdatet zullen worden. De term 'vrijwillige palliatieve zorg' is namelijk verouderd, en zal vervangen worden door de term 'palliatieve zorg door vrijwilligers'.

²⁴ Het ministerie van VWS geeft aan dat bij de update van de aanvraagcategorieën op de website van DUS-I het woord 'geen' verwijderd zal worden. Dit is abusievelijk in de aanvraagcategorieën opgenomen, maar niet in lijn met de Regeling.

²⁵ Het ministerie van VWS geeft aan dat hiermee in de regel ook high care hospices worden bedoeld, die in tegenstelling tot categorie D onderdeel uitmaken van een grotere zorgorganisatie



Nederland en AHZN²⁶, de koepelorganisaties waarbij de overgrote meerderheid van de subsidieontvangers is aangesloten; VPTZ Nederland schat dit op zo'n 95%. In deze data worden andere categorieën gehanteerd die grotendeels overlappen, maar niet 1-op-1 te koppelen zijn.

Kenmerken subsidieontvangers

Binnen de instellingen die subsidie ontvangen zien we veel variatie. Zoals aangegeven zijn er zes verschillende aanvraagcategorieën, deze verschillen onder andere van elkaar wat betreft de setting waarin vrijwilligers worden ingezet (thuis, BTH, HCH of andere instelling) en de aard van de coördinatie (betaald of onbetaald). Verder volgt uit de interviews en de registratierapportage van de koepelorganisaties VPTZ Nederland en AHZN dat er ook binnen deze categorieën veel variatie is. Een verklaring die hiervoor wordt genoemd is dat het vaak om (burger)initiatieven gaat die los van elkaar ontstaan vanuit een lokale behoefte.

Instellingen die ook verblijf bieden (aanvraagcategorie C, D, en E) kunnen onder andere verschillen in het aantal bedden. Dit is terug te zien in tabel 2 waarin het aantal bedden wordt getoond dat volgt uit de Registratierapportage²⁶ van de koepelorganisaties VPTZ Nederland en AHZN, waar de meeste subsidieontvangers bij zijn aangesloten. Wat in deze tabel opvalt, vanuit het oogpunt van doelmatigheid, is dat er Bijna-thuis-huizen zijn met 'slechts' 2 bedden, aangezien de kosten per bed over het algemeen hoger zijn bij een kleiner aantal bedden. VPTZ Nederland zegt over het bestaan van deze kleine Bijna-thuis-huizen dat dit getuigt van een sterke behoefte hieraan vanuit de gemeenschap (bijvoorbeeld op een Waddeneiland met een relatief klein aantal bewoners); een Bijna-thuis-huis van dit formaat

kan alleen bestaan met behulp van aanvullende middelen vanuit de gemeenschap. Verder valt op dat er een High Care Hospice is met 18 bedden, twee keer zo veel als het gemiddelde aantal bedden in High Care Hospices. Hiervan geven VPTZ Nederland en AHZN aan dat dit een instelling met twee locaties betreft.

Tabel 2 Aantal bedden en dagen ondersteuning/zorg per type instelling
Bron: Registratierapportage VPTZ Nederland en AHZN. InsightsDirect (2024).)

Type instelling ^{a, b}	Aantal bedden		Aantal dagen ondersteuning/zorg	
	Gemiddelde (range)	n	Gemiddelde (range)	n
Palliatieve Zorg Thuis	n.v.t.		33 (1-329)	112
Bijna-Thuis-Huis	5 (2-10), n=109	109	1397 (266-4780)	77
High Care Hospice	9 (6-18) , n=16	16	2463 (1639-3033)	10

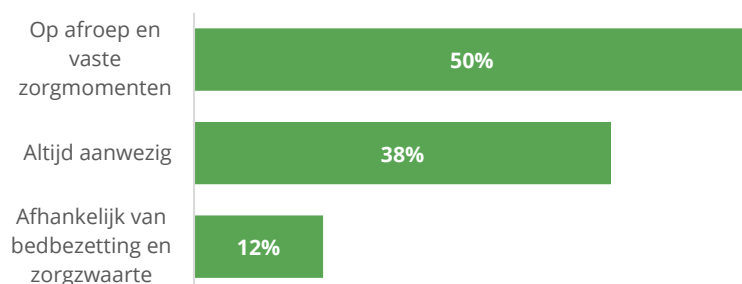
^a Volgens indeling Registratierapportage van VPTZ Nederland en AHZN. Onder het type Palliatieve Zorg Thuis vallen instellingen uit de aanvraagcategorieën A, B en F. Onder de Bijna-thuis-huizen en de High Care Hospices vallen grofweg de instellingen uit aanvraagcategorie C en D, respectievelijk, maar ook enkele instellingen uit aanvraagcategorie E).

^b De instellingen aangeduid als Palliatieve Units in de Registratierapportage van VPTZ Nederland en AHZN hebben we hierin niet opgenomen. Zij komen namelijk niet in aanmerking voor de subsidie omdat zij onderdeel uitmaken van een grotere zorginstelling en meer dan 20 verpleegkundigen in voltijd vaste dienst hebben.

²⁶ Registratierapportage VPTZ en AHZN. InsightsDirect (2024).



Ook op andere vlakken verschillen instellingen, zowel tussen en binnen aanvraagcategorieën. Figuur 2 laat zien dat er binnen Bijna-thuis-huizen verschillen zijn in de aanwezigheid van verpleegkundige zorg, dit varieert van op afroep beschikbaar zijn tot 24/7 aanwezigheid. Dit in tegenstelling tot High Care Hospices waar altijd 24/7 verpleegkundige zorg aanwezig is. Daarnaast zijn er bijvoorbeeld – over de aanvraagcategorieën heen – verschillen in het aantal vrijwilligers en het aantal uren coördinatie dat wordt ingezet. Dit lichten we toe in paragraaf 2.1.5.



Figuur 2 Aanwezigheid van 24/7 verpleegkundige zorg in Bijna-thuis-huizen (n=111),
Bron: registratiedata 2024 VPTZ Nederland AHZN

2.1.3 Huidige verdelingssystematiek

Hieronder lichten we toe volgens welke systematiek het totaal beschikbare budget over de subsidieontvangers wordt verdeeld en welke ervaringen partijen hiermee hebben.

Werking verdelingssystematiek

Het beschikbare budget wordt over de subsidieontvangers verdeeld volgens een verdelingssystematiek. Deze ziet er op dit moment als volgt uit²⁷:

- Het **aantal cliënten** in het verleden (de indicator) vormt de basis voor het te ontvangen subsidiebedrag.
Instellingen die starten en eerder nog geen cliënten hebben geholpen komen in het eerste jaar niet in aanmerking voor de subsidie.
- Voor dit aantal cliënten wordt een **referentieperiode van drie jaar** gehanteerd, waarbij teruggerekend wordt vanaf 31 december van het vorige kalenderjaar.

De subsidie wordt vastgesteld op basis van het gemiddelde aantal cliënten per jaar in de referentieperiode; voor 2026 betrof de referentieperiode bijvoorbeeld de kalenderjaren 2022, 2023 en 2024. Als de instelling niet de volledige referentieperiode zorg heeft verleend wordt uitgegaan van het gemiddelde aantal cliënten over de aaneengesloten jaren dat de instelling wel palliatieve terminale zorg verleend heeft binnen de referentieperiode.

- Het aantal cliënten dat hieruit volgt wordt vermenigvuldigd met de **maximumbedragen per cliënt**, gekoppeld aan de zes **aanvraagcategorieën**, opgenomen in de Regeling²⁸. Hieruit volgen dan 'maximumbedragen per instelling'.
In bijlage 2 hebben we een overzicht opgenomen met de maximumbedragen per cliënt per aanvraagcategorie.
- Vervolgens is het afhankelijk van het totale beschikbare subsidiebedrag, het **subsidieplafond**, welk deel van de maximumbedragen instellingen daadwerkelijk per cliënt per aanvraagcategorie ontvangen, het **normbedrag**.

²⁷ Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis | Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen

²⁸ Artikel 6 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis



De 'maximumbedragen per instelling' worden opgeteld en getoetst aan het subsidieplafond.

→ Wanneer het totaal van de maximumbedragen per instelling lager of gelijk is dan het subsidieplafond (wat nog niet is voorgekomen) wordt het normbedrag per cliënt gelijkgesteld aan het maximumbedrag per cliënt. Een deel van het totaal beschikbare subsidiebudget blijft dan onbenut.

→ Wanneer het totaal van de maximumbedragen per instelling hoger is dan het subsidieplafond en het totale beschikbare subsidiebudget ontoereikend is om de maximumbedragen beschikbaar te stellen, dan dienen deze maximumbedragen als verdeelsleutel. Het totaal van de maximumbedragen per instelling wordt dan gedeeld door het subsidieplafond, en de maximumbedragen per cliënt worden dan met de uitkomst daarvan vermenigvuldigd om tot de normbedragen te komen. (Rekenvoorbeeld: Als het totaal van de maximumbedragen per instelling uitkomt op € 70 miljoen en het subsidieplafond op € 35 miljoen is vastgesteld, dan komen de normbedragen per cliënt uit op de helft van de maximumbedragen per cliënt, want € 35 miljoen/€ 70 miljoen = 0,5).

- Daarna wordt per instelling het gemiddelde aantal cliënten (per jaar in de referentieperiode) vermenigvuldigd met het bijbehorende normbedrag om het **subsidiebedrag** voor de instellingen te bepalen.

Ervaringen met de verdelingssystematiek

Partijen geven in interviews aan dat de huidige verdelingssystematiek voordelen en nadelen heeft. De subsidieontvangers en het ministerie van VWS zijn beiden in de basis positief over het lichte verantwoordingsregime dat deze verdelingssystematiek met zich meebrengt; de administratieve lasten van het doorgeven van het aantal cliënten zijn nu beperkt voor de

subsidieontvangers. Een licht verantwoordingsregime wordt als passend gezien bij de aard van de subsidieontvangers; het zijn veelal stichtingen/verenigingen (vaak in de vorm van burgerinitiatieven) die grotendeels draaien op vrijwilligers en voor financiering grotendeels afhankelijk zijn van de Regeling (aangevuld met eigen bijdragen, donaties en andere fondsen). Door het ministerie van VWS wordt aangegeven dat het van belang is dat de verdelingssystematiek beter controleerbaar is en dat dit om bijstelling van de huidige systematiek vraagt.

Tegelijkertijd worden, zoals ook het geval was ten tijde van de vorige evaluatie, nadelen ervaren (van de verschillende aspecten) van de huidige verdelingssystematiek, namelijk:

- Met betrekking tot het **aantal cliënten** in het verleden op basis waarvan het subsidiebedrag wordt verdeeld:
 - Het ministerie van VWS merkt op dat de controleerbaarheid momenteel beperkt is, wat het toetsen van de rechtmatigheid van de besteding van maatschappelijk geld en het signaleren van mogelijk misbruik en oneigenlijk gebruik kan bemoeilijken.
 - Zowel het ministerie van VWS als subsidieontvangers geven aan dat bij de besteding van maatschappelijk geld meer (inhoudelijke) verantwoording mag worden verwacht.
 - Subsidieontvangers geven aan dat het aantal cliënten niet direct gekoppeld is aan de omvang van de inzet die wordt geleverd in de praktijk. Ter illustratie: een client in een BTH of hospice vraagt bij één dag verblijf minder inzet van vrijwilligers dan een cliënt die bijvoorbeeld drie weken in een BTH of hospice verblijft.



- Met betrekking tot de *referentieperiode van 3 jaar*:
 - Vanuit de subsidieontvangers wordt aangegeven dat er sprake is van een drempel voor nieuwe instellingen. Startende instellingen komen niet in aanmerking voor de subsidie en zijn voor een eerste periode volledig afhankelijk van andere bekostiging, omdat zij in het verleden nog geen cliënten (of nog niet lang genoeg) hebben geholpen op basis waarvan de subsidie aangevraagd kan worden.
 - Vanuit de subsidieontvangers wordt aangegeven dat deze referentieperiode de groei van instellingen remt. Door de referentieperiode zien instellingen een toename van het aantal cliënten dat zij hebben geholpen (bijvoorbeeld na uitbreiding van de capaciteit) vertraagd terug in het aantal cliënten waarop hun subsidiebedrag wordt gebaseerd.
- Met betrekking tot *aanvraagcategorieën*:
 - VPTZ Nederland geeft aan dat er onduidelijkheid is rondom de afbakening van de aanvraagcategorieën C (BTH), D (HCH) en E (instelling onderdeel van een koepelorganisatie) zijn. Nu is er een klein aantal hospices die voor de verpleging en het verblijf bekostigd worden als HCH (onderdeel van een koepelorganisatie), maar subsidie ontvangen als een BTH. Dat heeft ermee te maken dat de subsidieregeling het onderscheid maakt op basis van het aantal verpleegkundigen dat een hospice *in dienst* heeft. Als de verpleegkundigen gedetacheerd zijn of op ZZP-basis werken, kan een hospice subsidie aanvragen als een BTH.

(Naar aanleiding van dit knelpunt is het ministerie van VWS voornemens om met ingang van 2027 de definitie van een BTH, in overleg met veldpartijen, aan te scherpen²⁹).

- Vanuit de subsidieaanvragers wordt aangegeven dat er in het veld verschillende definities van hospicetypes worden gebruikt, wat kan leiden tot onduidelijkheid. De aanvraagcategorieën van de subsidieregeling verschillen van:
 - o Het onderscheid dat zorgverzekeraars hanteren (met betrekking tot BTH's en HCH's) voor de bekostiging van de verpleging en het verblijf.
 - o De zelfdefinitie door hospices zoals gebruikt in het onderzoek van Berenschot³⁰.
 - o De indeling die VPTZ Nederland en AHZN hanteren in hun registratierapportage³¹

Hierdoor is het nu bijvoorbeeld niet mogelijk om gegevens van DUS-I direct te vergelijken met uitkomsten van de Registratierapportage van VPTZ Nederland en AHZN³², en op die manier beleidskeuzes te informeren.

- VPTZ Nederland geeft aan dat het onderscheid tussen betaalde en onbetaalde coördinatie dat is gemaakt door de aanvraag categorieën A en B, in de praktijk niet altijd zo groot is. Het verschil tussen enkele uren betaalde coördinatie en alleen onbetaalde coördinatie wordt hierdoor, in combinatie met de maximum-bedragen, te groot gemaakt.

²⁹ VWS (2026). Kamerbrief over Voorhang verlenging van Subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

³⁰ Berenschot (2024). Versterken Hospicezorg; onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit

³¹ Registratierapportage VPTZ en AHZN. InsightsDirect (2024).

³² Gegevens van individuele hospices kunnen niet vergeleken worden, alleen geaggregeerde data over de groepen.



- Met betrekking tot de *maximumbedragen*:
 - Vanuit de subsidieontvangers wordt aangegeven dat het verschil te groot is tussen het maximumbedrag voor aanvraagcategorie B (€ 2.061) voor instellingen die inzetten in de thuissituatie verzorgen en het maximumbedrag voor aanvraagcategorie F (€ 722) voor instellingen die inzetten binnen de muren van een andere organisatie verzorgen, omdat cliënten in beide aanvraagcategorieën een vergelijkbare inzet vragen.
- Met betrekking tot het *subsidieplafond*:
 - Subsidieontvangers geven aan dat het subsidieplafond, in combinatie met het capaciteitsvraagstuk dat speelt binnen de hospicezorg, kan zorgen voor onzekerheid over het beschikbare subsidiebedrag in komende jaren. Ter illustratie wordt genoemd dat als een nieuwe instelling start, en daarmee het aantal cliënten dat elders geholpen wordt toeneemt, dit ten koste gaat van het subsidiebedrag dat een instelling bij een gelijk aantal cliënten ontvangt.

2.1.4 Beschikbare subsidiebedrag en benutting

Uit de gegevens van DUS-I volgt dat het totale beschikbare subsidiebedrag (het subsidieplafond), de normbedragen die daaruit volgen aan de hand van de verdelingssystematiek, en de kosten verbonden aan de inzet van vrijwilligers veranderen over tijd.

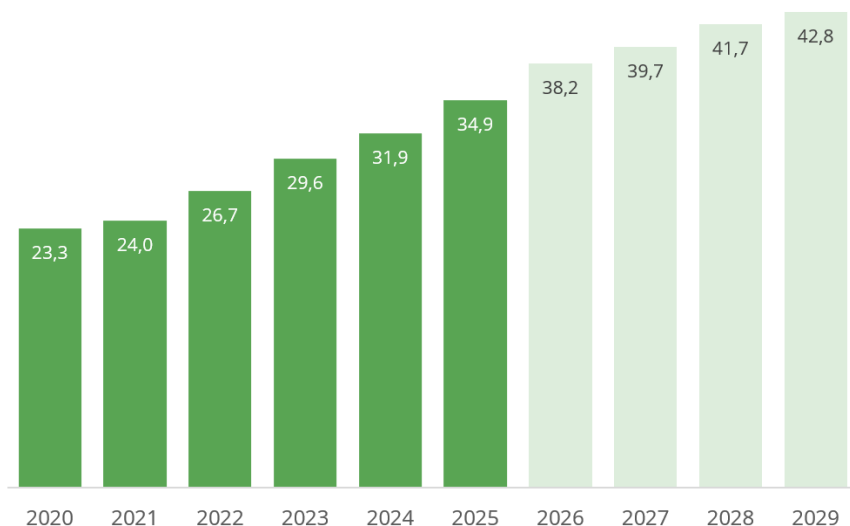
Totale beschikbare subsidiebedrag

In figuur 3 geven we het beschikbaar gestelde subsidiebedrag voor het onderdeel vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg weer. Hierin is te zien dat dit bedrag in de periode 2020-2025 elk jaar is toegenomen, mede dankzij een motie om het bedrag met € 3.086.000 op te hogen in 2025³³. In totaal is dit subsidiebedrag van 2020-2025 met ruim 11,6 miljoen euro toegenomen.

Met het oog op de toekomst is in de Voorjaarsnota van 2025 structureel € 17 miljoen aan de Regeling toegevoegd 'om de tegemoetkoming voor de inzet, opleiding en coördinatie van de vrijwilligers in organisaties voor palliatieve terminale zorg te kunnen voortzetten'³⁴. De komende jaren neemt het beschikbare bedrag voor het onderdeel Vrijwilligers daarmee verder toe, van € 34,9 miljoen in 2025 tot € 42,8 miljoen in 2029. Daarmee is een belangrijk verbeterpunt uit de vorige evaluatie, namelijk het beschikbare subsidiebedrag dat voor veel instellingen voor een te lage kostendekking zorgde, opgepakt.

³³ Omdat de normbedragen in 2025 aanvankelijk 7,24% lager uitvielen dan in 2024 is er uitvoering gegeven aan de motie: *Kamerstukken II 2024/25, 36 600, nr .44*.

³⁴ Voorjaarsnota 2025

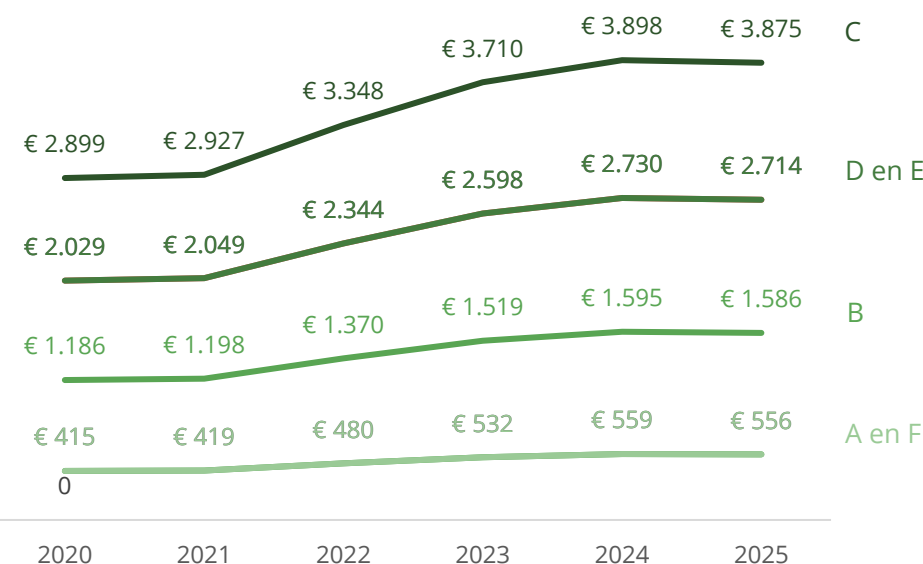


Figuur 3 Totaal beschikbaar subsidiebedrag (aantallen zijn x €1 miljoen) voor het onderdeel vrijwilligers over de jaren 2020-2025 (donkergroen) en de jaren 2026-2029 (lichtgroen). Het bedrag voor 2025 is inclusief de ophoging van €3.086.000. Bron: DUS-I en ministerie van VWS.

Normbedragen

In figuur 4 geven we de normbedragen voor de periode 2020-2025 weer. Net als het beschikbare subsidiebedrag laat dit een jaarlijkse toename zien, met uitzondering van het laatste jaar. In 2025 zijn de normbedragen nagenoeg gelijk gebleven. Dit heeft te maken met een stijging in het aantal cliënten (in paragraaf 2.1.5 geven we de cijfers); het beschikbare bedrag moet dan over meer cliënten verdeeld worden (zie paragraaf 2.1.3).

Dankzij een verhoging van het beschikbare subsidiebedrag in 2025 (ten opzichte van 2024) zijn de normbedragen per cliënt toen nog nagenoeg gelijk gebleven (een afname van < 1%).



Figuur 4. Normbedrag per cliënt op basis van organisatietype A t/m F over de jaren 2020-2025. Bron: DUS-I.

Met betrekking tot de normbedragen die gelijk zijn gebleven in 2025 (ten opzichte van 2024) wordt in interviews vanuit de subsidieontvangers aangegeven dat de kosten in 2025 wel zijn gestegen. Aan de andere kant blijkt uit de registratierapportage van VPTZ en AHZN dat de verblijfsduur van 2020 tot 2024 gedaald is van 23 naar 20 dagen³⁵ wat leidt tot lagere kosten per cliënt. Toch was de ervaring van het veld dat er in 2025, relatief

³⁵ Registratierapportage VPTZ en AHZN. InsightsDirect (2024). VPTZ Registratierapportage 2020. Etil reserach groep (2021).

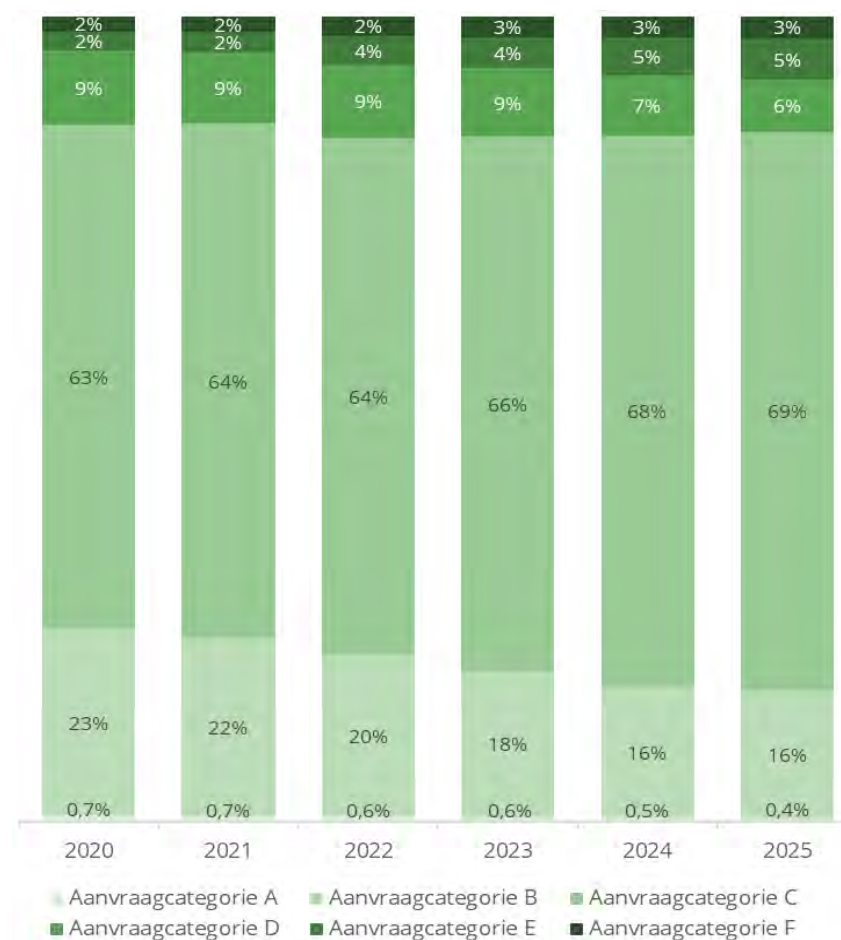


gezien, minder geld per cliënt beschikbaar was dan daarvoor. Vanuit de subsidieontvangers wordt aangegeven dat er onder hen instellingen zijn waar de coördinatie door de toenemende kosten onder druk staat.

Welk bedrag instellingen de komende jaren per cliënt te besteden hebben en wat de normbedragen voor de komende jaren zijn, kan niet vooraf worden vastgesteld omdat het aantal cliënten dat geholpen wordt vanuit subsidieaanvragers ook niet vooraf vaststaat; wel is de verwachting dat het aantal cliënten fors zal toenemen gezien demografische ontwikkelingen en gezien de toenemende druk op mantelzorg en dat het beschikbare budget niet gelijkmatig meestijgt. In interviews geven de subsidieontvangers aan dat onzekerheid over de normbedragen er mede³⁶ voor zorgt dat men in enige mate 'met de rem erop handelt' en terughoudend is in het uitbreiden van capaciteit. Ook omdat onduidelijk is hoe kosten zich de komende jaren zullen ontwikkelen. Daarmee blijft de omvang van het beschikbare subsidiebedrag, net als in de vorige evaluatie, een punt van aandacht.

Subsidiebedrag per aanvraagcategorie

In figuur 5 geven we aan hoe het totale subsidiebedrag in 2020 tot en met 2025 verdeeld is over de aanvraagcategorieën A tot en met F. Daarbij valt op dat over de gehele periode $\leq 5\%$ van het totale budget ging naar de individuele aanvraagcategorieën A (inzet in de thuissituatie met onbetaalde coördinatie), E (inzet in 'organisatie in de vrijwillige palliatieve terminale zorg als onderdeel van een overkoepelende organisatie') en F (inzet 'elders').



Figuur 5 Verdeling totale subsidiebedrag over aanvraagcategorieën per jaar.
Bron: DUS-I

³⁶ Ook de referentieperiode van drie jaar speelt hierbij een rol, zie paragraaf 2.1.3



Verder valt op dat meer dan 60% van het totale subsidiebedrag naar instellingen in aanvraagcategorie C (Bijna-thuis-huizen) ging (deels wordt dit verklaard door het maximumbedrag dat hoger is voor de Bijna-thuis-huizen dan de andere instellingen, zie bijlage 2), en dat dit aandeel over de jaren is toegenomen. De verwachting is dat deze trend doorzet. De VPTZ Nederland en AHZN geven aan dat veel Bijna-thuis-huizen bezig zijn met (plannen voor) uitbreiding en dat uit de Registratierapportage van 2025 (publicatie verwacht in mei 2026) blijkt dat 42% van alle BTH's en 33% van alle HCH's van plan is om in de komende drie jaar uit te breiden, met in totaal naar verwachting 110 bedden.

Onderzoek naar praktijkvariatie hospices

In opdracht van het ministerie van VWS deed Gupta Strategists een onderzoek naar het hospicelandschap in Nederland. De conclusie is dat sprake is van grote variëteit in onder meer:

- Het aantal hospicebedden in relatie tot het aantal overledenen;
- Het type hospice en de organisatievorm;
- De gemiddelde ligduur en bezettingsgraad;
- De mix van professionals en vrijwilligers;
- De wijze van bekostiging en het exploitatieresultaat.

Gupta concludeert dat het ontbreekt aan inzicht in de beschikbaarheid van hospicezorg, dat onduidelijk is wie aanspreekbaar is op de benodigde (uitbreiding van) hospicecapaciteit, dat er weinig inzicht is in en grip is op de kwaliteit van hospicezorg, dat de huidige bekostigingsstructuur hospices onvoldoende ondersteunt, en dat er weinig zekerheid is op lange termijn. Over de wijze van opvolging van de aanbevelingen uit dit rapport vindt op dit moment overleg plaats met de betrokken partijen.

Aanvullende financiering

De Regeling is niet bedoeld om kostendekkend te zijn³⁷. Hospices hebben naast de beschikbare subsidie vanuit de Regeling ook andere inkomsten. In een BTH betalen gasten een eigen bijdrage voor verblijf. In een HCH kan gasten gevraagd worden om een bijdrage voor extra's, zoals WiFi of persoonlijke was. Ook ontvangen sommige BTH's in het kader van de Wmo inkomsten voor de Huishoudelijke Ondersteuning. Daarnaast kunnen inkomsten afkomstig zijn uit bijvoorbeeld donaties, fondsen en inzamelingsacties.

2.1.5 Behaalde resultaten

Met de beschikbaar gestelde budgetten worden diverse resultaten bereikt in de palliatieve terminale zorg; coördinerende taken worden uitgevoerd, scholingen worden aangeboden, vrijwilligers worden ingezet en cliënten worden geholpen.

Coördinatie

De coördinerende taken waarvoor de subsidie wordt ingezet bestaan onder andere uit werving van vrijwilligers, evaluatiegesprekken, begeleiding van vrijwilligers, overdracht en support. Hoewel de inzet van vrijwilligers zelf weinig directe kosten met zich meebrengt, geven partijen aan dat de coördinatie en begeleiding van vrijwilligers wat betreft tijdbesteding grotendeels vergelijkbaar is met dat wat personeel vraagt bij een reguliere organisatie. Daarnaast benoemen zij factoren waardoor coördinatie van vrijwilligers meer tijd kan kosten ten opzichte van begeleiding van personeel. Vrijwilligers zijn vaak ouder en hun lichamelijke en mentale belastbaarheid kan wisselen, waar rekening mee gehouden

³⁷ Staatscourant 2007, 224 pag. 11



moet worden. Ook wordt aangegeven dat bij de coördinatie van vrijwilligers er meer nadruk ligt op en tijd gaat zitten in persoonlijke aandacht en waardering.

In tabel 3 geven we een overzicht met, per type organisatie (indeling VPTZ Nederland en AHZN), het aantal vrijwilligers en het aantal uur coördinatie per vrijwilliger.

Tabel 3 Aantal vrijwilligers per organisatie en het aantal uur coördinatie (zowel betaald als onbetaald) per vrijwilliger uitgesplitst naar de indeling die VPTZ Nederland en AHZN hanteren in de registratiedata.

Bron: registratiedata 2024 VPTZ Nederland en AHZN.

Type instelling*	Gemiddelde (range)
Palliatieve Zorg Thuis	
Aantal vrijwilligers per organisatie (n=64)	29 (4-103)
Aantal uur coördinatie per vrijwilliger (n=62)	1,0 (0,2-3,8)
Bijna Thuis Huis + Palliatieve zorg Thuis	
Aantal vrijwilligers per organisatie (n=52)	94 (47-227)
Aantal uur coördinatie per vrijwilliger (n=50)	0,8 (0,3-1,3)
Bijna Thuis Huis	
Aantal vrijwilligers per organisatie (n=59)	83 (20-164)
Aantal uur coördinatie per vrijwilliger (n=59)	0,7 (0,2-1,8)
High Care Hospice	
Aantal vrijwilligers (n=12)	87 (4-142)
Aantal uur coördinatie per vrijwilliger (n=11)	0,8 (0,2-1,6)

** Volgens indeling Registratierapportage van VPTZ Nederland en AHZN. Onder het type Palliatieve Zorg Thuis vallen instellingen uit de aanvraagcategorieën A, B en F. Onder de Bijna-thuis-huizen en de High Care Hospices vallen grofweg de instellingen uit aanvraagcategorie C en D, respectievelijk, maar ook enkele instellingen uit aanvraagcategorie E).*

Het laat zien dat het aantal uur coördinatie per vrijwilliger verschilt tussen en binnen type instellingen. In de interviews noemen subsidieontvangers diverse factoren die van invloed zijn op het aantal uur coördinatie. Met betrekking tot verschillen binnen type instellingen volgt uit tabel 4 dat de variatie in het aantal uur coördinatie per vrijwilliger het grootst is binnen 'Palliatieve Zorg Thuis'. Deze variatie kan verklaard worden doordat dit instellingen uit de aanvraagcategorieën A, B én F betreft; bij aanvraagcategorie F (inzetten in een zorginstelling anders dan de eigen organisatie) is het aantal uur coördinatie per vrijwilliger gemiddeld lager dan bij aanvraagcategorieën A en B (zie paragraaf 2.1.5). Overige variatie in het aantal uur coördinatie per vrijwilliger kan verklaard worden door de diversiteit binnen type instellingen, zij verschillen op tal van kenmerken. Zo zien we bijvoorbeeld binnen High-Care-Hospices dat het aantal uur coördinatie per vrijwilliger afneemt naarmate de omvang van het High-Care-Hospice toeneemt; binnen de andere instellingen zien we dit niet of minder duidelijk terug.

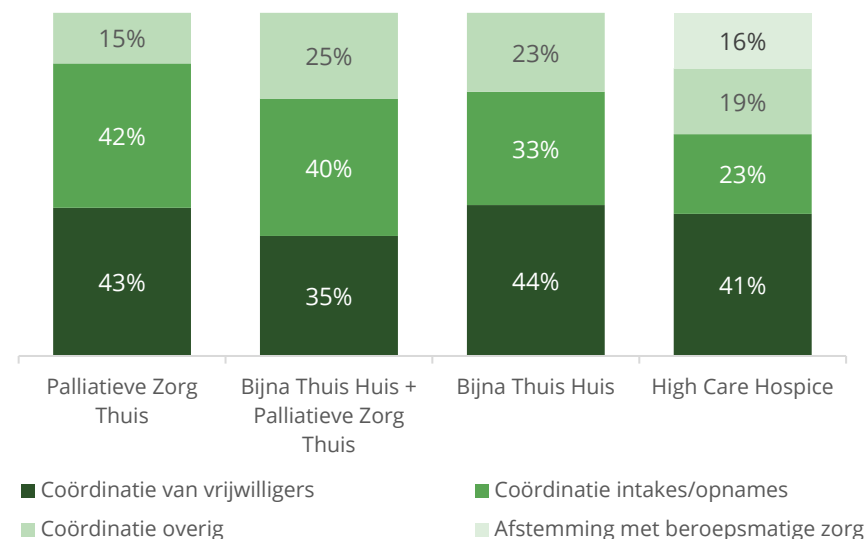
Met betrekking tot verschillen tussen typen instellingen wordt bijvoorbeeld aangegeven dat inzetten in de thuissituatie (aanvraagcategorie A en B) over het algemeen meer uren coördinatie vragen ten opzichte van inzetten in een instelling, omdat:

- Een instelling een plek is waar vrijwilligers waarschijnlijk vaker komen, en bekend zijn met de mensen en locatie, daar waar men in de thuis-situatie steeds in een nieuwe situatie terechtkomt.



- In een instelling vrijwilligers, coördinatoren en andere betrokkenen elkaar vaker spontaan tegenkomen waardoor overdracht en support minder georganiseerd hoeft te worden.

Figuur 6 geeft een inschatting van het aandeel uren dat instellingen, naar eigen inschatting, kwijt zijn aan de verschillende coördinatietaken. Dit laat zien dat, naast coördinatie van vrijwilligers, een aanzienlijk deel van de uren van coördinatoren in BTH's wordt besteed aan intakes en aan overige zaken. Vanuit de subsidieontvangers wordt aangegeven dat tijdens de intake, in afstemming met de beroepsmatige zorg, bepaald wordt of dit de juiste plek is voor de cliënt en wat er geregeld moet worden, en dat zij hierin steeds vaker een regierol vervullen in deze afstemming. Als verklaring wordt de toenemende werkdruk bij de beroepsmatige zorg genoemd.



Figuur 6 Inschatting van de verdeling van uren over de verschillende typen coördinatie per organisatietype.

Bron: Registratierapportage VPTZ Nederland en AHZN. InsightsDirect (2024) en registratiedata 2024 van VPTZ Nederland en AHZN.

Met betrekking tot 'overige zaken' geven subsidieontvangers in interviews aan dat van hen gevraagd wordt om deel te nemen aan het Netwerk Palliatieve Zorg, om een duidelijke plek innemen in de zorgketen, om deel te nemen aan PaTz-groepen³⁸, om regionaal af te stemmen over behoefte en aanbod, om kennis uit te wisselen en om relaties te onderhouden en te schakelen met andere partijen zoals huisartsen, et cetera.

³⁸ In 2023 had 40% en 2024 43% van alle hospices die aangesloten zijn bij VPTZ en AHZN een samenwerking in of met een PaTz-team. Bron: Registratiedata 2024 VPTZ en AHZN



Figuur 6 laat daarnaast zien dat de afstemming met de beroepsmatige zorg een aanzienlijk deel van de coördinatietaken betreft in de high-care-hospices en daar als aparte categorie is meegenomen.

Deelname aan Netwerken Palliatieve Zorg

Over deelname aan de Netwerken Palliatieve Zorg, wat vanuit de Regeling³⁹ wordt vereist, werd in de interviews aangegeven dat hier op verschillende manieren invulling aan wordt gegeven. De Regeling geeft hiervoor de ruimte, deze vereist alleen dat instellingen een beschrijving aan moeten leveren over de manier waarop zij deelnemen⁴⁰. Vanuit het ministerie van VWS wordt over deze beschrijvingen aangegeven dat deze in de praktijk uiteenlopend zijn wat betreft uitvoerigheid van de beschrijving, en type en omvang van de beschreven activiteiten (mate van participatie). Hiervoor worden verschillende verklaringen gegeven. Deels ligt dit bij de instellingen die hier op verschillende manieren invulling aan geven, deels ligt dit bij de netwerken en welke rol zij zien voor deze instellingen binnen het eigen netwerk.

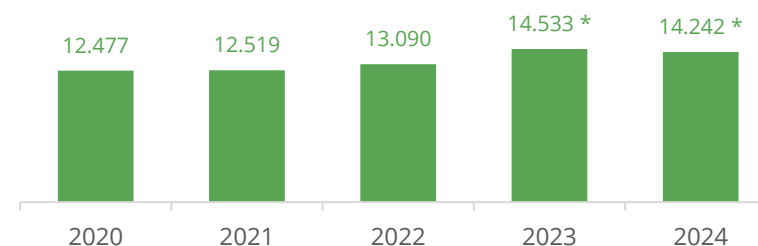
Scholing

Naast coördinatie is de subsidie bedoeld voor scholing van vrijwilligers. Vanuit de subsidieontvangers wordt aangegeven dat scholing van vrijwilligers belangrijk is omdat men vaak geen tot beperkte ervaring heeft met palliatieve terminale zorg en deze kennis onderhouden moet worden. Daarnaast vraagt het werk in veel gevallen mentaal veel van vrijwilligers en komen er meer verantwoordelijkheden bij vrijwilligers terecht. Dit vergroot het belang van scholing. Met betrekking tot scholing laat de Registratiedata

van VPTZ Nederland en AHZN zien dat in 2024 **99%** van de nieuwe vrijwilligers een introductiecursus heeft gevolgd en in 2024 **69%** van alle vrijwilligers een vervoltraining volgde⁴¹.

Vrijwilligers

Uit de Registratierapportage van VPTZ Nederland en AHZN volgt dat er in 2023 en 2024 ruim **14.000** vrijwilligers werkzaam waren bij de organisaties die aangesloten zijn bij VPTZ Nederland en AHZN, zie figuur 7. De training, begeleiding en coördinatie die een vrijwilliger nodig heeft verschilt en is mede afhankelijk van de rol en taken die een vrijwilliger krijgt.



Figuur 7. Aantal vrijwilligers per jaar van leden van VPTZ Nederland en AHZN (2020-2024).

** De jaren 2020-2022 zijn alleen gebaseerd op organisaties die aangesloten zijn bij VPTZ Nederland. Dit waren er ongeveer 205. De jaren 2023-2024 zijn gebaseerd op organisaties die aangesloten zijn bij VPTZ Nederland en/of AHZN. Dit waren er ongeveer 230. Bron: Registratierapportage VPTZ Nederland en AHZN. InsightsDirect (2024).*

³⁹ Artikel 18 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

⁴⁰ Artikel 15 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

⁴¹ Registratierapportage VPTZ en AHZN. InsightsDirect (2024). In 2023 was dit 98% (introductiecursus) en 67% (vervoltraining).



Partijen geven in de interviews aan dat er veel variatie zit in wat de diverse vrijwilligers doen. Een deel van de vrijwilligers biedt ondersteuning bij de verzorging en verpleging, en verzorgt de overdracht aan de beroepsmatige zorg. Een ander deel van de vrijwilligers werkt vooral ondersteunend aan de beroepsmatige zorg, bijvoorbeeld als gastvrouw of kookvrijwilliger. Een verklarende factor hiervoor die wordt genoemd is de mate waarin er beroepsmatige zorg aanwezig is. In het geval van 24/7 beroepsmatige zorg hebben vrijwilligers vaker een meer ondersteunende rol.

Daarnaast zit er verschil in het aantal uren dat vrijwilligers zich inzetten voor de palliatieve terminale zorg, zie tabel 4. Hierbij is opvallend dat de inzet per vrijwilliger lager is bij instellingen die (alleen) vrijwilligers in de thuissituatie inzetten. VPTZ Nederland geeft hiervoor als verklaring dat bij instellingen met (alleen) vrijwilligers in de thuissituatie de inzet onregelmatig is, afhankelijk van aanvragen van cliënten. Er wordt niet met een vast rooster gewerkt. Bij hospices, die 24/7 open zijn, is dit vaak wel het geval en wordt van vrijwilligers vaak een vaste inzet van minimaal één dienst per week gevraagd.

Tabel 4 Gemiddelde aantal uren inzet per vrijwilliger in 2024 uitgesplitst naar type instelling volgens indeling registratiedata 2024 VPTZ Nederland en AHZN.

Bron: Registratierapportage VPTZ Nederland en AHZN. InsightsDirect (2024).

Type instelling*	Inzet per vrijwilliger
Palliatieve zorg thuis	56 uur
Bijna Thuis Huis, mét ook inzet thuis	146 uur
Bijna Thuis Huis, zónder inzet thuis	132 uur
High care hospices	113 uur

** Volgens indeling Registratierapportage van VPTZ Nederland en AHZN. Onder het type Palliatieve Zorg Thuis vallen instellingen uit de aanvraagcategorieën A, B en F. Onder de Bijna-thuis-huizen en de High Care Hospices vallen grofweg de instellingen uit aanvraagcategorie C en D, respectievelijk, maar ook enkele instellingen uit aanvraagcategorie E).*

Cliënten

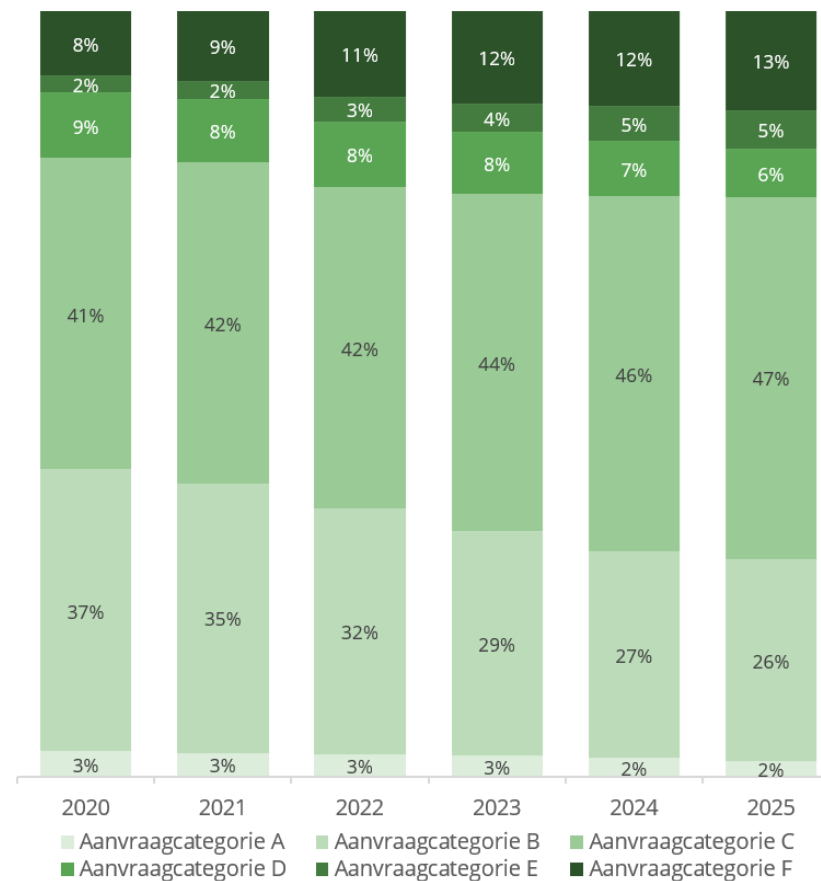
Het totaal aantal cliënten dat door de vrijwilligers is geholpen geven we weer in figuur 8. In 2020 ontvingen ruim 12.000 cliënten palliatieve zorg van vrijwilligers en dit aantal is daarna gestaag toegenomen. Van 2020 tot 2023 is jaarlijks een stijging van ongeveer 1.000 cliënten te zien. Aangezien het aantal organisaties die palliatieve terminale zorg leveren nagenoeg gelijk is gebleven (zie paragraaf 2.1.2), worden er dus gemiddeld meer cliënten verzorgd per organisatie.



Figuur 8. Aantal cliënten⁴² waarop de instellingssubsidies gebaseerd zijn voor de jaren 2020-2025 (lichtgroen) en het daadwerkelijk aantal cliënten dat palliatieve zorg heeft ontvangen voor de jaren 2020-2023 (donkergroen). Bron: DUS-I.

Figuur 8 laat ook het aantal cliënten zien waarop de instellingssubsidie gebaseerd is, het gemiddelde aantal cliënten in de referentieperiode (zie paragraaf 2.1.3); voor 2023 was de referentieperiode 2019-2021. Dit laat zien dat door deze referentieperiode de constante groei in het aantal cliënten vertraagd doorwerkt in het aantal cliënten waarop de subsidie wordt gebaseerd.

Figuur 9 laat zien hoe groot het aandeel van de verschillende aanvraagcategorieën is in het aantal cliënten dat geholpen is vanuit de Regeling. Hierbij valt op dat over de jaren het aandeel van de BTH's het grootst is, en dat van de subsidieontvangers de BTH's de meeste cliënten helpen.



Figuur 9 Verdeling van aantal cliënten (waarop de instellingssubsidie is gebaseerd) naar type organisatie voor de jaren 2020-2025. Bron: DUS-I

⁴² Bij de berekening van de instellingssubsidie wordt het aantal cliënten van de instelling bepaald door het gemiddeld aantal cliënten per jaar in de referentieperiode. Voor 2025 was de referentieperiode 2021-2023, tenzij de organisatie nog geen drie jaar werkzaam is. Bron: DUS-I



Plaats van ondersteuning

De aanvraagcategorieën zijn gekoppeld aan de plaats waar cliënten geholpen worden, zoals toegelicht in paragraaf 2.1.2. Aanvraagcategorieën A tot en met E zijn elk gekoppeld aan 1 type locatie, waar aanvraagcategorie F (inzetten in een zorginstelling anders dan de eigen organisatie) gekoppeld is aan meerdere locatietypes.

Externe inzetten

Cijfers uit de Registratierapportage van VPTZ Nederland en AHZn, weergegeven in tabel 5, laten zien welk type locaties dit betreft en geven een indicatie van hoe vaak inzetten op deze locaties plaats hebben gevonden in 2024.

Tabel 5. Aantal extern ondersteunde cliënten in 2024, uitgesplitst naar de plaats van de externe inzet, n=205.

Bron: Registratierapportage VPTZ Nederland en AHZn, InsightsDirect (2024).

Plaats van externe inzet	Aantal cliënten
Extern hospice	875
- waarvan 1-op-1 ondersteuning	29
- waarvan groepsondersteuning	846
V&V	296
Ziekenhuis	9
VGZ/GGZ/anders	37
Totaal	1.217

Door VPTZ Nederland wordt aangegeven dat er tussen locaties verschillen zijn in de manier waarop vrijwilligers extern in worden gezet en wat dit aan coördinatie vraagt.

Inzet in palliatieve units

Er zijn palliatieve units waar subsidieaanvragers vrijwilligers inzetten voor groepsgewijze ondersteuning. De vrijwilligers bieden dan ondersteuning aan alle in de palliatieve unit aanwezige gasten. Over het algemeen (na de initiële opstartfase) vraagt dit om minder coördinatie en begeleiding dan 1-op-1 inzetten. VPTZ Nederland geeft aan dat zij deze vorm van groepsgewijze ondersteuning eigenlijk alleen zien bij enkele palliatieve units.

Daarnaast geeft VPTZ Nederland aan dat er enkele instellingen zijn die 1-op-1 inzetten in een palliatieve units bieden. Dit gaat dan bijvoorbeeld om cliënten die zo onrustig zijn dat er permanent iemand voor die persoon op de kamer aanwezig moet zijn.

Inzet in ziekenhuizen, verpleeghuizen of andere zorginstellingen

VPTZ Nederland geeft verder aan dat inzet van vrijwilligers in ziekenhuizen, verpleeghuizen of andere zorginstellingen altijd 1-op-1 inzet betreft. Deze inzet vindt plaats als het netwerk van een cliënt klein is of als er behoefte is aan waken in de laatste nachten. De vrijwilligers bieden dan vooral intensieve aanwezigheid en een luisterend oor, waar het verpleegkundig personeel vaak geen of weinig tijd voor heeft. Deze inzet is aanvullend op de eventuele eigen vrijwilligers van de organisatie waar inzet plaatsvindt, deze vrijwilligers worden vaak ingezet rondom begeleiding van eet- en drinkmomenten of activiteitenbegeleiding; dit vraagt om andere begeleiding en training.



Over deze 1-op-1 inzetten in een zorginstelling anders dan de eigen organisatie wordt door VPTZ Nederland en in interviews aangegeven dat dit veel overeenkomsten kent met inzetten in de thuissituatie, maar ook eigen aandachtspunten kent met betrekking tot afstemming met de organisatie/afdeling waar de vrijwilligers worden ingezet. Wat VPTZ Nederland meestal van haar leden hoort is dat een 1-op-1 inzetten in een zorginstelling anders dan de eigen organisatie net zoveel coördinatie en begeleiding vragen als inzetten in de thuissituatie.

2.1.6 Waardering van de regeling

In de interviews hebben we met betrokken partijen gesproken over hoe het onderdeel Vrijwilligers van de Regeling wordt gewaardeerd. Hieruit volgen zowel positieve punten als een aantal verbeterpunten.

Positieve punten

Alle betrokken partijen die we gesproken hebben geven aan dit onderdeel van de Regeling te waarderen om diverse redenen. Allereerst omdat het de inzet van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg mogelijk maakt, waarmee kwaliteit van leven op een laagdrempelige manier bevordert wordt en mantelzorg en formele zorg ontlast worden.

De bijdrage van vrijwilligers wordt zowel in instellingen die volledig draaien op vrijwilligers als instellingen waar palliatieve zorg door vrijwilligers en beroepsmatige zorg worden gecombineerd als zeer waardevol ervaren; naasten en gasten laten aan hen weten heel tevreden te zijn met de palliatieve zorg door vrijwilligers en dat zij een belangrijke functie in de samenleving vervullen. Benadrukt wordt daarbij dat voor instellingen die

volledig draaien op vrijwilligers de Regeling vaak cruciaal is voor het voortbestaan hiervan. Instellingen die naast zorg door vrijwilligers ook formele zorg leveren zijn voor het voortbestaan minder afhankelijk van de Regeling, maar vanuit deze instellingen wordt wel aangegeven dat zonder de Regeling een belangrijk deel van de palliatieve zorg door vrijwilligers niet meer geleverd kan worden.

Verder wordt de Regeling gezien als een belangrijke blijk van waardering voor deze instellingen (vaak burgerinitiatieven) en het waardevolle werk dat de vrijwilligers verzetten, door het geld dat hiervoor vrijgemaakt wordt. Bovendien spreekt vertrouwen uit de eenvoud en lage administratieve lasten voor de subsidieontvangers.

Verbeterpunten

Daarnaast noemden de gesproken partijen ook diverse verbeterpunten. Opvallend daarbij was dat deze vaak betrekking hadden op (aspecten van) de verdelingssystematiek, bijvoorbeeld op de controleerbaarheid van de gebruikte indicator en op de gehanteerde indeling voor de aanvraagcategorieën. In [paragraaf 2.1.3](#) worden deze toegelicht.

Andere verbeterpunten die volgen uit de interviews, die niet direct betrekking hebben op de verdelingssystematiek:

- Vanuit subsidieontvangers en ook het ministerie van VWS wordt aangegeven dat borging van de kwaliteit van de palliatieve zorg door vrijwilligers ontbreekt vanuit de Regeling⁴³. De Regeling stelt geen voorwaarden aan de kwaliteit van de palliatieve zorg door vrijwilligers. Vooral nog heeft dit niet voor problemen gezorgd. Gesproken partijen

⁴³ wel worden vanuit de koepelorganisaties VPTZ Nederland en AHZN kwaliteitseisen gesteld aan hun leden, maar niet alle subsidieaanvragers zijn hier lid van



hebben geen signalen van ondermaatse kwaliteit ontvangen. Vanuit de koepelorganisaties AHZN en VPTZ Nederland worden wel kwaliteitseisen gesteld aan hun leden.

- Het ministerie van VWS geeft aan dat kaders gemist worden voor de manier waarop subsidieaanvragers vermelden hoe zij de deskundigheid en inzet van vrijwilligers bevorderen en waarborgen. Hier wordt op uiteenlopende wijzen (van summier tot zeer uitgebreid) invulling aan gegeven. Sinds de vorige evaluatie is de Regeling aangescherpt⁴⁴ waardoor subsidieaanvragers dit moeten vermelden; eerst door dit op te nemen in hun jaarverslag en daarna via het subsidieaanvraagportaal.
- Vanuit subsidieontvangers wordt aangegeven dat, vanuit de Regeling, enige mate van sturing op de capaciteit ontbreekt. Iedereen kan een instelling die palliatieve terminale zorg door vrijwilligers verleent starten en aanspraak maken op de Regeling, mits aan de subsidievoorwaarden wordt voldaan. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat in een regio afspraken zijn gemaakt over (uitbreiding van) capaciteit met de bestaande instellingen om aan te sluiten bij de behoefte in de regio, en dat deze afspraken belemmerd worden door een instelling die dan zonder afstemming met deze bestaande instellingen start en extra capaciteit toevoegt voor de regio. Hierdoor kan er een 'verdringings-effect' ontstaan bij bestaande instellingen, en zorgen voor onvoldoende bezetting om kostendekkend te kunnen zijn.
- Subsidieontvangers geven aan financiële krapte te ervaren en dat de verwachting is dat dit verder zal toenemen, doordat de behoefte aan palliatieve zorg door vrijwilligers waarschijnlijk sterker en sneller zal toenemen dan het beschikbare budget.

- Vanuit de palliatieve units (die nu geen gebruik kunnen maken van de Regeling) wordt aangegeven dat de voorwaarde van een maximum inzet van 20 fte en de voorwaarde van een zelfstandige rechtspersoonlijkheid voor hen een belemmering vormen.
- Voor de vereiste deelname aan de Netwerken Palliatieve Zorg worden kaders gemist. Door het ontbreken van deze kaders wordt hier nu op verschillende manieren invulling aan gegeven en is ook niet duidelijk wat van deze deelname verwacht wordt.

2.1.7 Beantwoording eerste hoofdvraag

Bovenstaande bevindingen vormen de basis voor de beantwoording van de eerste hoofdvraag, in hoeverre de Regeling vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg in de periode 2020-2025 doeltreffend en doelmatig is geweest. Dit doen we aan de hand van de drie bijbehorende deelvragen.

Deelvraag 1: In welke mate sluit het de Regeling (voor het onderdeel vrijwilligers) aan op de behoeften van belanghebbenden?

Over het algemeen zijn de betrokken partijen positief over dit onderdeel van de Regeling en sluit het aan op hun behoeften. Belangrijke reden hiervoor is dat de Regeling (burgerinitiatieven voor) palliatieve terminale zorg door vrijwilligers (mede) mogelijk maakt, wat als zeer waardevol wordt ervaren. Bovendien worden de eenvoud aan lage administratieve lasten die de Regeling meebrengt voor subsidieontvangers gewaardeerd. Tegelijkertijd worden er een aantal verbeterpunten gezien, deze hebben voornamelijk betrekking op de verdelingssystematiek. De verdelingssystematiek volgde ook als belangrijk verbeterpunt uit de vorige evaluatie. Het ministerie van VWS werkt -in afstemming met veldpartijen- ook al aan verbetering hiervan. Sinds de vorige evaluatie zijn diverse opties om dit te

⁴⁴ officiële bekendmakingen.nl/stcrt-2023-31714



verbeteren verkend, en wordt er gewerkt aan een aanscherping van de definitie van een Bijna-thuis-huis die met ingang van 2027 in moet gaan⁴⁵.

Deelvraag 2: In hoeverre worden, dankzij de Regeling (voor het onderdeel vrijwilligers) de gewenste resultaten bereikt?

Het doel van de regeling is het “stimuleren van de coördinatie, scholing en inzet van vrijwilligers bij het verlenen van palliatieve terminale zorg”.

De behaalde resultaten –waaronder het aantal vrijwilligers dat wordt ingezet, de scholing die hen is geboden, de coördinatie activiteiten die zijn uitgevoerd en het aantal cliënten dat wordt bereikt– laten zien dat de organisaties dit gerealiseerd hebben. Daarmee is dit onderdeel van de Regeling doeltreffend.

Deelvraag 3: In hoeverre worden de beschikbare middelen optimaal benut?

Uit de evaluatie volgt dat de beschikbare middelen goed zijn benut. De belangrijkste succesfactor die hiervoor genoemd wordt is de inzet van coördinatoren, die gemotiveerd en bevlogen (naast de betaalde uren) ook hun vrije tijd inzetten voor het uitvoeren van hun taken, en de vele gemotiveerde vrijwilligers die zich elke dag inzetten. Hierdoor maken zij samen met een gelimiteerde subsidie veel mogelijk. Daarmee is dit onderdeel van de Regeling doelmatig, al zijn wel een aantal verbeterpunten die aandacht behoeven.

⁴⁵ VWS (2026). Kamerbrief over Voorhang verlenging van Subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis



2.2 Vooruitblik

Uit de terugblik blijkt dat het onderdeel Vrijwilligers van de Regeling in de periode 2020–2025 over het algemeen doeltreffend en doelmatig heeft gefunctioneerd, maar ook dat er (richting de toekomst) een aantal verbeterpunten zijn, met name ten aanzien van de huidige verdelings-systematiek en de randvoorwaarden die gelden voor het gebruik van de Regeling.

Met het oog op een verdere verbetering van de doeltreffendheid en de doelmatigheid, en op basis van de onderdeel specifieke wensen die aan de voorkant van de evaluatie zijn meegegeven, hebben we een aantal verbeterpunten geselecteerd om verder uit te werken, namelijk:

- De verdelingssystematiek, waaronder:
- Indicator voor verdeling
- Aanvraagcategorieën
- Referentieperiode
- Eisen wat betreft verantwoording en kwaliteit
- Eisen wat betreft de toegang tot de regeling

Op basis van de interviews en documenten hebben we de verschillende opties en de voor- en nadelen voor deze verbeterpunten uitgewerkt in een notitie. Deze notitie hebben we vervolgens besproken met het ministerie van VWS en met veldpartijen⁴⁶, waarna we de opties aangescherpt en geconcretiseerd hebben.

Het resultaat hiervan vindt u in **paragrafen 2.2.1 tot en met 2.2.4**. Per verbeterpunt beschrijven we een aantal opties en de voor- en nadelen daarvan, op basis waarvan we vervolgens aanbevelingen doen.

In **paragraaf 2.2.5** beantwoorden we vervolgens de tweede hoofdvraag met betrekking tot verbetermogelijkheden voor de toekomst. Hiervoor geven we een overzicht van de aanbevelingen die volgen uit paragrafen 2.2.1 tot en met 2.2.4.

2.2.1 Verdelingssystematiek

De manier waarop het beschikbare subsidiebedrag verdeeld wordt moet:

- recht doen aan de diversiteit van instellingen – zoals toegelicht in paragraaf 2.1 zijn de instellingen die aanspraak maken op de Regeling heel divers wat ook zorgt voor verschillen in omvang van coördinatie
- uitvoerbaar zijn – de subsidieverstrekking moet voldoende controleerbaar zijn en de administratieve lasten moeten beperkt blijven passend bij de aard van de instellingen (vaak burgerinitiatieven die grotendeels draaien op vrijwilligers)

De huidige situatie komt in belangrijke mate tegemoet aan deze aspecten, maar er zijn ook verbeterpunten. In het volgende kader beschrijven we kort de huidige situatie.

⁴⁶ VPTZ, AHZN en ActiZ



Huidige situatie

De *indicator* op basis waarvan het beschikbare budget verdeeld wordt is het aantal cliënten van een instelling in het verleden. Hierbij wordt een *referentieperiode* van drie jaar gehanteerd. Het gemiddelde aantal cliënten per jaar in de referentieperiode bepaalt vervolgens – in combinatie met de betreffende *aanvraagcategorie* (zie paragraaf 2.1.2) en het daaraan gekoppelde maximumbedrag per cliënt – welk deel van het beschikbare budget een instelling ontvangt. In *paragraaf 2.1.3* lichten we de werking van de verdelingssystematiek verder toe.

Voor de verdelingssystematiek en de verschillende elementen waaruit deze bestaat zijn voor- en nadelen genoemd.

Voordelen

- Het ministerie van VWS en subsidieontvangers waarderen dat de huidige verdelingssystematiek gepaard gaat met beperkte administratieve lasten; subsidieontvangers hoeven alleen het aantal cliënten door te geven. Beperkte administratieve lasten worden als passend gezien bij de aard van de subsidieontvangers; het zijn veelal stichtingen/verenigingen (vaak in de vorm van burger-initiatieven) die grotendeels draaien op vrijwilligers. Ook past dit bij de aard van de subsidieregeling gericht op ondersteuning van mensen in de laatste levensfase.

Nadelen

- Het ministerie van VWS geeft aan dat de controleerbaarheid van de huidige *indicator* (het aantal cliënten) momenteel beperkt is, wat het toetsen van de rechtmatigheid van de besteding van maatschappelijk geld en het signaleren van mogelijk misbruik en oneigenlijk gebruik kan bemoeilijken.

- Subsidieontvangers geven aan dat het aantal cliënten niet direct gekoppeld is aan de omvang van de inzet van vrijwilligers die wordt geleverd in de praktijk.
- Vanuit subsidieontvangers wordt aangegeven dat de gehanteerde *aanvraagcategorieën* (A t/m F) om een aantal redenen niet goed aansluiten op de aanwezige variatie in praktijk, en dat deze categorieën niet aansluiten bij andere indelingen die door landelijke partijen worden toegepast.
- Vanuit subsidieontvangers wordt aangegeven dat de *referentieperiode van 3 jaar*:
- het bemoeilijkt instellingen om te starten, zij kunnen in het begin geen aanspraak maken op de subsidie, omdat zij in het verleden nog geen cliënten (of nog niet lang genoeg) hebben geholpen;
- het bemoeilijkt instellingen om te groeien, omdat de hoogte van de subsidie gebaseerd is op cliëntaantallen in het verleden;

In *paragraaf 2.1.3* staan we uitgebreider stil bij de voor- en nadelen van de verschillende elementen van de huidige verdelingssystematiek.

Uit de nadelen die genoemd zijn voor de huidige verdelingssystematiek volgen de indicator voor verdeling, de gebruikte aanvraagcategorieën en de gehanteerde referentieperiode als belangrijke verbeterpunten. Hieronder werken we voor elk van de elementen een aantal opties uit en doen we aanbevelingen voor hoe deze elementen van de verdelingssystematiek kunnen worden aangepast.



2.2.1a Indicator voor verdeling

Opties

Voor aanpassing van de indicator voor de verdeling zijn er verschillende opties verkend.

Aantal cliënten als indicator, met eisen aan controleerbaarheid

In deze optie wordt vastgehouden aan de huidige indicator, maar wordt een element toegevoegd om het aantal cliënten achteraf steekproefsgewijs te kunnen controleren. Dit houdt in dat van subsidieaanvragers wordt gevraagd dat zij kunnen aantonen dat het opgegeven aantal cliënten daadwerkelijk is bediend in de referentieperiode. Het is afhankelijk van het type subsidieaanvrager hoe dit eruit kan zien:

- **High Care Hospices** kunnen laten zien voor welk aantal cliënten ze een *ELV-PTZ en/of WLZ declaratie* hebben ingediend.
- **Bijna-thuis-huizen** kunnen laten zien voor welk aantal cliënten een *eigen bijdrage voor verblijf* is ontvangen. Als deze bijdrage € 0 is (bijvoorbeeld omdat een client de eigen bijdrage niet kan betalen en deze wordt kwijtgescholden) zou een nulfactuur gestuurd kunnen worden om toch een bewijs van aantal ligdagen en cliënten te hebben. Een eventueel accountantsprotocol zou hiervoor ruimte moeten bieden.
- **Instelling die onderdeel zijn van een koepelorganisatie** (huidige aanvraagcategorie E) kunnen op basis van *ELV- PTZ declaraties* laten zien hoeveel cliënten ze in totaal geholpen hebben. Daarbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat deze cliënten mogelijk niet allemaal ondersteuning van een vrijwilliger ontvangen te hebben. Hiervoor kan eventueel gecorrigeerd worden door het maximum-bedrag per cliënt te verlagen.
- Bij **thuisinzetten** (aanvraagcategorie A en B) en bij **inzetten 'elders'** (in een zorginstelling die geen onderdeel uitmaakt van de eigen organisatie, aanvraagcategorie F) is geen sprake van zorgdeclaraties of eigen bijdragen op basis waarvan het aantal cliënten gecontroleerd kan worden. Wel zouden cliënten (of hun naasten) gevraagd kunnen worden om door middel van een *handtekening* te bevestigen dat zij zorg van een vrijwilliger ontvangen hebben, al is dit zeker niet in alle gevallen wenselijk en haalbaar; het vragen om een handtekening is bijvoorbeeld niet gepast als een vrijwilliger komt waken bij een cliënt die op sterven ligt. Overwogen kan worden om:
 - de cliënten waarvoor het niet mogelijk of wenselijk is om een handtekening te vragen niet mee te nemen in het aantal cliënten op basis waarvan het budget verdeeld wordt en om hiervoor te corrigeren door het maximumbedrag per cliënt te verhogen.
 - te accepteren dat voor (een bepaald deel van) deze cliënten geen handtekening beschikbaar is, omdat:
 - het (financiële) risico beperkt is
 - de betreffende aanvraagcategorieën (A, B en F) samen een beperkt deel van het totale subsidiebedrag uitmaken (ongeveer 20%, zie paragraaf 2.1.4)
 - de subsidieaanvragers (vaak burgerinitiatieven die grotendeels draaien op vrijwilligers) zich kenmerken door een sterke intrinsieke motivatie, wat misbruik minder waarschijnlijk maakt
 - de referentieperiode (van 3 jaar) verhindert dat instellingen snel geld kunnen ontvangen via de Regeling
 - het subsidieplafond en de maximumbedragen beperken de hoogte van bedragen die via de Regeling verkregen kunnen worden.



Daarnaast kunnen aanvullende criteria worden opgenomen als het gaat om het aanspraak kunnen maken op de Regeling (zie paragraaf 2.2.2 en 2.2.3)

- Het maatschappelijke belang groot is; door demografische en maatschappelijke ontwikkelingen zal het aantal mensen dat (in de thuissituatie) komt te overlijden mogelijk toenemen en door de inzet van vrijwilligers kan de kwaliteit van de laatste levensfase vergroot worden.

Als het aantal mensen dat in de thuissituatie of 'elders' (in een zorginstelling die geen onderdeel is van de eigen organisatie, aanvraagcategorie F) overlijdt toeneemt – ten opzichte van het aantal cliënten dat in een High Care Hospice, Bijna-thuis-huis of organisatie in een instelling overlijdt – kan het deel van het beschikbare subsidiebedrag voor inzetten in de thuissituatie vergroot worden en het financiële risico dat ermee gemoeid is toenemen.

Er kan gekozen om voor de aanvraagcategorieën A, B en F de controleerbaarheid van de indicator los te laten.

Voordelen

- Goede controleerbaarheid van het aantal cliënten voor High Care Hospices, Bijna-thuis-huizen en instellingen die onderdeel zijn van een koepelorganisatie (aanvraagcategorie E).
- Beperkte, aanvullende administratieve lasten, omdat veel van de voor controle benodigde gegevens al geregistreerd worden.

Nadelen

- Geen tot beperkte controleerbaarheid van het aantal cliënten voor thuisinzetten (aanvraagcategorie A en B) en voor inzetten in een zorginstelling die niet onderdeel uitmaakt van de eigen organisatie (aanvraagcategorie F). De enige mogelijkheid die wordt gezien voor het

verhogen van de controleerbaarheid is het vragen om een handtekening van cliënten (of hun naasten), vaak is dit niet wenselijk en is de controleerbaarheidswinst die het oplevert beperkt.

- Het aantal geholpen cliënten is niet direct gekoppeld aan de omvang van de coördinatie, scholing en inzet; ter illustratie wordt door subsidieontvangers bijvoorbeeld genoemd dat een deel van de intakes niet leidt tot inzetten.
- Een nieuwe taak voor DUS-I, namelijk het inrichten van steekproefsgewijze controle achteraf.

Aantal ligdagen als indicator, met eisen aan controleerbaarheid

In deze optie wordt voor High Care Hospices en Bijna-thuis-huizen een bedrag bepaald per ligdag, in plaats van per cliënt, waarbij het aantal ligdagen gecontroleerd kan worden (achteraf en steekproefsgewijs) op basis van een registratie op cliëtniveau. Dit kan er als volgt uitzien:

- HCH en instellingen die onderdeel zijn van een koepelorganisatie (huidige aanvraagcategorie E): op basis van het aantal dagen waarvoor een ELV-PTZ declaratie is gedaan.
- BTH: op basis van het aantal dagen waarvoor een eigen bijdrage wordt geïnd.

Voor thuisinzetten (aanvraagcategorie A en B) en voor inzetten in een zorginstelling die niet onderdeel uitmaakt van de eigen organisatie (aanvraagcategorie F) is het aantal ligdagen niet relevant. Hiervoor vormt het aantal cliënten in deze optie nog steeds de indicator.

Voordelen

- Het aantal ligdagen biedt, waar relevant, een goede koppeling met de werkelijke inzet.



- Goede controleerbaarheid voor het merendeel van de verleende subsidies, maar niet voor de inzet thuis en intramuraal.
- Geen nieuwe administratieve last voor subsidieaanvragers, want de voor controle gevraagde gegevens worden nu al geregistreerd.

Nadelen

- Het vraagt om een aanpassing van de maximumbedragen, deze moeten hiervoor worden omgezet van maximumbedragen per cliënt naar maximumbedragen per ligdag.
- Een nieuwe taak voor DUS-I, namelijk het inrichten van steekproefsgewijze controle achteraf, en wijzigen van formulieren en systemen.

Omvang inzet vrijwilligers als indicator

In deze optie is het aantal uren of dagen inzet van vrijwilligers de indicator voor de verdeling. Subsidieaanvragers moeten de tijdbesteding van vrijwilligers registreren. In een hospice is dit relatief eenvoudig, doordat er een rooster is dat gevuld wordt. Voor inzet thuis en in een instelling vraagt dit mogelijk een ander soort registratie dan nu wordt gehanteerd. De doorgegeven uren kunnen achteraf en steekproefsgewijs door DUS-I gecontroleerd worden.

Voordelen

- Er is sprake van een duidelijke koppeling tussen hoogte van de subsidie en werkelijke inzet van vrijwilligers, en indirect ook de benodigde coördinatie en scholing.

Nadelen

- Het leidt tot een toename van administratieve lasten bij de subsidieontvangers, de tijdbesteding van de vrijwilligers hoeft in de huidige situatie immers niet geregistreerd te worden.

- De omvang van de inzet is beperkt controleerbaar omdat het inzet van vrijwilligers betreft. Anders dan inzet van professionals is deze inzet niet te controleren door middel van arbeidscontracten en loonstroken.
- Een nieuwe taak voor DUS-I, namelijk het inrichten van een steekproefsgewijze controle achteraf, en wijzigen van formulieren en systemen.

Niet uitgewerkte optie(s)

Een aantal opties zijn in de praktijk niet haalbaar, of zijn niet passend bij de doelstelling van de regeling. Deze opties hebben we daarom niet verder uitgewerkt. Dat gaat om:

- Aantal verbonden vrijwilligers als indicator: dit sluit niet aan bij de diversiteit van de vrijwilligers. Er zijn vrijwilligers met veel uren inzet in de week, en vrijwilligers met inzetten eens per maand of jaar. Ook zijn er tussen vrijwilligers grote verschillen in taken en verantwoordelijkheden. Daarnaast kan deze optie leiden tot een onwenselijke prikkel voor hospices, namelijk om zo veel mogelijk vrijwilligers zich in te laten schrijven, zonder een (aanzienlijke) bijdrage van hen te verwachten.
- Omvang aantal uren coördinatie als indicator: ook deze optie leidt tot een onwenselijk prikkel voor hospices, namelijk om meer uren coördinatie in te gaan zetten om daarmee een grotere aanspraak te kunnen maken op de subsidie.
- Aantal dagen inzet van vrijwilliger als indicator, specifiek voor inzetten in de thuissituatie: door grote praktijkvariatie in duur van inzetten (variërend van bijvoorbeeld samen een kop koffie drinken tot een nacht waken) is deze optie minder passend, verder is het beperkt controleerbaar en zorgt het voor aanzienlijk meer administratieve lasten voor de instellingen die inzetten in de thuissituatie verzorgen.



Afweging opties en aanbeveling(en)

De Regeling heeft als doel het 'stimuleren van de coördinatie, scholing en inzet van vrijwilligers bij het verlenen van palliatieve terminale zorg' (zie paragraaf 2.1.1). De hiervoor beschreven opties laten zien dat in het geval van High Care Hospices en Bijna-thuis-huizen het aantal ligdagen hier duidelijker aan gekoppeld is dan het aantal cliënten, dat momenteel als indicator wordt gebruikt. We adviseren daarom om voor deze instellingen het aantal ligdagen als indicator te gaan hanteren.

Voor thuisinzetten (aanvraagcategorie A en B) en voor inzetten in een zorginstelling die niet onderdeel uitmaakt van de eigen organisatie (aanvraagcategorie F) is het aantal ligdagen niet relevant. Hiervoor adviseren we om het aantal cliënten als indicator te blijven hanteren, daarbij niet om handtekeningen te vragen. De controleerbaarheid van het aantal cliënten blijft daarmee beperkt, maar een beter alternatief is niet beschikbaar. Wel kunnen de risico's verbonden aan de beperkte controleerbaarheid van het aantal cliënten (verder) beperkt worden door het toevoegen van kaders voor welke instellingen in aanmerking komen voor de subsidie (zie paragraaf 2.2.2).

Onze inschatting is dat het financiële risico verbonden aan de beperkte controleerbaarheid van deze indicator laag is en wij adviseren daarom om deze risico's te accepteren. Wel is het daarbij van belang dat jaarlijks gekeken wordt naar het deel van het totale subsidiebedrag dat op basis van deze indicator wordt verstrekt. Als dit deel significant toeneemt moet opnieuw een risicoanalyse uitgevoerd worden.

Als deze aanbevelingen worden overgenomen ontstaat een nieuwe situatie waarin twee verschillende indicatoren naast elkaar gebruikt worden. Dit lijkt geen problemen te vormen voor de uitvoerbaarheid voor zowel de subsidieaanvragers als DUS-I, al moet een uitvoeringsanalyse van DUS-I dit nog bevestigen. Wel betekent het iets voor de maximumbedragen die gekoppeld zijn aan de indicator. Waar het aantal cliënten als indicator gehanteerd wordt kunnen de huidige maximumbedragen het uitgangspunt blijven. Waar het aantal ligdagen gehanteerd wordt moeten de maximumbedragen (bijvoorbeeld op basis van de registratiegegevens van VPTZ Nederland en AHZN⁴⁷) omgezet worden van maximumbedragen per cliënt naar maximumbedragen per ligdag. De resulterende maximumbedragen zijn dan niet meer direct vergelijkbaar met elkaar (nu laten de maximumbedragen bijvoorbeeld zien dat Bijna-thuis-huizen per cliënt meer dan het dubbele ontvangen vanuit de Regeling dan instellingen die met betaalde coördinatie inzetten in de thuissituatie verzorgen), maar hiervoor zijn de maximumbedragen ook niet bedoeld. De maximumbedragen vormen een instrument voor het verdelen van het beschikbare subsidiebedrag, en hiervoor vormt het geen belemmering dat deze aan verschillende indicatoren gekoppeld zijn.

Het betekent wel dat de maximumbedragen, met name die voor de High Care Hospices en Bijna-thuis-huizen, opnieuw bepaald en vastgesteld moeten worden. Dit dient zorgvuldig en in afstemming met VPTZ Nederland en AHZN te gebeuren, met oog voor de gevolgen van een nieuwe verdelingssystematiek voor individuele hospices. We adviseren daarom om deze aanpassing van de Regeling niet in de huidige

⁴⁷ Eerder, bij de start van de Regeling is op basis van registratiegegevens van Vrijwilligers Palliatief Terminale Zorg Nederland is per categorie een wegingsfactor bepaald, zie: officielebekendmakingen.nl/stcrt-2007-224-p11-SC83018



subsidieperiode door te voeren, maar met ingang van de volgende subsidieperiode die naar verwachting in 2028 zal starten.

Resumerend volgen hieruit twee aanbevelingen:

→ **Aanbeveling 1:** Voor High Care Hospices en Bijna-thuis-huizen het aantal ligdagen als indicator hanteren met ingang van 2028.

→ **Aanbeveling 2:** Voor thuisinzetten en inzetten in een zorginstelling die geen onderdeel uitmaakt van de eigen organisatie het aantal cliënten als indicator blijven hanteren, waarbij jaarlijks gekeken moet worden of de risico's die hieraan verbonden zijn niet zijn toegenomen.

2.2.1b Aanvraagcategorieën

Opties

Ook voor de aanvraagcategorieën zijn een aantal opties verkend die in combinatie toegepast kunnen worden. Deze lichten we hieronder toe.

Aanvraagcategorieën gelijktrekken met indeling NZa, Zorginstituut en zorgverzekeraars

De aanvraagcategorieën voor dit onderdeel van de Regeling kunnen gelijkgetrokken worden met de indeling die sinds 1 januari 2025 gehanteerd wordt voor de bekostiging van verpleging en verblijf door zorgverzekeraars. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen:

- Hospices die géén zorgorganisatie zijn – deze hospices zijn niet verantwoordelijk voor de verpleegkundige zorg. Dit betreft voornamelijk hospices die zichzelf een Bijna Thuis Huis noemen. Bij deze hospices betaalt de hospicegast een eigen bijdrage voor het verblijf. De verpleegkundige zorg (al dan niet 24/7 aanwezig) wordt geleverd door een thuiszorgorganisatie waarmee een samenwerking (let op: géén onderaannemerschap) is; dit wordt sinds 2025 bekostigd

op basis van een 'dagtarief zorg in een BTH', onder de wijkverpleging of bij een klein aantal gasten vanuit een MPT of VPT onder de Wlz.

- Hospices die wél een zorgorganisatie zijn – deze hospices zijn zelf verantwoordelijk voor de 24/7 continue verpleegkundige zorg. Dit betreft voornamelijk hospices die zichzelf een High Care Hospice of Palliatieve Unit noemen. Deze hospices kunnen op meerdere wijzen hun geleverde zorg declareren:
- Voor cliënten zonder Wlz-indicatie: Op basis van een contract met een zorgverzekeraar ontvangen zij vanuit de Zvw een 'Eerstelijns Verblijf palliatieve terminale zorg'- tarief (ELV-PTZ). Dit is een integraal tarief voor onder andere verblijf en verpleegkundige zorg.
- Voor cliënten met Wlz-indicatie: Op basis van een overeenkomst met het zorgkantoor ontvangen zij vanuit de Wlz een dagtarief met verblijf voor het leveren van palliatieve terminale zorg.

Het gelijktrekken van de aanvraagcategorieën zou betekenen dat:

- De huidige aanvraagcategorie C, wordt aangepast naar 'hospices die samenwerken met een externe thuiszorgorganisatie die bekostigd wordt op basis van het dagtarief in de wijkverpleging'.
- De huidige aanvraagcategorieën D en E, worden samengevoegd tot de categorie 'ELV-PTZ en/of Wlz-gefinancierde hospices'.

Voordelen

- Met deze aanpassing komt er een duidelijk onderscheid tussen categorieën en is er geen ruimte voor meng- en tussenvormen.
- Hiermee sluiten de aanvraagcategorieën aan bij een indeling die in de praktijk wordt toegepast en waar subsidieontvangers bekend mee zijn.



- Dit is in lijn met de aanpassing van de definitie van Bijna-thuis-huizen die nu al in gang is gezet door het ministerie van VWS en veldpartijen om mogelijke onduidelijkheid hierover te voorkomen⁴⁸.

Onderscheid betaalde en onbetaalde coördinatie laten vervallen

Gekozen kan worden om het onderscheid tussen betaalde en onbetaalde coördinatie te laten vervallen. De aanvraagcategorieën A en B worden daarmee samengevoegd tot een nieuwe categorie: 'Organisaties in de vrijwillige palliatieve zorg met coördinatie voor de inzet van vrijwilligers in de thuissituatie of in een andere locatie. Deze organisaties verlenen geen zorg onder de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet.'

Voordelen

- Hiermee valt een onwenselijke prikkel weg om een coördinator aan te stellen voor een minimum aantal uren om daarmee een hoger subsidiebedrag te kunnen krijgen, terwijl binnen de instelling mogelijk het merendeel van de inzet nog steeds onbetaald gebeurt; het maximumbedrag voor betaalde coördinatie is ongeveer drie keer hoger dan het maximumbedrag voor onbetaalde coördinatie (zie bijlage 2).
- Het wegvallen van het onderscheid tussen betaalde en onbetaalde coördinatie sluit beter aan bij de praktijk, uitsluitend onbetaalde coördinatie komt bijna niet meer voor.

Categorisatie externe inzetten baseren op onderscheid 1-op-1 ondersteuning en groepsondersteuning

Zoals toegelicht in paragraaf 2.1.3. sluit het huidige onderscheid dat gemaakt wordt tussen inzetten in de thuissituatie en inzetten bij een externe zorginstelling (zorginstelling anders dan de eigen organisatie) niet goed aan bij de praktijk; subsidieaanvragers geven aan dat deze groten-deels vergelijkbaar zijn. Uit paragraaf 2.1.5 (tekst onder 'Plaats van ondersteuning') volgt dat in de praktijk – voor de omvang van de coördinatie – juist onderscheidend is of inzetten 1-op-1 ondersteuning op groepsondersteuning betreffen. Waarbij:

- In de thuissituatie alleen 1-op-1 ondersteuning geboden wordt.
- In palliatieve units voornamelijk groepsondersteuning geboden wordt, en een enkele keer 1-op-1 ondersteuning (<5%).
- In andere externe zorginstellingen (zoals ziekenhuis en verpleeghuis) alleen 1-op-1 ondersteuning geboden wordt.

De categorisatie van externe inzetten zou in de toekomst gebaseerd kunnen worden op het onderscheid tussen 1-op-1 ondersteuning en groepsondersteuning.

Voordelen

- Categorisatie van externe inzetten op basis van het onderscheid tussen 1-op-1 ondersteuning en groepsondersteuning sluit goed aan bij de praktijk.
- De subsidieaanvragers houden momenteel al bij of het om 1-op-1 ondersteuning gaat of groepsondersteuning voor de Registratie-rapportage van VPTZ Nederland en AHZN.

⁴⁸ VWS (2026). Kamerbrief over Voorhang verlenging van Subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis



- In de praktijk is er een helder onderscheid tussen 1-op-1 ondersteuning en groepsondersteuning. Bij 1-op-1 inzetten worden vrijwilligers direct gekoppeld aan individuele cliënten, dit gebeurt altijd ad hoc. Bij groepsondersteuning worden vrijwilligers niet direct gekoppeld aan individuele cliënten, en wordt de inzet vooraf gepland.

Niet uitgewerkte optie(s)

Naast het overnemen van de indeling van de NZa, Zorginstituut en zorgverzekeraars, zijn ook de opties bekeken om de indeling gehanteerd in de Registratierapportage van VPTZ en AHZN en voorgesteld door Gupta over te nemen. Deze hebben we niet uitgewerkt omdat deze geen voordelen laten zien ten opzichte van de indeling van de NZa, Zorginstituut en zorgverzekeraars. Anders dan de genoemde alternatieven wordt deze indeling bijvoorbeeld al in de praktijk toegepast en geldt deze indeling daarmee al voor alle instellingen.

Afweging opties en aanbeveling(en)

Het gelijktrekken van de aanvraagcategorieën met de indeling van de NZa, het Zorginstituut en de zorgverzekeraars, het laten vervallen van het onderscheid tussen betaalde en onbetaalde coördinatie, én het categoriseren van externe inzetten op basis het onderscheid tussen 1-op-1 ondersteuning en groepsondersteuning laten voornamelijk voordelen zien.

We adviseren daarom om deze aanpassingen, in combinatie door te voeren voor de volgende subsidieronde die in 2028 start. Dit is in lijn met de aanpassing van de definitie van Bijna-thuis-huizen die nu al in gang is

gezet door het ministerie van VWS en veldpartijen voor de tussentijdse verlenging van de huidige subsidieronde met één jaar⁴⁹.

Resumerend volgen hieruit twee aanbevelingen:

→ **Aanbeveling 3:** Het gelijktrekken van de aanvraagcategorieën met de indeling van de NZa, het Zorginstituut en de zorgverzekeraars.

→ **Aanbeveling 4:** Het onderscheid tussen betaalde en onbetaalde coördinatie laten vervallen in de aanvraagcategorieën.

→ **Aanbeveling 5:** In de aanvraagcategorieën onderscheid maken tussen 1-op-1 ondersteuning en groepsondersteuning, binnen de externe inzetten (inzetten in de thuissituatie of in een zorginstelling anders dan de eigen organisatie).

2.2.1c Referentieperiode

Opties

De huidige referentieperiode heeft enkele nadelen (zie paragraaf 2.1.3). Het vormt een drempel voor startende hospices en voor de groei van hospices die al subsidie ontvangen. Er zijn een aantal alternatieven voor de referentieperiode verkend.

Lengte van de referentieperiode aanpassen

De lengte van de referentieperiode kan aangepast worden van 3 jaar, naar bijvoorbeeld vijf jaar of één jaar. Het veranderen van de lengte van de referentieperiode is van invloed op de stabiliteit en zekerheid van budgetten. Het veranderen van de lengte van de referentieperiode is ook van invloed op de snelheid waarmee budgetten meegroeien met het

⁴⁹ VWS (2026). Kamerbrief over Voorhang verlenging van Subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis



aantal cliënten dat geholpen wordt. Daardoor hebben zowel het verlengen als verkorten van de referentieperiode heeft voor- en nadelen.

Voor- en nadelen *langere* referentieperiode

- Bij een langere referentieperiode neemt de stabiliteit en zekerheid toe. Het budget van subsidie-aanvragers neemt bijvoorbeeld minder snel af bij een groei van andere subsidieaanvragers.
- Tegelijkertijd groeit het budget minder snel mee met de inzet, waardoor de drempel voor het vergroten van capaciteit (verder) verhoogd wordt.

Voor- en nadelen *kortere* referentieperiode

- Bij een *kortere* referentieperiode, zoals voorheen het geval was (een referentieperiode van 1 jaar), neemt de stabiliteit en zekerheid juist af. Het budget van subsidie-aanvragers neemt bijvoorbeeld sneller af bij een groei van andere subsidieaanvragers.
- Budgetten groeien sneller mee met de inzet waardoor de drempel voor het vergroten van capaciteit verkleind wordt.

Verder blijft met het bestaan van een referentieperiode, ongeacht lengte, de drempel voor startende hospices bestaan; dit wordt niet minder met een referentieperiode van bijvoorbeeld één jaar. Als een hospice niet de volledige referentieperiode cliënten heeft geholpen, wordt uitgegaan van het gemiddelde aantal cliënten over de aaneengesloten jaren dat het hospice wél cliënten heeft geholpen (zie paragraaf 2.1.3). Bovendien, wordt door het ministerie van VWS aangegeven, heeft deze drempel voor startende hospices ook een functie. Het zorgt ervoor dat alleen hospices met een bepaalde duurzaamheid aanspraak kunnen maken op de Regeling en dat de Regeling minder vatbaar is voor misbruik.

Overstappen naar systematiek van voorfinanciering en nacalculaties

Instellingen kunnen voorgefinancierd worden, bijvoorbeeld op basis van het aantal cliënten dat in het voorgaande jaar geholpen is, waarbij dit achteraf wordt gecorrigeerd voor het gerealiseerde aantal cliënten dat geholpen is.

Voordelen

- Dit biedt een directe koppeling tussen de hoogte van het budget en het aantal cliënten dat in het betreffende jaar geholpen is.

Nadelen

- Dit brengt onzekerheden met zich mee. Hospices weten achteraf pas hoeveel budget ze definitief voor een jaar ontvangen.
- Dit is lastig uitvoerbaar. Het brengt veel administratieve lasten met zich mee.

Afweging opties en aanbeveling(en)

Uit de beschreven opties volgt geen beter alternatief. Daarom adviseren we om de huidige referentieperiode van 3 jaar te behouden.

→ **Aanbeveling 6:** De huidige referentieperiode van 3 jaar behouden.

2.2.2 Verantwoording

In onderstaande kader beschrijven we kort de huidige situatie.

Huidige situatie

Het ministerie heeft ervoor gekozen om voor de uitvoering van dit onderdeel van de Regeling het lichtste verantwoordingsregime van het raamwerk uitvoering subsidies (RUS) te hanteren voor alle subsidieaanvragers, namelijk



de 'One Touch'-uitvoeringsvariant. Bij deze variant wordt de subsidie aan de voorkant, op basis van één contactmoment, verstrekt. In bijlage 3 geven we meer informatie over deze en de andere uitvoeringsvarianten en wanneer deze worden toegepast.

Voor de One Touch variant is gekozen vanwege:

- De aard van de Regeling – Subsidiebedragen worden toegekend op basis van een verdelingssystematiek die niet direct gekoppeld is aan de inzet van vrijwilligers, maar gebaseerd is op het gemiddelde aantal cliënten in de referentieperiode (zie paragraaf 2.1.3). Door de One Touch uitvoeringsvariant is het mogelijk dat alle subsidieaanvragen, ongeacht de omvang van het te ontvangen subsidiebedrag, direct worden vastgesteld.
- De aard van de doelgroep – Dit onderdeel van de Regeling is gericht op ondersteuning van palliatieve terminale mensen. Het ministerie van VWS geeft aan dat dit een bekende doelgroep is en dat er voldoende zekerheid is dat de gesubsidieerde activiteiten uitgevoerd zullen worden.

Daarmee wordt afgeweken van de gebruikelijke toepassing van de uitvoeringsvarianten, hiervoor biedt het RUS ruimte.

Subsidieaanvragers ontvangen een bedrag op basis van het aantal cliënten dat zij doorgeven en zij hoeven achteraf niet actief te laten zien wat ze met het ontvangen subsidiebedrag gedaan hebben.

Wel moeten subsidieaanvragers een administratie bijhouden⁵⁰ zodat DUS-I steekproefsgewijs het aantal doorgeven cliënten kan nagaan, waarbij

subsidieaanvragers zelf bepalen hoe ze deze administratie inrichten (dit kan bijvoorbeeld digitaal of op papier zijn). Daarnaast ontvangen de subsidieaanvragers een aantal vragen bij de subsidieaanvraag⁵¹.

Voordelen:

- De administratieve lasten zijn beperkt voor zowel subsidieontvangers als DUS-I, subsidieontvangers hoeven niet veel meer dan het aantal cliënten door te geven.
- De 'one touch' toekenning sluit aan bij de verdelingssystematiek, hierdoor kan tijdig bepaald worden welk deel van het beschikbare subsidiebedrag naar welke subsidieaanvrager gaat, en hoeft dit bijvoorbeeld niet met terugwerkende kracht bijgesteld te worden.

Nadelen:

- Het ontbreken van kaders voor de administratie (van het aantal cliënten) maakt dat hier door subsidieaanvragers op verschillende manieren invulling aan wordt gegeven en zorgt ervoor dat het voor DUS-I lastiger te controleren is.
- Er is beperkt inzicht in de besteding van beschikbaar gestelde maatschappelijke middelen.
- Hospices missen een kans om te laten zien wat ze met de beschikbaar gestelde middelen doen en bereiken.

Opties

Een meer uitgebreide inhoudelijke en financiële verantwoording van de maatschappelijk beschikbaar gestelde middelen wordt passend gevonden door zowel het ministerie van VWS, subsidieontvangers en andere veld-

⁵⁰ Artikel 20 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

⁵¹ Naast het aantal cliënten geven subsidieontvangers middels een aantal verplichte open vragen door: aan welk netwerk palliatieve zorg ze deelnemen, op welke manier ze daaraan deelnemen en hoe ze vrijwilligers opleiden. Ook ontvangen ze, voor het informeren van beleid, vragen over: aantal bedden, aantal vrijwilligers, aantal fte van coördinatoren, bezettingsgraad en aantal ligdagen.



partijen. Er zijn verschillende opties verkend voor meer verantwoording. Hiervoor is onder andere verkend of elementen van andere uitvoeringsvarianten uit het RUS toegepast kunnen worden. Hieronder geven we een uitwerking van deze opties.

Gebruikmaken van de registratierapportage van VPTZ Nederland en AHZN

Organisaties die lid zijn van VPTZ Nederland en/of AHZN houden diverse gegevens bij voor de jaarlijkse registratierapportage⁵². Een optie is om uit de gegevens die al geregistreerd worden, een aantal gegevens te selecteren en de organisaties te vragen deze met DUS-I te delen in het kader van verantwoording. Denk aan het aantal bedden, het aantal vrijwilligers, het aantal fte coördinatie, de bezettingsgraad en de ligdagen, dit wordt ook nu al door middel van uitgevraagd bij de subsidieverantwoording⁵¹.

Voordelen

- Levert geen extra belasting van de betreffende subsidieontvangers op. Het betreft gegevens die ze ook al aanleveren voor de registratierapportage.

Nadelen

- Een deel van de subsidieaanvragers is niet lid van VPTZ Nederland of AHZN (door VPTZ Nederland wordt dit geschat op 5% van de subsidieaanvragers), over deze subsidieaanvragers volgt geen informatie uit de Registratierapportage. Mogelijk verzamelen zij de geselecteerde gegevens nog niet of niet op dezelfde manier.

- VPTZ Nederland en AHZN controleren gegevens wel op typefouten et cetera, maar verifiëren niet de juistheid van de ingevulde gegevens als de ingevulde antwoorden reëel lijken.

Een kort verslag over activiteiten als scholing en samenwerking.

Naast of in plaats van een uittreksel uit de registratierapportage kan van organisaties worden gevraagd om een kort verslag te maken van de activiteiten die zijn uitgevoerd met behulp van de middelen die via de subsidie zijn toegekend. In Artikel 18 van de Regeling⁵³ staat hierover: (1) dat subsidieontvangers de deskundigheid en inzet van vrijwilligers om ondersteuning te bieden in de laatste levensfase moeten waarborgen en bevorderen, en (2) dat subsidieontvangers moeten participeren in de netwerken palliatieve zorg van de netwerkregio's waarin door de instelling palliatieve terminale zorg door vrijwilligers wordt verleend. In afstemming met de koepelorganisaties kan hier een format voor worden aangereikt.

Voordelen

- Dit wordt door de subsidieontvangers naar verwachting als passend ervaren. In afgelopen jaar werden subsidieontvangers door DUS-I al gevraagd, door middel van verplichte open vragen, aan welk netwerk palliatieve zorg ze deelnemen, op welke manier ze daaraan deelnemen en hoe ze vrijwilligers opleiden. Uit de gevoerde gesprekken volgt dat dit door subsidieontvangers als passend werd ervaren.

Nadelen

- Zorgt voor (beperkte) extra belasting van subsidieontvangers.
- Voor deskundigheidsbevordering geldt dat dit beperkt controleerbaar is.

⁵² VPTZ & AHZN (2025) Registratierapportage 2024

⁵³ Artikel 18 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis



Accountantsverklaring

Er kan voor gekozen worden om elementen uit andere uitvoeringsvarianten van het RUS mee te nemen binnen het huidige verantwoordingsregime, ten behoeve van de verantwoording van de ontvangen subsidiebedragen. Vanuit het RUS wordt een accountantsverklaring als voorwaarde gesteld als het ontvangen subsidiebedrag boven een bepaald bedrag komt, de drempelwaarde.

Voor dit onderdeel van de Regeling zou een accountantsverklaring vereist kunnen worden als het ontvangen subsidiebedrag hoger is dan bijvoorbeeld € 250.000⁵⁴. Ongeveer een kwart van de subsidieaanvragers zou in dat geval een accountantsverklaring moeten aanleveren; in 2025 ontvingen 49 van de 205 de subsidieontvangers een bedrag hoger dan € 250.000 vanuit de Regeling⁵⁵.

Voordelen

- Met een accountantsverklaring voor subsidiebedragen boven de drempelwaarde wordt een onafhankelijk oordeel gegeven over de betrouwbaarheid en juistheid van de financiële overzichten van een organisatie.
- Hierdoor wordt dit onderdeel van de Regeling meer in lijn gebracht met het Uniform Subsidiekader.

Nadelen

- Een accountantsverklaring is niet voor alle type inzetten haalbaar. Zoals beschreven in paragraaf 2.2.1a worden er geen proportionele

mogelijkheden gezien om thuisinzetten en inzetten elders (aanvraagcategorieën A, B en F) op een (voldoende) controleerbare manier te registreren. Deze type inzetten kunnen daarom niet meegenomen worden in een accountantsverklaring, en gekeken moet worden of deze wel of niet meegenomen dienen te worden als bepaald wordt of de drempelwaarde wordt bereikt.

- Een accountantsverklaring kost geld en dit gaat ten koste van het bedrag dat beschikbaar is voor de doelstellingen van de Regeling.

Afweging opties en aanbeveling(en)

Met betrekking tot meer verantwoording lijkt het ons goed om twee opties te combineren en de subsidieaanvragers te vragen om een kort verslag over activiteiten als scholing en samenwerking aan te leveren en dit waar mogelijk qua vorm en inhoud aan te laten sluiten bij de gegevens die zij al aanleveren voor de Registratierapportage van VPTZ Nederland en AHZN. Op die manier worden de administratieve lasten die een dergelijk verslag met zich meebrengt beperkt. Bij de aarde van de subsidieaanvragers en doelgroepen past een licht verantwoordingsregime.

Aanvullend daarop is in onze ogen, waar het opvallend hoge subsidiebedragen betreft (bijvoorbeeld meer dan € 250.000), een verplichte accountantsverklaring voor de indicator van de verdelingssystematiek passend. Welk drempelbedrag daarvoor passend is moet worden afgestemd worden met VPTZ Nederland en AHZN.

⁵⁴ Vanuit het USK wordt momenteel een drempelwaarden van €125.000 gehanteerd, maar naar verwachting wordt deze opnieuw geïndexeerd en verhoogd.

⁵⁵ In 2025 ontvingen 49 van de 205 subsidieontvangers een subsidiebedrag hoger dan € 250.000. Hiervan boden 25 subsidieontvangers zowel hulp aan cliënten in de thuissituatie of 'elders' (aanvraagcategorieën A, B en F) als hulp aan cliënten die verbleven binnen de muren van de eigen organisatie (aanvraagcategorieën C, D en E). Slechts 2 subsidieontvangers boden alleen hulp aan cliënten in de thuissituatie of 'elders' (aanvraagcategorieën A, B en F). Bron: DUS-I



Resumerend:

→ **Aanbeveling 7:** Een kort verslag over activiteiten als scholing en samenwerking vereisen, die aansluit bij wat het merendeel van de subsidieaanvragers al registreert voor de Registratierapportage van VPTZ Nederland en AHZN

→ **Aanbeveling 8:** Een accountantsverklaring voor de controleerbare indicator vereisen voor subsidiebedragen boven een bepaald bedrag, bijvoorbeeld €250.000.

Hierbij moet rekening gehouden worden met de inzetten in de huidige aanvraagcategorieën A, B en F, waarvan de indicator beperkt controleerbaar is. Er moet bijvoorbeeld bepaald worden of deze wel of niet meegenomen worden in het bepalen of de drempelwaarde is bereikt.

2.2.3 Borging kwaliteit

Uit de gesprekken met subsidieontvangers en het ministerie van VWS volgt dat de kwaliteit van de inzet van vrijwilligers in de palliatieve zorg onvoldoende geborgd is via de Regeling.

Huidige situatie

Vanuit de Regeling worden beperkt voorwaarden gesteld aan welke organisaties er aanspraak op mogen maken, in principe is de subsidie beschikbaar voor alle instellingen die vrijwilligers inzetten in de bij palliatieve terminale zorg.

Voordelen:

- Subsidieontvangers worden niet belast met het moeten aantonen dat zij aan bepaalde voorwaarden voldoen.

Nadelen:

- De kwaliteit van de inzet van vrijwilligers is nu onvoldoende geborgd vanuit de Regeling, al zijn er geen signalen dat de kwaliteit op plaatsen onvoldoende is.

Opties

Voor het borgen van kwaliteit is zijn twee opties genoemd en uitgewerkt.

Eisen aan scholing vrijwilligers

Scholing volgt uit interviews met de subsidieontvangers als een belangrijke vereiste voor kwaliteit. De huidige Regeling is bedoeld voor onder andere het bieden van scholing aan vrijwilligers⁵⁶, en vereist van de subsidieaanvragers dat zij de deskundigheid en inzet van vrijwilligers om ondersteuning te bieden in de laatste levensfase waarborgen en bevorderen⁵⁷. Vanuit de Regeling zouden hier concretere eisen aan gesteld kunnen worden⁵⁸, bijvoorbeeld in lijn met wat VPTZ Nederland en AHZN momenteel al van hun leden vereisen:

- VPTZ Nederland – Specifiek over scholing is het volgende opgenomen in de lidmaatschapscriteria van VPTZ Nederland: 'U biedt iedereen in uw organisatie de mogelijkheid om te leren en te ontwikkelen. U draagt zorg voor een introductieprogramma - bestaande uit de onderdelen zelfstudie, introductietraining en inwerkperiode - voor vrijwilligers die directe zorg verlenen aan cliënten/gasten. U geeft

⁵⁶ Artikel 1a sub a, Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

⁵⁷ Artikel 18 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

⁵⁸ Momenteel wordt subsidieontvangers alleen gevraagd hoe ze vrijwilligers opleiden.



hierin inzicht door te beschrijven op welke manier u het introductieprogramma organiseert en invulling geeft aan leren en ontwikkelen.⁵⁹

- AHZN – De AHZN hanteert het keurmerk 'PREZO Hospicezorg'^{60, 61} als voorwaarde voor lidmaatschap. Om dit keurmerk te verkrijgen (en behouden) worden instellingen onder andere getoetst op de deskundigheid van hun vrijwilligers in de praktijk middels audits, waarbij ook onderliggende/onderbouwende documentatie getoond moet worden zoals een scholingsplan.

In lijn hiermee zou in de Regeling opgenomen kunnen worden dat subsidieaanvragers scholing bieden aan hun vrijwilligers (zowel theorie als praktijk) aan de hand van een scholingsplan. Hiervoor kan bij de subsidieaanvraag gevraagd worden om een scholingsplan te overleggen waarin toegelicht wordt op welke wijze de subsidieaanvrager ervoor zorgt dat vrijwilligers adequaat worden voorbereid op hun werkzaamheden, gedurende hun inzet worden ondersteund, en hun deskundigheid op peil blijft, inclusief een beschrijving van de activiteiten die daarvoor worden georganiseerd en hoe de uitvoering daarvan aantoonbaar en controleerbaar wordt vastgelegd (bijvoorbeeld door middel van opleidingsprogramma's, presentielijsten, evaluaties, declaraties/bewijsstukken of andere relevante registraties).

Voordelen

- Het biedt een toets op een belangrijk element van kwaliteit.

Nadelen

- Het aanleveren van een scholingsplan levert extra administratieve lasten voor de subsidieaanvragers én voor DUS-I.
- Het hebben van een scholingsplan is op deze manier goed controleerbaar, maar of scholing geboden wordt is op deze manier beperkt controleerbaar.

Om de uitvoerbaarheid te verbeteren, voor zowel de subsidieaanvragers als DUS-I, kunnen daarnaast de volgende alternatieven onderzocht worden:

- naast het aanleveren van een scholingsplan subsidieaanvragers de mogelijkheid geven om aan te tonen dat zij aan de gestelde voorwaarden voldoen door het overleggen van lidmaatschap bij VPTZ Nederland en/of AHZN
- in plaats van het scholingsplan lidmaatschap van VPTZ Nederland en/of AHZN als subsidievoorwaarde op te nemen.

Het is in principe mogelijk om lidmaatschap van privaatrechtelijke organisaties, zoals VPTZ Nederland en AHZN, als subsidievoorwaarde op te nemen. Daarbij moet voldaan worden aan diverse eisen die aan subsidievoorwaarden gesteld worden welke contextafhankelijk zijn.

Als een of beide alternatieven mogelijk en passend zijn zou dit geen extra administratieve lasten opleveren voor de subsidieaanvragers die al lid zijn van VPTZ Nederland en/of AHZN. Dit betreft het merendeel van de subsidieaanvragers; door VPTZ Nederland wordt dit geschat op zo'n 95%

⁵⁹ VPTZ (2022) Regelement lidmaatschapscriteria VPTZ

⁶⁰ Associatie Hospicezorg Nederland – PREZO Hospicezorg

⁶¹ Op dit moment wordt er gewerkt aan een nieuwe versie van het keurmerk PREZO Hospicezorg



van de subsidieaanvragers. Ook levert het beperkte extra administratieve lasten op voor DUS-I doordat het lidmaatschap eenvoudig te toetsen is.

Een bijkomend voordeel van lidmaatschap bij VPTZ Nederland of AHZN is dat alle instellingen meedoen in de registratierapportage waardoor er volledig inzicht komt in de landelijke en regionale capaciteit van hospice-zorg. Daarnaast zijn daarmee ook aanvullende kwaliteitsaspecten geborgd. Van de leden van VPTZ Nederland en de leden van AHZN wordt meer vereist dan scholing van vrijwilligers.

Eisen aan deelname aan Netwerken Palliatieve Zorg

Deelname aan de Netwerking Palliatieve Zorg is nodig voor de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg. De huidige Regeling vereist van de subsidieaanvragers dat zij participeren in de netwerken palliatieve zorg van de netwerkregio's waarin door de instelling palliatieve terminale zorg door vrijwilligers wordt verleend⁶². Hoe hier invulling aan gegeven moet worden is niet geconcretiseerd, onder andere hierdoor verschillen de subsidieaanvragers in de manier waarop zij participeren in de Netwerken Palliatieve Zorg (zie paragraaf 2.1.5).

Vanuit de Regeling zouden concretere voorwaarden gesteld kunnen worden aan deelname van de Netwerken Palliatieve Zorg, bijvoorbeeld met betrekking tot implementatie van het kwaliteitskader en capaciteitsvraagstukken.

Voordelen

- Hierdoor wordt duidelijk wat van deelname aan de Netwerken Palliatieve Zorg verwacht wordt.

Nadelen

- De Netwerken Palliatieve Zorg zijn nog volop in ontwikkeling (zie hoofdstuk 5) en het is nog beperkt duidelijk wat dit gaat betekenen voor dit onderdeel van de Regeling.

Afweging opties en aanbeveling(en)

Het bieden van scholing opnemen als vereiste voor subsidieaanvragers sluit aan bij de doelstellingen van de Regeling. Indien daarbij gebruikt gemaakt kan worden van de lidmaatschappen van VPTZ Nederland en/of AHZN, in plaats van een verslag, zijn de administratieve lasten die dit met zich meebrengt beperkt. Het lijkt daarmee een doelmatige manier om kwaliteit verder te borgen. Samen met VPTZ Nederland en AHZN kunnen de mogelijkheden hiervoor verder uitgewerkt worden. Voor de volgende subsidieperiode, startend op 1 januari 2028, zou dit mogelijk als voorwaarde opgenomen kunnen worden.

→ **Aanbeveling 9:** Vereisten voor scholing van vrijwilligers opnemen in de Regeling, waarbij onderzocht wordt of hierbij gebruik gemaakt kan worden van lidmaatschappen van VPTZ Nederland en/of AHZN.

Met betrekking tot vereisten aan deelname aan de Netwerken Palliatieve Zorg is momenteel nog onvoldoende duidelijk hoe de Netwerken Palliatieve Zorg zich zullen gaan ontwikkelen en wat dit vraagt van de subsidieaanvragers. Wel kan - ter verantwoording van het subsidiebedrag én om inzicht te verkrijgen in relevante elementen die in te toekomst als vereiste opgenomen kunnen worden

⁶² Artikel 18 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis



– de manier waarop geparticipeerd wordt aan de Netwerken Palliatieve Zorg uitvoeriger en meer gestructureerd uitgevraagd worden⁶³.

→ **Aanbeveling 10:** Voor het komende jaar, de verlenging van de huidige subsidieperiode met 1 jaar, structureler uitvragen op welke manier subsidieaanvragers participeren in de Netwerken Palliatieve zorg. *Gevraagd kan bijvoorbeeld worden om te beschrijven op welke wijze actief deelgenomen wordt aan het Netwerk Palliatieve Zorg binnen de netwerkregio en dit toe te lichten aan de hand van concrete activiteiten, samenwerkingsvormen en overlegstructuren. Waarbij aangegeven kan worden hoe deze deelname aantoonbaar en controleerbaar wordt vastgelegd (bijvoorbeeld door middel van verslagen, presentielijsten, samenwerkingsafspraken of andere relevante documentatie).*

→ **Aanbeveling 11:** Met ingang van of gedurende de volgende subsidieperiode vanuit de Regeling concretere eisen stellen aan subsidieaanvragers met betrekking tot deelname aan de Netwerken Palliatieve Zorg, passend bij de ontwikkelrichting van de Netwerken Palliatieve Zorg.

2.2.4 Toegang tot de regeling

Wie aanspraak kunnen maken op de Regeling kan van invloed zijn op de doeltreffend en doelmatigheid van de Regeling.

Huidige situatie

Op dit moment kan ieder nieuw initiatief een aanvraag doen, ongeacht of er in de betreffende regio behoefte is aan meer capaciteit.

Voordelen:

- Het ontstaan van (burger)initiatieven wordt gestimuleerd en gefaciliteerd. De behoefte hieraan kan voortkomen uit een capaciteitstekort in de regio, maar bijvoorbeeld ook een behoefte aan een andere invulling van de palliatieve terminale zorg, of een andere locatie hiervoor.

Nadelen:

- Regie op de (regionale) hospicecapaciteit ontbreekt. Hierdoor kan het voorkomen dat als een nieuw initiatief start dit onwenselijke concurrentie oplevert voor bestaande instellingen. Bestaande hospices kunnen hierdoor mogelijk minder gasten krijgen, waardoor de rendabiliteit van deze instellingen onder druk kan komen te staan.
- Hierdoor kunnen initiatieven worden gesubsidieerd waarvoor de noodzaak van de aanvullende capaciteit niet is aangetoond.

Opties

Voor sturing op de toegang tot de Regeling hebben we een aantal opties verkend.

⁶³ Naast het aantal cliënten geven subsidieontvangers middels een aantal verplichte open vragen door: aan welk netwerk palliatieve zorg ze deelnemen, op welke manier ze daaraan deelnemen en hoe ze vrijwilligers opleiden. Ook ontvangen ze, voor het informeren van beleid, vragen over: aantal bedden, aantal vrijwilligers, aantal fte van coördinatoren, bezettingsgraad en aantal ligdagen.



Vaststellen van maximum aantal hospicebedden per regio

Demografische gegevens (zoals de verhouding leeftijdscategorieën, mate van vergrijzing, et cetera) kunnen worden gebruikt om de benodigde capaciteit in te schatten. Op basis hiervan kan eventueel een maximum worden gesteld aan het aantal hospicebedden in een regio. Nieuwe hospices of uitbreidingen worden dan alleen gehonoreerd als duidelijk is dat er in de regio aantoonbaar behoefte is aan extra hospicebedden.

Voordelen

- Dit zorgt ervoor dat er geen overcapaciteit ontstaat door de komst van nieuwe initiatieven en/of door de uitbreiding van bestaande hospices, waardoor de rendabiliteit of zelfs het voortbestaan van hospices onder druk kan komen te staan.

Nadelen

- Naast demografische variabelen zijn er diverse andere variabelen die de benodigde capaciteit bepalen. Dit maakt het lastig om hier op een goede manier op te sturen.
- Het kan ervoor zorgen dat nieuwe hospices die beter aansluiten bij de behoeften van mensen dan bestaande hospices geen ruimte krijgen.

Onderbouwde behoefte als voorwaarde voor nieuwe subsidieaanvragers

Om lid te kunnen worden van VPTZ Nederland moeten instellingen een onderbouwing aanleveren – afgestemd met relevante stakeholders⁶⁴ – van de behoefte waarin ze voorzien, in soort en in omvang. Dergelijke voorwaarden kunnen ook vanuit de Regeling aan subsidieaanvragers gesteld worden. Hiervoor kan bijvoorbeeld aangesloten worden bij de

capaciteitsplannen die al in bijna de helft van de zorgkantoorregio's zijn ontwikkeld⁶⁵.

Voordelen

- Het voorkomt onwenselijke concurrentie waardoor de rendabiliteit van bestaande instellingen onder druk komen staan.
- Door met elkaar het gesprek te voeren over waar behoefte aan is (in vorm en in omvang) kan zo goed mogelijk aangesloten worden bij lokale en regionale behoeften. Hierdoor hebben nieuwe initiatieven ook een grotere kans van slagen en kan ook voorkomen worden dat er tijd en energie gestoken wordt in initiatieven die niet bij deze behoeften aansluiten.

Nadelen

- Het opstellen en afstemmen van deze onderbouwing brengt lasten met zich mee voor nieuwe initiatieven, al moeten ze deze onderbouwing ook hebben als ze lid willen worden van VPTZ Nederland; VPTZ Nederland schat dat 80-85% van de subsidieontvangers lid is van VPTZ Nederland.

Niet uitgewerkte optie(s)

De mogelijkheid om te sturen op thuisinzetten hebben we niet uitgewerkt. VPTZ Nederland en de AHZN geven aan dat hier geen aanleiding voor is, omdat het zelden voorkomt dat meer dan één organisatie actief is in een bepaalde gemeente of regio. Ook de optie om te sturen op de verhouding BTH's en HCH's hebben we niet verder uitgewerkt, omdat het niet mogelijk is om op basis van alleen de aanwezige typen hospices te zeggen waar (nog) behoefte aan is. Vanuit het veld wordt aangegeven dat dit

⁶⁴ Het netwerk palliatieve zorg, met alle relevante partijen voor formele en informele zorg in de regio, waaronder ook bestaande naburige VPTZ-organisaties en VPTZ Nederland

⁶⁵ NPPZ II (2026) Eindrapport Project Versterken Hospicezorg 2025



onderscheid in eerste instantie een financieel en organisatorisch is en niet zorginhoudelijk.

Afweging opties en aanbeveling(en)

Om te sturen op toegang tot de Regeling lijkt ons het meest doeltreffend en passend bij de aard van het veld om als voorwaarde voor nieuwe subsidieaanvragers op te nemen dat zij een onderbouwing aan moeten leveren die is afgestemd met relevante stakeholders, zoals de netwerken palliatieve zorg (de laatste genoemde optie), én aansluit op eventuele aanwezige capaciteitsplannen. Zaken als prognoses van hoe de vraag naar hospiceszorg en de benodigde capaciteit aan hospiceszorg zich zullen ontwikkelen kunnen als instrument ingezet worden om met elkaar het goede gesprek te kunnen voeren; deze worden dan niet als 'harde' normen gehanteerd zoals in eerste en tweede genoemde opties.

→ **Aanbeveling 12:** Een onderbouwde, met het veld afgestemde behoefte opnemen als voorwaarde voor nieuwe subsidieaanvragers.

In hoofdstuk 5 onder 'Sturing op regionale capaciteit' gaan we hier verder op in.

2.2.5 Beantwoording tweede hoofdvraag

De tweede hoofdvraag heeft betrekking op de verbetermogelijkheden voor de doeltreffend- en doelmatigheid van de Regeling voor de toekomst. Deze beantwoorden we, aan de hand van de bijbehorende deelvragen: deelvraag 4, 5 en 6. Hierbij nemen we deelvraag 4 en 5 samen, vanwege de samenhang tussen doeltreffend- en doelmatigheid (iets moet doeltreffend zijn om doelmatig te kunnen zijn).

Deelvraag 4 en 5: Welke kansen zijn er om meer te sturen op de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de besteding van overheidsmiddelen?

Uit de voorgaande paragrafen volgen diverse aanbevelingen die de doeltreffend- en doelmatigheid van de Regeling kunnen vergroten.

Met betrekking tot de *verdelingssystematiek* doen we zes aanbevelingen:

Voor de gehanteerde indicator (zie paragraaf 2.2.1a)

→ **Aanbeveling 1:** Voor High Care Hospices en Bijna-thuis-huizen het aantal ligdagen als indicator hanteren met ingang van 2028.

→ **Aanbeveling 2:** Voor thuisinzetten en inzetten in een zorginstelling die geen onderdeel uitmaakt van de eigen organisatie het aantal cliënten als indicator blijven hanteren, waarbij jaarlijks gekeken moet worden of de risico's die hieraan verbonden zijn niet zijn toegenomen.

Voor de gehanteerde aanvraagcategorieën (zie paragraaf 2.2.1b)

→ **Aanbeveling 3:** Het gelijktrekken van de aanvraagcategorieën met de indeling van de NZa, het Zorginstituut en de zorgverzekeraars.

→ **Aanbeveling 4:** Het onderscheid tussen betaalde en onbetaalde coördinatie laten vervallen in de aanvraagcategorieën.

→ **Aanbeveling 5:** In de aanvraagcategorieën onderscheid maken tussen 1-op-1 ondersteuning en groepsondersteuning, binnen de externe inzetten (inzetten in de thuissituatie of in een zorginstelling anders dan de eigen organisatie).

Voor de gehanteerde referentieperiode (zie paragraaf 2.2.1c)

→ **Aanbeveling 6:** De huidige referentieperiode van 3 jaar behouden.



Met betrekking tot verantwoording doen we twee aanbevelingen (zie paragraaf 2.2.2):

→ **Aanbeveling 7:** Een kort verslag over activiteiten als scholing en samenwerking vereisen, die aansluit bij wat het merendeel van de subsidieaanvragers al registreert voor de Registratierapportage van VPTZ Nederland en AHZN.

→ **Aanbeveling 8:** Een accountantsverklaring voor de controleerbare indicator vereisen voor subsidiebedragen boven een bepaald bedrag, bijvoorbeeld €250.000.

Met betrekking tot borging van kwaliteit doen we drie aanbevelingen (zie paragraaf 2.2.3):

→ **Aanbeveling 9:** Vereisten voor scholing van vrijwilligers opnemen in de Regeling, waarbij onderzocht wordt of hierbij gebruik gemaakt kan worden van lidmaatschappen van VPTZ Nederland en/of AHZN.

→ **Aanbeveling 10:** Voor het komende jaar, de verlenging van de huidige subsidieperiode met 1 jaar, structureel uitvragen op welke manier subsidieaanvragers participeren in de Netwerken Palliatieve zorg.

→ **Aanbeveling 11:** Met ingang van of gedurende de volgende subsidieperiode vanuit de Regeling concretere eisen stellen aan subsidieaanvragers met betrekking tot deelname aan de Netwerken Palliatieve Zorg, passend bij de ontwikkelrichting van de Netwerken Palliatieve Zorg.

Met betrekking tot toegang tot de Regeling doen we één aanbeveling (zie paragraaf 2.2.4):

→ **Aanbeveling 12:** Een onderbouwde, met het veld afgestemde behoefte opnemen als voorwaarde voor nieuwe subsidieaanvragers.

In de voorgaande paragrafen worden deze aanbevelingen, en de afwegingen die hierbij gemaakt zijn verder toegelicht.

Deelvraag 6: Welke alternatieve financieringsmogelijkheden zijn er om de afhankelijkheid van de subsidieregeling in de toekomst te verminderen?

Voor het stimuleren van de coördinatie, scholing en inzet van vrijwilligers bij het verlenen van palliatieve terminale zorg⁶⁶ wordt momenteel al gebruikgemaakt van alternatieve financieringsmogelijkheden aanvullend op de subsidie (zie paragraaf 2.1.4), waaronder donaties, fondsen en inzamelingsacties. Mogelijk zou daar nog meer op ingezet kunnen worden. Wel zou dit kunnen bijdragen aan regionale ongelijkheid doordat in minder draagkrachtige gebieden inzamelingsacties en donaties in de ervaring minder hoge bedragen opleveren dan in welvarendere gebieden.

→ **Aanbeveling 13:** Eventuele mogelijkheden voor (meer) aanvullende financiering verder benutten.

Daarnaast biedt de verandering in de bekostiging van hospices die de NZa met ingang van 2025 heeft doorgevoerd een aanknopingspunt voor mogelijke structurele financiering van een deel van de instellingen die subsidie vanuit de Regeling ontvangen. Met ingang van 2025 worden alle high care hospices en palliatieve units via het eerstelijnsverblijf palliatief terminale zorg (ELV-PTZ) tarief bekostigd⁶⁷ en wordt er een duidelijk

⁶⁶ Artikel 1a Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

⁶⁷ VWS (2025). Beantwoording Kamervragen over toekomst hospicezorg (14 apr 2025) (kenmerk ah-tk-20242025-1934)



onderscheid gemaakt tussen hospices die zelf wel en niet verantwoordelijk zijn voor de verpleegkundige zorg.

Onderzocht kan worden of subsidiegelden (waar nu een deel van de High Care Hospices aanspraak op kan maken) in het ELV-PTZ tarief opgenomen kunnen worden. Aandachtspunten daarbij zijn:

- het is afhankelijk van de uitkomsten van aanpalende trajecten (gesprekken naar aanleiding van het Gupta-rapport en uitkomsten van het traject dat AEF met partijen in de palliatieve zorg doorloopt) of deze optie passend is.
- het vraagt om nader onderzoek naar het takenpakket van de vrijwilligers en een nadere duiding van het Zorginstituut, omdat het erop lijkt dat alleen taken gerelateerd aan cliëntgebonden formele zorgactiviteiten in het ELV-PTZ tarief meegenomen kunnen worden.

Verder vormt het geen belemmering dat de ELV-PTZ tarieven cliëntgebonden zijn, maar dat de scholing en coördinatie van vrijwilligers dat niet is. Hierover geeft de NZa aan dat ook bij bijvoorbeeld verpleegkundigen indirecte tijd meegenomen wordt in het tarief (voor bijvoorbeeld overhead en scholing).

→ **Aanbeveling 14:** Met betrokken partijen (inclusief NZa) onderzoeken of 'het stimuleren van de coördinatie, scholing en inzet van vrijwilligers bij het verlenen van palliatieve terminale zorg' opgenomen kan worden in het ELV-PTZ tarief voor High Care Hospices en Palliatieve Units.

3. Onderdeel Geestelijke verzorging thuis



Geestelijke verzorging is de professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing⁶⁸. Sinds 2019⁶⁹ maakt het onderdeel Geestelijke verzorging thuis (hierna: GV thuis) de inzet van geestelijk verzorgers in de thuissituatie mogelijk voor meerderjarige palliatieve patiënten en hun meerderjarige naasten, voor mensen van 50 jaar en ouder met een zingevingsvraag, voor ernstig zieke kinderen en hun naasten, en voor kinderen met een ouder die palliatieve patiënt is.

In dit hoofdstuk beschrijven we onze bevindingen met betrekking tot de doelmatig- en doeltreffendheid van het onderdeel Geestelijke verzorging in de thuissituatie (hierna: het onderdeel GV thuis).

In **paragraaf 3.1** kijken we terug op het functioneren van dit onderdeel van de Regeling in de periode 2020-2025, aan de hand van documenten, interviews en cijfers (zie bijlage 1 voor een overzicht van de documenten, interviews en cijfers). Ook beantwoorden we de eerste hoofdvraag van het onderzoek voor dit onderdeel van de Regeling.

In **paragraaf 3.2** kijken we vooruit. Voor een aantal verbeterpunten die volgen uit paragraaf 3.1 werken we verschillende verbetermogelijkheden uit, inclusief de voor- en nadelen daarvan. Op basis hiervan doen we aanbevelingen en beantwoorden we de tweede hoofdvraag voor dit onderdeel van de Regeling.

⁶⁸ Zie VGVZ (2015) 'Beroepsstandaard geestelijk verzorger' en Artikel 1 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis.

⁶⁹ In maart 2019 zijn de verleningsbrieven verstuurd.



3.1 Terugblik

Om zicht te krijgen op de mate waarin het onderdeel GV thuis doeltreffend en doelmatig is geweest tussen 2020 en 2025 hebben we eerst gekeken naar de aanleiding en doelstellingen van de Regeling en daarna naar wat er is gerealiseerd in 2020-2025. Met betrekking tot wat er gerealiseerd is beschrijven we wie de subsidie ontvangen hebben, de benutting van de beschikbare middelen, de resultaten die bereikt zijn, en hoe dit onderdeel van de Regeling gewaardeerd wordt door de betrokkenen. Vervolgens beantwoorden we kort de drie deelvragen met betrekking tot de mate waarin dit onderdeel van de Regeling doeltreffend en doelmatig is geweest.

Vorige evaluatie

Deze evaluatie bouwt verder op de vorige evaluatie waarin is gekeken naar de periode 2019-2023. De bevindingen met betrekking tot de periode 2020-2023 nemen mee, en waar relevant nemen we ook bevindingen over 2019 (het startjaar van dit onderdeel van de Regeling) mee in deze evaluatie om de context van GV thuis te duiden.

Aanbevelingen

Uit de vorige evaluatie volgden ook een aantal aanbevelingen. Deze heeft het ministerie van VWS vertaald naar deelopdrachten voor de Centra voor Levensvragen. Aan de hand van de realisatie van deze deelopdrachten beschrijven we de status van de aanbevelingen uit de vorige evaluatie aan het eind van paragraaf '3.1.6. Behaalde resultaten'.

3.1.1 Achtergrond

De aanleiding voor de komst van het onderdeel GV thuis en de doelstellingen van het onderdeel GV thuis vormen het uitgangspunt voor de evaluatie van de doeltreffendheid en doelmatigheid van dit onderdeel. Hieronder lichten we deze toe. In de vorige evaluatie van GV thuis⁷⁰ vindt u een uitgebreidere toelichting van de aanleiding en het doel van dit onderdeel van de Regeling.

Aanleiding

Het onderdeel GV thuis is een reactie op diverse maatschappelijke ontwikkelingen die leiden tot een toegenomen behoefte aan geestelijke verzorging (denk aan: kleinere rol van de kerk, vergrijzing, complexer wordende samenleving, meer aandacht voor zingeving als onderdeel van positieve gezondheid), en op een ongelijkheid die was ontstaan doordat steeds meer zorg naar de thuissituatie verplaatste waar – anders dan in een instelling⁷¹ – geestelijke verzorging zeer beperkt tot niet beschikbaar was.

Om geestelijke verzorging in de thuissituatie toegankelijker te maken, voornamelijk voor thuiswonende ouderen, is er in 2018 voor gekozen om geestelijke verzorging in de thuissituatie te faciliteren en financieren. Om dit op korte termijn van de grond te krijgen is er in 2019 om pragmatische redenen voor gekozen om het onder te brengen bij de Netwerken Palliatieve Zorg (n=66) en de Netwerken Integrale Kindzorg (n=7) en om het te bekostigen door een ophoging van de subsidie die deze netwerken al ontvingen via de Regeling Palliatieve Terminale Zorg. Deze Regeling is hiervoor uitgebreid met het onderdeel Geestelijke verzorging thuis en

⁷⁰ JB231530 Rapport evaluatie regeling Geestelijke Verzorging Thuis.

⁷¹ Voor mensen die 24 uur of langer in een zorginstelling verblijven was al geregeld dat geestelijke verzorging beschikbaar moet zijn vanuit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).



daarmee is de Regeling Palliatieve Terminale Zorg verbreed wat betreft scope (inclusief geestelijke verzorging) en doelgroep (inclusief niet-palliatieve mensen).

Daarnaast is verbinding gelegd met de programma's 'Eén tegen eenzaamheid' en 'Langer Thuis'⁷², waar gemeenten een belangrijke taak in hebben. Dit om de netwerken en de daaraan gelieerde centra voor levensvragen in staat te stellen om met hun expertise aan te sluiten op de gemeentelijke agenda's

In hoofdstuk 2 van de vorige evaluatie⁷³ wordt de aanleiding en de opzet van het onderdeel GV thuis verder toegelicht.

Doel van de Regeling

Uit de tekst van de Regeling volgt dat het onderdeel GV thuis tot doel heeft:

*"...het faciliteren van geestelijke verzorging thuis en rouw- en verliesbegeleiding thuis ten behoeve van palliatieve patiënten en hun naasten en geestelijke verzorging thuis voor mensen van 50 jaar en ouder"*⁷⁴

In kamerbrieven wordt verdere invulling gegeven aan dit doel. Hieruit volgt, onder andere, dat dit onderdeel van de Regeling:

- op korte termijn de inzet van geestelijk verzorgers in de thuissituatie mogelijk moest maken⁷⁵,

- in combinatie met investeringen in onderwijs en onderzoek moest resulteren in "een landelijk dekkend en kwalitatief goed aanbod van levensbegeleiding voor ouderen en hun naasten; of men nu thuis of in een instelling verblijft"⁷⁶,
- bedoeld is voor mensen met levensvragen voor wie de ondersteuning vanuit het eigen netwerk en de reguliere zorgverlening niet volstaat⁷⁶, *Daarbij is genoemd dat geestelijke verzorging getrapd aangeboden moet worden, wat betekent "dat allereerst mensen en hun sociale omgeving zelf verantwoordelijk zijn voor invulling van zingeving en betekenis in hun leven. Als er sprake is van ingrijpende veranderingen in het leven van mensen, zoals ziekte en overlijden, kunnen mensen terecht bij maatschappelijk werkers of hun reguliere zorgverleners, welke goed zijn toegerust om gesprekken te voeren met hun cliënten en patiënten. Wanneer een cliënt of patiënt behoefte heeft aan professionele begeleiding bij levensvragen, kan deze zich wenden tot een geestelijk verzorger."*⁷⁶
- als doel heeft "dat Geestelijke verzorging thuis voldoende bekend is zowel bij cliënten als bij zorgverleners of andere doorverwijzers en dat geestelijk verzorgers in de thuissituatie kunnen voldoen aan de vraag"⁷⁶.

Daarnaast is er in een verslag van een schriftelijk overleg (januari 2019) ⁷⁷ – met betrekking tot de mensen met levensvragen die níet in aanmerking komen voor de Regeling – aangegeven dat het de bedoeling is dat op termijn alle mensen met levensvragen, overal in Nederland toegang hebben tot geestelijke verzorging. Voor het realiseren van dit volledige

⁷² Kamerstukken II, 2018-2019, 29 509, nr. 71

⁷³ JB231530 Rapport evaluatie regeling Geestelijke Verzorging Thuis.

⁷⁴ Artikel 1a sub c, Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

⁷⁵ Kamerstukken II, 2018-2019, 29 509, nr. 68

⁷⁶ Verzamelbrief Wet langdurige zorg 6 juli 2022 (kenmerk: 3384410-1031121-LZ)

⁷⁷ Kamerstukken II, 2018-2019, 29 509, nr. 70



aanbod werd gekeken naar samenwerking met andere partijen (zoals gemeenten).

Deelopdrachten naar aanleiding van vorige evaluatie

Uit de vorige evaluatie in 2023 volgden een aantal aanbevelingen. De minister onderschreef deze in een kamerbrief⁷⁸ en verwacht dat ten tijde van de onderhavige evaluatie “de aanbevelingen op het gebied van verbetering van de doelmatigheid dan zijn opgepakt, de monitoring sterk is verbeterd, een professionaliseringsslag heeft plaatsgevonden bij de Centra voor Levensvragen en beter zicht bestaat op de toegevoegde waarde van geestelijke verzorging thuis ten opzichte van andere zorgverleners”. Dit is vervolgens uitgewerkt in vier deelopdrachten voor de Centra voor Levensvragen⁷⁹, namelijk:

1. Datamonitoring op de uitgangspunten van de subsidieregeling.
2. Verschillen verkleinen, professionaliseren en doelmatigheid vergroten.
3. In beeld brengen en monitoren van de behoefte aan geestelijke verzorging in de thuissituatie en bekendheid bij het regionale gezondheidsveld.
4. Op zoek naar extra of alternatieve (structurele) financiering.

In hoeverre deze deelopdrachten zijn gerealiseerd beschrijven we apart, aan het eind van paragraaf 3.1.6.

3.1.2 Subsidieontvangers

Alleen aangewezen instellingen kunnen aanspraak maken op de Regeling GV thuis. In de bijlage van de regeling staat een lijst met deze instellingen⁸⁰.

Welke dat zijn is gedurende de looptijd van de regeling veranderd, zie tabel 5. De voornaamste reden hiervoor is dat het ministerie van VWS in 2021 heeft besloten dat het aantal subsidieaanvragers op korte termijn sterk verminderd moest worden, met het oog op doelmatigheid; binnen de nieuwe regio's moest met budgetten geschoven kunnen worden zodat het ingezet kan worden waar het nodig is, en door schaalvergroting konden de kosten voor infrastructuur mogelijk verlaagd worden⁸¹. De uitvoering van GV thuis moest verplaatst worden van de 66 Netwerken Palliatieve Zorg (de oorspronkelijke subsidieontvangers) naar een beperkt aantal zelfstandige, nieuw op te richten, regionale 'Centra voor Levensvragen'.

De inzet van geestelijk verzorgers (en rouw- en verliesbegeleiders) in de thuissituatie wordt momenteel georganiseerd door 15 regionale Centra voor Levensvragen en het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg.

Tabel 6. Subsidieontvangers 2020 tot en met 2025

	2020 t/m 2021	2022	2023 t/m 2024	2025
Volwassenen- doelgroep	66 Netwerken Palliatieve Zorg*	18 Centra voor Levensvragen	14 Centra voor Levensvragen	15 Centra voor Levensvragen [†]
Kinder- doelgroep	7x Kenniscentrum Kinder- palliatieve Zorg [‡]	1x Kenniscentrum Kinder- palliatieve Zorg	1x Kenniscentrum Kinder- palliatieve Zorg	1x Kenniscentrum Kinder- palliatieve Zorg
Totaal	73 aanvragers	19 aanvragers	15 aanvragers	16 aanvragers

[†] De regio's West-Brabant Oost en Zuidwest Nederland zijn opgesplitst

[‡] Eén aanvraag per Netwerk Integrale Kindzorg (n=7)

⁷⁸ Brief Stand van zaken palliatieve zorg en geestelijke verzorging 14 december 2023 (kenmerk: 3728788-1057369-LZ)

⁷⁹ VWS (2024). Opdrachtformulering VSCL op grond van TK brief 14 dec 2023

⁸⁰ Bijlage 2 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis.

⁸¹ Brief Reactie op verzoek commissie inzake Subsidieregeling palliatieve zorg, 15 juli 2021



3.1.3 Beschikbare middelen

De middelen voor dit onderdeel van de Regeling zijn gelimiteerd en nemen de komende jaren af door het aflopen van de coalitieakkoordmiddelen⁸².

Tot nu toe

Het beschikbare subsidiebudget voor GV thuis heeft over de jaren gefluctueerd, zie figuur 10. Het budget voor 2022 is bijvoorbeeld verlaagd vanwege onderbenutting in de voorgaande jaren⁸³. In paragraaf 2.3 van de vorige evaluatie⁸⁴ wordt het beschikbare budget voor de periode 2020-2023 verder toegelicht. Later is het subsidiebudget weer verhoogd met extra coalitieakkoordmiddelen van Kabinet-Rutte IV⁸⁵. In 2025 bedroeg het beschikbare budget ongeveer 8 miljoen euro.

Toekomst

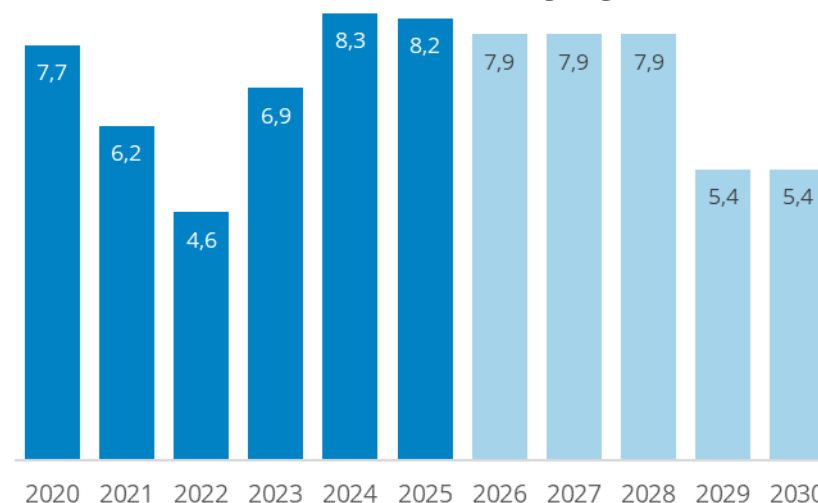
Door het aflopen van de coalitieakkoordmiddelen daalt het beschikbare bedrag voor geestelijke verzorging na 2028 (zie figuur 10). Op dit moment worden mogelijkheden verkend om het bedrag meer geleidelijk af te bouwen. Gekeken wordt of de daling meer gespreid kan worden door de daling al een jaar eerder in te zetten.

Overige financiering

Buiten de Regeling ontvangen de subsidieaanvragers, in wisselende mate, ook andere financiering. Voorbeelden hiervan zijn:

- Financiering voor doelgroepen buiten de Regeling, waaronder slachtoffers van de kinderopvangtoeslagaffaire, mensen met suïcidale gedachten, hun naasten en nabestaanden, en mensen met een UWV-uitkering.

- Organisaties en mensen die zelf betalen. Het komt voor dat zorgverleners zelf betalen voor de scholing die zij ontvangen, of dat cliënten na enkele consulten gevraagd wordt of zij de volgende consulten zelf zouden kunnen betalen. Deze zelf betaalde scholing en consulten vallen daarmee niet onder de Regeling.



Figuur 10 Totaal beschikbaar subsidiebedrag (aantallen zijn x €1 miljoen) voor de Regeling GV Thuis over de jaren 2020-2025 (Donkerblauw), bron: DUS-I. En het verwacht beschikbaar subsidiebedrag voor de Regeling GV Thuis voor de komende jaren 2026-2029 (Lichtblauw), bron: ministerie van VWS.

⁸² Verzamelbrief Wet langdurige zorg (Wlz) 6 juli 2022

⁸³ Brief Reactie op verzoek commissie inzake Subsidieregeling palliatieve zorg, 15 juli 2021

⁸⁴ JB/23/1530 Rapport evaluatie regeling Geestelijke Verzorging Thuis

⁸⁵ Verzamelbrief Wet langdurige zorg (Wlz) 6 juli 2022



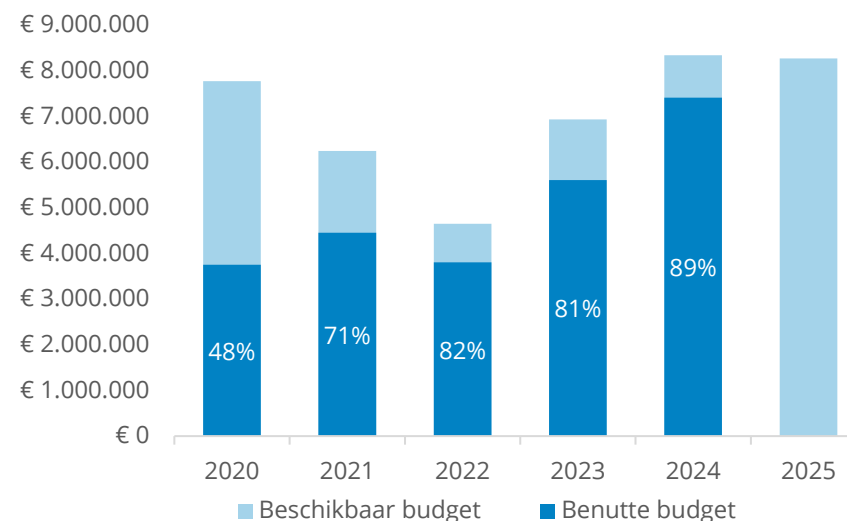
3.1.4 Benutting van beschikbare middelen

Benutting totale budget

Aanvankelijk was de benutting van het beschikbare budget laag (zie figuur 11). In 2020, net na de start van de Regeling GV thuis, werd 48% van het subsidiebudget benut en bleef dus 52% van het budget onbenut. De onderbenutting in 2020 en de jaren daarna is verklaarbaar op basis van diverse contextuele factoren, waaronder:

- geestelijke verzorging in de thuissituatie was een nieuw werkveld en moest op veel plekken vanaf de grond worden opgebouwd,
- in het voorjaar van 2020 brak de COVID-19 pandemie uit en pas in 2023 kwamen de laatste maatregelen te vervallen, en
- in 2021 kreeg het veld de opdracht om op korte termijn regionaal te gaan samenwerken, hiervoor nieuw te vormen, zelfstandige Centra voor Levensvragen op te zetten en zo het aantal subsidieaanvragers sterk te verminderen (zie tabel 5).

In hoofdstuk 5 van de vorige evaluatie worden de contextuele factoren verder toegelicht⁴².



Figuur 11. Benutting van het beschikbare budget regeling GV Thuis, zowel volwassenen- als kinderdoelgroep. ^ahet definitieve budget (inclusief OVA) en de benutting van 2025 zijn nog niet bekend. Bron: DUS-I.

In de jaren daarna is de benutting van het beschikbare budget duidelijk toegenomen, zowel absoluut als relatief (zie figuur 11). Deze stijging wordt verklaard door de toenemende mate waarin het veld zich ontwikkeld heeft en de mate waarin de doelgroep bereikt wordt. In 2024 was de benutting 89%.

Ondanks dat de benutting duidelijk is toegenomen met de verdere ontwikkeling van de Centra voor Levensvragen is er nog steeds sprake van enige mate van onderbenutting. In de interviews gaven de Centra voor Levensvragen aan dat de manier waarop de Regeling GV thuis is vormgegeven het lastig maakt om het beschikbare bedrag volledig te benutten. Hierbij noemden de Centra voor Levensvragen:



- Doordat subsidieregelingen in beginsel tijdelijk zijn en verlenging onzeker is biedt de Regeling – op zichzelf – onvoldoende basis om mensen (geestelijk verzorgers) in loondienst te kunnen nemen. De Centra voor Levensvragen zijn daarom aangewezen op ZZP'ers, deze zijn duurder dan mensen in loondienst en dit kan het lastiger maken om bijvoorbeeld geestelijk verzorgers aan een Centrum voor Levensvragen te verbinden.
- Doordat over inzet van geestelijk verzorgers btw afgedragen moet worden houden de Centra voor Levensvragen minder budget over om daadwerkelijk te besteden aan geestelijke verzorging in de thuis-situatie.
- Doordat er binnen de Regeling geen ruimte is voor opbouw van reserves⁸⁶ en daardoor ook niet voor incidentele overschrijdingen moeten de Centra voor Levensvragen ervoor zorgen dat ze niet over het jaarlijkse subsidiebedrag heen gaan, indien ze geen aanvullende financiering ontvangen om eventuele overschrijdingen op te vangen. In de praktijk betekent dit dat er – indien aanvullende financiering ontbreekt waarmee overschrijdingen opgevangen kunnen worden – er altijd een bepaalde mate van onderbesteding is.
- Doordat de definitieve Overheidsbijdrage in de Arbeidsontwikkeling (OVA⁸⁷, berekend door het ministerie van VWS en vastgesteld door NZa) in oktober werd gedeeld met de Centra voor Levensvragen wisten zij niet eerder wat het werkelijke bedrag is dat ze dat kalenderjaar kunnen besteden. Dit gaf hen beperkte tijd om de inzet van geestelijk verzorgers zodanig bij te sturen zodat ze aan het eind van

het jaar het volledige budget (inclusief OVA) benut hebben. Normaal is in de periode mei-juni bekend hoe hoog de OVA is.

- Doordat budgetten niet tussen regionale Centra voor Levensvragen uitgewisseld mogen worden kunnen regionale Centra voor Levensvragen die budget te kort komen geen gebruik maken van budget dat bij andere regionale Centra voor Levensvragen mogelijk overblijft. Wel is er door de schaalvergroting die heeft plaatsgevonden (waardoor het aantal subsidieaanvragers is teruggebracht van 66 naar 15) meer ruimte om te schuiven met budgetten dan eerder het geval was.

Benutting budgetten individuele subsidieontvangers

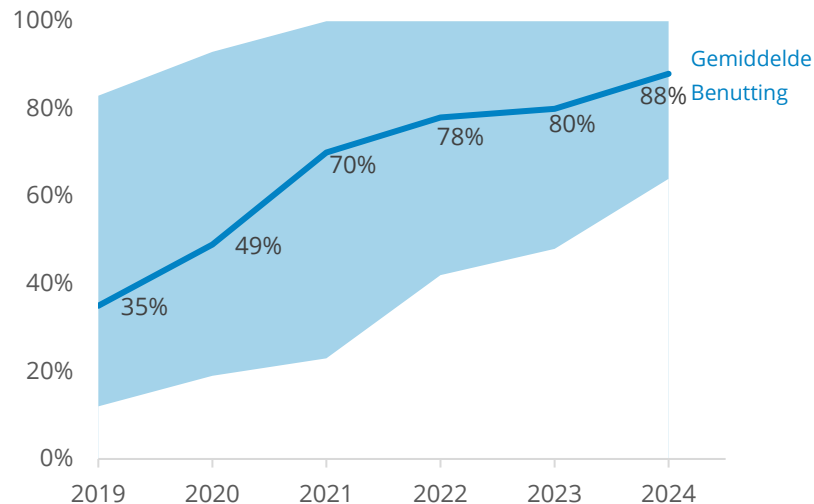
Volwassenendoelgroep

Figuur 12 laat zien dat ook specifiek binnen de volwassenendoelgroep de benutting van het budget over de jaren is toegenomen. Hierbij wordt vanuit de VSCL aangegeven dat het meerdere keren is voorgekomen dat overbesteding bij individuele Centra voor Levensvragen dreigde maar dat dit is voorkomen door bijvoorbeeld mensen op een wachtlijst te plaatsen of aanpassingen te doen aan het aannamebeleid.

Daarnaast laat figuur 12 zien dat er veel variatie zit in budgetbenutting tussen de subsidieontvangers voor de volwassendoelgroep, al is deze variatie over de jaren duidelijk afgenomen. In 2020 varieerde de benutting van de organisaties van 19% tot 93% benutting van het beschikbare budget, een verschil van 74 procentpunten. In 2024 varieerde de benutting van 64% tot 100%, een verschil van 36 procentpunten.

⁸⁶ Artikel 32, negende lid, van de Regeling Palliatieve terminale zorg een geestelijke verzorging thuis luidt: 'In afwijking van artikel 8.7, eerste lid, van de Kaderregeling OCW, SZW en VWS vormt de ontvanger van een instellingssubsidie van €125.000 of meer geen egaliseringsreserve.' Dit is op alle Centra voor Levensvragen van toepassing omdat zij allemaal meer dan €125.000 ontvangen.

⁸⁷ NZa, Prijsindexcijfers voor personele kosten



Figuur 12. Benutting van het totale beschikbare bedrag voor subsidieaanvragers in de volwassen doelgroep over de jaren 2019-2024. De lijn geeft het gemiddeld benutte budget weer van alle organisaties. Het blauwe vlak geeft de totale bandbreedte van het benutte budget aan. Voor 2019-2021 waren de Netwerken Palliatieve Zorg de subsidieaanvragers (n=66), voor 2022 de Centra voor Levensvragen (n=18) en voor 2023-2024 de Centra voor Levensvragen (n=14). Bron: DUS-I

Deze afname in variatie kan deels verklaard worden door de schaalvergroting die na 2021 heeft plaatsgevonden (van 66 naar 18 subsidieontvangers, en uiteindelijk naar 15 subsidieontvangers). Daarnaast wordt uit de interviews duidelijk dat de verschillen in de mate van ontwikkeling tussen subsidieaanvragers kleiner zijn geworden. Bij de start van de Regeling GV thuis waren er grote verschillen tussen de startposities van de verschillende regio's en daarmee hoe snel ze 'uit de startblokken konden

komen' (zie paragraaf 5.2 van de vorige evaluatie⁸⁸). Uit de interviews volgt dat dit inmiddels een veel kleinere rol speelt.

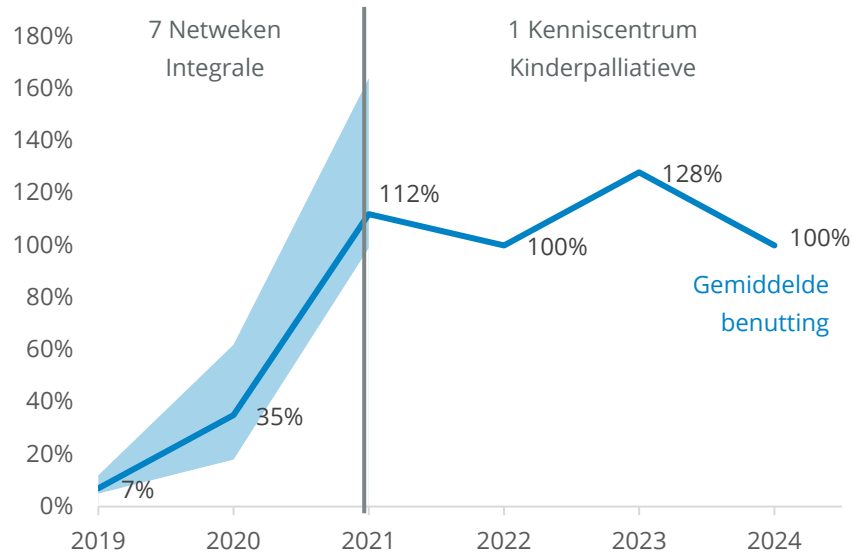
Ondanks de toegenomen benutting en afgenomen variatie in benutting was er in 2024 nog steeds sprake van significante onderbenutting bij enkele individuele Centra voor Levensvragen, bij twee Centra voor Levensvragen was de benutting lager dan 70%. Een van deze Centra voor Levensvragen hebben we gesproken in een interview. Dit Centrum voor Levensvragen noemde hiervoor een aantal verklarende factoren, waaronder:

- Kenmerken van de bewoners: In de betreffende regio gaan veel mensen naar de kerk, ook zit het in de aard van de mensen ('eilandbewoners') om het zelf op te lossen. Hierdoor wordt de stap naar geestelijke verzorging minder snel gezet.
- Geografische kenmerken regio: Doordat de fysieke afstanden in de regio groot zijn is het lastiger om een sterk netwerk te vormen en de bekendheid van geestelijke verzorging te vergroten, waardoor doorverwijzers ze minder goed weten te vinden en minder mensen bij het Centrum voor Levensvragen terecht komen.

Kinderdoelgroep

In figuur 13 is de benutting van de kinderdoelgroep te zien. Tot 2021 was bij deze doelgroep sprake van onderbenutting. Vanaf 2021, nadat het budget gekort was, wordt het beschikbare budget voor deze doelgroep maximaal benut en was twee keer sprake van overbenutting. In beide gevallen is het beschikbaar gestelde subsidiebedrag, bij hoge uitzondering, achteraf verhoogd door het ministerie van VWS.

⁸⁸ JB231530 Rapport evaluatie regeling Geestelijke Verzorging Thuis



Figuur 13. Benutting van het totale beschikbare bedrag voor subsidieaanvragers in de kinderdoelgroep over de jaren 2019-2024. De lijn geeft het gemiddeld benutte budget weer van alle organisaties. Het blauwe vlak geeft de totale bandbreedte van het benutte budget aan. De periode 2019-2021 heeft betrekking op de Netwerken Integrale Kindzorg (n=7) en de periode 2022-2024 het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg (n=1), daarom is voor 2022-2024 een bandbreedte niet van toepassing en is het gemiddelde gelijk aan de daadwerkelijke benutting. Bron: DUS-I

3.1.5 Behaalde resultaten

Inzet geestelijk verzorgers

Organisaties geven bij DUS-I aan hoeveel cliënten zij helpen vanuit de Regeling en hoeveel consulten, consulturen, bijscholingsuren en MDO-uren zij maken vanuit de Regeling. Hierbij gaat het alleen om aantallen en uren die opgegeven worden ter verantwoording van de subsidie. Een deel van de organisaties ontvangt alternatieve, aanvullende financiering, waardoor zij zelf kunnen bepalen welke activiteiten zij vanuit de subsidie doen (binnen de gestelde kaders) en welke vanuit aanvullende financiering⁸⁹. Er is dan ook vanuit DUS-I geen volledig totaalbeeld te geven van de omvang van het aantal cliënten dat geholpen wordt door de organisaties, evenals de omvang van het aantal consulten, consulturen, bijscholingsuren en MDO-uren.

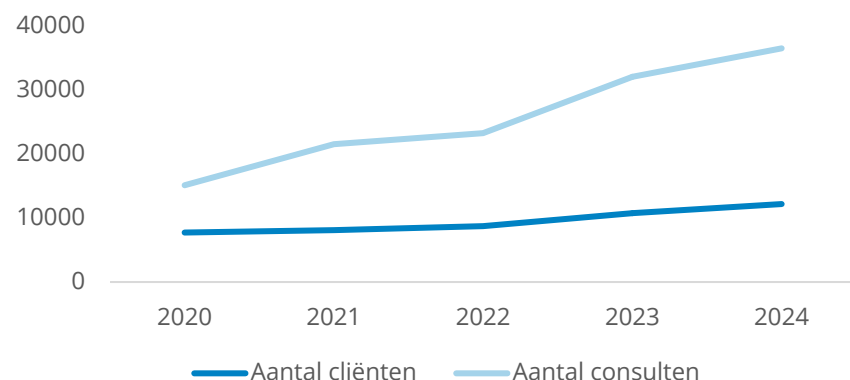
Aantal cliënten

Op basis van de gegevens van DUS-I weten we dat het aantal cliënten dat vanuit de Regeling is geholpen in de afgelopen jaren is toegenomen van 7.714 cliënten in 2020 naar 12.158 cliënten in 2024, zie figuur 14. Het aandeel cliënten dat buiten de Regeling geholpen wordt door de Centra van Levensvragen wordt geschat op ongeveer 10%⁹⁰.

⁸⁹ Voorbeelden van extra, alternatieve financiering:

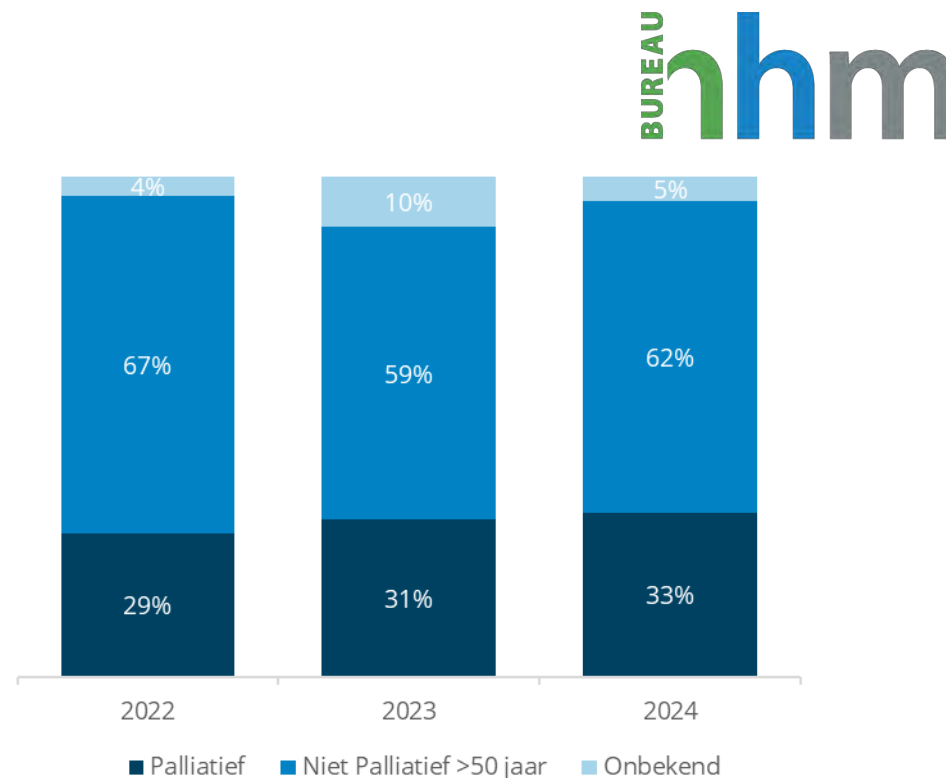
- Financiering voor doelgroepen buiten de Regeling, waaronder slachtoffers van de kinderopvangtoeslagaffaire, mensen met suïcidale gedachten, hun naasten en nabestaanden en mensen met een UWV-uitkering.
- Mensen zelf laten betalen. Het komt voor dat zorgverleners zelf betalen voor de scholing die zij ontvangen, of dat cliënten na enkele consulten gevraagd wordt of zij de volgende consulten zelf zouden kunnen betalen. Deze zelf betaalde scholing en consulten vallen daarmee niet onder de Regeling.

⁹⁰ VSCL (2025) Factsheet consulten en groepsconsulten



Figuur 14. Aantal consulten geboden en aantal cliënten (zowel volwassenendoelgroep als kinderdoelgroep) geholpen vanuit de regeling.

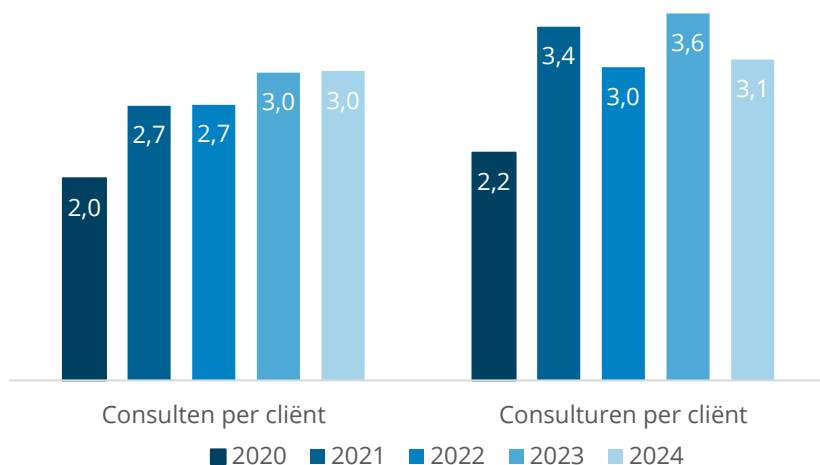
Figuur 15 laat zien dat sinds 2022 ongeveer een derde van de cliënten uit de volwassenendoelgroep onder de doelgroep palliatief valt, voor de kinderdoelgroep is dit 100%. Voor de jaren 2019 tot en met 2021 hebben we geen informatie ontvangen over het aandeel palliatieve cliënten.



Figuur 15. Aandeel palliatieve patiënten voor de volwassenendoelgroep. Bron: DUS-I.

Aantal consulten

Ook het aantal consulten dat vanuit de Regeling is geboden is sinds 2020 verdubbeld. Het gemiddeld aantal consulten per cliënt is daarbij toegenomen van gemiddeld twee consulten per cliënt in 2020 naar gemiddeld drie consulten per cliënt in 2024, zie figuur 16. Mogelijk was dit aantal lager in 2020 omdat de Centra voor Levensvragen toen vaak nog maar net opgestart waren.



Figuur 16. Gemiddeld aantal consulten en consulturen per cliënt (gezamenlijk voor volwassen- en kinderdoelgroep). Bron DUS-I.

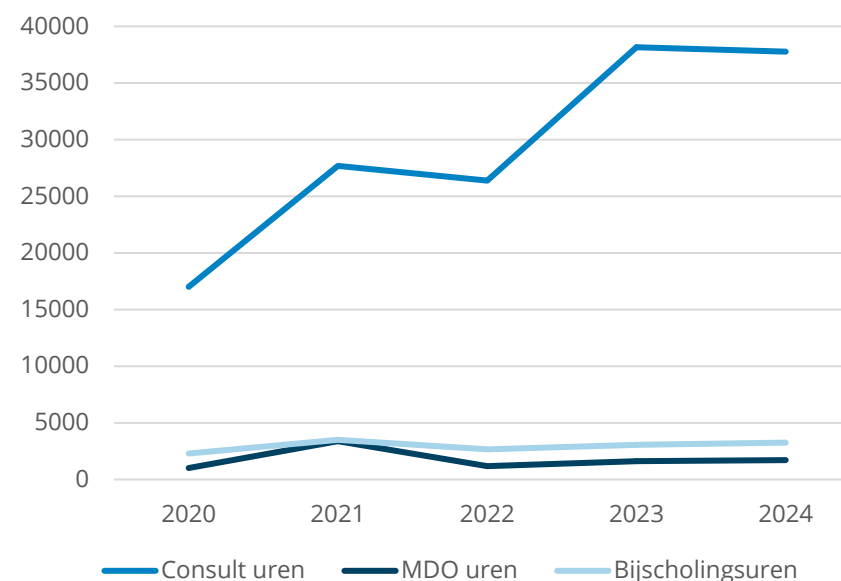
Aantal consulturen

Net als het aantal consulten is ook het totaal aantal consulturen vanuit de Regeling de afgelopen jaren sterk toegenomen (zie figuur 17). Deze is toegenomen van ruim 17.000 consulturen in 2020 naar bijna 38.000 consulturen in 2024.

Met betrekking tot het aantal consulturen werd door de AHZn opgemerkt dat met ingang van 2025 high care hospices geen gebruik meer kunnen maken van geestelijk verzorgers vanuit de Centra voor Levensvragen, doordat deze sindsdien gebruikmaken van het integraal dagtarief ELV-PTZ, waar ook de geestelijk verzorger vanuit betaald moet worden. Mogelijk is dit van invloed op het aantal consulten en consulturen (en het aantal (palliatieve) cliënten) vanaf ná 2024.

Deelname aan MDO en geboden bijscholing

In figuur 17 is daarnaast te zien dat aantal uren dat ingezet wordt voor MDO en bijscholing nagenoeg gelijk is gebleven over de jaren. Hiervoor worden twee verklaringen gegeven. Allereerst hebben meerdere Centra voor Levensvragen aangegeven dat zij soms alternatieve financiering ontvangen voor deelname aan MDO en het bieden van bijscholing. Dit wordt dan niet vanuit de Regeling bekostigd en daardoor ook niet doorgegeven aan DUS-I. Daarnaast wordt vanuit de Centra voor Levensvragen aangegeven dat bijscholing inmiddels minder ontwikkelings- en voorbereidingstijd vraagt, omdat hier meer ervaring mee is opgedaan.



Figuur 17. Aantal uren inzet geestelijk verzorgers voor consulten, MDO en bijscholing vanuit de regeling voor zowel de volwassendoelgroep als de kinderdoelgroep. Bron DUS-I.



Vanuit de Netwerken Integrale Kindzorg is er per kwartaal aandacht voor het aantal keer dat een MDO is ingezet vanuit de subsidie of anderszins is ingezet voor overdrachten voor verdere (specialistische) professionele hulp.

Aandeel verschillende typen inzet

Zoals te zien in de cijfers van DUS-I, weergegeven in tabel 6, worden de geestelijk verzorgers vanuit de Regeling voornamelijk ingezet voor consulten. In 2023 en 2024 betroffen ongeveer 90% van de ingezette uren consulturen, de rest MDO-uren en bijscholing.

Tabel 7 Aandeel van verschillende typen inzet van geestelijk verzorgers in 2023 en 2024 voor zowel de volwassendoelgroep als de kinderdoelgroep. Bron: DUS-I

Type inzet	Aandeel in 2023		Aandeel in 2024	
	Gemiddelde (range)	n	Gemiddelde (range)	n
Consulturen	89% (77%-99%)	15	88% (69%-98%)	14
MDO-uren	4% (1%-10%)	15	4% (1%-16%)	14
Uren bijscholing	7% (0%-22%)	15	8% (0%-24%)	14

Uit tabel 6 volgt ook hoe groot het aandeel van de verschillende typen inzet verschilt tussen de Centra voor Levensvragen. Verder laten de cijfers van DUS-I zien dat dit aandeel aanzienlijk kan verschillen tussen de jaren bij Centra van Levensvragen. Zo was het aandeel consult-uren bij een van de Centra voor Levensvragen 89% in 2023 en 98% in 2024. Deels kan dit worden verklaard door het al dan niet aanwezig zijn voor alternatieve financiering voor deelname aan MDO en het bieden van bijscholing.

Inzet van vrijwilligers

De inzet van geestelijk verzorgers kan ondersteund en mogelijk doelmatiger worden door de inzet van (geschoolde) vrijwilligers. Uit de uitvraag van de VSCL blijkt dat 7 van de 15 Centra voor Levensvragen op dit moment vrijwilligers inzetten en dat twee centra bezig zijn met te onderzoeken hoe ze dit kunnen vormgeven. Het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg geeft aan dat zij geen vrijwilligers inzetten voor geestelijke verzorging en rouw- en verliesbegeleiding.

De Centra voor Levensvragen die vrijwilligers inzetten doen dat op verschillende manieren en geven aan dat zij de vrijwilligers opleiden in zingevende gespreksvoering. Er zijn Centra voor Levensvragen die bij de intake de afweging maken of de vraag opgepakt kan worden door een vrijwilliger of dat de complexiteit van de vraag vraagt om een geestelijk verzorger. Ook worden vrijwilligers ingezet om na de eerste gesprekken met een Geestelijk verzorger het contact voor te zetten. Daarnaast zijn er ook Centra voor Levensvragen die vrijwilligers inzetten voor de triage en matching van vraag en inzet.

Hierbij wordt vanuit het veld benadrukt dat de inzet van geschoolde vrijwilligers geen vervanging is van de inzet van professionele geestelijk verzorgers.

Meerwaarde

Uit de interviews volgt dat de geestelijke verzorging die vanuit de Regeling wordt geboden, zeer gewaardeerd wordt door zowel cliënten en



verwijzers. Dit is in lijn met de uitkomsten van de vorige evaluatie⁹¹, waarin we onder andere uitkomsten van een vragenlijst onder geestelijk verzorgers en een vragenlijst onder hun cliënten hebben beschreven evenals drie casussen hebben opgenomen ter illustratie van de meerwaarde die geestelijke verzorging kan bieden.

Een recente factsheet van de VSCL⁹² bevestigt en concretiseert deze meerwaarde voor de volwassenendoelgroep. Deze laat zien dat, in een steekproef onder 420 cliënten die een individueel consult heeft ontvangen, $\geq 97\%$ van de cliënten zich gehoord en begrepen voelde, zich gewaardeerd voelde, en hun verhaal kwijt konden. Verder gaf 50% van de cliënten aan dat zij na het consult minder het gevoel hadden het alleen te moeten doen, gaf 56% aan beter om te kunnen gaan met hun situatie, voelde 40% meer hoop voor de toekomst, kon 45% beter woorden geven aan hun gevoel en voelde 39% zich goed zoals zij zijn. Met betrekking tot groepsconsulten worden vergelijkbare resultaten genoemd in deze factsheet. Met betrekking tot bijscholing laat de factsheet zien dat, onder een steekproef van 256 deelnemers, 93% van de deelnemers nieuwe kennis opdeed en 89% de leerstof relevant en doelgericht vond.

Zoals volgt uit de vorige evaluatie van de Regeling GV thuis met betrekking tot de kinderdoelgroep geven (ouders van) cliënten aan zeer tevreden te zijn met de ontvangen geestelijke verzorging en rouw- en verliesbegeleiding. Wat regelmatig als waardevol wordt ervaren is: het geboden luisterend oor, de begeleiding bij het verwerken van emoties, en de handvatten en inzichten waarmee men weer verder kon in de praktijk. In aanvulling hierop geeft het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg aan

dat het 'gezinnen op de been houdt', wat uiteindelijk een grote impact kan hebben op maatschappelijke participatie van de gezinsleden.

Bekendheid

Op landelijke, regionaal en lokaal niveau zijn activiteiten ondernomen om de bekendheid van geestelijke verzorging in de thuissituatie te vergroten. Deze hebben betrekking op het opstellen en delen van promotiematerialen, het vergroten van de vindbaarheid van individuele Centra voor Levensvragen (bijvoorbeeld via een landelijk telefoonnummer) en het leggen van verbindingen met potentiële doorverwijzers (bijvoorbeeld door deelname aan MDO) en financiers. In paragraaf 3.13 van de vorige evaluatie wordt dit verder toegelicht.

De vorige evaluatie liet al zien dat de bekendheid van geestelijke verzorging duidelijk is toegenomen (zie paragraaf 4.2 van de vorige evaluatie) en dat de meerwaarde steeds meer gezien wordt door de doelgroep en doorverwijzers (zie paragraaf 4.6 van de vorige evaluatie).

Uit de interviews die we voor deze evaluatie gevoerd hebben volgt het beeld dat de bekendheid van geestelijke verzorging sinds de vorige evaluatie verder is toegenomen en de meerwaarde breder wordt erkend (onder doorverwijzers). Door een van de Centra voor Levensvragen voor levensvragen wordt hierbij ter illustratie genoemd dat een van de huisartsen in de regio zelf een geestelijk verzorger in dienst heeft genomen. Cijfers zijn hierover niet beschikbaar.

⁹¹ Paragraaf 4.6 van: JB231530 Rapport evaluatie regeling Geestelijke Verzorging Thuis

⁹² VSCL (2025) Impactmeting geestelijke verzorging thuis



Tegelijkertijd wordt door de Centra voor Levensvragen in interviews aangegeven dat geestelijke verzorging nog niet bij alle potentiële doorverwijzers en burgers bekend is. Dit is in lijn met de bevindingen van de stakeholderanalyse uitgevoerd door Berenschot. Dit laat zien dat er nog winst te behalen is met betrekking tot bekendheid. Desondanks wordt in de interviews vanuit de Centra voor Levensvragen aangegeven dat promotie van geestelijke verzorging soms bewust wordt afgeremd omdat zij anders niet kunnen voorzien in de vraag op basis van het ontvangen subsidiebedrag en eventuele aanvullende financiering.

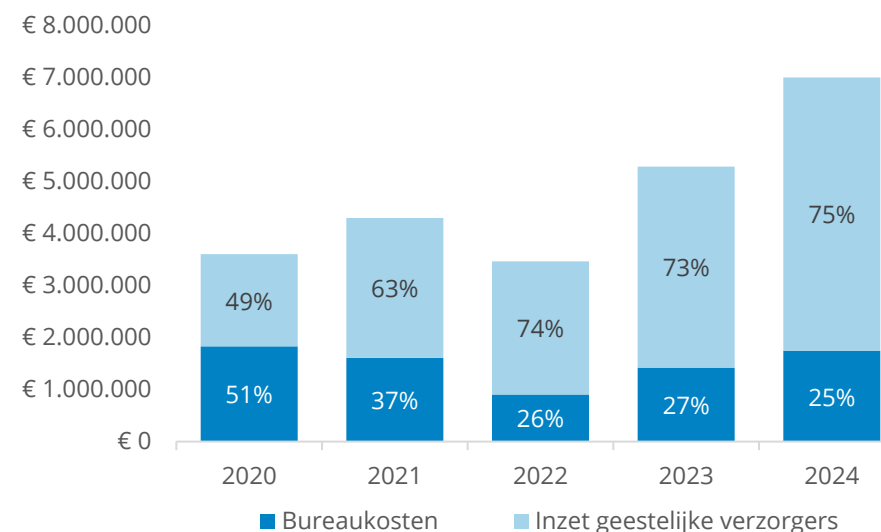
Bureaunkosten

Volwassenen-doelgroep

In figuur 18 is een uitsplitsing gemaakt van het benutte budget naar kosten voor de inzet van geestelijk verzorgers en de bureaunkosten. Het aandeel bureaunkosten in 2020 en 2021 was 51% en 37%, respectievelijk. Deze hoge percentages zijn te verklaren doordat de Regeling toen nog maar net gestart was⁹³ en geestelijke verzorging in de thuissituatie eerder nog amper bestond. In de eerste jaren van de Regeling lag de nadruk daarom op het opbouwen van de organisaties, en dat is in de bureaunkosten terug te zien. In de jaren daarna bedroeg het aandeel bureaunkosten ongeveer een kwart van de totale uitgaven. Hierin is terug te zien dat de Centra voor Levensvragen verder zijn in hun ontwikkeling, en dat hun aandacht verschoven is van opbouw van de organisatie naar inzet van geestelijk verzorgers.

Hieruit volgt ook dat de bureaunkosten meer dan 22,7% van het benutte budget uitmaken, het maximum overheadpercentage. Een hoger percentage is mogelijk als niet het volledige beschikbare budget benut

wordt. Vanuit de Regeling mag namelijk maximaal 22,7% van het totaal beschikbare budget besteed worden aan bureaunkosten, ongeacht de verdere benutting van het budget.



Figuur 18. Gerealiseerde kosten door de subsidieaanvragers van de volwassen-doelgroep uitgesplitst naar bureaunkosten en kosten voor de inzet van geestelijk verzorgers. Bron DUS-I.

Kijkend naar het aandeel van de bureaunkosten in 2024 zien we wel verschillen tussen individuele Centra van Levensvragen. In 2024 varieerde het percentage bureaunkosten van het *benutte* budget van 17% tot 35% tussen de Centra voor Levensvragen. Bij drie van de veertien Centra voor Levensvragen betrof dit minder dan 21%. In een van de gevallen lijkt dit samen te hangen met een lage inzet van geestelijk verzorgers en benutting

⁹³ In maart 2019 zijn de verleningsbrieven verstuurd en is de Regeling GV thuis gestart, zie paragraaf 5.3 van de vorige evaluatie voor verdere toelichting



van subsidiebedrag in 2024. Het betreffende Centrum voor Levensvragen heeft in een interview aangegeven dat deze in 2024 nog minder actief was. De andere twee betreffende Centra voor Levensvragen hebben we niet gesproken.

Kinderdoelgroep

De bureaunkosten die gemaakt worden voor de kinderdoelgroep worden niet bekostigd vanuit dit onderdeel van de Regeling, maar vanuit het onderdeel Netwerken. Dit is mogelijk door de manier waarop de geestelijke verzorging en rouw- en verliesbegeleiding georganiseerd is.

Zoals toegelicht in de vorige evaluatie is het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg (subsidieontvanger voor het onderdeel GV thuis) een stichting met daaronder de Netwerken Integrale Kindzorg (subsidieontvangers voor het onderdeel Netwerken). Het kenniscentrum doet de subsidieaanvragen. De Netwerken Integrale Kindzorg (NIK) verzorgen de regionale coördinatie van de inzet van rouw- en verliesbegeleiders en geestelijk verzorgers. Deze inzet wordt via het kenniscentrum met elkaar afgestemd. De coördinatoren van de NIK zijn in dienst bij het kenniscentrum en worden ook ondersteund vanuit het kenniscentrum.

Passendheid maximum overheadpercentage van 22,7%

Waarop het huidige, maximale overheadpercentage gebaseerd is is onduidelijk en over de passendheid ervan verschillen de inzichten.

In de interviews geven zowel het ministerie van VWS en AGORA aan dat: (1) zij de indruk hebben dat het percentage dat aan bureaunkosten wordt besteed relatief hoog is, en (2) dat het voor hen nog steeds onvoldoende inzichtelijk is waar welke deel van de bureaunkosten aan wordt besteed; uit

de vorige evaluatie volgde de aanbeveling om te zorgen voor meer inzicht in de activiteiten van de Centra voor Levensvragen, bijvoorbeeld door uitsplitsing van de bureaunkosten in een aantal relevante hoofdcategorieën.

Wat betreft het eerste punt, met betrekking tot de omvang van de bureaunkosten, wordt vanuit de Centra voor Levensvragen aangegeven dat het percentage voor bureaunkosten aan de lage kant is gegeven wat er vanuit dit percentage aan activiteiten gedaan moet worden. Van de Centra voor Levensvragen wordt verwacht dat zij zich inzetten voor:

- Matching en facturering
- Kwaliteitsborging
- Vergroten bekendheid en toegankelijkheid
 - onder cliënten
 - onder verwijzers
- Professionalisering en ontwikkeling
 - professionaliseren en uniformeren van het veld
 - kennisontwikkeling en -deling met het veld
 - het vinden van alternatieve financiering
- Monitoring
 - het in beeld brengen en monitoren van de behoefte van geestelijke verzorging in de thuissituatie
 - data- en effectmonitoring
- Het functioneren van de organisatie in het algemeen

Daarnaast moeten ook kosten voor de verplichte accountantsverklaring en de kosten voor de VSCL (via lidmaatschapsgeld) vanuit de bureaunkosten betaald worden. De bureaunkosten behelzen dus meer dan alleen administratiekosten, wat een verklaring biedt voor de omvang van de bureaunkosten.



Wat betreft het tweede punt, met betrekking tot inzicht in de bureaukosten, wordt door de Centra voor Levensvragen aangegeven dat zij elk jaar de bureaukosten verantwoorden (inclusief accountantsverklaring) via de Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I) van het ministerie van VWS. Daarnaast verwijst de VSCL voor inzicht in de bureaukosten naar de lijst met activiteiten die coördinatoren van Centra voor Levensvragen uitvoeren vanuit de bureaukosten die volgde uit de vorige evaluatie (zie pagina 19 van het rapport over de vorige evaluatie⁹⁴).

We constateren op basis hiervan dat er sinds de vorige evaluatie geen nadere uitsplitsing van de bureaukosten heeft plaatsgevonden en de aanbeveling hiervoor niet is opgepakt door de Centra voor Levensvragen. Deze uitsplitsing is nodig om beleidskeuzes te informeren (bijvoorbeeld over wat een passend overheadpercentage is) en kan bijdragen aan de verdere ontwikkeling van de Centra voor Levensvragen (het kan gebruikt worden om van elkaar te leren en om activiteiten op elkaar af te stemmen). Zoals toegelicht in de eerdere evaluatie (in paragraaf 4.7) is de informatie die ter verantwoording van de gemaakte kosten wordt gedeeld met DUS-I uitgesplitst naar weinig specifieke hoofdcategorieën⁹⁵ behorende bij de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en het ministerie van VWS. Voor de verantwoording is deze informatie passend, maar voor het informeren van beleidskeuzes biedt het onvoldoende inhoudelijke diepgang en is het ontoereikend.

Als we vervolgens kijken naar overheadpercentages die elders gehanteerd worden in de zorg (VVT, GGZ en GHZ) en het sociaal werk (op basis van de Benchmark van Berenschot⁹⁶) dan zien we dat deze percentages variëren van 21,0% voor Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) tot 26,1% voor de GGZ. Het percentage van 22,7% voor GV thuis ligt in lijn hiermee. Wel is de 22,7% hoger dan de overheadpercentages die we zien in steekproeven bij de huishoudelijke ondersteuning, deze liggen over het algemeen onder de 20%. Daarbij moet opgemerkt worden dat het karakter van deze ondersteuning anders is en zich hoofdzakelijk beperkt tot 'matching en facturering'.

Hoewel het percentage voor overheadkosten in lijn ligt met zorgsectoren zou, om de passendheid hiervan beter te kunnen beoordelen, dit verder onderzocht moeten worden en zouden hiervoor de bureaukosten verder inzichtelijk gemaakt moeten worden. Vanuit zowel het ministerie van VWS en vanuit de Centra voor Levensvragen lijkt er behoefte te zijn aan een onderbouwd percentage.

Status aanbevelingen vorige evaluatie aan de hand van deelopdrachten

Zoals toegelicht in paragraaf 3.1.2 volgden uit de vorige evaluatie in 2023⁹⁷ een aantal aanbevelingen voor de Centra voor Levensvragen. Naar aanleiding hiervan en met verwijzing hiernaar heeft het ministerie van VWS deelopdrachten voor de Centra voor Levensvragen geformuleerd, om uit te voeren binnen het bestaande budget. Per deelopdracht lichten we - voor zover dat mogelijk is - toe in hoeverre deze gerealiseerd zijn.

⁹⁴ JB/23/1530 Rapport evaluatie regeling Geestelijke Verzorging Thuis

⁹⁵ De bureaukosten bestaan uit twee soorten activiteiten ('matching en coördinatie' en 'overig') elk uitgesplitst in drie kostensoorten ('personeel', 'materieel' en 'overig')

⁹⁶ Berenschot, Dienstencategorie benchmarken

⁹⁷ Bureau HHM (2023) Evaluatie Geestelijke verzorging thuis



Deelopdracht 1: Inrichten van uniforme datamonitoring op de uitgangspunten van de subsidieregeling

Uit de omschrijving van deze deelopdracht volgt dat het ministerie van VWS van de Centra voor Levensvragen verwacht dat zij een 'uniform registratiestelsel' opzetten – in lijn met de aanbeveling uit de vorige evaluatie voor 'Dataverzameling organiseren' – op basis waarvan zowel op geaggregeerd niveau als per Centrum voor Levensvragen inzicht verkregen kan worden.

Uit gesprekken met de VSCL volgt dat de Centra voor Levensvragen, met betrekking tot deze deelopdracht:

- Het gebruik van het online administratiesysteem Lorio verder hebben uitgebreid. Veertien van de vijftien Centra voor Levensvragen gebruiken momenteel dit systeem. Met behulp van Lorio kunnen onder andere (tussentijdse) rapportages opgesteld worden. Eén Centrum voor Levensvragen gebruikt dit systeem niet, maar deze levert de benodigde gegevens voor geaggregeerde rapportages, vanuit eigen systemen, aan Lorio aan.
- De dataverzameling verder op elkaar hebben afgestemd:
- De Centra voor Levensvragen hebben een overzicht gemaakt van de verschillen en overeenkomsten in de informatie die zij registreren in het kader van de Regeling GV thuis. Op basis hiervan hebben zij met elkaar besloten om zes items op gelijke wijze te gaan registreren (denk aan zelfde termen en opties), namelijk: meest besproken thema's per consult, aantal deelnemers per groepsconsult, aantal deelnemers per scholing, wie de doorverwijzer is, aanwezigheid Wlz-indicatie cliënten,

en reden voor afronding consulten. In de toekomst willen de Centra voor Levensvragen de registratie van gegevens verder gelijktrekken.

- De Centra voor Levensvragen hebben met elkaar de 'dataset registratie GV thuis' vastgesteld. Hierin is per type activiteit (bijvoorbeeld individuele consulten en fysiek deelname aan MDO) opgenomen: welke informatie verplicht geregistreerd moet worden vanuit de Regeling, welke informatie om andere, praktische redenen geregistreerd moet worden (denk aan cliëntnummer), en welke informatie aanvullend geregistreerd kan worden.
- Het aantal consulten, de consulturen en de geholpen cliënten (inclusief splitsing daarvan naar palliatieve patiënten en hun naasten en mensen van 50 jaar en ouder met een zingevingsvraag) registreren, en het aantal uren dat is meegedraaid in multidisciplinaire overlegvormen. *Dit wordt jaarlijks, voor de inzetten die uit de Regeling bekostigd worden, aan DUS-I gerapporteerd via het formulier 'Inzet geestelijk verzorgers'⁹⁸. Een totaaloverzicht van alle inzetten, ook buiten de Regeling om, is niet centraal beschikbaar.*
- Inzichtelijk maken uit welke sectoren deelnemers van scholing afkomstig zijn, wat hun opleidingsniveau is hoe zij de scholing waarderen. *Hierover hebben de Centra voor Levensvragen, aan de hand van een steekproef, geaggregeerd informatie gerapporteerd in een factsheet door VSCL⁹⁹. Een totaaloverzicht is niet (centraal) beschikbaar.*

Met betrekking tot de rapportage van gegevens geeft de VSCL verder aan dat zij alleen geaggregeerde data van alle Centra voor Levensvragen met het ministerie van VWS kan delen, en dat data van individuele Centra voor Levensvragen – waarnaar gevraagd wordt in de deelopdrachten – bij de individuele Centra voor Levensvragen opgevraagd kan worden. Hierover

⁹⁸ Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (2024) Formulier 'Inzet geestelijke verzorgers, Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis'.

⁹⁹ VSCL (2025) Factsheet 'Impactmeting geestelijke verzorging thuis'.



geeft het ministerie van VWS aan dat er vooral behoefte is aan uitsplitsing van data, bijvoorbeeld op basis van regionale en demografische kenmerken, om meer verdiepend inzicht te verkrijgen *hoe* de CvL's uitvoering geven aan de Regeling en *welke resultaten* ze daarmee behalen (bijvoorbeeld wie er bereikt worden). Daarvoor is het niet strikt noodzakelijk om data van individuele Centra voor Levensvragen te verkrijgen.

Resumerend laat dit zien dat er stappen zijn gezet vanuit de Centra voor Levensvragen op het gebied van uniforme datamonitoring, met daarin een belangrijke rol voor de VSCL. Om hiermee op een goede manier beleid te informeren is nog nodig dat de datamonitoring tussentijdse, verdiepende inzichten verder mogelijk maakt.

Deelopdracht 3 gaat specifiek in op wélke gegevens gemonitord worden (met betrekking tot de inzet van geestelijk verzorgers en de resultaten die daarmee bereikt worden).

Deelopdracht 2: Verschillen verkleinen, professionaliseren en doelmatigheid vergroten

In de beschrijving van deelopdracht 2 geeft het ministerie van VWS aan dat – in lijn met de aanbevelingen uit de eerdere evaluatie voor ‘Data-verzameling organiseren’ en ‘De Vereniging Samenwerkende Centra voor Levensvragen slagkracht geven’ – dat verdere uniformering van systemen en werkwijzen aandacht verdient, met het oog op verdere professionalisering en doelmatigheid. Op dit gebied zijn sinds de vorige evaluatie stappen gezet, maar is er ook nog een weg te gaan door de Centra voor Levensvragen.

Uit gesprekken met de VSCL volgt dat de Centra voor Levensvragen, met betrekking tot deze deelopdracht:

- Inmiddels allemaal lid zijn van de VSCL. Bij de vorige evaluatie waren twaalf van de toen 14 Centra voor Levensvragen lid van de vereniging.
- Stappen hebben gezet met betrekking tot uniformering van de monitoring en daarin nog steeds stappen zetten. *Onder deelopdracht 1 wordt dit verder toegelicht.*
- Binnen de VSCL met elkaar kijken naar overeenkomsten en verschillen. Dit biedt hen inzicht, een kans om van elkaar te leren, en helpt hen te bepalen waar het van toegevoegde waarde is om te uniformeren. *Ten behoeve hiervan is er onder de Centra voor Levensvragen een uitvraag (31 items) uitgezet, waarin onder andere is gevraagd naar de aanwezigheid van extra financiering, de aanwezigheid van scholing voor geestelijk verzorgers, de aanwezigheid van een reisvergoeding, het gebruik van Lorio, het hebben van een eigen nieuwsbrief, en de inzet van vrijwilligers.*

Met betrekking tot uniformering benoemt de VSCL verder dat zij een vereniging zijn en niet in de positie zijn om de onafhankelijke Centra voor Levensvragen iets op te leggen. De individuele Centra voor Levensvragen bepalen, binnen de kaders van de Regeling, hun eigen werkwijze. Desondanks worden er stappen gezet en geven zij aan zich hiervoor in te blijven zetten.

Deelopdracht 3: In beeld brengen en monitoren van de behoefte aan geestelijke verzorging in de thuissituatie en bekendheid bij het regionale gezondheidsveld

In de beschrijving van deelopdracht 3 geeft het ministerie van VWS aan dat – in lijn met de aanbeveling voor ‘Dataverzameling organiseren’ uit de vorige evaluatie, en in verband met een verwachte onderbenutting in



2023 - er meer inzicht verkregen moet worden in wie behoefte hebben aan geestelijke verzorging en wie daarvan wel en niet bereikt worden vanuit de Regeling GV thuis, en dat er activiteiten ontplooid worden om 'witte vlekken' in te vullen.

Uit gesprekken met de VSCL volgt dat, met betrekking tot deze deelopdracht:

- De Centra voor Levensvragen bijhouden welke cliënten er bereikt worden (palliatief/naaste/ 50+/ anders) en wat zij aan hulp ontvangen (type consult, aantal consulten, besproken thema's). *Onder deelopdracht 1 is dit verder toegelicht.*
- De Centra voor Levensvragen door middel van een 'impactmeting' inzichtelijk maken:
 - wie scholing ontvangen in termen van sector en opleidingsniveau,
 - wat (groeps-)consulten opleveren voor cliënten aan de hand van diverse stellingen, en
 - wat scholing oplevert voor andere zorgverleners en vrijwilligers aan de hand van diverse stellingen.Deze impactmeting is gebaseerd op een steekproef (inclusief inzetten van geestelijk verzorgers buiten de Regeling) en de uitkomsten daarvan heeft VSCL gedeeld in een factsheet¹⁰⁰. Deze impactmeting laat niet zien wat de meerwaarde van geestelijk verzorgers is binnen het geheel van zorg en ondersteuning (formeel en informeel).
- De Centra voor Levensvragen binnen de Kenniswerkplaats Zingeving een bijdrage leveren aan onderzoek om de meerwaarde van geestelijke verzorging (binnen het geheel van zorg en ondersteuning)

concreter te maken.

Hieraan wordt momenteel en in de komende jaren gewerkt, bijvoorbeeld met de ontwikkeling van een uitkomstmaat voor geestelijke verzorging¹⁰¹.

- De Centra voor Levensvragen gezamenlijk werken aan het vergroten van de bekendheid van geestelijke verzorging in de thuissituatie en de zichtbaarheid van de Centra voor Levensvragen.
Binnen Kenniswerkplaats Zingeving hebben de Centra voor Levensvragen met elkaar een communicatieplan opgesteld. Met behulp van alternatieve middelen wordt dit communicatieplan nu uitgevoerd.

In welke mate de bekendheid van geestelijke verzorging sinds de vorige evaluatie is vergroot en hoe het communicatieplan hier (verder) aan bijdraagt is onduidelijk. Het beeld dat uit de interviews met de Centra voor Levensvragen naar voren komt is wel dat de bekendheid is toegenomen.

Verder geeft de VSCL aan dat zij geen cijfers hebben over wie zij vanuit de Centra van Levensvragen niet bereiken. Wel heeft men hier een beeld van op basis van signalen die zij ontvangen vanuit de praktijk. Daarnaast geeft de stakeholderanalyse uitgevoerd door Berenschot (en waar onder andere vanuit de Centra voor Levensvragen input is geleverd) een beeld van de behoefte aan geestelijke verzorging onder de algemene bevolking¹⁰².

Het ministerie van VWS geeft over de informatie die momenteel beschikbaar is over geestelijke verzorging in de thuissituatie aan dat dit onvoldoende verdiepend inzicht biedt in:

¹⁰⁰ VSCL (2025) Factsheet 'Impactmeting geestelijke verzorging thuis'.

¹⁰¹ Kennisplein Zingeving (2026) Handleiding Nederlandse Uitkomstmaat Geestelijke Verzorging (NUGV)

¹⁰² Berenschot (2024) Stakeholderanalyse geestelijke verzorging thuis.



- wat er wordt aangeboden (welke ‘interventies’ met welk doel, bijvoorbeeld preventief)
- in welke situatie het wordt aangeboden (bijvoorbeeld gelijktijdig of na een zorgtraject),
- wie er vanuit de Regeling bereikt worden (met name binnen de 50+ doelgroep),
- welke resultaten ermee bereikt worden (naast klanttevredenheid),
- wie behoefte hebben aan geestelijke verzorging maar niet bereikt worden (bijvoorbeeld om te bepalen of een andere doelgroepindeling, niet gebaseerd op leeftijd, passender is),
- hoe geestelijke verzorging zich verhoudt tot andere zorg en ondersteuning (formeel en informeel), en
- wat de meerwaarde van geestelijke verzorging is binnen het geheel van zorg en ondersteuning (formeel en informeel).

Deze informatie heeft het ministerie van VWS nodig om beleidskeuzes te maken. Zoals hierboven genoemd worden er door het veld ook al stappen gezet om (een deel van) deze informatie te verkrijgen, door de verdere ontwikkeling van registratie en monitoring.

Resumerend volgt hieruit dat, ondanks de stappen die er gezet zijn, het op dit moment nog beperkt duidelijk is wat de meerwaarde van geestelijk verzorgers is, per doelgroep en binnen het geheel van zorg en ondersteuning andere zorg en ondersteuning (formeel en informeel). Deels wordt dit verklaard doordat het (kwantitatief) onderbouwen van de meerwaarde van geestelijke verzorging complex is vanwege de aard van geestelijke verzorging (existentieel, relationeel en contextafhankelijk).

Ook volgt hieruit dat er nog gewerkt wordt aan het beter zichtbaar maken van de meerwaarde. Toch zou er al meer gedaan kunnen worden.

Zo kunnen in de impactmeting vragen gericht op deze meerwaarde van geestelijk verzorgers binnen het geheel van zorg en vragen over kernmerken van cliënten en hun levensvragen opgenomen kunnen worden. Daarmee kan onder andere inzicht verkregen worden in wie je wél bereikt en wie mogelijk nog niet; al hoeft het niet te betekenen dat als je bepaalde groepen niet bereikt (bijvoorbeeld mensen vanuit een bepaalde wijk, met een bepaalde sociaaleconomische achtergrond, gezondheidssituatie, gezinssamenstelling, levensfase of andere relevante kenmerken) dat zij behoefte hebben aan geestelijke verzorging.

Deelopdracht 4: Op zoek naar extra of alternatieve (structurele) financiering

In de beschrijving van deelopdracht 4 geeft het ministerie van VWS aan – in lijn met de aanbeveling ‘De Centra voor Levensvragen voldoende budget geven voor de doorontwikkeling’ – dat het wenselijk is dat de Centra voor Levensvragen mogelijkheden voor extra of alternatieve financiering onderzoeken om de afhankelijkheid van de subsidieregeling te verminderen.

Zoals volgt uit de vorige evaluatie en ook de recentere stakeholderanalyse van Berenschot zijn de mogelijkheden voor structurele financiering van GV thuis beperkt, mede omdat effectiviteitsstudies nog beperkt beschikbaar zijn (zie ook deelopdracht 3). Daarom moet voor extra of alternatieve financiering (ook) gekeken worden naar diverse, kleinschalige, naast elkaar bestaande mogelijkheden voor financiering.

Uit de interviews met de Centra voor Levensvragen volgt dat zij zoeken naar deze mogelijkheden en een groot deel is hierin ook in meer of mindere mate succesvol. Uit een uitvraag van de VSCL onder de Centra



voor Levensvragen blijkt dat: tien Centra voor Levensvragen extra, aanvullende financiering ontvangen, en vier Centra voor Levensvragen (nog) niet of niet meer.

Over het zoeken van extra, alternatieve financiering geven de Centra voor Levensvragen aan dat dit lastig is (bijvoorbeeld omdat gemeenten beperkte financiële ruimte hebben), veel tijd kost (bijvoorbeeld als er in de regio veel kleine gemeenten zitten) en dat de verkregen financiering vaak tijdelijk is.

Bij deze deelopdracht noemde het ministerie van VWS ook dat het waardevol zou zijn om geestelijke verzorging op een continuüm te plaatsen. Dit is meegenomen in de stakeholderanalyse van Berenschot. Deze laat onder andere zien dat geestelijke verzorging raakvlakken heeft met maatschappelijk werk, psychologische hulp en ggz, en plaatst aan de hand daarvan geestelijke verzorging in een zorgcontinuüm (gebaseerd op het ABC-model)¹⁰³.

Resumerend, wordt door de Centra van Levensvragen naar aanvullende financiering gezocht en ook regelmatig gevonden, maar ze zijn nog steeds grotendeels afhankelijk van de Regeling. Er is ook nog geen zicht op alternatieven voor structurele financiering.

3.1.6 Waardering van de regeling

Het bestaan van de Regeling GV thuis wordt zeer gewaardeerd door de gesproken veldpartijen. Hierdoor is er aandacht en geld gekomen voor geestelijke verzorging in de thuissituatie. Zonder de Regeling was het niet mogelijk geweest om (in korte tijd) een landelijk dekkend, laagdrempelig aanbod van geestelijke verzorging in de thuissituatie op te zetten. Daarnaast heeft de Regeling ook de opbouw van een publieke infrastructuur van Centra voor Levensvragen, verwijsrelaties, bekendheid en professionele inzet mogelijk gemaakt. Deze infrastructuur vormt een zelfstandige opbrengst van de Regeling, en ook mensen die niet onder de doelgroep van de Regeling vallen kunnen hiervan gebruik maken.

Hiermee wordt voorzien in een belangrijke behoefte; zingeving is een van de zes dimensies van positieve gezondheid¹⁰⁴ en een van de vier dimensies van palliatieve zorg¹⁰⁵. Veldpartijen geven aan dat er inmiddels al veel mensen geholpen zijn vanuit de Regeling GV thuis en dat deze mensen aangeven heel tevreden te zijn over de ontvangen hulp en hierdoor beter om kunnen gaan met hun eigen situatie¹⁰⁶. Specifiek voor de kinderdoelgroep wordt aangegeven dat met behulp van de Regeling gezinnen en individuele gezinsleden op de been zijn gehouden, wat uiteindelijk een grote zijn met behulp van de Regeling, wat uiteindelijk een grote impact kan hebben op maatschappelijke participatie (inclusief deelname aan arbeidsmarkt). Steeds meer burgers en professionals zijn zich ook bewust van het bestaan en de meerwaarde van geestelijke verzorging.

¹⁰³ Berenschot (2024) Stakeholderanalyse geestelijke verzorging thuis

¹⁰⁴ Definitie positieve gezondheid: het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren (Machteld Huber, www.iph.nl)

¹⁰⁵ Agora (2025) Infographic: vier dimensies van palliatieve ondersteuning

¹⁰⁶ VSCL (2025) Factsheet impactmeting



Aandachtspunten

Tegelijkertijd worden er door de veldpartijen en het ministerie van VWS ook een aantal kanttekeningen geplaatst bij de Regeling. De voornaamste hebben betrekking op de leeftijdsgrens van 50 jaar die gehanteerd wordt voor mensen met zingevingsvragen. Perspectieven lopen hierover uiteen. Veldpartijen geven aan dat deze leeftijdsgrens in hun ogen niet is uit te leggen. Levensvragen zijn iets van alle leeftijden. Dit zien zij in de praktijk en blijkt ook uit onderzoek¹⁰⁷. Daarbij worden verschillende doelgroepen genoemd, zo is er bijvoorbeeld ook onder jongeren (op de wachtlijst van Jeugd GGZ¹⁰⁸) en slachtoffers van de toeslagenaffaire¹⁰⁹ een duidelijke behoefte aan geestelijke verzorging. In hun ogen zou de afbakening van de doelgroep niet primair op leeftijd gebaseerd moeten worden. Nu kunnen niet-palliatieve mensen jonger dan 50 jaar, ongeacht problematiek, geen gebruik maken van de Regeling en zijn daardoor voor hulp bij levensvragen afhankelijk van:

- andere zorg en ondersteuning (bijvoorbeeld vanuit hun sociale omgeving of van andere zorg- en hulpverleners), waar niet de expertise van een geestelijk verzorger aanwezig is maar hier mogelijk wel een bijdrage aan kan leveren¹¹⁰.
- andere bekostigingsvormen voor hulp van een geestelijk verzorger, welke niet altijd en overal beschikbaar zijn (zie deelopdracht 4 onder paragraaf 3.1.3).

Tegelijkertijd geeft het ministerie van VWS aan dat juist verdere afbakening passend is, gezien de beperkte, teruglopende financiële middelen voor het onderdeel GV thuis. Daarbij noemt het ministerie dat het voor de hand ligt om de doelgroep te beperken tot palliatieve patiënten en hun naasten

omdat de Regeling oorspronkelijk bedoeld is voor palliatieve zorg en het beschikbare budget afkomstig is uit middelen voor palliatieve zorg. Verder worden vanuit de Centra voor Levensvragen een aantal technische aspecten van de Regeling genoemd die de Centra voor Levensvragen belemmeren in de (doelmatige) benutting van het beschikbaar gestelde budget, zoals het niet kunnen schuiven met budgetten tussen CvL's, de verplichte accountantsverklaring, het niet kunnen opbouwen van reserves en de onzekerheid van deze financiering. Dit lichten we verder toe in paragraaf 3.1.4. Daarnaast wordt door enkele CvL's benoemd dat het heel waardevol is dat er nu geld is voor geestelijk verzorging in de thuissituatie, maar dat zij met meer geld meer zouden kunnen doen en nu soms bewust niet aan promotie doen omdat zij de mensen anders niet allemaal kunnen helpen. Ook is door een van de CvL's genoemd dat het goed was geweest als er vanaf het begin meer richting was gegeven aan de uitvoering vanuit de Regeling. Nu is geestelijke verzorging in de thuissituatie in elk CvL anders georganiseerd en hebben zij hier vaak verschillende ideeën over. Daarnaast wordt door het ministerie van VWS aangegeven dat het wenselijk is dat de afhankelijkheid van de Regeling GV thuis verminderd wordt.

3.1.7 Beantwoording eerste hoofdvraag

We beantwoorden de eerste hoofdvraag, in hoeverre de Regeling GV thuis in de periode 2020-2025 doeltreffend en doelmatig is geweest, aan de hand van de drie bijbehorende deelvragen.

¹⁰⁷ ZonMw, artikelen Zingeving en geestelijke verzorging

¹⁰⁸ Eliza Damsma (2025) 'Samen blijven zoeken naar zin, wachtend op psychische hulp, Over het leernetwerk 'Zinvolle wachttijd' in Tijdschrift Geestelijke Verzorging van de VGVZ

¹⁰⁹ ZonMw, artikel: Geestelijke verzorging aan gedupeerden KOT-affaire

¹¹⁰ Berenschot (2024) Stakeholderanalyse geestelijke verzorging thuis



Deelvraag 1: In welke mate sluit de Regeling (voor het onderdeel GV thuis) aan op de behoeften van belanghebbenden?

Over het algemeen zijn de betrokken partijen positief over het onderdeel GV thuis en sluit het aan op hun behoeften. Met dit onderdeel van de Regeling is er aandacht en geld gekomen voor geestelijke verzorging, en met behulp hiervan wordt voorzien in een belangrijke behoefte van mensen; zingeving is een van de zes dimensies van positieve gezondheid en een van de vier dimensies van palliatieve zorg.

Wel wordt vanuit de Centra voor Levensvragen aangegeven dat de bekostiging middels een subsidieregeling en de manier waarop hier invulling aan wordt gegeven hen beperkt in hun ontwikkeling en de doelmatige besteding van het beschikbare bedrag. Een voorbeeld hiervan is dat de tijdelijkheid en onzekerheid van de Regeling op zichzelf onvoldoende basis biedt om mensen (geestelijk verzorgers) in loondienst te kunnen nemen, waardoor ze aangewezen zijn op 'dure' ZZP'ers. Een ander voorbeeld is dat de Regeling niet stuurt op maximale benutting van het beschikbare bedrag doordat er binnen de Regeling geen ruimte is voor opbouw van reserves. Daarnaast worden er een aantal verbeterpunten gezien in het kader van een toenemende, bredere vraag, beperkte beschikbare middelen en ontwikkelingen in de palliatieve zorg. Dit vraagt om bijstelling van kaders.

Deelvraag 2: In hoeverre worden, dankzij de Regeling (voor het onderdeel GV thuis) de gewenste resultaten bereikt?

De Regeling heeft als doel het 'faciliteren van geestelijke verzorging thuis en rouw- en verliesbegeleiding thuis ten behoeve van palliatieve patiënten en hun naasten en geestelijke verzorging thuis voor mensen van 50 jaar en ouder'. Dit doel is bereikt en verschillende contextuele factoren hebben een rol gespeeld in hoe snel en in welke mate dit doel bereikt is.

Zoals toegelicht in de vorige evaluatie werd er voor de komst van de Regeling in 2019 op veel plekken nog geen geestelijke verzorging in de thuissituatie aangeboden. Vaak moest dit 'vanaf nul' opgebouwd worden (inclusief het werven van SKGV-geregistreerde geestelijk verzorgers, het vergroten van de bekendheid en het op gang brengen van de verwijzingen). Sinds 2020 is er sprake van een landelijk dekkend aanbod van geestelijke verzorging in de thuissituatie. Wel was er in de eerste jaren nog sprake van een grote mate van onderbenutting. Dit wordt grotendeels verklaard door contextuele factoren; het was een nieuw werkveld dat sinds de start te maken kreeg met onder andere de COVID-19 pandemie en een reorganisatie om het aantal subsidieaanvragers sterk te verminderen. In de vorige evaluatie wordt dit verder toegelicht. Inmiddels is er duidelijk minder sprake van onderbenutting.

Zonder de Regeling was het niet mogelijk geweest om in korte tijd een landelijk dekkend, laagdrempelig aanbod van geestelijke verzorging in de thuissituatie op te zetten. Daarnaast heeft de Regeling ook de opbouw van een publieke infrastructuur van Centra voor Levensvragen, verwijsrelaties, bekendheid en professionele inzet mogelijk gemaakt. Deze infrastructuur vormt een zelfstandige opbrengst van de Regeling, en ook mensen die niet onder de doelgroep van de Regeling vallen kunnen hiervan gebruikmaken. Daarmee is dit onderdeel van de Regeling doeltreffend, in lijn met de conclusie van de vorige evaluatie gericht op de periode 2019-2023.

Wel zien we nog ruimte voor verbetering. Ten opzichte van de vorige evaluatie zien we, specifiek voor de Centra voor Levensvragen, dat steeds meer cliënten geholpen worden en het veld zich verder ontwikkeld heeft (bijvoorbeeld op het gebied van onderlinge samenwerking, kennisontwikkeling en uniformering). Tegelijkertijd zien we ook dat dit nog niet



heeft opgeleverd wat nodig is voor: onderbouwde beleidskeuzes van het ministerie van VWS, de verdere professionalisering van de Centra voor Levensvragen, en het verminderen van de subsidieafhankelijkheid van de Centra voor Levensvragen. Hiervoor is er bijvoorbeeld meer inzicht nodig in wie er vanuit de Regeling bereikt worden (met name binnen de 50+ doelgroep), welke resultaten ermee bereikt worden, hoe geestelijke verzorging zich verhoudt tot andere zorg en ondersteuning, en wat de meerwaarde van geestelijke verzorging is binnen het geheel van zorg en ondersteuning (bijvoorbeeld in het ontlasten van zorg).

Deelvraag 3: In hoeverre worden de beschikbare middelen optimaal benut?

Uit de evaluatie volgt het beeld dat de beschikbare middelen voor de kinderdoelgroep doelmatig worden benut, mede doordat dit belegd is bij één landelijke organisatie (het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg). Met betrekking tot de volwassenendoelgroep volgt het beeld dat de beschikbare middelen doelmatiger worden ingezet ten opzichte van de vorige evaluatie, maar dat hier nog steeds ruimte voor verbetering is. Zo hebben de Centra voor Levensvragen stappen gezet met betrekking tot doelmatigheid door meer samen te gaan werken, monitoring te verbeteren en verder te uniformeren, maar dit kan nog verder verbeterd worden.



3.2 Vooruitblik

De beschikbare financiële middelen voor de Regeling GV thuis nemen de komende jaren af door het wegvallen van de extra coalitieakkoord-middelen van Kabinet-Rutte IV (zie paragraaf 3.1.3). Tegelijkertijd laat de evaluatie zien dat er behoefte is aan geestelijke verzorging in de thuissituatie en dat er in toenemende mate gebruik van wordt gemaakt van de Regeling. Dit betekent dat er voor een doeltreffende en doelmatige Regeling in de toekomst keuzes gemaakt moeten worden.

Ter ondersteuning van deze keuzes hebben we een aantal verbeterpunten geselecteerd om verder uit te werken, namelijk:

- De reikwijdte volwassenendoelgroep
- De bekostiging van coördinerende activiteiten
- De inzet van geestelijk verzorgers
- De schaalgrootte van de Centra voor Levensvragen

Op basis van de interviews en documenten hebben we verschillende opties en de voor- en nadelen daarvan uitgewerkt in een notitie. Hierin hebben we de uitkomsten van de stakeholderanalyse uitgevoerd door Berenschot (zie bijlage 5) meegenomen. Deze notitie hebben we vervolgens besproken met het ministerie van VWS en met veldpartijen¹¹¹, waarna we de opties aangescherpt en geconcretiseerd hebben. Het resultaat hiervan vindt u in de volgende paragrafen, waarin we per verbeterpunt een aantal opties en de voor- en nadelen daarvan beschrijven.

3.2.1 Reikwijdte volwassenendoelgroep

Gegeven de beperkte, afnemende middelen én de bredere behoefte aan geestelijke verzorging ligt het voor de hand om te kijken naar de reikwijdte van de doelgroep van de Regeling GV thuis. In het onderstaande kader beschrijven we kort de aanleiding en huidige situatie.

Aanleiding en huidige situatie

Voor de komst van de regeling was de toegang tot geestelijke verzorging in de thuissituatie zeer beperkt, terwijl de samenleving vergrijst, ouderen langer thuis blijven wonen en zorg ook steeds meer verplaatst naar de thuissituatie. Voor mensen die in een instelling verblijven (intramuraal) was de toegang tot geestelijke verzorging wel geregeld via de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Dit verschil zorgde destijds voor discussie over toegang tot geestelijke verzorging in de thuissituatie.

Om bekostiging van geestelijke verzorging in de thuissituatie voor de palliatieve én 50+ doelgroep te kunnen realiseren is destijds de pragmatische keuze gemaakt om de Regeling Palliatieve Terminale Zorg uit te breiden met de Regeling GV thuis. Daarmee is de scope van de Regeling destijds verbreedt wat betreft doelstelling (inclusief geestelijke verzorging) en doelgroep (inclusief niet-palliatieve mensen van 50 jaar en ouder).

De Regeling GV thuis is er voor een volwassenendoelgroep en kinderdoelgroep, en is bedoeld voor mensen met levensvragen voor wie de

¹¹¹ VSCL, VGVZ, Kenniswerkplaats ZonMw, Kindercentrum palliatieve zorg



ondersteuning vanuit het eigen netwerk en de reguliere zorgverlening niet volstaat ¹¹².

De volwassenendoelgroep bestaat uit meerderjarige palliatieve patiënten en hun meerderjarige naasten (de palliatieve doelgroep) en uit mensen van 50 jaar en ouder met een zingevingsvraag (de 50+ doelgroep). Deze reikwijdte van de volwassenendoelgroep heeft enkele voor- en nadelen.

Voordelen:

- Dit vergroot de toegankelijkheid van geestelijke verzorging in de thuissituatie voor zowel de palliatieve doelgroep als de 50+ doelgroep.

Nadelen:

- Er zijn vanuit de Regeling onvoldoende financiële middelen om geestelijke verzorging op de huidige manier aan te kunnen blijven bieden voor deze groeiende doelgroep. Door het aflopen van de coalitieakkoordmiddelen daalt het beschikbare bedrag voor de Regeling GV thuis na 2028 (zie paragraaf 3.1.3) en gezien de (geo-)politieke ontwikkelingen lijkt het onwaarschijnlijk dat er vanuit de Regeling meer geld beschikbaar komt voor Geestelijke Verzorging in de thuissituatie ^{113, 114}.
- Mensen jonger dan 50 jaar met zingevingsvragen kunnen geen gebruikmaken van de Regeling, terwijl zij daar ook behoefte aan

hebben. Dit zorgt voor leeftijdsongelijkheid en leidt tot willekeur; hier zijn alle gesproken partijen het over eens.

De kinderdoelgroep bestaat uit ernstig zieke kinderen en hun naasten, en kinderen met een ouder die palliatieve patiënt is. De afbakening van deze doelgroep wordt als wenselijk en passend ervaren en staat niet ter discussie.

Opties

Met betrekking tot de reikwijdte van de volwassenendoelgroep zijn vanuit verschillende perspectieven opties voor aanpassing aangedragen voor hoe om te gaan met het afnemende beschikbare bedrag voor de Regeling GV thuis.

De groep die hierbij niet ter discussie staat is de palliatieve doelgroep. Zoals volgt uit het huidige aandeel cliënten in de palliatieve doelgroep (ongeveer een op de drie) en volgt uit de interviews is er een duidelijke behoefte aan geestelijke verzorging onder de palliatieve doelgroep; dit is in lijn met een eerder onderzoek van de Rijksuniversiteit Groningen ¹¹⁵. Het betreft een kwetsbare groep en geestelijke verzorging kan voor deze doelgroep een belangrijke bijdrage leveren aan kwaliteit van leven. Zingeving is dan ook één van de vier dimensies voor palliatieve zorg. Daarom is het van belang dat bekostiging van geestelijke verzorging in de thuissituatie voor deze groep behouden blijft. Daarnaast is deze vorm van

¹¹² Kamerstukken II, 2018-2019, 29 509, nr. 68

¹¹³ Coalitieakkoord 2026-2030 'Aan de slag, Bouwen aan een Beter Nederland'

¹¹⁴ NOS (2026) 'Coalitieakkoord: 19 miljard voor defensie, forse bezuinigingen op zorg, uitkeringen'

¹¹⁵ RUG, ZonMw (2022) Adviesrapport integratie geestelijke verzorging – Deze laat zien dat 64% van de deelnemende aanbieders van geestelijke verzorging zich ten tijde van het onderzoek richtte op (onder andere) mensen met een ernstige ziekte, waarvan in de interviews werd aangegeven dat dit meestal mensen in de palliatieve fase betreft.



bekostiging voor deze doelgroep passend; deze Regeling is ondergebracht in de palliatieve zorg (al is destijds om pragmatische redenen gedaan) en de middelen hiervoor zijn afkomstig uit het budget voor palliatieve zorg.

De aangedragen opties voor hoe om te gaan met het afnemende beschikbare bedrag voor de Regeling GV thuis beperken zich dan ook tot de reikwijdte van de 'niet-palliatieve groep', momenteel de 50+-doelgroep.

Hieronder geven we een uitwerking van de genoemde opties.

Versmallen tot palliatieve patiënten en hun naasten

Gekozen kan worden om de Regeling GV thuis niet langer open te stellen voor de 50+-doelgroep en de reikwijdte van de volwassenendoelgroep te versmallen tot alleen de palliatieve doelgroep. Voor deze versmalling worden verschillende voor- en nadelen gezien in relatie tot de doelstellingen van de Regeling. De voornaamste:

Voordelen

- Toegang tot geestelijke verzorging blijft in deze optie geborgd voor palliatieve patiënten in de thuissituatie, net als voor palliatieve patiënten in een instelling die via de Wkkgz toegang tot geestelijke verzorging krijgen. Mogelijk wordt de toegang voor deze groep zelfs vergroot, omdat het beschikbare budget niet meer 'gedeeld' hoeft te worden met een andere doelgroep.
- Met deze afbakening blijft de Regeling faciliteren dat geestelijke verzorging in de thuissituatie onderdeel uitmaakt van het brede palet

van zorg en ondersteuning in de palliatieve zorg. Dit is van belang omdat zingeving één van de vier dimensies van palliatieve zorg is¹¹⁶.

- De afbakening van de doelgroep tot palliatieve patiënten en hun naasten sluit aan bij de oorspronkelijke focus (op palliatieve zorg) van de Regeling waar deze subsidie is ondergebracht¹¹⁷ en bij de middelen voor deze subsidie die afkomstig zijn uit het budget voor palliatieve zorg.
- Deze optie is goed uitvoerbaar vanuit de Regeling. Palliatieve patiënten en hun naasten vormen een duidelijk afgebakende groep, en er hoeft niet veel aan de Regeling zelf veranderd te worden. Hiervoor moet de doelgroep 'mensen van 50 jaar en ouder (met een zingevingsvraag)' verwijderd worden uit artikel 1a, 29 en 33 van de Regeling.

Nadelen

- Geestelijke verzorging in de thuissituatie wordt in deze optie niet langer vanuit de Regeling bekostigd voor de 50+ doelgroep, terwijl:
 - de verwachting is dat de behoefte aan geestelijke verzorging in de thuissituatie bij ouderen verder zal toenemen (door verschillende maatschappelijke en demografische ontwikkelingen, zoals het langer thuis blijven wonen en de toenemende aandacht voor zingeving) een belangrijke aanleiding voor de komst van de Regeling GV thuis
 - er onder deze doelgroep (nog steeds) behoefte is aan geestelijke verzorging; de 50+ doelgroep betreft meer dan de helft van de cliënten die vanuit de Regeling zijn geholpen binnen de volwassenendoelgroep (zie paragraaf 3.1.5)

¹¹⁶ Agora (2025) Infographic: vier dimensies van palliatieve ondersteuning

¹¹⁷ In 2019 is het onderdeel Geestelijke verzorging thuis toegevoegd aan de Regeling Palliatieve Terminale Zorg. Daarmee is de Regeling verbreed wat betreft doelstelling (inclusief geestelijke verzorging) en doelgroep (inclusief niet-palliatieve mensen).



Voor de mensen die onder de 50+ doelgroep vallen betekent dit dat zij hierdoor voor hulp bij levensvragen afhankelijk worden van:

- andere zorg en ondersteuning (bijvoorbeeld vanuit hun sociale omgeving of van andere zorg- en hulpverleners), waar niet de expertise van een geestelijk verzorger aanwezig is maar hier mogelijk wel een bijdrage aan kan leveren¹¹⁸.
- andere bekostigingsvormen voor hulp van een geestelijk verzorger, welke niet altijd en overal beschikbaar zijn (zie deelopdracht 4 onder paragraaf 3.1.3).
- Er ontstaat een verschil in toegang tot geestelijke verzorging die eerder met de komst van deze Regeling was weggenomen. Voor mensen binnen de 50+ doelgroep die niet palliatief zijn wordt geestelijke verzorging wel bekostigd als zij intramuraal Wlz-zorg ontvangen, maar niet meer als zij Wlz-zorg in de thuissituatie ontvangen.
- Het afbakenen van de doelgroep maakt het lastiger om de meerwaarde van geestelijke verzorging thuis voor de 50+ doelgroep (en eventuele subgroepen daarbinnen) in de praktijk te toetsen. Het kan dan lastiger worden om ervaringen en gegevens te verzamelen om de meerwaarde te onderbouwen.

Nieuwe doelgroep-indeling voor niet-palliatieve volwassenen

Gekozen kan worden om de huidige 50+ doelgroep los te laten en om een nieuw doelgroep te definiëren voor de niet-palliatieve volwassenen die het meest gebaat zijn met geestelijke verzorging; hierin kunnen eventueel ook mensen jonger dan 50 jaar in meegenomen worden. We zien hiervoor grofweg twee mogelijkheden die eventueel in combinatie kunnen bestaan:

- *Op basis van kenmerken van de zingelevingsvraag* - Geestelijke verzorging alleen (getrapt) aanbieden aan de mensen die het meest gebaat zijn bij geestelijke verzorging op basis van triage (met inachtneming van het ABC-model in aansluiting op het ABC-model¹¹⁹), waarbij geestelijke verzorging kan worden geboden aan iedereen die aan de gehanteerde (strikte) triage-criteria voldoet (bijvoorbeeld alleen op basis van doorverwijzing, voor thuiswonenden met een Wlz-indicatie en mensen in geestelijke nood).
- *Op basis van kenmerken van de persoon* - Geestelijke verzorging aanbieden aan doelgroepen die bepaalde kenmerken delen. Hierbij kun je bijvoorbeeld denken aan doelgroepen waarvoor nu op enkele plaatsen al alternatieve financiering voor gevonden wordt (maar op veel plaatsen ook niet) zoals slachtoffers van de kinderopvangtoeslagaffaire, mensen met suïcidale gedachten, hun naasten en nabestaanden, en mensen met een UWV-uitkering

Voor een dergelijke herziening van de doelgroepen worden verschillende voor- en nadelen gezien. De voornaamste zijn:

Voordelen

- Door de huidige doelgroepen los te laten en een nieuwe doelgroep te definiëren kan vanuit de Regeling geestelijke verzorging beschikbaar gesteld worden voor de mensen die er het meest bij gebaat zijn. Daarmee kan de doeltreffendheid van de Regeling worden vergroot.
- Op deze manier kunnen de schaarse middelen voor Geestelijke Verzorging Thuis ingezet worden voor de groep die er het meest bij gebaat is.

¹¹⁸ Berenschot (2024) Stakeholderanalyse geestelijke verzorging thuis

¹¹⁹ Het ABC-model, dat staat voor Aandacht, Begeleiding en Crisisinterventie, biedt houvast voor het afbakenen van de rol van de geestelijk verzorgers en andere ondersteuning (zie: Palliaweb)



Nadelen

- Een dergelijke herziening van de doelgroepen lijkt op dit moment nog niet haalbaar. Om tot een dergelijke nieuwe doelgroep te komen is er op dit moment nog onvoldoende kennis beschikbaar uit onderzoek en inzichten vanuit de praktijk, namelijk over:
 - de mate waarin verschillende groepen gebaat zijn bij het ontvangen van geestelijke verzorging, om tot een nieuwe, onderbouwde doelgroepen te komen;
 - welke groepen volwassenen vervolgens het meest gebaat zijn bij het ontvangen van geestelijke verzorging;
 - hoe, door middel van triage, aan de voorkant kan worden bepaald wie het meest gebaat zijn bij geestelijke verzorging (trialogeprotocol).
- Het inrichten van een triageproces vraagt om extra menskracht vanuit de Centra voor Levensvragen.
- Indien de herziene doelgroepen (naast de palliatieve doelgroep) ook een of meerdere niet-palliatieve doelgroepen betreffen is – voor deze niet-palliatieve doelgroepen - de huidige manier van bekostiging op de lange termijn minder passend, omdat dit is ondergebracht bij palliatieve zorg en de middelen afkomstig zijn vanuit het budget voor palliatieve zorg.

Door de Centra voor Levensvragen en ZonMw is aangegeven dat idealiter de leeftijdsgrens losgelaten zou moeten worden en daarmee de reikwijdte van de doelgroep verbreed zou moeten worden met mensen jónger dan 50 jaar. Als redenen hiervoor worden genoemd:

- *Dat levensvragen niet leeftijdsgebonden zijn* – Uit de praktijk en uit onderzoek blijkt dat ook mensen jonger dan 50 jaar behoefte hebben aan gespecialiseerde hulp van geestelijk verzorgers bij levensvragen

(zie paragraaf 3.1.4), waardoor de huidige reikwijdte van de doelgroep zorgt voor leeftijds-ongelijkheid.

- *Dat voor iedereen voor wie de hulp bij levensvragen vanuit het eigen netwerk en de reguliere zorgverlening niet volstaat geestelijke verzorging op een laagdrempelige manier toegankelijk zou moeten zijn* – Zingeving is, naast een van de vier dimensies van palliatieve zorg, ook een van de zes dimensies van positieve gezondheid¹²⁰. Daarmee is zingeving voor iedereen van belang en zou idealiter iedereen voor wie hulp bij levensvragen vanuit het eigen netwerk en de reguliere zorgverlening niet volstaat toegang moeten hebben tot geestelijke verzorging. Bovendien verwachten veldpartijen dat hulp bij levensvragen preventief kan werken en elders (bijvoorbeeld in de zorg) geld kan besparen. Daarbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat het maatschappelijk rendement van geestelijke verzorging nog om meer onderzoek vraagt (hier is aandacht voor in het door het ministerie van VWS bekostigde ZonMw-programma Zingeving en Geestelijke Verzorging dat loopt tot en met 2028).

Niet uitgewerkte optie(s)

Het zónder triage verbreden van de doelgroep – en het huidige aanbod aan geestelijke verzorging vanuit de Regeling voor meer mensen beschikbaar stellen – is gegeven de middelen die hiervoor beschikbaar zijn gesteld (en de afname daarvan de komende jaren, zie paragraaf 3.1.3) momenteel niet haalbaar; ook hebben we geen zicht op de hiervoor

¹²⁰ Website: MijnPositieveGezondheid.nl



benodigde en beschikbare capaciteit van geestelijke verzorging¹²¹. Deze optie werken we daarom in deze rapportage niet verder uit. Met daarbij de kanttekening dat dit de Centra voor Levensvragen niet moet verhinderen om geestelijke verzorging aan te bieden aan mensen voor wie geen bekostiging beschikbaar is vanuit de Regeling. Geestelijk verzorging kan voor deze mensen mogelijk bekostigd worden vanuit alternatieve financiering of eigen middelen van mensen; op enkele plaatsen gebeurt dit ook al (zie 'Overige financiering in paragraaf 3.1.3).

Afweging opties en aanbeveling(en)

Alle opties hebben duidelijk nadelen en er volgt geen optimale keuze uit. Idealiter worden de schaarse beschikbare middelen ingezet voor de mensen die het meest gebaat zijn bij geestelijke verzorging in de thuissituatie. Zoals aangegeven staat hierbij niet ter discussie dat de Regeling beschikbaar moet blijven voor de palliatieve doelgroep. Of en voor welke niet-palliatieve mensen het passend zou zijn dat zij ook aanspraak kunnen maken op de Regeling- gégeven de schaarse beschikbare middelen – is op dit moment niet goed te onderbouwen.

Hiervoor is meer inzicht nodig in wat geestelijke verzorging oplevert voor de niet-palliatieve groep en subgroepen daarbinnen om goed onderbouwd beleid te kunnen maken op wie na het aflopen van de coalitieakkoord-middelen van Kabinet-Rutte IV wel en niet gebruik kan maken van de schaarse middelen van de Regeling. Hiervoor moet meer inzicht geboden worden in wie het meest gebaat zijn bij geestelijke verzorging (met

inachtneming van het ABC-model¹²²) en is nodig dat dat vertaald wordt naar landelijke toegangscriteria en een bijbehorend triage-protocol.

Als de benodigde inzichten en bijbehorende criteria helder zijn, kan op basis hiervan de Regeling wellicht opengesteld worden voor betreffende niet-palliatieve doelgroepen, uiteraard binnen de beschikbare financiële kaders. Ook bieden deze inzichten een basis om voor de langere termijn structurele, alternatieve financiering te zoeken die beter past bij deze niet-palliatieve doelgroepen.

Aan de hand hiervan doen we de volgende aanbevelingen:

→ **Aanbeveling 15:** Geestelijk verzorging in de thuissituatie voor de palliatieve doelgroep voorlopig blijven bekostigen vanuit de Regeling.

→ **Aanbeveling 16:** Eventueel de verlenging van de huidige subsidieperiode met één jaar (tot en met 2027) gebruiken om tot goed onderbouwd beleid te komen voor wie binnen de niet-palliatieve doelgroep wel en niet gebruik kunnen maken van de schaarse middelen van de Regeling na het aflopen van de coalitieakkoordmiddelen van Kabinet-Rutte IV. Hiervoor is nodig dat:

→ **Aanbeveling 16a:** Het veld op zeer korte termijn de benodigde inzichten biedt over wie binnen de niet-palliatieve doelgroep het meest gebaat zijn bij geestelijke verzorging (met inachtneming van het ABC-model).

→ **Aanbeveling 16b:** Het ministerie van VWS, op basis van deze inzichten en in afstemming met het veld, de reikwijdte van de Regeling in heroverweging neemt.

¹²¹ Berenschot (2024) Stakeholderanalyse geestelijke verzorging thuis – Hierin wordt aangestipt dat er niet genoeg gekwalificeerde geestelijk verzorgers zijn om iedereen met elke levensvraag te kunnen helpen.

¹²² Het ABC-model, dat staat voor Aandacht, Begeleiding en Crisisinterventie, biedt houvast voor het afbakenen van de rol van de geestelijk verzorgers en andere ondersteuning (zie: Palliaweb)



Bij de beantwoording van deelvraag 6 in paragraaf 3.2.5 doen we aanbevelingen voor alternatieve financieringsmogelijkheden (voor niet-palliatieve doelgroepen).

3.2.2 Bekostigde coördinerende activiteiten

In artikel 29 lid 1 van de Regeling staat dat de subsidie, naast inzet voor geestelijk verzorgers, ingezet kan worden voor de '*daarmee samenhangende coördinerende activiteiten*'; deze coördinerende activiteiten kunnen bekostigd worden vanuit de bureaunkosten (evenals accountantskosten en lidmaatschap van de Vereniging Samenwerkende Centra voor Levensvragen), welke zijn gemaximeerd op 22,7% van het beschikbare budget.

Met het oog op de doeltreffend- en doelmatigheid van de Regeling, en specifiek voor het vraagstuk van de passendheid van het maximale overheadpercentage (zie paragraaf 3.1.6), kan worden gekeken naar welke coördinerende activiteiten bekostigd moeten worden vanuit de Regeling GV thuis.

Huidige situatie

Momenteel biedt de Regeling ruimte voor een brede interpretatie van de 'coördinerende activiteiten'.

Voordelen:

- Dit biedt de regionale Centra voor Levensvragen de ruimte om uiteenlopende activiteiten uit te voeren vanuit de bureaunkosten en

daarmee bij te dragen aan de doelen van de Regeling.

Deze ruimte wordt gebruikt. Zoals toegelicht in de vorige evaluatie (zie pagina 19) voeren de Centra voor Levensvragen uiteenlopende activiteiten uit. Daarmee geven ze uitvoering aan diverse taken die zij vanuit het ministerie van VWS hebben ontvangen (variërend van matching en facturering tot het vergroten van bekendheid en kennisontwikkeling, zie paragraaf 3.1.6). Het ministerie van VWS acht het daarentegen wenselijk dat de beschikbare middelen primair ten goede komen aan dienstverlening aan de doelgroep.

- Dit biedt de regionale Centra voor Levensvragen ruimte voor regionaal maatwerk, om per regio te kijken op welke manier het meest bijgedragen kan worden aan de doelen van de Regeling.

Nadelen:

- Dit zorgt ervoor, in combinatie met het gemaximeerde bedrag voor bureaunkosten, dat een beperkt deel van het beschikbare budget ingezet kan worden voor taken als het bouwen aan infrastructuur en vergroten van de bekendheid, terwijl in de stakeholderanalyse van Berenschot¹²³ wordt aangegeven dat hier juist op ingezet moet worden en minder ingezet moet worden op (maximalisering van) de levering van geestelijke verzorging als zodanig.
- Dit heeft, in combinatie met beperkte structurele en uniforme monitoring en verantwoording vanuit het veld (zie status deelopdrachten in paragraaf 3.1.7), bijgedragen aan het beperkte inzicht dat er actueel is in de daadwerkelijke omvang van de verschillende coördinerende activiteiten die worden uitgevoerd vanuit de Centra voor Levensvragen (zie paragraaf 3.1.6).

¹²³ Berenschot (2024) Stakeholderanalyse geestelijke verzorging thuis



Opties

Voor bekostigde coördinerende activiteiten zien we een aantal opties. Deze lichten we hieronder toe.

Beperken tot 'matching en facturering'

De coördinerende activiteiten die worden bekostigd vanuit de Regeling, kunnen worden beperkt tot 'matching en facturering'. Dit betekent een engere interpretatie van de Regeling; een deel van de coördinerende activiteiten die nu vanuit de Regeling bekostigd worden kunnen dan niet meer vanuit de Regeling bekostigd worden.

Voordelen

- Dit biedt een duidelijke afbakening van coördinerende activiteiten die vanuit de Regeling bekostigd kunnen worden.
- Het percentage dat ingezet mag worden voor de bureaunkosten kan naar beneden worden bijgesteld, waardoor er meer budget overblijft voor de inzet van geestelijk verzorgers.
- Dit kan bijdragen aan meer uniformiteit in de uitvoering van activiteiten door de Centra voor Levensvragen.

Nadelen

- De focus van de Regeling komt vooral te liggen op de levering van geestelijke verzorging in de thuissituatie, terwijl uit de stakeholder-analyse van Berenschot volgt dat er aandacht moet blijven voor de infrastructuur (inclusief bekendheid onder doorverwijzers).
- De engere interpretatie biedt de Centra voor Levensvragen niet langer de mogelijkheid om bij te dragen aan de brede doelstellingen van de Regeling, waaronder het verder vergroten van bekendheid (onder burgers, professionals en organisaties), het voorzien in effect-monitoring, de verdere professionalisering en uniformering van het

veld, en het inzetten op kennisontwikkeling en kennisdeling. Dit zou onder andere ten koste gaan van de toegankelijkheid van de Regeling en de kwaliteit van het aanbod.

Verbreden van primaire taak met huidige, coördinerende activiteiten

Bepaalde taken van de Centra voor Levensvragen (bijvoorbeeld het vergroten van bekendheid van geestelijke verzorging in de thuissituatie en kennisontwikkeling en – deling) kunnen aangemerkt worden als onderdeel van het primaire proces en specifiek opgenomen worden in de Regeling. Deze taken vallen dan niet meer onder de (gemaximeerde) bureaunkosten, maar onder een aparte kostenpost.

Voordelen

- Daarmee kan de Regeling directer aansluiten bij de doelen van het ministerie van VWS.
- Het biedt de mogelijkheid om meer te sturen op welke activiteiten moeten worden uitgevoerd door de Centra voor Levensvragen.
- Door bepaalde taken als een aparte kostenpost op te nemen kan beter inzichtelijk gemaakt worden hoe het beschikbaar gestelde budget benut wordt.
- Het percentage voor de bureaunkosten kan naar beneden worden bijgesteld, omdat de betreffende taken dan niet meer onder de bureaunkosten vallen.

Nadelen

- Het zorgt ervoor dat er minder budget beschikbaar is voor de inzet van geestelijk verzorgers.
- Het zorgt voor meer administratieve lasten bij de Centra voor Levensvragen en DUS-I als het gaat om verantwoording van de subsidie.



- Meer inzicht in de huidige omvang én benodigde omvang van de coördinerende activiteiten is nodig om dit vorm te geven.

Afweging opties en aanbeveling(en)

De optie van het beperken van de coördinerende activiteiten bekostigd vanuit de Regeling tot 'matching en facturering' is in onze ogen onwenselijk met het oog op de doelen van de Regeling. Voor het bieden van geestelijke verzorging in de thuissituatie is het van belang dat er ook aandacht is en blijft voor de benodigde 'infrastructuur', zoals ook volgt uit de stakeholder-analyse van Berenschot (zie bijlage 5). Om te zorgen voor een goede toegankelijkheid van geestelijke verzorging in de thuissituatie is het bijvoorbeeld nodig dat de verbinding met de (palliatieve) zorg en het sociaal domein verder versterkt en onderhouden wordt. Als de bekostigde coördinerende activiteiten beperkt worden tot 'matching en facturering' zou het ervoor kunnen zorgen dat geestelijke verzorging minder onder de aandacht gebracht kan worden van doorverwijzers, waardoor doorverwijzers de Centra voor Levensvragen minder goed kunnen vinden en de integratie in de (palliatieve) zorg en het sociaal domein bemoeilijkt wordt.

De optie van het verbreden van de primaire taken van de Centra voor Levensvragen zou voor meer duidelijkheid over en sturing op de kerntaken van de Centra voor Levensvragen kunnen zorgen. Echter is onvoldoende inzichtelijk welke taken dan opgenomen zouden moeten worden als primaire taak en wat een passende omvang van deze kostenpost zou zijn (en de resterende bureaunkosten). Deze optie is daarom niet haalbaar op korte termijn. Voor de langere termijn zouden het ministerie van VWS en de VSCL gezamenlijk kunnen bepalen óf en welke kerntaken als primaire

taak opgenomen kunnen worden, uitgaande van de doelen van de Regeling, en wat een passende omvang hiervoor is. Hiervoor is nodig dat vanuit de Centra voor Levensvragen gestructureerd bijgehouden wordt waaruit coördinerende activiteiten bestaan en vooral ook wat de omvang daarvan is. De gegevens die ter verantwoording van de subsidie met DUS-I worden gedeeld zijn hiervoor ontoereikend, zoals toegelicht in paragraaf 4.7 van de vorige evaluatie¹²⁴.

Voor de korte termijn blijft dan als enige optie over het behouden van de huidige situatie.

Resumeren volgen hieruit twee aanbevelingen:

→ **Aanbeveling 17:** Voor in ieder geval het komende subsidiejaar de huidige kostensoorten behouden.

→ **Aanbeveling 18:** Voor de volgende subsidieperiode samen met de VSCL en VGVZ onderzoeken welke taken van Centra voor Levensvragen als primaire taak opgenomen kunnen worden, uitgaande van de doelen van de Regeling, en wat een passende omvang van deze taken is.

3.2.3 Inzet van geestelijk verzorgers

Vanuit de Regeling kunnen geestelijk verzorgers ingezet worden voor het bieden van individuele consulten en groepsconsulten in de thuissituatie, voor deelname aan multidisciplinair overleg en voor het geven bijscholing van aan zorgverleners en vrijwilligers. In aanvulling daarop kunnen Centra voor Levensvragen (geschoolde) vrijwilligers inzetten.

¹²⁴ Bureau HHM (2023) Evaluatie Regeling geestelijke verzorging thuis



Met het oog op doeltreffend- en doelmatigheid van de Regeling kan gekeken worden naar mogelijkheden om vanuit de Regeling meer te sturen op de inzet van geestelijk verzorgers. Hieronder lichten we eerst de huidige situatie toe.

Huidige situatie

In welke mate geestelijk verzorgers voor deze drie afzonderlijke activiteiten worden ingezet wordt door de Regeling vrijgelaten. Verder is de Regeling niet gericht op inzet van vrijwilligers vanuit de Centra voor Levensvragen

Voordelen:

- Het biedt de Centra voor Levensvragen de ruimte om aan te sluiten bij regionale behoeften en zelf te bepalen welke mate ingezet wordt op de verschillende activiteiten.

Nadelen:

- Het biedt ruimte voor regionale verschillen in aanbod.
- Het biedt Centra voor Levensvragen ruimte om, naar eigen inzicht, niet of beperkt in te zetten op deelname aan MDO en het bieden van bijscholing. Dit kan mogelijk ten koste gaan van de doelmatige inzet van geestelijk verzorgers en van de integratie in/met zorg en welzijn.

Door meer te sturen op deelname aan multidisciplinair overleggen, het geven van bijscholing, en meer gebruik te maken van vrijwilligers kan het bereik van geestelijke verzorging mogelijk vergroot worden. Dit lichten we hieronder toe.

Opties

Budget oormerken voor deelname aan multidisciplinair overleg

Om deelname aan multidisciplinair overleggen te stimuleren kan een deel van het budget hiervoor geoormerkt worden.

Voordelen

- Dit kan bijdragen aan meer deelname aan multidisciplinaire overleggen waardoor:
 - de bekendheid en toegankelijkheid van geestelijke verzorging mogelijk verder vergroot kan worden; zoals volgt uit de stakeholderanalyse van Berenschot leidt deelname aan MDO's ervoor dat doorverwijzers de Centra voor Levensvragen beter weten te vinden.
 - de verbinding met zorg en welzijn verder versterkt kan worden, doordat geestelijk verzorgers daarbij samen om tafel zitten met deze domeinen.
 - overlap in hulpverlening, onnodige verwijzing naar zwaardere zorg en medicalisering deels voorkomen kan worden.
- Het kan bijdragen aan meer uniformiteit in de inzet van geestelijk verzorgers vanuit de Centra voor Levensvragen.

Nadelen

- Het is niet (altijd) nodig om deelname aan MDO te bekostigen vanuit de Regeling, soms is hier aanvullende bekostiging voor beschikbaar. Budget dat geoormerkt is voor MDO's kan, als MDO's al op een andere manier bekostigd worden, niet meer ingezet worden voor bijvoorbeeld consulten.

Budget oormerken voor bijscholing aan zorgverleners en vrijwilligers

Om bijscholing aan zorgverleners en vrijwilligers te stimuleren kan overwogen worden om een deel van het budget hiervoor te oormerken.



Voordelen

- Dit kan bijdragen aan meer bijscholing aan zorgverleners en vrijwilligers, waardoor:
- de bekendheid van geestelijke verzorging wordt vergroot,
- er meer aandacht is voor zingevingsvraagstukken in reguliere processen van zorg en ondersteuning,
- meer mensen (enige vorm van) hulp bij levensvragen kunnen ontvangen,
- doorverwijzers geestelijke verzorgers beter weten te vinden.
- Het kan bijdragen aan meer uniformiteit in de inzet van geestelijk verzorgers onder de Centra voor Levensvragen.

Nadelen

- Het is niet (altijd) nodig om bijscholing te bekostigen vanuit de Regeling. Vanuit de Centra voor Levensvragen wordt aangegeven dat organisaties vaak gewend zijn om zelf voor bijscholing te betalen en dat het nu vaak al gebeurt dat zorgorganisaties zelf betalen voor bijscholing door geestelijk verzorgers.
- Als er beperkt gebruik wordt gemaakt van bijscholing kan een deel van het budget onderbenut blijven als middelen niet aan andere activiteiten mogen worden besteed. Vanuit Centra voor Levensvragen wordt bijvoorbeeld aangegeven dat vanuit de zorg er niet altijd tijd beschikbaar is voor het volgen van bijscholing door geestelijk verzorgers.

Meer gebruikmaken van vrijwilligers

De inzet van vrijwilligers kan waardevol zijn¹²⁵. Om te stimuleren dat er meer gebruikgemaakt wordt van (geschoolde) vrijwilligers, binnen de A van

aandacht en ter ondersteuning van geestelijk verzorgers, kan de werving en coördinatie van vrijwilligers als aparte taak voor de Centra voor Levensvragen opgenomen worden in de Regeling. Op dit moment maakt dit geen specifiek onderdeel uit van de Regeling.

Voordelen

- Dit kan bijdragen aan meer inzet van (geschoolde) vrijwilligers, waardoor:
 - Mogelijk meer mensen (vanuit hetzelfde budget) bereikt kunnen worden met hulp bij levensvragen.
 - Geestelijk verzorgers meer tijd over houden voor de complexere levensvragen.
- Het kan bijdragen aan meer uniformiteit in de inzet van geestelijk verzorgers onder de Centra voor Levensvragen. Momenteel maakt ongeveer de helft van de Centra voor Levensvragen gebruik van de inzet van vrijwilligers, de andere helft (nog) niet.

Nadelen

- De werving en coördinatie van vrijwilligers kost tijd en geld, en het lijkt onwaarschijnlijk dat hiervoor extra budget beschikbaar gesteld kan en gaat worden vanuit het ministerie van VWS.
- Het is nog beperkt inzichtelijk hoe vrijwilligers het beste kunnen worden ingezet bij levensvragen. Vanuit Centra voor Levensvragen wordt aangegeven dat dit binnen de Kenniswerkplaats Zingeving (door middel van een rendementsanalyse) verder wordt onderzocht.

¹²⁵ Verwey-Jonker Instituut en Ecorys (2013) Gezien en gehoord Maatschappelijk rendement van project Motto: zingeving en levensvragen bij ouderen (betreft een project waarbij vrijwilligers worden ingezet voor ondersteuning rond zingeving en levensvragen)



Afweging opties en aanbeveling(en)

Omdat zowel deelname aan MDO als het bieden van bijscholing aan zorgverleners en vrijwilligers in een deel van de gevallen met alternatieve middelen bekostigd wordt, adviseren we om voor deze activiteiten géén budget te oormerken. Door het oormerken van budget voor deze inzetten zou dit budget bijvoorbeeld niet meer ingezet worden voor het bieden van consulten en onbenut kunnen blijven, ook niet als deelname en MDO en het bieden van bijscholing al op een alternatieve manier bekostigd wordt. Ook zou het een prikkel om alternatieve financiering te zoeken weg kunnen nemen.

Het níét oormerken van budgetten zou waarschijnlijk wel betekenen dat deelname aan MDO en het bieden van bijscholing deels buiten de Regeling om plaats blijft vinden. Hierdoor blijft het vanuit beleid beperkt inzichtelijk hoe vaak dit plaatsvindt, terwijl dit wel nodig is om beleid goed te informeren. Daarom zou het goed zijn als centraal bijgehouden wordt, in bijvoorbeeld factsheets of een dashboard, hoe vaak geestelijk verzorgers ingezet vanuit de Centra voor Levensvragen worden voor verschillende activiteiten (ook buiten de Regeling) en wat daarmee bereikt wordt. Dit zou, in algemene zin, ook bij kunnen dragen en de verdere professionalisering van de Centra voor Levensvragen. Dit zouden de Centra voor Levensvragen, middels VSCL, op korte termijn op kunnen pakken.

Omdat met inzet van vrijwilligers de doelmatigheid van de inzetten van geestelijk verzorgers mogelijk vergroot kan worden is het nodig dat verder onderzocht wordt hoe vrijwilligers het beste kunnen worden ingezet. Momenteel is dit nog onvoldoende duidelijk om te beoordelen of en hoe de Regeling hieraan kan bijdragen. Hiervoor kan verder gebouwd worden

op de ervaringen die Centra voor Levensvragen hier al mee hebben opgedaan (zie paragraaf 3.1.6). Ook kan hiervoor mogelijk geleerd worden van kennis en ervaring rond de werving, scholing en inzet van vrijwilligers in de palliatieve zorg.

→ **Aanbeveling 19:** Geen budget oormerken voor deelname aan MDO en ook geen budget oormerken voor het bieden van bijscholing aan zorgverleners en vrijwilligers.

→ **Aanbeveling 20:** Centraal bijhouden hoe vaak geestelijk verzorgers (en rouw- en verliesbegeleiders) ingezet worden – óók buiten de Regeling om – voor de verschillende activiteiten en wat daarmee bereikt wordt, vanuit zowel de Centra voor Levensvragen als het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg.

→ **Aanbeveling 21:** Verder onderzoeken op welke manier vrijwilligers ingezet kunnen worden ter ondersteuning van geestelijk verzorgers om de doelmatigheid van de inzet van geestelijk verzorgers verder te vergroten, en hoe hier vanuit de Regeling mogelijk aan bijgedragen kan worden.

3.2.4 Schaalgrootte

Aangewezen instellingen kunnen aanspraak maken op de subsidie. Met het oog op doeltreffend en doelmatigheid kan naar de schaalgrootte van de Centra voor Levensvragen gekeken worden.

Huidige situatie en historie

De aangewezen subsidieaanvragers zijn gedurende de looptijd van de regeling veranderd. In de jaren 2019 t/m 2021 bestonden de subsidieaanvragers uit de Netwerken Palliatieve Zorg (toen waren dat er 66) voor de volwassenen-doelgroep en de Netwerken Integrale Kindzorg voor de



kinder-doelgroep. Daarna, samenvallend met de verlenging van de regeling, heeft VWS aangestuurd op regionale samenwerking in de vorm van nieuwe rechtspersonen.

Het aantal subsidieaanvragers is toen sterk verminderd en ze bestaan nu uit 15 zelfstandige Centra voor Levensvragen voor de volwassenen-doelgroep (met daaronder in een aantal gevallen meerdere lokale Centra voor Levensvragen) en het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg (n=1) voor de doelgroep kinderen.

Voordelen:

- Hierdoor is de schaalgrootte toegenomen¹²⁶ en kon het beschikbare budget doelmatiger ingezet worden.
- Hierdoor kan er binnen de gebieden die door de subsidieaanvragers bediend worden meer met budgetten geschoven worden zodat deze zo goed mogelijk benut kunnen worden.

Nadelen:

- Deze verandering van schaalgrootte was ingrijpend voor de Centra voor Levensvragen (zie paragraaf 5.5 van de vorige evaluatie).
- Voor de uitvoering is soms een kleinere schaal wenselijk. Dit wordt in een aantal gevallen ondervangen door meerder lokale Centra voor Levensvragen te hebben onder een regionaal Centrum voor Levensvragen.

Opties

De huidige situatie behouden

Er kan gekozen worden om de huidige situatie met 15 regionale Centra voor Levensvragen en het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg als de subsidieaanvragers te behouden.

Voordelen

- Het benut de bestaande structuur.
- Het zou de Centra voor Levensvragen rust bieden (aanvullend op de pas op de plaats die na vorige evaluatie is gemaakt) en hen daarmee ruimte bieden om zich verder te ontwikkelen.
- Met betrekking tot de kinderdoelgroep lijkt de huidige schaalgrootte de meest doeltreffende en doelmatige optie. Deze staat niet ter discussie

Nadelen

- Mogelijk zou met een andere indeling/schaalgrootte de doeltreffendheid en/of doelmatigheid van de Centra voor Levensvragen vergroot kunnen worden, al is dit onzeker en vragen wijzigingen in indeling/schaalgrootte om aanzienlijke investeringen.

Niet uitgewerkte optie(s)

Een aantal opties voor verandering van de schaalgrootte van Centra voor Levensvragen zijn in de praktijk niet haalbaar, of zijn niet passend bij de doelstellingen van de Regeling. Deze opties werken we daarom niet verder uit.

¹²⁶ Daarnaast is er sinds december 2022 de Vereniging Samenwerkende Centra voor Levensvragen (VSCL), waarin de Centra voor Levensvragen op landelijke schaal samenwerken en op die manier van elkaar van en met elkaar kunnen leren en ontwikkelen. Dit heeft tot een schaalvergroting in de uitvoering geleid.



Dit gaat om:

- Aansluiten bij de huidige indeling van netwerken palliatieve zorg
Momenteel zijn er 64 netwerken palliatieve zorg, wat zou betekenen dat de Centra voor Levensvragen opgeknipt moeten worden. Dit zou naar verwachting ongunstig zijn voor de doelmatigheid van de Regeling.
- Opgaan in de huidige netwerken palliatieve zorg. Ook bij deze optie worden de Centra voor Levensvragen opgeknipt. Daarnaast zou het betekenen dat de netwerken op twee manieren moeten verbreden: naast netwerkorganisaties worden ze dan ook uitvoerende organisaties, bovendien is geestelijke verzorging niet alleen voor palliatieve patiënten¹²⁷ en zou het ook een verbreding van de doelgroep betekenen. De VSCL geeft hierover aan dat samenwerking met de Netwerken Palliatieve Zorg essentieel is, maar dat hierin opgaan geen optie is.
- Aansluiten bij de indeling van de zorgkantoren (n=31). Ook bij deze optie moeten de Centra voor Levensvragen opgeknipt worden. Dan kan ook nog overwogen worden om aan te sluiten bij de regio's van de 7 concessiehouders van de zorgkantoren, maar dit gaat niet over aaneengesloten gebieden, wat niet praktisch is.
- Indeling loslaten en verdeling budget aan het veld overlaten. Net als bij de kinder-doelgroep zou het budget via één organisatie beschikbaar gesteld kunnen worden, om vervolgens (op basis van inwoneraantal) zelf te verdelen. Maar daar zitten een aantal haken en ogen aan; zo gaat het anders dan bij de kinderdoelgroep niet om één organisatie die de verschillende regio's bedient, maar om allemaal verschillende organisaties die samen heel Nederland bedienen.

- Samenvoegen Centra voor Levensvragen. Dan kan nog overwogen worden om alle Centra voor Levensvragen samen te voegen tot één organisatie (zoals bij de kinderdoelgroep het geval is), maar daar zitten verschillende haken en ogen aan. Voor de korte termijn zou het veel onrust brengen en afbreuk doen aan wat er regionaal is opgebouwd. Voor de lange termijn is het de vraag is of dit past bij het verminderen van de subsidieafhankelijkheid en de mogelijkheid om in te spelen op lokale en regionale kansen.

Afweging opties en aanbeveling(en)

De beschreven opties laten zien dat verandering van de schaalgrootte van de kinderdoelgroep onwenselijk is en dat verandering van de schaalgrootte voor de Centra voor Levensvragen voorsnog niet voor de hand ligt. Wel zou gestuurd kunnen worden op samenwerkingen om beter aan te sluiten bij de (palliatieve) zorg en het sociaal domein. Dit hangt samen met verbeterpunten op het gebied van governance en schaalgrootte voor de andere onderdelen van de Regeling. In hoofdstuk 5 gaan we hier dieper op in en doen we aanbevelingen.

3.2.5 Beantwoording tweede hoofdvraag

De tweede hoofdvraag heeft betrekking op de verbetermogelijkheden voor de doeltreffend- en doelmatigheid van de Regeling voor de toekomst. Deze beantwoorden we, aan de hand van de bijbehorende deelvragen: deelvraag 4, 5 en 6. Hierbij nemen we deelvraag 4 en 5 samen, vanwege de samenhang tussen doeltreffend- en doelmatigheid (iets moet doeltreffend zijn om doelmatig te kunnen zijn).

¹²⁷ Hierbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat de doelgroep van dit onderdeel van de Regeling mogelijk beperkt wordt tot alleen palliatieve patiënten en hun naasten. Onduidelijk is wat dit zou betekenen voor de andere mensen die momenteel geestelijke verzorging in de thuissituatie ontvangen vanuit de Centra voor Levensvragen.



Deelvraag 4 en 5: Welke kansen zijn er om meer te sturen op de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de besteding van overheidsmiddelen?

Uit de voorgaande paragrafen volgen diverse aanbevelingen die de doeltreffend- en doelmatigheid van de Regeling kunnen vergroten.

Met betrekking tot de reikwijdte van de volwassenendoelgroep doen we twee aanbevelingen (zie paragraaf 3.2.1):

→ **Aanbeveling 15:** Geestelijk verzorging in de thuissituatie voor de palliatieve doelgroep voorlopig blijven bekostigen vanuit de Regeling.

→ **Aanbeveling 16:** Eventueel de verlenging van de huidige subsidieperiode met één jaar (tot en met 2027) gebruiken om tot goed onderbouwd beleid te komen voor wie binnen de niet-palliatieve doelgroep wel en niet gebruik kunnen maken van de schaarse middelen van de Regeling na het aflopen van de coalitieakkoordmiddelen van Kabinet-Rutte IV. Hiervoor is nodig dat:

→ **Aanbeveling 16a:** Het veld op zeer korte termijn de benodigde inzichten biedt over wie binnen de niet-palliatieve doelgroep het meest gebaat zijn bij geestelijke verzorging (met inachtneming van het ABC-model).

→ **Aanbeveling 16b:** Het ministerie van VWS, op basis van deze inzichten en in afstemming met het veld, de reikwijdte van de Regeling in heroverweging neemt.

Met betrekking tot de coördinerende activiteiten die vanuit de Regeling bekostigd worden doen we twee aanbevelingen (zie paragraaf 3.2.2):

→ **Aanbeveling 17:** Voor, in ieder geval, het komende subsidiejaar de huidige kostensoorten behouden.

→ **Aanbeveling 18:** Voor de volgende subsidieperiode samen met de VSCL en VGVZ onderzoeken welke taken van Centra voor Levensvragen als primaire taak opgenomen kunnen worden, uitgaande van de doelen van de Regeling, en wat een passende omvang van deze taken is.

Met betrekking tot de inzet van geestelijk verzorgers doen we twee aanbevelingen (zie paragraaf 3.2.3):

→ **Aanbeveling 19:** Geen budget oormerken voor deelname aan MDO en ook geen budget oormerken voor het bieden van bijscholing aan zorgverleners en vrijwilligers.

→ **Aanbeveling 20:** Centraal bijhouden hoe vaak geestelijk verzorgers (en rouw- en verliesbegeleiders) ingezet worden – óók buiten de Regeling om – voor de verschillende activiteiten en wat daarmee bereikt wordt, vanuit zowel de Centra voor Levensvragen als het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg.

→ **Aanbeveling 21:** Verder onderzoeken op welke manier vrijwilligers ingezet kunnen worden ter ondersteuning van geestelijk verzorgers om de doelmatigheid van de inzet van geestelijk verzorgers verder te vergroten, en hoe hier vanuit de Regeling mogelijk aan bijgedragen kan worden.

In de voorgaande paragrafen worden deze aanbevelingen, en de afwegingen die hierbij gemaakt zijn verder toegelicht. Aanbevelingen met betrekking tot de schaalgrootte van de Centra voor Levensvragen doen we in hoofdstuk 5.

Deelvraag 6: Welke alternatieve financieringsmogelijkheden zijn er om de afhankelijkheid van de subsidieregeling in de toekomst te verminderen?

Doordat een subsidieregeling in principe tijdelijk is en doordat het beschikbare na 2028 zal dalen door het aflopen van de coalitieakkoordmiddelen van Kabinet-Rutte IV (en mogelijk al eerder om de daling



meer geleidelijk te laten verlopen) is het van belang dat mogelijkheden voor alternatieve financiering verder onderzocht en benut worden, al heeft dit nadelen.

Naar (alternatieve, structurele) financieringsmogelijkheden voor geestelijke verzorging in de thuissituatie is al vaak gekeken: voorafgaand aan de vorige evaluatie zijn een aantal verkenningen van financieringsmogelijkheden uitgevoerd (zie bijlage 6 van de vorige evaluatie¹²⁸), tijdens de vorige evaluatie in 2023 is er naar alternatieven gekeken (zie paragraaf 6.3 van de vorige evaluatie), en ook in de stakeholderanalyse¹²⁹ die in 2024 door Berenschot is uitgevoerd is dit onderzocht. Dit liet zien dat er geen goede alternatieven voor financiering zijn. Uit de voorliggende evaluatie zijn geen nieuwe mogelijkheden naar voren gekomen. Wel biedt het, verder bouwend op de eerdere onderzoeken, aanknopingspunten voor de komende jaren waarin het beschikbare subsidiebedrag zal afnemen.

Op basis hiervan doen we voor de Centra voor Levensvragen een aantal aanbevelingen:

→ **Aanbeveling 22:** Onderzoeken of en wanneer cliënten gevraagd kan worden om (een deel van) de kosten zelf te betalen, bijvoorbeeld voor vervolgconsulten en mits hun financiële situatie dat toelaat. *Het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg geeft aan hier enkele positieve ervaringen mee te hebben bij de kinderdoelgroep en uit de stakeholderanalyse van Berenschot volgt dat de maatschappelijke bereidheid hiervoor toe lijkt te nemen.*

→ **Aanbeveling 23:** Zorgorganisaties vaker vragen de kosten voor scholing zelf te betalen.

Dit wordt in een aantal gevallen al gedaan en de ervaringen hiermee zijn positief.

→ **Aanbeveling 24:** Verder gaan met het zoeken naar alternatieve (lokale, doelgroepspecifieke) financieringsmogelijkheden. *Hiervoor kan aangehaakt worden bij ontwikkelingen in de zorg (bijvoorbeeld problematiek rondom wachtlijsten in de ggz en landelijke akkoorden), bij maatschappelijke ontwikkelingen (bijvoorbeeld problemen rondom mentaal welbevinden en de gevolgen van de toeslagenaffaire) en specifiek bij ontwikkelingen in het arbeidsdomein (bijvoorbeeld verzuim onder werknemers). Hiervoor kan bijvoorbeeld de link met gemeenten (als onderdeel van de Wmo) en met het ggz-domein gezocht worden.*

Kanttekening hierbij is dat het zoeken naar dergelijke financiering vaak lastig is, over het algemeen veel tijd kost en verkregen financiering vaak tijdelijk van aard is.

→ **Aanbeveling 25:** Dat de Centra voor Levensvragen inzicht vergroten in de meerwaarde van geestelijke verzorging voor specifieke doelgroepen en situaties om de kans op alternatieve financiering te vergroten. *Hiervoor is meer inzicht nodig in wat geestelijke verzorging oplevert, binnen het geheel van zorg en ondersteuning en in het ontlasten van de zorg. Naast de vragen die nu (steekproefsgewijs) aan cliënten gesteld (gaan) worden (zie resultaten deelopdracht 1 onder paragraaf 3.1.6) kan bijvoorbeeld ook naar kenmerken van cliënten gevraagd worden¹³⁰, welke ondersteuning (formeel of informeel) ze eerder al ontvangen hebben en wat dan de toegevoegde waarde van de consulten met de geestelijk verzorger was.*

¹²⁸ Bureau HHM (2023) Rapport Evaluatie GV thuis

¹²⁹ Berenschot (2024) Stakeholderanalyse geestelijke verzorging thuis; in bijlage 4 worden de uitkomsten hiervan samengevat

¹³⁰ Naar levensbeschouwing kan niet gevraagd worden, dit betreft bijzondere persoonsgegevens



Ter ondersteuning hiervan doen we een aanbeveling voor het ministerie van VWS:

→ **Aanbeveling 26:** Op ministerieel niveau de link op zoeken met de betrokken directies als duidelijk wordt welke niet-palliatieve doelgroepen het meest gebaat zijn bij geestelijke verzorging in de thuissituatie en wat dit voor hen (en voor de maatschappij) oplevert.

Mogelijk kan dit bijdragen aan een alternatieve en structurele bekostiging van geestelijke verzorging in de thuissituatie. Structurele bekostiging is nodig om een stabiele basis te bieden voor de Centra voor Levensvragen en zal ondersteunend zijn aan de verdere ontwikkeling en professionalisering van geestelijke verzorging in de thuissituatie.

4. Onderdeel Netwerken



Dit onderdeel van de subsidieregeling betreft de ondersteuning van de vorming en het onderhouden van de netwerken palliatieve zorg en netwerken integrale kindzorg teneinde de onderlinge samenwerking tussen de bij palliatieve terminale zorg betrokken organisaties en personen te versterken.

In dit hoofdstuk beschrijven we onze bevindingen met betrekking tot de doelmatig- en doeltreffendheid van het onderdeel Netwerken Palliatieve Zorg en Netwerken Integrale Kindzorg (hierna: het onderdeel netwerken).

In **paragraaf 4.1** kijken we terug op het functioneren van dit onderdeel van de Regeling in de periode 2020-2025, aan de hand van (beleids-)documenten, interviews met betrokken partijen, een uitvraag onder de Netwerken Palliatieve zorg en cijfers van DUS-I (zie bijlage 1 voor een overzicht van de documenten, interviews en gegevens). Ook beantwoorden we de eerste hoofdvraag van het onderzoek voor dit onderdeel van de Regeling.

In **paragraaf 4.2** kijken we vooruit. Voor een aantal verbeterpunten die volgen uit paragraaf 4.1 werken we verschillende verbetermogelijkheden uit, inclusief de voor- en nadelen daarvan. Op basis hiervan doen we aanbevelingen en beantwoorden we de tweede hoofdvraag voor dit onderdeel van de Regeling.



4.1 Terugblik

Om zicht te krijgen op de mate waarin het onderdeel netwerken doeltreffend en doelmatig is geweest tussen 2020 en 2025 hebben we eerst naar de doelstellingen van de Regeling gekeken en daarna naar de realisatie van deze doelstellingen. Met betrekking tot de realisatie beschrijven we wie de subsidie ontvangen hebben, de benutting van de beschikbare middelen, de resultaten die bereikt zijn met de middelen, en hoe dit onderdeel van de Regeling gewaardeerd wordt door de betrokkenen. Aan het eind van deze paragraaf beantwoorden we kort de drie deelvragen met betrekking tot de mate waarin dit onderdeel van de Regeling doeltreffend en doelmatig is geweest.

4.1.1 Doelstellingen

Om de doelstellingen van het onderdeel netwerken te identificeren hebben we gekeken naar de tekst van de Regeling zelf. Daarnaast hebben we gekeken naar relevante beleidsdocumenten voor eventuele aanvullingen op of specificatie van deze doelstellingen.

Regeling

Uit de tekst van de Regeling volgt dat het onderdeel Netwerken tot doel heeft het door middel van subsidieverstrekking:

*“...creëren en onderhouden van een compleet, samenhangend en dekkend aanbod van palliatieve terminale zorg van verantwoorde kwaliteit in de regio door netwerken palliatieve zorg en netwerken integrale kindzorg”*¹³¹

¹³¹ Artikel 1a sub b, Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

¹³² Artikel 28 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

¹³³ Artikel 28a Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

¹³⁴ Staatscourant 8 september 2011, nr. 16626

Ook volgt daaruit^{132, 133} dat ontvangers van deze subsidie voor de coördinatie van een netwerk palliatieve zorg ervoor zorg dienen te dragen dat:

- a. de coördinatie *alle gemeenten in de netwerkregio* omvat;
- b. aan een netwerk palliatieve zorg de instellingen en personen deelnemen die beroepsmatig betrokken zijn bij het verlenen van *palliatieve zorg in de netwerkregio*;
- c. de coördinatie is gericht op een compleet, samenhangend en dekkend aanbod van palliatieve terminale zorg van verantwoorde kwaliteit in de netwerkregio.

Ontvangers van deze subsidie voor de coördinatie van een netwerk integrale kindzorg ervoor zorg dienen te dragen dat:

- d. de coördinatie *de regio* omvat;
- e. aan een netwerk palliatieve zorg de instellingen en personen deelnemen die beroepsmatig betrokken zijn bij het verlenen van *integrale kindzorg*;
- f. de coördinatie is gericht op een compleet, samenhangend en dekkend aanbod van integrale kindzorg van verantwoorde kwaliteit in de regio van het netwerk integrale kindzorg.

De netwerken zijn dus (in ieder geval) gericht op de coördinatie van goede palliatieve zorg. In de toelichting van de Regeling¹³⁴ wordt hier dieper op in gegaan. Hieruit volgt dat voor deze coördinatie nodig is dat instellingen en personen betrokken bij de palliatieve (terminale) zorg met elkaar verbonden worden, tekortkomingen gesignaleerd en opgepakt worden.



Wie deze betrokken instellingen en personen zijn wordt niet verder gedefinieerd.

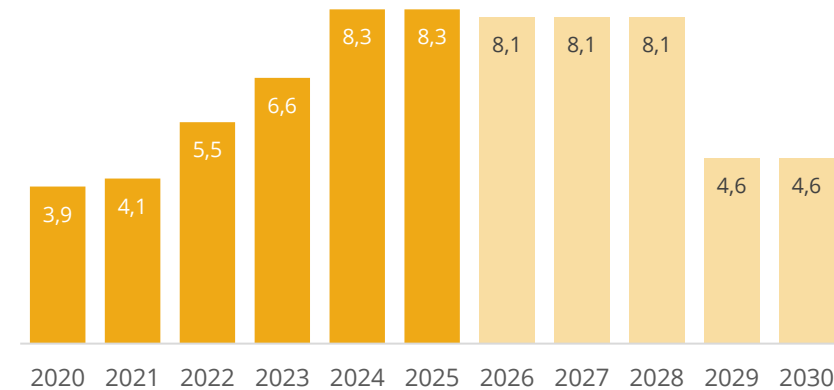
Beleidsdocumenten

Aanvullend op de doelstelling die in de Regeling is opgenomen zijn uit de documentstudie geen specificering of aanvullingen naar voren gekomen. Wel volgen uit de vorige evaluatie van dit onderdeel van de Regeling¹³⁵ een aantal aandachtspunten die voor deze evaluatie relevant zijn, namelijk: de omvang en structurele zekerheid van financiering, de wijze waarop het subsidiebedrag over de netwerken verdeeld wordt, en verantwoording over de resultaten.

Daarnaast zijn er twee ontwikkelingen in het veld die in het kader van deze evaluatie relevant zijn:

- *Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg*¹³⁶, met als doel het versnellen van de integratie van palliatieve zorg in het reguliere zorgproces, door de implementatie van het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- Dit wordt gezien als zorgtransformatie in lijn met de doelen van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA, afspraak C8).
- *Toekomstagenda palliatieve zorg*, waarvoor AEF momenteel een traject doorloopt met het veld om een inhoudelijke visie op te stellen voor de komende tien jaar, een toekomstagenda om deze visie te verwezenlijken en een doorkijk naar de benodigde governance. In het kader van deze evaluatie hebben we tussentijds met AEF afgestemd.

Hier komen vooralsnog geen expliciet geformuleerde doelen voor de netwerken uit voort, maar ze geven wel richting aan de beweging die de netwerken moeten maken. Dit nemen we mee in de evaluatie, evenals het *aflopen van de coalitieakkoordmiddelen van Kabinet-Rutte IV*¹³⁷. Door het aflopen van deze middelen daalt het beschikbare bedrag voor de netwerken na 2028 aanzienlijk, zoals te zien is in figuur 19. Het ministerie van VWS geeft aan dat daarom mogelijkheden verkend worden om het bedrag meer geleidelijk af te bouwen. Gekeken wordt of de daling meer gespreid kan worden door de daling al een jaar eerder in te zetten.



Figuur 19 Aantallen zijn x €1 miljoen. Totaal beschikbaar subsidiebedrag voor de netwerken over de jaren 2020-2025 (donkergeel, tot en met 2024 inclusief OVA, bron: DUS-I), en het verwacht beschikbaar subsidiebedrag voor de Netwerken voor de jaren 2026-2029 (lichtgeel, bron: ministerie van VWS, onder voorbehoud)

¹³⁵ Bureau HHM (2020) Evaluatie Regeling palliatieve terminale zorg

¹³⁶ PZNL & Gupta (2024). Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg

¹³⁷ Verzamelbrief Wet langdurige zorg (Wlz) 6 juli 2022



4.1.2 Subsidieontvangers

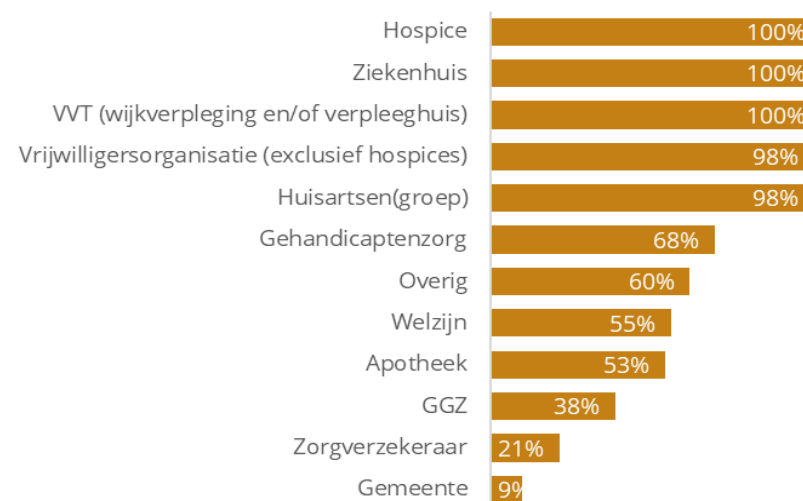
Alleen aangewezen instellingen kunnen aanspraak maken op dit onderdeel van de Regeling. In de bijlage van de regeling staat een lijst met deze instellingen¹³⁸. In 2025 waren er 72 partijen die gebruik maakten van het onderdeel Netwerken, namelijk 64 Netwerken Palliatieve Zorg¹³⁹ en 7 Netwerken Integrale Kindzorg. Beiden soorten netwerken bieden landelijke dekking, zoals te zien is in de kaarten in bijlage 4.

De overeenkomsten en verschillen van deze netwerken beschrijven we hieronder aan de hand van een uitvraag die we hebben uitgezet. Onder de Netwerken Palliatieve Zorg hebben we deze uitvraag digitaal verspreid. Deze uitvraag is 53 keer ingevuld voor 60 van de 64 netwerken palliatieve zorg; een aantal Netwerken Palliatieve Zorg heeft de vragenlijst gezamenlijk ingevuld omdat ze in de praktijk één organisatie vormen waardoor ze de vragenlijst niet apart in konden vullen. De Netwerken Integrale Kindzorg hebben de vragen mondeling beantwoord.

Netwerken palliatieve zorg

De uitvraag laat zien dat de Netwerken Palliatieve Zorg gemiddeld uit 21 leden bestaan en dat er veel variatie zit in het aantal leden (min 8, max 47, n=50). In figuur 20 tonen we wie deze leden zijn. Bij alle netwerken zijn één of meerdere hospices, ziekenhuizen of VVT-organisaties lid. In de meeste gevallen zijn ook één of meerdere vrijwilligersorganisaties en huisartsengroepen lid. Bij 9% van de netwerken zijn gemeenten betrokken als deelnemer. Waar dit niet het geval is wordt door een aantal netwerken

aangegeven dat gemeenten wel op een andere manier (indirect) betrokken zijn, bijvoorbeeld doordat ze deelnemen aan een adviesraad of betrokken zij bij een organisatie die in het netwerk vertegenwoordigd wordt (bijvoorbeeld 'Gezond Groningen'¹⁴⁰). Daarnaast heeft 60% van de netwerken aangeven dat 'overige' organisaties lid zijn van het netwerk (zie figuur 20), in de meeste gevallen betrof dit Centra voor Levensvragen.



Figuur 20 Aandeel netwerken waarbij de genoemde typen organisaties deelnemen (n=53). Dit houdt in dat tenminste één organisatie van het genoemde type deelneemt. Onder overige vallen diverse organisaties. Daarbij worden de Centra van Levensvragen vaak genoemd, maar ook organisaties voor mensen met kanker en dementie.

¹³⁸ Bijlage 1 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

¹³⁹ In 2025 zijn 2 netwerken gefuseerd, waardoor het aantal netwerken in de loop van 2025 is teruggebracht naar 64 netwerken.

¹⁴⁰ Website: 'Gezond Groningen'



Verder volgt uit de uitvraag – waarin de Netwerken Palliatieve Zorg hebben aangegeven welke categorieën (zoals eerder gehanteerd door Fibula¹⁴¹) zij het meest passend vinden – dat de Netwerken Palliatieve Zorg verschillen in juridische vorm en de wijze waarop de samenwerking is geformaliseerd. Dit geven we weer in tabel 8.
De meeste Netwerken Palliatieve Zorg betreffen samenwerkingsverbanden

zonder juridische entiteit (60%), waarbij de samenwerking geformaliseerd is via samenwerkingsafspraken, een samenwerkingsovereenkomst, intentieverklaring of convenant. Daarnaast betreft 15% van de netwerken een zelfstandige juridische entiteit, en is 13% van de netwerken onderdeel van een groter verband, bijvoorbeeld een stichting. Deze tabel geeft een eerste indruk van de diverse manier waarop de netwerken georganiseerd zijn.

Tabel 8. Juridische vorm van de Netwerken Palliatieve Zorg¹⁴² uitgezet tegenover de wijze waarop de samenwerking is geformaliseerd

	Samenwerkingsverband zonder juridische entiteit	Zelfstandige juridisch entiteit	Onderdeel van een groter verband	Anders	Totaal
Geformaliseerde samenwerkingsafspraken of -overeenkomst	13	6	4	4	27
Intentieverklaring of convenant	13	1	1	1	16
Lidmaatschapsvoorwaarden in combinatie met bestuurs- reglement en/of deelnemersreglement en/of intentieverklaring	2		1		3
Statuten in combinatie met een bestuursreglement en/of deelnemersreglement, en/of lidmaatschapsvoorwaarden en/of huishoudelijk reglement	2	1	1		4
Samenwerking is niet geformaliseerd	2			1	3
Totaal	32¹⁴³	8	7	6	53

¹⁴¹ Fibula (2020) Inzicht in netwerk governance

¹⁴² Categorieën in lijn met het rapport: Fibula (2020) Inzicht in netwerk governance

¹⁴³ Vier netwerken zijn bezig om vanaf 2026 verder te gaan als stichting.



Netwerken Integrale Kindzorg

Uit de mondelinge bespreking van de uitvraag volgt dat de 7 Netwerken Integrale Kindzorg (NIK) allemaal onderdeel zijn van Stichting Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg. Deze stichting is daarmee de ontvanger van de subsidie voor alle NIK. Ook betekent dit dat de NIK-regio's sterk met elkaar verbonden zijn en uniform georganiseerd zijn.

De zeven NIK hebben gemiddeld 65 leden (min 45, max 91), en het aantal leden neemt over de tijd toe. De leden bestaan uit organisaties in de kinderthuiszorg, huisartsen, kinderspices, medisch kinderdagverblijven, organisaties in de gehandicaptenzorg, ziekenhuizen, welzijnsorganisaties, gemeenten en diverse professionals (rouw- en verliesbegeleiders, geestelijk verzorgers, psychologen, fysiotherapeuten, logopedisten en diëtisten). Bij alle zeven NIK zijn deze partijen lid, met uitzondering van:

- De kinderspices – Hierover wordt vanuit de NIK aangegeven dat alle kinderspices deelnemen aan het betreffende NIK, maar dat er minder kinderspices (n=3) zijn dan NIK-regio's (n=7).
- Fysiotherapeuten, logopedisten en diëtisten – Welke van deze professionals deelnemen wisselt tussen de zeven NIK.

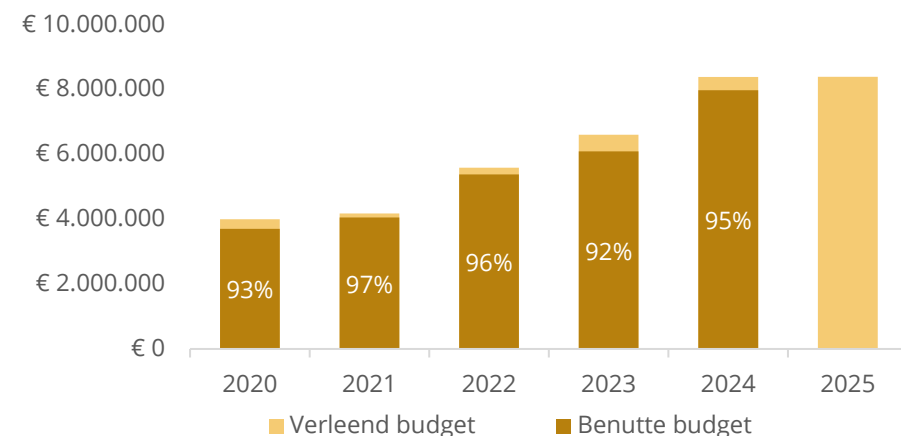
Met alle leden zijn samenwerkingsafspraken opgesteld (inclusief welke bijdrage leden leveren aan het netwerk), voor casusbesprekingen wordt een geheimhoudingsovereenkomst getekend.

4.1.3 Beschikbare middelen

Beschikbare subsidiebedrag

Ten tijde van de vorige evaluatie in 2020 werd vanuit de netwerken aangegeven dat het subsidiebedrag ontoereikend was. Dit lijkt nu niet meer het geval. Het subsidiebedrag dat verleend is aan de netwerken is

afgelopen jaren toegenomen van ongeveer 4 miljoen in 2020 tot ruim 8 miljoen in 2025, zoals te zien is in figuur 19 en 21. Uit de interviews met de netwerken volgen geen geluiden over huidige tekorten.



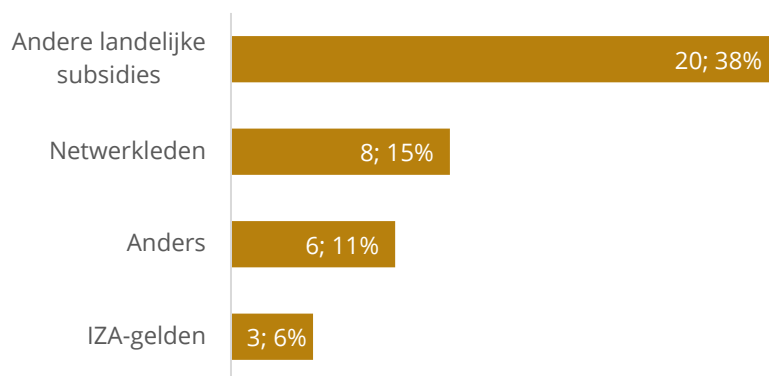
Figuur 21. Het verleende budget (subsidiebedrag) per jaar en de benutting van dit budget over de jaren 2020-2025. Voor het jaar 2025 waren nog geen cijfers over benutting beschikbaar. Bron: DUS-I.

Aanvullende financiering

De helft van de Netwerken Palliatieve Zorg die onze uitvraag ingevuld hebben (n=27/53, 51%) ontving in 2025 naast de subsidie ook inkomsten uit andere bronnen. In figuur 22 geven we weer waaruit deze aanvullende financiering uit bestond. De meeste genoemde bron van aanvullende financiering vormden andere landelijke subsidies (n=20), zoals NPPZ II en ZonMw-projectsubsidies. Minder vaak genoemd werden: inkomsten vanuit netwerkliden (n=8) en IZA-gelden (n=3). Daarnaast werden nog andere



bronnen genoemd (n=6), waaronder subsidies vanuit gemeenten en consortiumgelden. Een kanttekening die door de Netwerken Palliatieve Zorg bij aanvullende financiering gemaakt werd is dat het verkrijgen van aanvullende financiering vaak veel tijd kost en toekenning onzeker is. Daarnaast is aanvullende financiering vaak niet structureel.



Figuur 22 De aanvullende bronnen van inkomsten en hoe vaak daarvan gebruikgemaakt is (n, %) in 2025 door de 53 Netwerken Palliatieve Zorg die de uitvraag hebben ingevuld. Bron: uitvraag onder netwerken.

De Netwerken Integrale Kindzorg gaven aan geen aanvullende financiering te ontvangen.

4.1.4 Benutting

De mate waarin het beschikbare subsidiebedrag is benut is de afgelopen jaren ongeveer gelijk gebleven. Gegevens van DUS-I, getoond in figuur 21 in paragraaf 4.1.3, laten zien dat de benutting van het subsidiebedrag per jaar tussen de 93% en 95% lag in de periode 2020-2024. De benutting verschilde daarbij tussen individuele netwerken. In 2024 varieerde de benutting van de individuele netwerken van 74% tot 100%, waarbij 34 netwerken een volledige benutting van 100% hadden, waaronder de zeven Netwerken Integrale Kindzorg.

Wat er met de benutte bedragen gedaan is volgt niet uit de gegevens die we van DUS-I hebben ontvangen¹⁴⁴, daarom hebben we dit meegenomen in de uitvraag onder de Netwerken Palliatieve Zorg (n=53). Deze laat zien dat er duidelijke verschillen zijn in hoe de subsidiebedragen benut worden tussen de Netwerken Palliatieve Zorg, maar ook overeenkomsten. Dit lichten we hieronder toe.

N.B. Dit biedt een momentopname en een eerste inzicht. Het laat bijvoorbeeld niet zien wat er 'extra' is gedaan met de coalitieakkoordmiddelen van Kabinet-Rutte IV in de afgelopen jaren. Ook biedt het beperkt inzicht in de verschillen tussen netwerken, bijvoorbeeld met het oog op doelmatigheid.

Kostensoorten

De Netwerken Palliatieve Zorg gaven in de uitvraag aan dat zij gemiddeld 68% aan personele kosten en 32% aan overige kosten besteden (n=49).

¹⁴⁴ In de gegevens die we van DUS-I hebben ontvangen wordt in 2024 voor het eerst (voor een beperkt aantal netwerken) een uitsplitsing gemaakt naar personele, materiele en overige kosten. Op dossierniveau beschikt DUS-I over meer informatie over de uitsplitsing van kosten, ook van voor 2024.



Daarbij was er een sterke variatie zichtbaar, het aandeel van personele kosten varieerde van 26% tot 100%. Of en in hoeverre deze variatie veroorzaakt wordt een verschil in interpretatie van beide kostensoorten of door werkelijke verschillen in kosten is onduidelijk.

Uren inzet coördinatoren

De Netwerken Palliatieve Zorg verschillen in de omvang van de inzet van de coördinator en eventuele ondersteuning. Uit de uitvraag volgt verder dat de omvang van de inzet van de netwerkcoördinatoren gemiddeld 20 uur per week is, varieert van minimaal 4 uur tot maximaal 60 uur per week (n=53). De coördinatoren ontvangen daarbij gemiddeld 9 uur per week aan ondersteuning, wat varieert van minimaal 1 uur tot maximaal 43 uur per week (n=43). Zeven Netwerken Palliatieve Zorg gaven aan dat de netwerkcoördinator geen ondersteuning ontvangt.

Vanuit de Netwerken Integrale Kindzorg werd aangegeven dat de netwerkcoördinatoren, in elke regio (n=7), 22 uur per week beschikbaar hebben. Daarnaast is er per week, per regio 2 uur (14 uur in totaal) beschikbaar voor het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg waaronder zij vallen en waarbinnen zij met elkaar samenwerken. Dit wordt gebruikt voor communicatie en overhead die vanuit het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg worden opgepakt ten behoeve van de NIK.

Activiteiten

Nagenoeg alle Netwerken Palliatieve Zorg (98-100%, n=53) gaven, middels een multiplechoicevraag, in de uitvraag aan activiteiten uit te voeren gericht op:

- maatschappelijke bewustwording en publieksvoorlichting (100%),
- het informeren van professionals (100%),
- deskundigheidsbevordering (100%),
- ontmoeting en verbinding (100%),
- organisatie en samenwerking (100%), en
- het signaleren van knelpunten en verbetermogelijkheden (n=98%)

Het merendeel gaf daarnaast aan activiteiten uit te voeren op het gebied van innovatie en kwaliteit (89%). De Netwerken Integrale Kindzorg gaven aan allemaal activiteiten uit te voeren op alle genoemde gebieden.

Dit laat zien dat de Netwerken Palliatieve Zorg zich inzetten voor de taken van de netwerken zoals beschreven in het Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland¹⁴⁵, namelijk: verbinden, coördineren, informeren, signaleren en faciliteren. Dit wordt bevestigd door het 'Beeld van het land' op de website Palliaweb¹⁴⁶ waarnaar de Netwerken Palliatieve Zorg verwezen voor een toelichting van de activiteiten en tot welke resultaten dit heeft geleid.

'Beeld van het land' laat per thema, per Netwerk Palliatieve Zorg zien welke activiteiten ze uitvoeren en op welke manier deze bijdragen aan de implementatie van het kwaliteitskader palliatieve zorg. Enkele voorbeelden van deze activiteiten zijn:

¹⁴⁵ Stichting PZNL en Pallialine (2017) Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland

¹⁴⁶ Palliaweb: Beeld van het land



- Een bewustwordingscampagne voor 70+ers, draagt bij over het doorbreken van het 'taboe' op het gesprek over de dood (NPZ midden-Brabant)
- Bibliotheekbijeenkomsten voor het bespreekbaar maken van palliatieve zorg. Draagt bij aan maatschappelijke bewustwording (Netwerk IJssel-Vecht en Noordoost- Overijssel).
- Een scholing voor verzorgenden: er is een module ontwikkelt om verzorgenden te scholen op het gebied van palliatieve zorg. Het draagt bij aan deskundigheid en aan proactieve zorgplanning (Netwerk Zuid-Holland Noord)
- Het faciliteren van samenwerking tussen informele en formele zorg; er is een informatiebijeenkomst georganiseerd met de thuiszorgorganisaties, vrijwilligers en het sociaal domein. Het draagt bij aan samenwerking, aandacht voor patiënten en naasten en kwaliteit (Netwerk Twente)

Het totaalbeeld dat hieruit volgt¹⁴⁷ laat zien dat de activiteiten van de Netwerken Palliatieve Zorg redelijk evenredig verdeeld zijn over de verschillende thema's.

4.1.5 Behaalde resultaten

Door de inzet van de coördinatoren en de activiteiten gericht op verbinden coördineren, informeren, signaleren en faciliteren zijn door de Netwerken Palliatieve Zorg diverse resultaten bereikt. Deze lichten we hieronder toe aan de hand van uitkomsten van de uitvraag onder de Netwerken Palliatieve Zorg en de interviews.

Onderlinge samenwerking

Netwerken Palliatieve Zorg

Om de bijdrage aan de kwaliteit van palliatieve zorg te vergroten wordt, onder andere, samengewerkt met andere Netwerken Palliatieve Zorg. Dit gebeurt, sinds eind 2023, onder andere binnen de Vereniging Netwerken Palliatieve Zorg (VNPZ). Deze is opgericht om 'de invloed van de netwerken landelijk te vergroten, een optimale samenwerking aan gezamenlijke doelen mogelijk te maken en de positionering van de netwerken te verbeteren'¹⁴⁸.

Aanvullend op deze landelijke samenwerking gaven 52 van de 53 Netwerken Palliatieve Zorg in de uitvraag aan ook directer, met één of meerdere individuele Netwerken Palliatieve Zorg, samen te werken. Uit de toelichting hierbij en de interviews volgt dat deze samenwerking plaatsvindt binnen consortia en op regionaal niveau. Deze samenwerkingen zijn bijvoorbeeld gericht op het delen van best practices, het uitvoeren van bewustwordingsprojecten, en het organiseren van scholing en bijeenkomsten. Daarnaast zijn er ook Netwerken Palliatieve Zorg die samenwerken om kennis, expertise en middelen efficiënter in te zetten. Er zijn bijvoorbeeld verschillende Netwerken Palliatieve Zorg die een netwerkcoördinator delen. Ook zijn er Netwerken Palliatieve Zorg die zo nauw samenwerken dat ze in de praktijk als één organisatie functioneren. Het schaalvoordeel dat dit oplevert helpt tevens om projecten sneller te kunnen opschalen naar andere regio's.

¹⁴⁷ Palliaweb (2025) Beeld van het Land infographic

¹⁴⁸ Website: Vereniging Netwerken Palliatieve zorg (VNPZ)



Netwerken Integrale Kindzorg

Zoals eerder aangegeven maken de zeven Netwerken Integrale Kindzorg allemaal onderdeel uit van het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg en werken ze nauw samen. Ze werken zo veel mogelijk op gelijke wijze en delen kennis, expertise en middelen.

Samenwerking met andersoortige netwerken

Netwerken Palliatieve Zorg

Vanuit de Netwerken Palliatieve Zorg wordt ook samengewerkt met andersoortige netwerken. Dit is het geval bij 52 van de 53 Netwerken Palliatieve Zorg (92%) die op de uitvraag gereageerd hebben. In de toelichting hierbij wordt vaak samenwerking met Centra voor Levensvragen en Netwerken Dementie genoemd. Ook samenwerking met netwerken gericht op hersenletsel, NAH, Parkinson, CVA, oncologie, ouderen en ALS worden genoemd. De samenwerking met deze andersoortige netwerken lijkt voornamelijk te bestaan uit het samen optrekken in kennisdeling, voorlichting, scholing en deskundigheidsbevordering. Het gezamenlijk organiseren van bijeenkomsten voor bovenstaande of om ontmoeting en verbinding te versterken.

Netwerken Integrale Kindzorg

Vanuit de Netwerken Integrale Kindzorg wordt aangegeven dat ook zij samenwerken met andersoortige netwerken/partners, zoals het kenniscentrum ZEVMB, kenniscentrum Stille levens, Centra voor Levensvragen, beroepsverenigingen (V&VN en Kinderverpleegkunde.nl), Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Kind & Zorg, Metgezel, Vereniging Ouders van Couveusekinderen (VOC), Spierziekten Nederland en

netwerken voor zeldzame aandoeningen. De samenwerking bestaat voornamelijk uit het verbinden van partijen en de uitwisseling van expertise.

Samenwerking in het kader van AZWA en IZA

Netwerken Palliatieve Zorg

Van de Netwerken Palliatieve Zorg gaf 51% (n=27/53) aan samen te werken in het kader van AZWA en 72% (n=38/53) in het kader van IZA. Hierover wordt toegelicht dat deze samenwerking onder andere bestaat uit deelname aan thematafels die voortkomen uit de IZA-plannen en het schrijven van een transformatieplan voor palliatieve zorg.

Netwerken Integrale Kindzorg

De Netwerken Integrale Kindzorg gaven niet in het kader van AZWA samen te werken, maar er wel zijdelings bij betrokken te zijn. Wat betreft IZA zijn in ieder geval drie Netwerken Integrale Kindzorg betrokken bij transformatieplannen.

Samenhangend en dekkend aanbod van palliatieve (terminale) zorg

In de interviews wordt vanuit de Netwerken Palliatieve Zorg en de Netwerken Integrale Kindzorg (NIK) aangegeven dat zij in belangrijke mate bijdragen aan het creëren van een compleet, samenhangend en dekkend aanbod van palliatieve zorg, en daarmee aan de kwaliteit van palliatieve zorg in de regio.

Dit is dit echter niet toetsbaar op basis van de Regeling. Wat een samenhangend en dekkend aanbod van palliatieve (terminale) zorg is wordt hierin niet gedefinieerd (bijvoorbeeld welke organisaties op welke manier moeten deelnemen) en kan daardoor op verschillende manieren worden



geïnterpreteerd en invulling aan gegeven worden; in de praktijk zien we dan ook verschillen terug. Wat wel gezegd kan worden is dat, door de manier waarop de Regeling is opgezet, de Netwerken Palliatieve Zorg en ook de Netwerken Integrale Kindzorg gezamenlijk alle Nederlandse gemeenten omvatten (zie kaarten in bijlage 4), waardoor er in ieder geval sprake is van een landelijk dekkende netwerkstructuur.

Het algemene beeld dat met betrekking tot de Netwerken Palliatieve Zorg uit de diverse interviews en de ontwikkelingen in de palliatieve zorg naar voren komt is dat deze:

- 1) breder moeten zijn dan alleen palliatieve *terminale* zorg (zoals geformuleerd in de Regeling) en gericht moeten zijn op palliatieve zorg én ondersteuning;
- 2) organisaties uit zowel het zorg domein als het sociaal domein moeten verbinden.

Het type organisaties dat lid is van de netwerken (zie paragraaf 4.1.2) suggereert dat de Netwerken Palliatieve Zorg breder zijn dan alleen palliatieve *terminale* zorg en dat ze het zorg domein en het sociaal domein vaak weten te verbinden, maar nog niet altijd. Bij een aanzienlijk deel (ongeveer 45%) van de Netwerken Palliatieve Zorg zijn er bijvoorbeeld geen welzijnsorganisaties lid. Uit de interviews volgen mogelijke verklaringen hiervoor. De Netwerken Palliatieve Zorg gaven aan dat ze organisaties niet kunnen verplichten om deel te nemen aan het netwerk en dat ze dit dus niet volledig zelf in de hand hebben. Daarnaast wordt, bijvoorbeeld vanuit de hospices, aangegeven dat de Netwerken Palliatieve Zorg kunnen verschillen in focus en welk type organisaties ze op welke manier bij het netwerk betrekken.

Wat betreft de Netwerken Integrale Kindzorg wordt vanuit het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg aangegeven dat alle organisaties die relevant zijn binnen de (medische) kindzorg al betrokken zijn bij het Netwerk Integrale Kindzorg in de betreffende regio.

4.1.6 Waardering van de regeling

De gesproken partijen waarderen het bestaan van het onderdeel Netwerken van de Regeling. Deze wordt gezien als ‘aanjager’ en ‘smeerolie’ waardoor regionale samenwerking tot stand gebracht is, partijen elkaar beter kunnen vinden en daardoor betere palliatieve zorg kunnen leveren (al kunnen we dit niet toetsen). Benadrukt daarbij worden het belang van:

- De aanwezigheid van een netwerkcoördinator;
Vanuit de netwerken wordt aangegeven dat samenwerking maar in beperkte mate vanzelf ontstaat en de aanwezigheid van een netwerkcoördinator daardoor van groot belang is. Ter illustratie noemen ze daarbij dat wanneer, een coördinator om enige reden wegvalt, samenwerking verwatert.
- De onafhankelijke positie van de netwerkcoördinator;
Vanuit de netwerken wordt aangegeven dat daardoor de coördinator ‘van en voor’ het netwerk is, niet (gezien wordt als) iemand van en voor de zorgorganisatie waarbij degene in dienst is, en daardoor meer kan bereiken.
- Ruimte om te doen wat (lokaal) nodig is;
Het ministerie van VWS gaf aan dat bij de start van de Regeling bewust voor ruime kaders gekozen is om de startende netwerken de benodigde ontwikkelruimte te bieden. Vanuit de netwerken wordt hierover gezegd dat het hen in de gelegenheid heeft gesteld om te



doen wat nodig is én dat dit heel verschillend kan zijn, afhankelijk van de kenmerken van de palliatieve zorg in de netwerkregio.

Aandachtspunten

Tegelijkertijd worden er ook een aantal aandachtspunten genoemd door de gesproken partijen, waaronder:

- Meebewegen met ontwikkelingen:
Vanuit zowel de netwerken als het ministerie van VWS wordt opgemerkt dat de palliatieve zorg volop in ontwikkeling is, zo verschuift de vraag van palliatieve zorg van mensen met kanker naar mensen met dementie, wordt de casuïstiek steeds meer divers en complexer, wordt er uitvoering gegeven aan de Transformatie palliatieve zorg¹⁴⁹ en wordt er gewerkt aan een toekomstagenda voor de palliatieve zorg. Daarbij benadrukken zij dat de manier waarop de netwerken georganiseerd zijn en hoe invulling gegeven wordt aan de netwerken hierbij aan moeten sluiten.
- Schaalgrootte:
Zowel de netwerken als het ministerie van VWS geven aan dat er – ook gezien de ontwikkelingen – aandacht moet zijn voor de strategische positie en schaalgrootte van de Netwerken Palliatieve Zorg. Hierbij wordt vanuit de Netwerken Palliatieve Zorg benadrukt dat waar samenwerking loont dit van nature ontstaat vanuit de netwerken. Dit heeft er bijvoorbeeld voor gezorgd dat op een aantal plaatsen netwerken nauw met elkaar zijn gaan samenwerken en schaalvoordeel ondervinden. Verder geven zij aan dat dit op andere plaatsen niet werkt (bijvoorbeeld door geografische afstanden of door grote verschillen in het zorglandschap) en dat een grotere schaal dan geen voordelen oplevert.

- Basisbedrag:
Vanuit zowel de netwerken als het ministerie van VWS wordt opgemerkt dat de manier waarop het budget verdeeld wordt natuurlijke schaalvergroting van Netwerken Palliatieve Zorg remt. Nu komt het voor dat Netwerken Palliatieve Zorg in de praktijk als één organisatie functioneren, maar toch elk individueel subsidie aanvragen omdat ze op die manier meer geld ontvangen dan wanneer ze gezamenlijk als één organisatie subsidie aan zouden vragen. Dit komt door het basisbedrag dat elke individuele subsidieaanvrager ontvangt bovenop het bedrag dat bepaald wordt op basis van het inwoneraantal van de regio dat wordt bediend.
- Variatie:
Zowel de netwerken als het ministerie van VWS merken op dat de Netwerken Palliatieve Zorg overeenkomsten hebben, maar ook divers zijn. Voorbeelden van verschillen die worden genoemd zijn: welk type organisaties betrokken zijn, met wie er wordt samengewerkt, op welke thema's wordt ingezet, rolopvatting en competenties van de netwerkcoördinator, en volwassenheid van het netwerk. Van deze verschillen wordt gezegd dat deze deels functioneel zijn (om aan te sluiten bij de behoeften van de netwerkregio), maar deels niet. De netwerken zouden daarom gebaat kunnen zijn bij meer kaders.
- Behoeftte aan continuïteit:
Vanuit de netwerken wordt aangegeven dat zekerheid van bekostiging en bestaan belangrijke voorwaarden vormen voor het opbouwen van langdurige samenwerking en het vertrouwen dat hiervoor nodig is.

¹⁴⁹ Website NPPZ, Transformatie palliatieve zorg



- Formulering:
De regeling richt zich formeel op palliatieve terminale zorg. In de praktijk blijkt echter dat de activiteiten die binnen het kader van de regeling worden verricht onderdeel uitmaken van het bredere domein van palliatieve zorg en ondersteuning. Dit hangt samen met de ontwikkeling in de praktijk waarbij palliatieve zorg en ondersteuning steeds meer wordt benaderd als een continuüm, waarbij de overgang tussen verschillende fasen van zorg niet altijd scherp is af te bakenen.

4.1.7 Beantwoording eerste hoofdvraag

We beantwoorden de eerste hoofdvraag, in hoeverre het onderdeel Netwerken van de Regeling in de periode 2020-2025 doeltreffend en doelmatig is geweest, aan de hand van de drie bijbehorende deelvragen.

Deelvraag 1: In welke mate sluit de Regeling aan op de behoeften van belanghebbenden?

De Regeling biedt de netwerken middelen, een onafhankelijke positie en ruime kaders. Daardoor kon gedaan worden wat (lokaal) nodig is, en dat wordt door de betrokken partijen gewaardeerd.

Voor de ruime kaders is bij de start van de Regeling in 2007 bewust gekozen om de netwerken ontwikkelruimte te bieden. Inmiddels is het bijna 20 jaar later, zijn de netwerken verder in hun ontwikkeling, en is er – mede dankzij de ruime kaders – sprake van diversiteit. Daardoor, geven partijen aan, zou het passend zijn om in het vervolg meer kaders te stellen.

Verder merken partijen op dat het veld van palliatieve zorg volop in ontwikkeling is en geven zij aan dat – gezien deze ontwikkelingen – gekeken moet worden of de huidige schaalgrootte van de netwerken nog passend en toekomstbestendig is.

Deelvraag 2: In hoeverre worden, dankzij de Regeling de gewenste resultaten bereikt?

Dit onderdeel van de Regeling heeft als doel het “creëren en onderhouden van een compleet, samenhangend en dekkend aanbod van palliatieve terminale zorg van verantwoorde kwaliteit in de regio door netwerken palliatieve zorg en netwerken integrale kindzorg”. Uit de gevoerde gesprekken volgt dat dit tot op zekere hoogte bereikt is en dat dit zonder de Regeling niet mogelijk was geweest. Daarmee is dit onderdeel van de Regeling doeltreffend. Wel zien we daarbij dat er verschillen zijn in hoe hier binnen de netwerkregio's invulling aan is gegeven en in hoeverre dit gerealiseerd is.

Deelvraag 3: In hoeverre worden de beschikbare middelen optimaal benut?

De verschillende partijen die we over dit onderdeel van de Regeling gesproken hebben (zie bijlage 1), waaronder de netwerken zelf, zijn over het algemeen tevreden over hoe de beschikbare middelen, binnen de huidige kaders, worden benut. We hebben geen signalen ontvangen dat de subsidie niet goed wordt benut. We hebben wel signalen ontvangen dat de middelen beter benut kunnen worden. Met meer kaders en mogelijk een andere schaalgrootte (passend bij de ontwikkelingen in de palliatieve zorg) kan er mogelijk meer bereikt worden.



4.2 Vooruitblik

Uit de evaluatie van het onderdeel netwerken (paragraaf 4.1) blijkt dat de ruime kaders die bijna 20 jaar geleden bij de start van de Regeling zijn meegegeven om de netwerken ontwikkelruimte te geven de netwerken inderdaad hebben geholpen om te ontdekken wat nodig was en om daar vervolgens invulling aan te geven. Tegelijkertijd laat de evaluatie zien dat deze ruime kaders hebben geleid tot diversiteit tussen netwerken, zoals diversiteit in welke partijen onderdeel uitmaken van een netwerk, hoe de samenwerking is vormgegeven en welke activiteiten worden uitgevoerd.

Inmiddels zitten de netwerken in een volgende fase en is er, vanuit zowel vanuit de netwerken zelf als het ministerie van VWS, behoefte aan meer kaders om de doeltreffend- en doelmatigheid van dit onderdeel van de Regeling verder te vergroten. Het belang hiervan wordt versterkt door het aflopen van de extra coalitieakkoordmiddelen van kabinet Rutte IV; na 2028 daalt het beschikbare bedrag voor de netwerken van ruim € 8 miljoen/jaar naar ruim € 4,5 miljoen/jaar, waarbij wordt gekeken of deze afname eerder ingezet kan worden om dit meer geleidelijk te laten verlopen (zie paragraaf 4.1.1).

Met betrekking tot het opstellen van deze kaders moet rekening gehouden worden met de ontwikkelingen in de palliatieve zorg op de middellange en lange termijn – denk aan de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg¹⁵⁰ en de bredere toekomstvisie waaraan het veld momenteel werkt

¹⁵⁰ PZNL & Gupta (2024). Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg

¹⁵¹ VNPZ en NIK

¹⁵² Artikel 1a sub b, Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

onder begeleiding van AEF (zie paragraaf 4.1.1) – en dat kaders hierbij aan moeten sluiten. Deze ontwikkelingen betreffen ook de governance van de palliatieve zorg. Vanuit en met het veld wordt er gekeken naar een meer passende en toekomstbestendige governance van de palliatieve zorg. De schaalgrootte van de netwerken moet hierbij op termijn gaan aansluiten.

Als het gaat om kaders voor de netwerken en de schaalgrootte van de netwerken hebben we verschillende opties uitgewerkt in een notitie op basis van de interviews en de documentenstudie. De notitie hebben we vervolgens besproken met veldpartijen¹⁵¹ en met het ministerie van VWS, waarna we de opties hebben aangescherpt. Het resultaat hiervan vindt u in de volgende paragrafen, waarin we per verbeterpunt een aantal opties en voor- en nadelen daarvan beschrijven.

4.2.1 Kaders

Door middel van de Regeling stelt het ministerie van VWS kaders voor de rollen en taken van de netwerken. In onderstaand kader beschrijven we kort de huidige situatie.

Huidige situatie

In de Regeling is opgenomen dat de Netwerken Palliatieve Zorg en de Netwerken Integrale Kindzorg moeten bijdragen aan ‘een compleet, samenhangend en dekkend aanbod van palliatieve terminale zorg’¹⁵².



Nadelen:

- De afbakening tot palliatieve terminale zorg sluit niet aan bij de huidige praktijk, al heeft het geen beperking voor de praktijk opgeleverd.
- Strikte naleving zou kunnen zorgen voor een scheiding tussen palliatieve zorg en palliatieve terminale zorg, wat niet doeltreffend en niet doelmatig is vanwege hun verbondenheid.

Verder biedt de Regeling momenteel beperkte kaders voor de netwerken, zie paragraaf 4.1.1. voor een overzicht van de gegeven kaders.

Voordelen:

- Het biedt de netwerken veel ruimte voor ontwikkeling en de mogelijkheid om aan te sluiten bij wat nodig is in de regio op het gebied van palliatieve zorg, afhankelijk van de kenmerken van de betreffende regio.
- Hieruit volgen weinig administratieve lasten en kosten.

Nadelen:

- Het biedt de netwerken beperkte duidelijkheid over wat van hen verwacht wordt.
- Hierdoor ontbreekt sturing op de gezamenlijke (lange termijn) doelen voor de netwerken (en de palliatieve zorg in brede zin).
- Het faciliteert diversiteit binnen de netwerken palliatieve zorg die niet altijd bevorderend is voor de doeltreffend- en doelmatigheid van de netwerken.

Opties

Met betrekking tot de kaders voor de netwerken zijn verschillende opties genoemd. Deze opties sluiten elkaar niet uit en kunnen in combinatie met elkaar worden toegepast. Hieronder werken we deze uit.

Optie 1. Palliatieve terminale zorg verbreden naar palliatieve zorg en ondersteuning

De term 'terminale' kan verwijderd worden uit de doelstelling voor dit onderdeel van de Regeling (artikel 1a sub b¹³⁸) en de term 'ondersteuning' kan eraan toegevoegd worden.

Voordelen

- Hierdoor zou de Regeling beter aansluiten bij de praktijk en bij de verwachte ontwikkelrichting van de palliatieve zorg.

Optie 2. Landelijk vastgestelde basistaken en procesafspraken

In de opdrachtomschrijving kunnen meer kaders opgenomen worden voor de rol die het netwerk heeft en hoe daar invulling aan gegeven wordt door middel van landelijk vastgestelde basistaken en procesafspraken.

Elementen hiervan kunnen zijn:

- De positie van de netwerken (in de transformatie palliatieve zorg). Denk hierbij aan:
 - Het waarborgen van een onafhankelijke positie, waardoor coördinatoren niet alleen een externe aanjaagfunctie hebben, maar ook mogelijkheden om organisaties vanuit een neutrale positie aan te spreken op hun betrokkenheid en bijdrage aan het netwerk.
 - Het aanwezig zijn op relevante niveaus (strategisch, tactisch en operationeel).



- De rol die de netwerken vervullen in deskundigheidsbevordering.
- De aandachtsgebieden waaraan de netwerken moeten bijdragen, zoals:
 - Versterking van samenwerking op lokaal en wijkniveau (o.a. tussen casemanagers, verpleegkundigen, welzijnswerkers, et cetera).
 - Regionale capaciteitsplanning hospicezorg.
 - Implementatie van het kwaliteitskader.
 - Samenwerking met de lokale wijkteams.
 - Bewustwording onder burgers creëren.
 - Werken aan transmurale zorgpaden.
 - Kennisontwikkeling en kennisuitwisseling
- De wijze waarop netwerken (uniform en gestructureerd) kwaliteit monitoren en rapporteren, bijvoorbeeld via vaste formats en/of dashboards.
- De voorwaarden die netwerken stellen aan lidmaatschappen (zoals bijdragen aan interdisciplinaire netwerkzorg).

Het stellen van dergelijke kaders kent voor- en nadelen.

Voordelen

- Het biedt de netwerken duidelijkheid over wat van hen verwacht wordt (gezien de ontwikkelingen in de palliatieve zorg), waardoor de doeltreffendheid en doelmatigheid van de netwerken vergroot kan worden.
- Het vergroot de uniformiteit tussen netwerken, wat bijvoorbeeld de onderlinge samenwerking en kennisdeling kan bevorderen.

Nadelen

- Meer kaders, in algemene zin, leiden tot meer verantwoording en hogere administratieve lasten, en inperking van de ruimte voor regionaal maatwerk.

Optie 3. Minimale partnerstructuur

In de Regeling kunnen kaders gesteld voor (1) welke organisaties, (2) op welke manier bij de netwerken betrokken kunnen en/of moeten worden.

Optie 3a Welke partijen

Vereist kan worden dat bepaalde organisaties in ieder geval betrokken moeten worden bij de netwerken, bijvoorbeeld de organisatie types genoemd voor de netwerken palliatieve zorg en voor de netwerken integrale kindzorg in paragraaf 4.1.2. Vanuit deze organisatietypen wordt vaak al deelgenomen aan de netwerken, maar nog niet altijd. Gemeenten en zorgverzekeraars zijn bijvoorbeeld nog beperkt betrokken bij de netwerken (zie paragraaf 4.1.2). Vanuit de Regeling kan erop gestuurd worden dat alle relevante actoren betrokken moeten worden, met name ook met het oog op de toekomstige inrichting en governance van het veld van de palliatieve zorg.

Voordelen

- Het betrekken van vastgestelde organisatietypen biedt netwerken duidelijkheid over deelname van welk type organisaties wel en niet passend is, dit is nu niet altijd het geval.
- Het vergroot de uniformiteit van de samenstelling van netwerken, waardoor beter kan worden aangesloten bij de ontwikkelingen in de palliatieve zorg (zie paragraaf 4.1.1).



Optie 3b Betrokkenheid partijen

In lijn met de participatieladder van Arnstein (1969) kunnen partijen op verschillende niveaus betrokken zijn, variërend van 'meeweten', via 'meedenken en meedoen', tot 'meebeslissen'. De netwerkcoördinator kan zich inzetten om partijen te betrekken. Hierbij is door de netwerken de kanttekening gemaakt dat een netwerk(coördinator) andere partijen veelal niet kan verplichten om actief deel te nemen aan het netwerk. Partijen kunnen wel (pro)actief geïnformeerd worden vanuit het netwerk en uitgenodigd worden om deel te nemen aan het netwerk.

Mogelijke kaders voor de manier waarop de betrokkenheid van partijen kan worden ingevuld zijn:

- Dat partijen die nu nog niet bij het netwerk betrokken zijn in ieder geval actief geïnformeerd moeten worden over het bestaan, de doelen en de activiteiten van het netwerk en de ontwikkelingen daarbinnen.
- Dat kaders worden gesteld aan de manier waarop samenwerking wordt geformaliseerd binnen het netwerk.
- Dat kaders worden gesteld voor de bijdrage die leden leveren aan het netwerk
- Dat consequenties worden verbonden aan het niet (actief) deelnemen aan een netwerk; Een consequentie zou kunnen zijn dat partijen geen palliatieve zorg meer mogen verlenen als zij niet actief deelnemen; dat deelname aan het netwerk als voorwaarde wordt gesteld vanuit de zorgverzekeraars.
- Dat kaders worden gesteld aan financiële bijdragen van leden van het Netwerk Palliatieve Terminale Zorg. Het kan op termijn wenselijk zijn om leden financieel bij te laten dragen, als zij hier geld voor

beschikbaar hebben. Dit kan eigenaarschap van partijen mogelijk vergroten en de afhankelijkheid van de subsidie verminderen.

Daarnaast kunnen, buiten de Regeling, mogelijkheden worden gecreëerd voor partijen om actief bij te dragen aan het netwerk. Bijvoorbeeld: gemeenten kunnen een subsidie aanvragen voor dementie, hierdoor zijn ze eerder bereid om mee te draaien in het netwerk dementie. Voor palliatieve zorg is dit er niet, en ligt het nu niet voor de hand vanwege de beperkte financiële middelen, maar zou op deze manier in de toekomst mogelijk wel een impuls geven kunnen worden om gemeenten aan te laten haken bij de Netwerken Palliatieve Zorg.

Naast de eerdergenoemde algemene voor- en nadelen van kaders leidt dit tot:

Voordelen

- Het kan verdere samenwerking stimuleren en faciliteren.
- Het draagt bij aan duidelijke rollen en verantwoordelijkheden van partijen binnen de netwerken.
- Het vergroot de uniformiteit van de invulling van de netwerken.

Optie 4. Minimale samenwerking met andersoortige netwerken

Voor de Netwerken Palliatieve Zorg kunnen kaders gesteld worden aan de samenwerking met andersoortige netwerken (denk aan de netwerken voor dementie, NAH en ALS), de Centra voor Levensvragen en de Netwerken Integrale Kindzorg. Deze kaders kunnen gericht zijn op:

- Met welke andersoortige netwerken samengewerkt moet worden.
- Het intensiveren van de onderlinge samenwerking, waarbij de netwerken wel separaat blijven bestaan. Zo behouden netwerken hun



eigen inhoudelijke focus, maar wordt wel samengewerkt op relevante aspecten die ertoe doen.

Dit sluit aan bij de huidige situatie waarin vaak al met een of meerdere andersoortige netwerken wordt samengewerkt (zie paragraaf 4.1.5).

- Het bestuurlijk samenvoegen van meerdere netwerken. Hiermee komen netwerken op strategisch niveau meer op één lijn te liggen en kan er qua overhead gebruik gemaakt worden van dezelfde inzet. Op tactisch en operationeel niveau kunnen de verschillende netwerken dan wel hun specifieke inhoudelijke focus behouden.

Dit is in de toekomst mogelijk passend als duidelijker is hoe de palliatieve zorg wordt ingericht en welke rol de netwerken daar dan in spelen. In hoofdstuk 5 gaan we hier dieper in op deze ontwikkelingen.

De Netwerken Integrale Kindzorg hebben deze stappen al genomen (de Netwerken Integrale Kindzorg landelijk zijn georganiseerd onder één kenniscentrum, met een eenduidige governance, uniforme werkwijze en structurele bestuurlijke en inhoudelijke samenwerking tussen regio's en met andere partijen) en vormen daarmee de basis voor medische kindzorg in Nederland. Wel is het belangrijk dat de NIK's, in lijn met bovenstaande, de samenwerking met de Netwerken Palliatieve Zorg en de Centra voor Levensvragen intensiveren voor zorg op het snijvlak 18-/18+.

Naast de eerdergenoemde algemene voor- en nadelen van kaders leidt dit tot:

Voordelen

- Hierdoor kan de samenwerking met andersoortige netwerken gestimuleerd worden.

- Het biedt de netwerken duidelijkheid over wat van hen verwacht wordt in de samenwerking met andersoortige netwerken (gezien de ontwikkelingen in de palliatieve zorg).
- Door meer en vooral beter samen te werken met andersoortige netwerken kan meer bereikt worden, bijvoorbeeld op het gebied ontmoeting, verbinding en kennisdeling.

Optie 5. Competentieprofiel voor coördinatoren

In de Regeling kunnen voor de netwerken specifieke eisen (al dan niet vastgelegd in een competentieprofiel) opgenomen worden voor coördinatoren. Een dergelijk competentieprofiel kan het ministerie van VWS in samenwerking met het veld op- en vaststellen. Het functieprofiel dat de VNPZ heeft opgesteld voor netwerkcoördinatoren (zie bijlage 6) kan hiervoor als startpunt dienen. Dit kan vervolgens aangescherpt worden aan de hand van de richting waarin de netwerken zich moeten ontwikkelen op middellange en lange termijn (zoals het versterken van de strategische positie van de netwerken en het gaan samenwerken op bestuurlijk niveau, in hoofdstuk 5 gaan we hier dieper op in).

Voordelen

- Hiermee kan de kwaliteit van de netwerkcoördinatie geborgd en toekomstbestendig gemaakt worden.

Afweging opties en aanbeveling(en)

De bovengenoemde opties kennen voornamelijk voordelen. We adviseren het ministerie van VWS daarom om ze allemaal, in combinatie, toe te passen en hier samen met de netwerken (en eventuele andere betrokken partijen) invulling aan te geven, in lijn met de richting waarin de palliatieve



zorg zich de komende jaren verder ontwikkelt (zie hoofdstuk 5). Hier kan invulling aan gegeven worden in landelijke vastgestelde kaders, en in de Regeling kan dan opgenomen worden dat (samen)gewerkt moet worden zoals vastgelegd in de landelijke kaders. Op die manier kan de Regeling makkelijker meebewegen met ontwikkelingen. Naarmate duidelijker wordt wat de gewenste ontwikkelrichting voor de netwerken is kunnen meer, specifiekere of striktere landelijke kaders vastgesteld worden.

→ **Aanbeveling 27:** De term 'terminale' verwijderen uit de doelstelling voor dit onderdeel van de Regeling en de term 'ondersteuning' eraan toevoegen.

→ **Aanbeveling 28:** Startend in de tweede helft van 2026 samen met de Netwerken Palliatieve Zorg en landelijke partijen stapsgewijs landelijke kaders voor de Netwerken Palliatieve Zorg vaststellen en in de Regeling opnemen dat hieraan voldaan moet worden, voor:

→ **Aanbeveling 28a:** landelijk vastgestelde basis- en procesafspraken (Bijvoorbeeld in eerste instantie voor wat aandachtsgebieden zijn, hoe uniform en gestructureerd gemonitord wordt, en welke voorwaarden aan lidmaatschap gesteld worden)

→ **Aanbeveling 28b:** een minimale partnerstructuur. (In eerste instantie voor het type organisaties, vanuit het zorgdomein én het sociaal domein, dat minimaal actief geïnformeerd moet worden)

→ **Aanbeveling 28c:** een minimale samenwerking met andersoortige netwerken.

(In eerste instantie alleen voor met welke andersoortige netwerken contact gezocht moet worden met het oog op samenwerking.)

→ **Aanbeveling 28d:** het competentieprofiel voor coördinatoren.

(In eerste instantie op basis van de competenties die de huidige rol van coördinatoren vereist.)

→ **Aanbeveling 29:** Dat de Netwerken Integrale Kindzorg de samenwerking met de Netwerken Palliatieve Zorg en de Centra voor Levensvragen intensiveren voor zorg op het snijvlak 18-/18+.

4.2.2 Schaalgrootte

Gezien de ontwikkelingen in de palliatieve zorg (zie paragraaf 4.1.1) geven zowel de veldpartijen als het ministerie van VWS aan dat er aandacht moet zijn voor schaalgrootte van de Netwerken Palliatieve Zorg om de doelmatigheid en de doeltreffendheid te vergroten. De Netwerken Integrale Kindzorg (NIK) zijn op grotere schaal (n=7) georganiseerd dan de Netwerken Palliatieve Zorg, daarom is het verbeterpunt met betrekking tot schaalgrootte niet van toepassing op de NIK's.

In het onderstaande kader beschrijven we kort de huidige situatie.

Huidige situatie

Momenteel zijn er 64 netwerken voor palliatieve zorg verspreid over het land. Dit is historisch zo gegroeid. Ieder netwerk krijgt een basisbedrag (ruim € 10.000) en een variabel bedrag op basis van het aantal inwoners. Dit wordt zo gedaan, zodat ook kleine netwerken over voldoende middelen kunnen beschikken.

Voordelen:

- Samenwerking kan plaatsvinden waar partijen elkaar vanuit geografische logica vinden en de meerwaarde van samenwerking ervaren.



- Kleinschaligheid wordt gefaciliteerd en dit kan helpen om goed in te spelen op specifieke regionale behoeften.

Nadelen:

- Natuurlijke schaalvergroting en intensivering van de samenwerking wordt door de manier waarop het budget verdeeld wordt over de netwerken (namelijk aan de hand van een basisbedrag en met een variabel bedrag) geremd (zie paragraaf 4.1.6).
- De soms beperkte schaalgrootte van netwerken is niet het meest doelmatig als het gaat om de uitvoering van de Regeling.
- De huidige indeling van de netwerken sluit niet aan bij de indelingen van de formele zorg en van het sociaal domein, terwijl hiermee in de toekomst steeds meer en beter samengewerkt moet worden (zie hoofdstuk 5).

Opties

De doeltreffendheid en doelmatigheid van de Regeling kunnen met een andere netwerkindeling mogelijk worden vergroot. Een vermindering van het aantal netwerken zou de doelmatigheid van de netwerken kunnen vergroten en met een andere indeling kan mogelijk beter aangesloten worden bij de reguliere zorg en bij het sociaal domein.

Met betrekking tot het aanpassen van de schaalgrootte van de netwerken zijn verschillende opties genoemd. Hieronder werken we drie opties uit,

waarvan de eerste optie in combinatie met een van de twee andere opties kan worden toegepast.

Optie 1. Schrappen basisbedrag

Door het basisbedrag is het nu voor netwerken niet aantrekkelijk om samen te gaan, ook al functioneren zij in de praktijk vrijwel als één netwerk. Als aparte netwerken ontvangen ze een hoger subsidiebedrag, dan wanneer ze als één samengevoegd netwerk subsidie aanvragen. Als aparte netwerken ontvangen ze immers meerdere keren het basisbedrag (zie paragraaf 4.1.6). Er kan voor gekozen worden om het basisbedrag te schrappen en het beschikbare subsidiebedrag alleen op basis van het aantal inwoners te verdelen.

Ook voor netwerken met een gezamenlijke coördinator wordt de prikkel om niet samen te gaan verlaagd. Binnen de netwerken is het dan mogelijk om indien gewenst op uitvoeringsniveau te blijven werken met subregio's.

Voordelen

- Hiermee wordt een drempel voor schaalvergroting weggenomen. Meerdere netwerken die in de praktijk als één netwerk functioneren zullen dan bijvoorbeeld niet meer aparte subsidieaanvragen doen.
- Op basis van de vragenlijst onder netwerken die is ingevuld door 60 netwerken, is het aannemelijk dat door het schrappen van het basisbedrag op een natuurlijke manier het aantal netwerken van 64 teruggebracht kan worden naar ongeveer 45¹⁵³.

¹⁵³ In drie gevallen wordt zo intensief samengewerkt dat zij moeite hebben om de resultaten te splitsen voor de afzonderlijke netwerken. In totaal gaat dit om 10 netwerken, die nu nog elk apart subsidie aanvragen. Het schrappen van het basisbedrag zou voor deze regio's betekenen dat het voordeliger is om formeel samen te gaan, waardoor het aantal netwerken indikt van 65 naar 58 netwerken. Daarnaast geldt dat 21 regio's door 8 verschillende coördinatoren zijn ingevuld, waardoor het aannemelijk is dat het voor deze regio's ook mogelijk is om samen te gaan. Als dit in alle regio's lukt, zou het aantal netwerken ingedikt kunnen worden van 58 naar 45.



- De manier waarop het subsidiebedrag verdeeld wordt sluit beter aan bij hoe de netwerken in de praktijk functioneren.
- Het aanvragen en verantwoorden van de subsidie wordt eenvoudiger omdat, voor de netwerken die als één netwerk functioneren, nog maar één subsidieaanvraag gedaan hoeft te worden.

Nadelen

- De herverdeling van gelden zal ervoor zorgen dat sommige netwerken minder ontvangen dan zij nu ontvangen.
- Kleine netwerken kunnen hierdoor, als ze niet samengaan met andere netwerken, in de problemen komen.
- Deze natuurlijke indikking van netwerken kan anders uitpakken dan op de langere termijn geografisch gewenst is (zie hoofdstuk 5).

Optie 2. Netwerken palliatieve zorg indelen aan de hand van de zorgkantoorregio's

In deze optie worden de netwerken palliatieve zorg opnieuw ingedeeld op basis van de zorgkantoorregio's. De indeling in zorgkantoorregio's is leidend voor de financiering van de zorg en is ook de basis voor de transformatie in het kader van het IZA/AZWA. Dit is dus een bekende indeling voor partijen in de zorg. Omdat er 31 zorgkantoorregio's zijn, betekent dit een vermindering van het aantal netwerken. Binnen deze regio's kunnen in de uitvoering en samenwerking subregio's blijven bestaan (de situatie in België is hier een voorbeeld van, waarin met meerdere 'hubs' per provincie wordt gewerkt).

Voordelen

- Het betreft een bestaande indeling waar al samenwerkingsstructuren bestaan, waardoor aansluiting bij reguliere zorg en de transformatie van de palliatieve zorg makkelijker wordt.
- Er is aansturing mogelijk vanuit de zorgverzekeraars op het gehele gebied van palliatieve zorg.

Nadelen

- Samenwerkingen waarin de afgelopen jaren geïnvesteerd is kunnen mogelijk verwateren door het opknippen van netwerken.
- Grote verandering om dit binnen de termijn van 5 jaar voor elkaar te krijgen.
- Grenzen van zorgkantoorregio's doorkruisen soms netwerkregio's (zie bijlage 4).
- Zorgkantoorregio's sluiten qua indeling niet altijd aan op logische en natuurlijke samenwerkingsrelaties op geografisch niveau.
- Zorgkantoorregio's zorgen mogelijk voor minder mogelijkheden voor regionale inkleuring.

Optie 3. Netwerken palliatieve zorg indelen aan de hand van de Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV's)

In deze optie worden de netwerken palliatieve zorg opnieuw ingedeeld op basis van de regio's van de RESV's. De 54 RESV's komen voort uit het Integraal Zorgakkoord en zijn opgezet om de eerstelijnszorg te versterken. Deze samenwerkingsverbanden richten zich op multidisciplinaire samenwerking en maken afspraken over zorgcoördinatie, inhoud en kwaliteit met zorgverzekeraars en gemeenten. De veldpartijen geven aan dat het voor hen logisch voelt om aan te sluiten bij de eerstelijns zorg omdat dit aansluit bij de partijen en het werkveld van palliatieve zorg.



Voordelen

- Het betreft een bestaande indeling waar al samenwerkingsstructuren bestaan, waardoor aansluiting bij reguliere zorg en de transformatie van de palliatieve zorg makkelijker wordt.
- De indeling van de RESV's sluit redelijk goed aan op de indeling van de huidige netwerken palliatieve zorg, als zijn in de randstad en in het midden van Nederland de RESV-regio's vaak kleiner dan de Netwerken Palliatieve Zorg. In bijlage 4 hebben we een kaart met de RESV regio's opgenomen.
- Domeinoverstijgende aanpak mogelijk en een goede aansluiting op de eerstelijnszorg.

Nadelen

- Levert weinig schaalvergroting op.
- Grenzen van RESV's doorkruisen soms netwerkregio's (zie bijlage 4), waardoor samenwerking waarin de afgelopen jaren geïnvesteerd is opgebroken wordt.
- De RESV-regio's zijn nog volop in ontwikkeling, waardoor het lastig is om te bepalen of deze optie (in de toekomst) passend is
- Het is onduidelijk of deze opties vanuit de RESV-regio's zelf gewenst is

Afweging opties en aanbeveling(en)

Stapsgewijs moet er toegewerkt worden naar een schaalgrootte en governance die aansluit bij hoe de palliatieve zorg zich ontwikkelt. Met (stapsgewijze) wijzigingen van de Regeling ten behoeve van schaalgrootte moet daarom gewacht worden totdat duidelijker is wat deze ontwikkeling van de netwerken vraagt. Dat houdt in dat – vooralsnog – het basisbedrag behouden moet blijven en ook niet op andere manieren gestuurd worden

op samenvoeging dan wel splitsing van netwerken. Wel kan het ondersteunend zijn aan de ontwikkelingen in de palliatieve zorg om al te sturen op (meer) samenwerking (tussen netwerken) binnen beoogde regio's. Vooralsnog wordt gedacht aan samenwerking op het niveau van zorgkantoorregio's. In hoofdstuk 5 gaan we hier dieper op in.

→ **Aanbeveling 30:** Vooralsnog het basisbedrag behouden en ook niet op andere manieren sturen op samenvoeging dan wel splitsing van Netwerken Palliatieve Zorg, en dit pas doen als duidelijker is wat de ontwikkelingen in de palliatieve zorg van de netwerken vragen.

4.2.3 Beantwoording tweede hoofdvraag

De tweede hoofdvraag heeft betrekking op de verbetermogelijkheden voor de doeltreffend- en doelmatigheid van de Regeling voor de toekomst. Deze beantwoorden we, aan de hand van de bijbehorende deelvragen: deelvraag 4, 5 en 6. Hierbij nemen we deelvraag 4 en 5 samen, vanwege de samenhang tussen doeltreffend- en doelmatigheid (iets moet doeltreffend zijn om doelmatig te kunnen zijn).

Deelvraag 4 en 5: Welke kansen zijn er om meer te sturen op de *doeltreffendheid* en de *doelmatigheid* van de besteding van overheidsmiddelen?

Uit de voorgaande paragrafen volgen aanbevelingen die de doeltreffend- en doelmatigheid van de Regel kunnen vergroten.

Met betrekking tot kaders doen we drie aanbevelingen, waarvan één met vier sub-aanbevelingen:

→ **Aanbeveling 27:** De term 'terminale' verwijderen uit de doelstelling voor dit onderdeel van de Regeling en de term 'ondersteuning' eraan toevoegen.



→ **Aanbeveling 28:** Startend in de tweede helft van 2026 samen met de Netwerken Palliatieve Zorg en landelijke partijen stapsgewijs landelijke kaders voor de Netwerken Palliatieve Zorg vaststellen en in de Regeling opnemen dat hieraan voldaan moet worden, voor:

→ **Aanbeveling 28a:** landelijk vastgestelde basis- en procesafspraken. (Bijvoorbeeld in eerste instantie voor wat aandachtsgebieden zijn, hoe uniform en gestructureerd gemonitord wordt, en welke voorwaarden aan lidmaatschap gesteld worden)

→ **Aanbeveling 28b:** een minimale partnerstructuur. (In eerste instantie voor het type organisaties, vanuit het zorgdomein én het sociaal domein, dat minimaal actief geïnformeerd moet worden)

→ **Aanbeveling 28c:** een minimale samenwerking met andersoortige netwerken.

(In eerste instantie alleen voor met welke andersoortige netwerken contact gezocht moet worden met het oog op samenwerking)

→ **Aanbeveling 28d:** het competentieprofiel voor coördinatoren.

(In eerste instantie op basis van de competenties die de huidige rol van coördinatoren vereist.)

→ **Aanbeveling 29:** Dat de Netwerken Integrale Kindzorg de samenwerking met de Netwerken Palliatieve Zorg en de Centra voor Levensvragen intensiveren voor zorg op het snijvlak 18-/18+.

Met betrekking tot schaalgrootte doen we een aanbeveling:

→ **Aanbeveling 30:** Vooralsnog het basisbedrag behouden en ook niet op andere manieren sturen op samenvoeging dan wel splitsing van Netwerken Palliatieve Zorg, en dit pas doen als duidelijker is wat de ontwikkelingen in de palliatieve zorg van deze netwerken vragen.

Deelvraag 6: Welke alternatieve financieringsmogelijkheden zijn er om de afhankelijkheid van de subsidieregeling in de toekomst te verminderen?

De komende jaren zal het beschikbare subsidiebedrag afnemen.

Tegelijkertijd wordt er een nadrukkelijk beroep gedaan op de Netwerken Palliatieve Zorg vanuit de Toekomstvisie palliatieve zorg en ondersteuning, waarvoor toereikende financiering nodig is. Dit benadrukt het belang van alternatieve financiering. Een kanttekening daarbij is dat een grotere afhankelijkheid van aanvullende financiering tijd kost (wat ten koste gaat van activiteiten binnen het netwerk), toekenning vaak onzeker is en geen structurele oplossing biedt.

Uit de uitvraag onder de Netwerken Palliatieve Zorg volgde dat al ongeveer de helft van de netwerken naast de subsidie aanvullende financiering ontvangt, vanuit onder andere: landelijke, regionale en lokale subsidies, en netwerkleden (zie paragraaf 4.1.3).

Om meer *aanvullende* financiering ter verkrijgen doen we twee aanbevelingen:

→ **Aanbeveling 31:** Onderzoeken of netwerkleden financieel (meer) kunnen bijdragen aan het netwerk.

Hierbij moet rekening gehouden worden met de aard en omvang van de organisaties die lid zijn van het netwerk. Het verschilt in welke mate individuele organisaties financieel kunnen bijdragen aan het netwerk.

→ **Aanbeveling 32:** Meer gebruik maken van landelijke, regionale en lokale subsidies.

Hiervoor kan gekeken worden naar subsidies die door andere netwerken al benut worden, zoals benoemd in paragraaf 4.1.3.



Voor concrete suggesties voor *alternatieve* financiering is het nu nog te vroeg. Op dit moment werken de Netwerken Palliatieve Zorg en het ministerie van VWS, onder begeleiding van AEF, aan een toekomstvisie en toekomstagenda. Deze geven richting aan onder andere de governance van de Netwerken Palliatieve zorg die in de komende jaren verder vorm moet krijgen. Welke financiering bij deze toekomstige governance past is op voorhand niet te zeggen. Daarom doen we voor alternatieve financiering de volgende aanbeveling:

→ **Aanbeveling 33:** Als duidelijk wordt hoe de toekomstige governance van de Netwerken Palliatieve Zorg eruit gaat zien de financiering van de Netwerken Palliatieve Zorg hierop laten aansluiten.

Mogelijk kunnen zorgverzekeraars, indien passend, een rol spelen in de toekomstige financiering van de netwerken palliatieve zorg; zoals nu deels het geval is bij de regionale dementienetwerken¹⁵⁴ en de zorg(netwerk)organisatie ParkinsonNet¹⁵⁵.

¹⁵⁴ Update verkenning financiering netwerken – Dementie Netwerk Nederland

¹⁵⁵ Financiering coördinatiecentrum via ADZ-regeling - ParkinsonNet

5. Synthese, conclusies en aanbevelingen

In de voorgaande hoofdstukken hebben we per onderdeel van de Regeling aanbevelingen gedaan voor aanpassingen (zie paragraaf 2.2, 3.2, 4.2), gezien de knelpunten die zich voordoen in de huidige uitvoeringspraktijk (zie paragraaf 2.1, 3.1, 4.1). Een deel van deze aanbevelingen voor aanpassingen moeten in onderlinge samenhang worden bekeken, omdat ze elkaar raken.

Daarnaast raakt een deel van de suggesties aan ontwikkelingen in de palliatieve zorg en moet bij de uitwerking hiervan daar rekening mee gehouden worden.

In dit hoofdstuk lichten we de raakvlakken tussen onderdelen toe, hoe de ontwikkelrichting voor de palliatieve zorg eruitziet, en welke aanbevelingen voor aanpassing daaruit volgen.

5.1 Synthese

5.1.1 Raakvlakken tussen onderdelen

In de uitvoeringspraktijk wordt vanuit de verschillende onderdelen van de Regeling met elkaar samengewerkt. De netwerken verbinden organisaties en vergroten de samenhang in de palliatieve zorg en ondersteuning, en onderdeel van de palliatieve zorg en ondersteuning zijn onder andere de instellingen die vrijwilligers inzetten in de palliatieve zorg en ondersteuning en de Centra voor Levensvragen. Door de samenwerking die hieruit volgt raken de onderdelen van de Regeling aan elkaar op het gebied van schaal-grootte en governance; schaalgrootte en governance zijn gezamenlijk van invloed op hoe deze samenwerking wordt vormgegeven.

Daarom moet bij eventuele aanpassingen van schaalgrootte en governance rekening gehouden worden met de andere onderdelen.

5.1.2 Toekomstvisie palliatieve zorg en ondersteuning, AEF

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) voerde in opdracht van het ministerie van VWS een toekomstverkenning uit, waarin geconcludeerd wordt dat Palliatieve zorg en ondersteuning steeds meer onderdeel moeten worden van de reguliere zorg en ondersteuning. Daarom heeft het ministerie van VWS aan AEF de opdracht gegeven om in samenspraak met organisaties die betrokken zijn bij zorg en ondersteuning in de laatste levensfase drie zaken op te leveren: toekomstvisie en toekomstagenda met bijbehorende governance.

In onderstaand kader beschrijven we de ontwikkelrichting voor de palliatieve zorg die volgt uit deze toekomstvisie. Eerst geven we de leidende principes weer die de basis hiervan vormen. Daarna beschrijven we op hoofdlijnen de manier waarop het veld van de palliatieve zorg op de middellange termijn (2027 – 2031) georganiseerd zal worden volgens deze toekomstvisie.

Leidende principes

Uit het traject dat AEF met velpartijen heeft doorlopen volgen een aantal leidende principes voor de toekomstige manier van organiseren van de palliatieve zorg en ondersteuning, de zorg en ondersteuning in de laatste levensfase¹⁵⁶:

- De toekomstige manier van organiseren moet eenvoudiger zijn.
- De toekomstige organisatie moet integratie tussen domeinen mogelijk maken.
- Daarnaast moet de inrichting aanspreekbaarheid bieden.
- De manier van organiseren moet ook flexibel zijn.
- De gekozen inrichting is daarom nadrukkelijk bedoeld voor een overgangsfase.

Organisatievorm voor overgangsfase 2027 tot 2031

Aan de hand van de leidende principes is ervoor gekozen om op dit moment een organisatievorm te kiezen voor de periode 2027 tot 2031, en daarna te kijken welke vervolgstappen en aanpassingen nodig zijn voor verdere inbedding van de palliatieve zorg en ondersteuning in het reguliere zorg- en ondersteuningslandschap.

Deze beoogde organisatievorm voor palliatieve zorg en ondersteuning bestaat samengevat uit:

- Een *landelijk regieorgaan* – Deze richt zich, in opdracht van het ministerie van VWS, op strategische sturing en bewaakt de samenhang tussen ambities uit de toekomstvisie en toekomstagenda en de uitvoering daarvan in beleid en praktijk. Hierbij verschuift de focus de komende jaren geleidelijk van ontwikkeling en transformatie meer naar inbedding en borging in het reguliere zorg- en ondersteuningslandschap. Het regieorgaan neemt hierover strategische keuzes, gevoed door onder andere de landelijke ondersteuningsorganisatie. Voor dit regieorgaan wordt verder gebouwd op de huidige Stuurgroep NPPZII, waarin de belangrijkste stelselpartijen zijn vertegenwoordigd¹⁵⁷.
- Een *landelijke ondersteuningsorganisatie* – Deze ondersteunt, in opdracht van het landelijke regieorgaan, de uitvoering van de landelijke agenda. Het richt zich op kennisontwikkeling, kwaliteit en maatschappelijke bewustwording om hiervoor de benodigde randvoorwaarden te creëren. Dit gebeurt met projectteams aan de hand van strategische thema's. Hierbij wordt samengewerkt met landelijke veldpartijen, beroepsverenigingen, brancheorganisaties en regionale samenwerkingsstructuren, en uitvoerende organisaties in het veld. Daarnaast vindt afstemming plaats met de ondersteuningsorganisatie voor de kinderpalliatieve zorg.

¹⁵⁶ Toekomstvisie leven tot het laatst (concept), hoofdstuk 9)

¹⁵⁷ Stuurgroep NPPZ II – NPPZ

Deze ondersteuningsorganisatie wordt gevormd door de fusie-organisatie van Agora¹⁵⁸ en stichting PZNL¹⁵⁹, mogelijk worden hier later nog andere organisaties bij ondergebracht.

- *Bovenregionale consortia* – Deze vormen een schakel tussen landelijke ontwikkelingen en de regionale praktijk, en verbinden praktijk, onderzoek en onderwijs met elkaar. Zij ondersteunen regio's bij het vertalen van landelijke doelen naar de regionale praktijk, en richten zich op het versterken van implementatie (bijvoorbeeld van het kwaliteitskader palliatieve zorg), kennisontwikkeling en samenwerking. Hiervoor werken ze onder andere samen met de regionale netwerken palliatieve zorg. Binnen deze samenwerking hebben de consortia een verbindende rol.

Deze consortia zijn in principe tijdelijk. Naarmate palliatieve zorg sterker wordt ingebed in het reguliere zorg- en ondersteuningslandschap is de verwachting dat functies van de consortia geleidelijk kunnen worden ondergebracht in reguliere en zorgbrede structuren.

- *Regionale netwerken Palliatieve Zorg* – Deze brengen zorgorganisaties, professionals en partners uit het zorg- en sociaal domein samen en dragen bij aan samenhang in zorg en ondersteuning voor mensen in de laatste levensfase. De komende jaren moeten zij zich richten op een meer strategische samenwerking (onder andere door meer samenwerking op bestuurlijk niveau), en op een sterkere verbinding tussen zorg, het sociaal domein en initiatieven vanuit de gemeenschap. Dit vraagt om sterkere strategische positie. De netwerken moeten zich daarvoor gaan organiseren op het niveau van

zorgkantoorregio's, moeten actief aansluiting zoeken regionale structuren, zoals IZA-regio's en de Regionale Samenwerkingsverbanden voor Zorg en Welzijn (RESV's), en moeten zich sterker verbinden met andere regionale zorgnetwerken en samenwerkingsverbanden (bijvoorbeeld op het gebied van dementie, Parkinson en acute zorg).

5.1.3 Aanbevelingen met betrekking tot toekomstvisie

De toekomstvisie die door AEF geschetst wordt vraagt van de Regeling dat deze waar nodig het veld stuurt in de hierin geschetste richting, maar vraagt voor de komende subsidieronde vooralsnog niet om grote aanpassingen, aanvullend op de al eerdergenoemde aanbevelingen. De stip op de horizon die uit de toekomstvisie volgt is namelijk nog beperkt concreet. In de komende jaren (2026-2031), die worden geduid als overgangsfase, moet stap voor stap concreter worden hoe de palliatieve zorg en ondersteuning in de toekomst georganiseerd wordt.

Hieronder lichten we per onderdeel van de Regeling toe wat deze toekomstvisie betekent.



Onderdeel Vrijwilligers

Sturing op regionale capaciteit

De ontwikkelrichting die door AEF geschetst wordt voor de palliatieve zorg is relevant voor de sturing op de regionale capaciteit van instellingen die vrijwilligers inzetten in de palliatieve terminale zorg,

¹⁵⁸ Agora - Samen voor mensen in de palliatieve fase

¹⁵⁹ Stichting PZNL - Stichting PZNL

voornamelijk hospices. Zoals toegelicht in paragraaf 2.2.4 adviseren we om deze sturing bij het veld te leggen en hier invulling aan te geven door – op basis van zaken als streefnormen en prognoses – met elkaar het gesprek te voeren over de komst van nieuwe instellingen en over capaciteitsuitbreiding van bestaande instellingen.

Uit de toekomstvisie volgt dat de netwerken palliatieve zorg zich meer in moeten gaan zetten op samenwerking op bestuurlijk niveau en zich moeten gaan organiseren op het niveau van de zorgkantoorregio's. Als dit inderdaad gebeurt ligt het in onze ogen voor de hand om de sturing op de regionale capaciteit (de regierol), op termijn, op bestuurlijk niveau binnen de zorgkantoorregio's te beleggen.

Daarnaast volgt uit de toekomstvisie dat de consortia, in ieder geval in de overgangsfase, een belangrijke rol zullen spelen in samenwerking (onder andere het verbinden van netwerken palliatieve zorg), kennisontwikkeling en implementatie. We zien daarom een belangrijke rol voor hen weggelegd in het vormgeven van de sturing op regionale capaciteit. Hiervoor moet namelijk:

- *kennis ontwikkeld* worden (denk aan de actualisatie en toepassing van prognosemodellen voor behoefte en capaciteit, het bepalen van passende streefnormen en het ontwikkelen van richtlijnen voor gesprekken over capaciteitsvraagstukken),
- dit moet vervolgens *geïmplementeerd* moet worden op het niveau van de zorgkantoorregio's, en
- dit vraag om *samenwerking* tussen de netwerken palliatieve zorg.

Hieruit volgt voor de komende subsidieronde geen aanleiding voor aanvullende aanpassingen van de Regeling, ten opzichte van ons advies

om een onderbouwde, regionaal afgestemde behoefte als voorwaarde op te nemen voor nieuwe subsidieaanvragers (zie paragraaf 2.2.4). Na deze subsidieronde moet gekeken worden hoe de sturing op regionale capaciteit verder vorm heeft gekregen en of het wenselijk is om dit verder te borgen in de Regeling.

Resumerend volgen hieruit twee aanbevelingen:

→ **Aanbeveling 34:** De sturing op de regionale capaciteit (de regierol) op bestuurlijk niveau binnen de beoogde (zorgkantoor)regio's beleggen, zodra de Netwerken Palliatieve Zorg op dit niveau samenwerken.

→ **Aanbeveling 35:** De consortia een rol geven in de sturing op de regionale capaciteit passend bij de ontwikkelingen in de palliatieve zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld in de genoemde overgangsfase met betrekking tot de benodigde kennisontwikkeling en implementatie.



Onderdeel Geestelijke verzorging thuis

Verbinding met Netwerken Palliatieve Zorg

Voor de Centra voor Levensvragen zijn de Netwerken Palliatieve Zorg van belang voor de verbinding met en vindbaarheid vanuit de palliatieve zorg en ondersteuning; uiteindelijk moet geestelijke verzorging standaard onderdeel uit (blijven) maken van het aanbod vanuit palliatieve zorg. De Centra voor Levensvragen zijn dan ook lid van een groot deel van de Netwerken Palliatieve Zorg (zie paragraaf 4.1.2).

Dat de Netwerken Palliatieve Zorg, zoals in de toekomstvisie geschetst wordt door AEF, meer in moeten gaan zetten op samenwerking (op bestuurlijk niveau) in de zorgkantoorregio's zal van invloed zijn op de

samenwerking (op bestuurlijk niveau en uitvoeringsniveau) van de Centra voor Levensvragen met en in de Netwerken Palliatieve Zorg.

Een aandachtspunt daarbij is dat de palliatieve doelgroep slechts één van de doelgroepen van de Centra voor Levensvragen betreft. Wat de veranderingen in de palliatieve zorg op termijn betekenen voor het aantal Centra voor Levensvragen en de geografische spreiding ervan is een vraagstuk voor de Centra voor Levensvragen dat door de Centra voor Levensvragen moet worden uitgewerkt. Momenteel lijken de Centra voor Levensvragen vooral gebaat bij stabiliteit; in de afgelopen jaren hebben zij al een grote verandering doorgemaakt op het gebied van schaalgrootte (zie paragraaf 3.1.2).

Dat de regio-indeling van de Centra voor Levensvragen niet (volledig) overeenkomt met regio-indeling van de Netwerken Palliatieve Zorg hoeft overigens geen belemmering te vormen voor de samenwerking binnen de Netwerken Palliatieve Zorg. Centra voor Levensvragen kunnen bij meerdere Netwerken Palliatieve Zorg betrokken zijn, en andersom kunnen Netwerken Palliatieve Zorg meerdere Centra voor Levensvragen betrekken.

Resumerend volgen hieruit twee aanbevelingen:

→ **Aanbeveling 36:** Om vanuit de Centra voor Levensvragen en de Netwerken Palliatieve Zorg gaandeweg te onderzoeken wat de veranderingen in de palliatieve zorg en ondersteuning betekenen voor de samenwerking op bestuurlijk niveau en op uitvoeringsniveau.

→ **Aanbeveling 37:** Om vanuit de Regeling niet te sturen op de schaalgrootte en regio-indeling van de Centra voor Levensvragen, maar dit over te laten aan de Centra voor Levensvragen zelf.



Onderdeel Netwerken

Uit de toekomstvisie die AEF schetst volgt onder andere dat de netwerken palliatieve zorg:

- meer op bestuurlijk niveau moeten gaan samenwerken,
- zich moeten gaan organiseren op het niveau van zorgkantoorregio's,
- actief aansluiting moeten zoeken regionale structuren in het medisch, sociaal, geestelijk en informele zorg-domein, en
- zich sterker moeten verbinden met andere regionale zorgnetwerken en samenwerkingsverbanden.

Dit raakt aan de verschillende opties beschreven in paragraaf 4.2 en hiermee moet rekening gehouden worden bij de verdere uitwerking van deze opties.

Kaders

Met betrekking tot het opnemen van kaders voor de netwerken in de Regeling (zie paragraaf 4.2.1) moet bij de verdere uitwerking van de opties rekening gehouden worden met de toekomstvisie. Kaders kunnen op die manier afgestemd worden op en ondersteunend zijn aan de gewenste ontwikkeling. Voorbeelden van kaders die afgestemd moeten worden op elementen van de toekomstvisie zijn:

- *Landelijk vastgestelde basistaken en procesafspraken* – Afhankelijk van welke elementen hierin op worden genomen raakt het aan andere onderdelen van de toekomstvisie, voorbeelden zijn:
- *Aandachtsgebieden* – Het lijkt erop dat op welke thema's netwerken zich moeten richten zal worden belegd bij het nog te vormen landelijk regieorgaan.

- *Scholing van professionals* – Een belangrijke rol hiervoor zal (voorlopig) worden belegd bij de bovenregionale consortia, als verbinders van praktijk, onderzoek en onderwijs.
- *Voorwaarden aan lidmaatschap* – Hier wordt in de toekomstvisie niet specifiek bij stilgestaan, maar in lijn met de leidende principes zal het wenselijk zijn om heldere rollen en verantwoordelijkheden te verbinden aan lidmaatschap.
- *Minimale partnerstructuur* – Dat de netwerken meer op bestuurlijk en op zorgkantoorregio-niveau moeten gaan samenwerken betekent dat de samenstelling van de netwerken zal veranderen en verbreden. Hierbij kan het passend zijn om onderscheid te maken tussen leden die op het niveau van de netwerkregio's betrokken worden (denk aan professionals en kleinere organisaties) en leden die op het niveau van de zorgkantoorregio's (bestuurlijk) betrokken worden (denk aan grotere organisaties als ziekenhuizen).
- *Competentieprofiel voor coördinatoren* – Dat de netwerken meer op bestuurlijk niveau moeten gaan samenwerken, waar netwerken historisch gezien meer gericht waren op professionals, vraagt van de netwerkcoördinatoren om andere, aanvullende competenties.

Hieruit volgt voor de komende subsidieronde nog niet een noodzaak voor aanvullende aanpassingen van de Regeling, ten opzichte van de aanbevelingen voor aanpassing die al voorgesteld zijn in paragraaf 4.2. Met betrekking tot de competenties van coördinatoren kunnen bijvoorbeeld al wel vereisten opgenomen worden op basis van wat de huidige situatie van netwerkcoördinatoren vraagt, maar nog niet op basis van wat de toekomstige situatie aanvullend van coördinatoren gaat vragen. De Regeling moet ruimte bieden aan de netwerken om in de overgangsfase dergelijke kaders verder vorm te geven. In de loop van de

komende subsidieronde en/of daarna kunnen aanvullende aanpassingen aan de Regeling gedaan worden op basis van hoe de organisatie, taken en rollen van de netwerken palliatieve zorg zich verder hebben ontwikkeld. Op voorhand is niet te zeggen welke aanpassingen en wanneer nodig zijn.

Schaalgrootte

Zoals hierboven toegelicht volgt uit de toekomstvisie, met betrekking tot schaalgrootte, dat de Netwerken Palliatieve Zorg zich op het niveau van de zorgkantoorregio's moeten gaan organiseren. Hoe dat er precies uit komt te zien is nu nog niet duidelijk. Wel wordt aangegeven dat de netwerken palliatieve zorg, binnen de zorgkantoorregio's, meer netwerk overstijgend zullen moeten samenwerken, en dat de bovenregionale consortia hierin (vooralsnog) een verbindende rol spelen.

Voor de komende subsidieperiode vraagt dit van netwerken palliatieve zorg dat zij toe moeten werken naar meer netwerk overstijgende samenwerking binnen de zorgkantoorregio's, en hoe dit verder vorm gaat krijgen zal stap voor stap duidelijk moeten worden en kan daarom nog niet worden vastgelegd in de Regeling.

Resumerend volgt hieruit één aanbeveling, aanvullend op de andere aanbevelingen die al in paragraaf 4.2 zijn gedaan:

→ **Aanbeveling 38:** In de Regeling als vereiste voor de Netwerken Palliatieve Zorg opnemen dat zij (gaan) samenwerken binnen de beoogde regio's die volgen uit de lopende ontwikkelingen in de palliatieve zorg, zodra hier voldoende duidelijkheid over is.

5.1.4 Resumerend

Gedurende de komende subsidieronde bevindt de palliatieve zorg en ondersteuning zich in een overgangsfase, zoals door AEF geschetst wordt

in de toekomstvisie. Belangrijk is dat het veld zich gedurende deze 5 jaar blijft ontwikkelen. Deze ontwikkeling moet gestimuleerd, gefaciliteerd en afgedwongen worden.

Deze ontwikkeling betreft een open proces; stap voor stap moet duidelijk worden hoe de palliatieve zorg en ondersteuning er in de toekomst uit komt te zien. Daarmee kan de toekomstvisie die er nu ligt nog beperkt vertaald worden naar de Regeling voor de volgende subsidieronde van de Regeling, áánvullend op de aanbevelingen die we doen in paragrafen 2.2, 3.2 en 4.2. Voor de start van het komend subsidiejaar (2027):

- zal beperkt duidelijk zijn hoe de palliatieve zorg en ondersteuning er in de toekomst uit moet zien en welke vereisten voor subsidieontvangers daarbij passen,
- hebben subsidieaanvragers geen ruimte gehad om hierop in te spelen.

Wel kan DUS-I tussentijds, bij aanvraag en verantwoording van de subsidie, aan subsidieaanvragers vragen op welke manier zij zich inzetten voor de gewenste ontwikkelingen in de palliatieve zorg en ondersteuning, en het ministerie van VWS kan stap voor stap aanvullende eisen in de Regeling opnemen naarmate duidelijker wordt hoe de palliatieve zorg en ondersteuning eruit moet komen te zien in de toekomst.

5.2 Conclusies en aanbevelingen

De voorgaande onderdeelspecifieke hoofdstukken laten zien dat alle drie de onderdelen van de Regeling in de periode 2020-2025 doeltreffend zijn geweest en in meer of mindere mate doelmatig, maar ook dat deze specifieke verbeterpunten kennen. Voor deze verbeterpunten hebben we in de onderdeelspecifieke hoofdstukken en in de voorgaande paragraaf aanbevelingen gedaan. Deze verbeterpunten en bijbehorende aanbevelingen sommen in de samenvatting aan het begin van dit rapport op, per onderdeel van de Regeling, om overzicht te bieden. Hierbij maken we onderscheid tussen: (1) aanbevelingen gericht op de doeltreffend en doelmatigheid van de Regeling, (2) aanbevelingen gericht op alternatieve financiering, en (3) aanbevelingen gericht op de ontwikkelingen in de palliatieve zorg.

Bijlage 1. Interviews, documenten en gegevens

Respondenten interviews	Vrijwilligers	GV thuis	Netwerken
Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTZ Nederland)	x		x
Associatie Hospicezorg Nederland (AHzN)	x		
ActiZ	x		x
Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg samen met/namens NIK		x	x
Vereniging van Geestelijk Verzorger (VGvZ)		x	
Vereniging Samenwerkende Centra voor Levensvragen (VSCL)		x	x
Vereniging Netwerken Palliatieve Zorg (VNPZ)	x	x	x
ZonMw (programma Zingeving en Geestelijke Verzorging)		x	
Agora		x	x
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	x		x
Zes Individuele Centra voor Levensvragen		x	
Drie groepsinterviews netwerken palliatieve zorg			x
Drie groepsinterviews organisaties inzet vrijwilligers (per type)	x		
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	x	x	x
Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I)	x	x	x

Geraadpleegde documenten

Onderdeel	Geraadpleegde documenten / informatie
Alle onderdelen	– AEF (2025). Agenda bijeenkomst kerngroep Toekomst Palliatieve Zorg – Gupta (2024). De olifant de kamer uit – HHM (2020). Evaluatie Regeling palliatieve terminale zorg – NPPZ-II (2025). Handreiking financiering palliatieve zorg 2025 – PZNL & Gupta (2024). Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg – Reacties partijen op inventarisatie per mail door VWS: "Uitnodiging Meedenken over evaluatie subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis" – Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis [gedownload op 26-09-2025] – RIVM (2024). Palliatieve Zorg in 2050, Drie toekomstscenario's – VWS (2021). Kamerbrief Stand van zaken palliatieve zorg 20 dec 2021 (kenmerk 3295241-1021652-LZ) – VWS (2023). Kamerbrief Stand van zaken palliatieve zorg 14 dec 2023 (kenmerk 3728788-1057369-LZ) – VWS (2024). Kamerbrief Stand van zaken palliatieve zorg 17 dec 2024 (kenmerk 4016895-1076178-LZ) – VWS (2025). Beantwoording Kamervragen over toekomst hospicezorg (14 april 2025) (kenmerk ah-tk-20242025-1934) – VWS (2025). Opdrachtomschrijving Evaluatie Regeling PTZ
 Vrijwilligers	– Berenschot (2024). Versterken Hospicezorg - Onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit (vernieuwde versie nov. 2024) – Gupta (2025). Hospices in Nederland - Adviezen richting toekomstbestendige inrichting en bekostiging – HOPEVOL (2022). Uitkomsten van het landelijk onderzoek naar de hospicezorg in Nederland – Verwey-Jonker Instituut (2024). Over de behoefte aan ondersteuning door vrijwilligers bij mensen thuis – VPTZ Nederland & Associatie Hospicezorg Nederland (diverse jaren). Registratierapportage – VPTZ Nederland (2025). Reactie op Gupta (2025) – VWS (2025). Beantwoording Kamervragen over toekomst hospicezorg (14 apr 2025)

Geraadpleegde documenten / informatie

Onderdeel

**GV thuis**

- Berenschot (2024). Stakeholderanalyse geestelijke verzorging thuis
- HHM (2023). Evaluatie regeling Geestelijke Verzorging Thuis
- VSCL (2025). Voortgang opdrachten GV thuis
- VSCL (2025). VSCL Adviestarieven Geestelijke Verzorging Thuis 2025
- VSCL (2025). Factsheet Consulten en groepsconsulten
- VSCL (2025). Factsheet Impactmeting geestelijke verzorging thuis
- VSCL (2025). Factsheet Scholing en MDO/PaTz
- VWS (2024). Opdrachtformulering aan VSCL op grond van TK brief 14122023
- ZonMw (2022). Overview zingeving en geestelijke verzorging in de thuissituatie
- ZonMw (2022). Tussenevaluatie ZonMw-programma Zingeving en Geestelijke Verzorging

**Netwerken**

- Fibula (2020). Inzicht in netwerk governance
- IGJ (2024). Inzet op versterking van regionale palliatieve zorgnetwerken
- Vlaanderen, Departement Zorg (z.j.). Aanvraag tot erkenning of verlenging van de erkenning van een palliatief netwerk of samenwerkingsverband

Onderdeel	Aanvulling relevante documenten/informatie
 Vrijwilligers	Handreiking financiering palliatieve zorg 2025 Beantwoording Kamervragen over toekomst hospicezorg (14 apr 2025) Palliatieve Zorg in 2050, Drie toekomstscenario's (RIVM, 2024) Gupta (2025). Hospices in Nederland - Adviezen richting toekomstbestendige inrichting en bekostiging Reactie VPTZ Nederland Gupta rapport
 GV thuis	Programma Zingeving en Geestelijke verzorging ZonMw Publicaties van VSCL
 Netwerken	Inzicht in netwerkgovernance (Fibula, 2020) Opbrengsten NPPZ-II, waaronder actieplannen project Versterken hospicezorg Documenten NIK en BINKZ

Ontvangen gegevens per onderdeel

Onderdeel	Aanvulling relevante documenten/informatie
 Vrijwilligers	• DUS-I • Data VPTZ en AHZN
 GV thuis	• DUS-I • Data VSCL • Data Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg
 Netwerken	• DUS-I • Uitvraag onder netwerken

Bijlage 2. Indeling instellingen in categorieën gehanteerd vanuit de Regeling

Regeling PTZ GV, artikel 6 over maximumbedragen	Indeling DUS-I [‡]
a1. voor het verlenen van palliatieve terminale zorg door vrijwilligers in de thuissituatie, dan wel in een bijna-thuis-huis of high care hospice → <u>zonder betaalde coördinatie</u>: € 722	Categorie A *: Organisaties in de vrijwillige palliatieve zorg met onbetaalde coördinatie voor de inzet van vrijwilligers in de thuissituatie of in een andere locatie. Deze organisaties verlenen geen zorg onder de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet.
a2. voor het verlenen van palliatieve terminale zorg door vrijwilligers in de thuissituatie, dan wel in een bijna-thuis-huis of high care hospice → <u>mét betaalde coördinatie</u>: € 2.061	Categorie B *: Organisaties in de vrijwillige palliatieve zorg met betaalde coördinatie voor de inzet van vrijwilligers in de thuissituatie of in een andere locatie. Deze organisaties verlenen geen zorg onder de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet.
b. aan een bijna-thuis-huis ten behoeve van het verlenen van palliatieve terminale zorg door vrijwilligers in het bijna-thuis-huis: € 5.035;	Categorie C *: Bijna-thuis-huizen: organisaties voor vrijwillige palliatieve terminale zorg (geen verpleeghuizen en verzorgingshuizen) waar in beginsel geen verpleegkundigen in vaste dienst zijn. Deze organisaties verlenen geen zorg onder de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet.
c. aan een high care hospice ten behoeve van het verlenen van palliatieve terminale zorg door vrijwilligers in de high care hospice: € 3.526;	Categorie D *: High care hospices: organisaties voor vrijwillige palliatieve terminale zorg (geen verpleeghuizen of verzorgingshuizen) waar verpleegkundigen in vaste dienst zijn. Deze organisaties verlenen geen zorg onder de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet. Categorie E [†]: Uw instelling is een organisatie in de vrijwillige palliatieve terminale zorg met betaalde of onbetaalde coördinatie voor de inzet van vrijwilligers, en is onderdeel van een koepelorganisatie die zorg levert onder de Wet langdurige zorg (Wlz) of zorgverzekeringswet (Zvw). • De koepelorganisatie heeft maximaal 20 verpleegkundigen voltijd in vaste dienst, of • De koepelorganisatie heeft meer dan 20 verpleegkundigen voltijd in vaste dienst, uw instelling opereert volledig zelfstandig, beschikt over rechtspersoonlijkheid en heeft maximaal 20 verpleegkundigen in voltijd vaste dienst.

Regeling PTZ GV, artikel 6 over maximumbedragen	Indeling DUS-I *
d. voor het verlenen van palliatieve terminale zorg door vrijwilligers aan personen die verblijven in een instelling die zorg of een andere dienst verleent waarop aanspraak bestaat ingevolge artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg of ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet: € 722.	Categorie F *: Organisaties in de vrijwillige palliatieve zorg met betaalde of onbetaalde coördinatie die vrijwilligers inzetten in een organisatie die zorg verleent onder de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet (voorheen bekend als organisaties met een WTZi-toelating). De vrijwilligers worden dus elders ingezet, bijvoorbeeld in een verpleeghuis of een hospice.

* Het ministerie van VWS geeft aan dat de aanvraagcategorieën op de website van DUS-I geüpdatet zullen worden. De term 'vrijwillige palliatieve zorg' is namelijk verouderd, en zal vervangen worden door de term 'palliatieve zorg door vrijwilligers'. Verder zal het woord 'geen' verwijderd worden uit de beschrijving van categorie D en zal bij categorie F de tekst tussen haakjes verwijderd worden.

* Instellingen die géén zorg leveren onder de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Zorgverzekeringswet (Zvw)

† Instellingen die wél zorg leveren onder de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Zorgverzekeringswet (Zvw)

Bijlage 3. RUS, USK en One Touch uitvoeringsvariant

Raamwerk uitvoering subsidies (RUS)

Het raamwerk uitvoering subsidies (RUS) is de gestandaardiseerde manier waarop de rijksoverheid subsidieregelingen uitvoert. Het is een bindend raamwerk voor subsidieverstrekking dat overal binnen de rijksoverheid moet worden toegepast. Het raamwerk geeft nadere invulling aan de Regeling vaststelling Aanwijzingen voor subsidieverstrekking, ook wel bekend als het Uniform Subsidiekader (USK). Het USK kent drie uitvoeringsvarianten met verschillende verantwoordingsregimes:

1. One Touch: - voor subsidies tot € 25.000. Direct vaststellen en/of steekproefsgewijs verantwoording over de prestatie (ambtshalve vaststellen).
2. Prestatie verantwoorden: voor investeringen en projecten van € 25.000 tot €125.000 waarbij het subsidiebedrag bij subsidieverlening kan worden bepaald. Bij subsidievaststelling wordt vastgesteld of de prestatie geleverd is.
3. Presteren & Inzicht in kosten: voor subsidies van 125.000 of meer. Bij deze variant vindt een integrale verantwoording van de prestatie en de kosten plaats.

Afwijken van de uitvoeringsvarianten is toegestaan indien dat op grond van een risicoanalyse verantwoord is.

One Touch uitvoeringsvariant

De “One Touch” subsidie wordt gekenmerkt door een eenmalig contact-moment tussen de aanvrager en de uitvoering. De beoordeling is licht en vindt bij voorkeur geautomatiseerd plaats.

One Touch subsidies zijn verplicht voor bedragen tot € 25.000 en bestaan uit lump sum bedragen voor de te leveren activiteiten of prestaties (in dit geval het aantal cliënten). Deze uitvoeringsvariant staat open voor subsidies met hogere bedragen indien dat op grond van de risicoanalyse verantwoord is.

Bron: Ministerie van Financiën (2020) Raamwerk voor Uitvoering van Subsidies (RUS) Handleiding per 2020

Bijlage 4. Kaarten



Figuur 23 Kaart met de **63 netwerken palliatieve zorg** (gescheiden door de witte lijntjes) verdeeld over de consortia palliatieve zorg (de verschillende kleuren).

Bron: Palliaweb

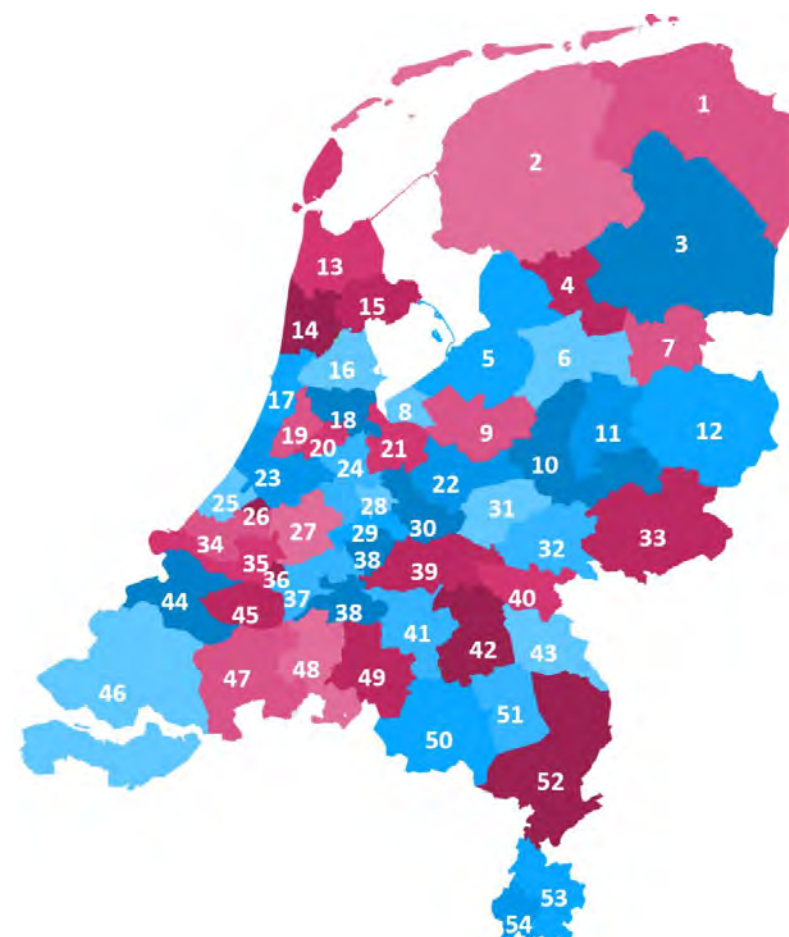


Figuur 24 Kaart met de **7 Netwerken Integrale Kindzorg** (de verschillende kleuren en de provinciegrenzen (gescheiden door zwarte lijnen).

Bron: www.kinderpalliatief.nl



Figuur 25 Kaart van Nederland (aangepast van Palliaweb.nl) met daarin weergegeven de Netwerken Palliatieve Zorg (gescheiden door witte lijntjes), de consortia (aangegeven met a verschillende kleuren), en de 31 zorgkantoorregio's (gescheiden door grijze lijnen)



Figuur 26 Kaart met 54 RESV-gebieden (RESV = regionaal eerstelijns samenwerkingsverband) bron: www.verenso.nl

Bijlage 5. Belangrijkste uitkomsten stakeholderanalyse geestelijke verzorging thuis

In 2024 heeft Berenschot in opdracht van het ministerie van VWS een stakeholderanalyse uitgevoerd voor het veld van geestelijke verzorging in de thuissituatie¹⁶⁰. Deze analyse had als doel inzichtelijk maken van kansen en bedreigingen voor de ontwikkeling van GV thuis. Hiervoor is (door middel van deskstudie, interviews, panelonderzoek en focusgroepen) gekeken naar de huidige situatie van GV thuis en naar de toekomst van GV thuis. Hieronder hebben we de – voor deze evaluatie – belangrijkste uitkomsten samengevat.

Bekendheid, behoefte en informele hulp

Met betrekking tot de huidige situatie van GV thuis laat het panelonderzoek zien dat er onder een willekeurige steekproef van burgers:

- ongeveer de helft van de mensen niet bekend was met hulp bij vraagstukken over zingeving en levensbeschouwing,
- er een duidelijke, brede behoefte bestaat aan hulp bij vraagstukken over zingeving en levensbeschouwing,
- dat mensen – náást geestelijk verzorgers – ook bij anderen hulp vinden bij vraagstukken over zingeving en levensbeschouwing:
- ze gaven aan voornamelijk met naasten over dit type vraagstukken te spreken
- ze gaven aan daarnaast ook met andere zorg- en hulpverleners over dit type vraagstukken te spreken, in de meeste gevallen met een psycholoog, huisarts of POH-ggz of coach.

Formele hulp

Uit de gevoerde interviews volgt dat geestelijke verzorging raakvlakken heeft met maatschappelijk werk, psychologische hulp en ggz, zoals ook terug te zien is in het zorgcontinuüm dat in deze stakeholderanalyse wordt geschetst. Tegelijkertijd volgt uit de interviews dat geestelijke verzorging zich hiervan onderscheidt doordat het gericht is op het begeleiden van mensen bij het weer vinden en beleven van zin in het leven, en niet op diagnose en behandelen. Ook laten de interviews zien dat geestelijk verzorgers vaak samenwerken met andere zorg- en hulpverleners, bijvoorbeeld omdat ze cliënten naar hen doorverwijzen. Belangrijk hiervoor is dat de zij bekend zijn met (de meerwaarde van) geestelijke verzorging, dit is vaak nog niet het geval. Deelname van geestelijk verzorgers aan MDO en het bieden van bijscholing aan andere zorg- en hulpverleners door geestelijk verzorgers kan dit verbeteren.

Bekendheid

Met betrekking tot het vergroten van bekendheid worden een aantal aanbevelingen gedaan:

- Zorg voor bekendheid van het veld van GV thuis bij het algemene publiek
- Richt de inzet van de subsidie op de infrastructuur van GV thuis (ten behoeve van bekendheid bij en verbinding met zorg en sociaal domein)

¹⁶⁰ Berenschot (2024) Stakeholderanalyse geestelijke verzorging thuis

Financiering

Ook volgen uit deze stakeholderanalyse een aantal aanbevelingen voor structurele financiering, geven de beperkte mogelijkheden hiervoor:

- Haak aan bij ontwikkelingen in de zorg (denk aan IZA/GALA en wachtlijsten in de ggz)
- Haak aan bij ontwikkelingen in de maatschappij (denk aan vluchtelingen en mensen die getroffen zijn door de toeslagenaffaire)
- Zoek de link op met gemeenten voor de inzet van GV thuis als onderdeel van de Wmo
- Baken af en stel de businesscase per doelgroep of situatie op, en leg daarbij vooral de link met (het ontlasten van) andere zorgsectoren
- Toon een positieve businesscase aan voor bekostiging van GV thuis vanuit de Zvw (bijvoorbeeld als onderdeel van een prestatie of een Diagnose-Behandelcombinatie)
- GV thuis kan ook door mensen zelf gefinancierd worden, maatschappelijke bereidheid hiervoor lijkt toe te nemen (Met betrekking tot de laatste twee aanbevelingen wordt genoemd dat het lastig is om de meerwaarde van GV thuis aan te tonen.)

Bijlage 6. Competenties en functie-eisen voor netwerkcoördinatoren

In het 'Functieprofiel netwerkcoördinator' van de VNPZ (bijlage 10 bij de ALV van 24 februari 202) volgen kerntaken, competenties en functie-eisen van netwerkcoördinatoren.

De competenties en functie-eisen voor netwerkcoördinatoren worden als volgt beschreven:

Competenties

- Flexibiliteit, analytisch en adaptief vermogen in een dynamische zorgomgeving.
- Integriteit als kernwaarde in samenwerking en besluitvorming.
- Sterke communicatieve en verbindende vaardigheden, gericht op het bouwen van duurzame relaties.
- Organisatiesensitiviteit en strategisch inzicht om effectief te opereren binnen complexe netwerken.
- Innovatief vermogen om nieuwe ideeën en werkwijzen te ontwikkelen en implementeren.
- Resultaatgerichtheid met focus op concrete verbeteringen in de palliatieve zorg.
- Inlevingsvermogen in de behoeften van professionals, vrijwilligers en patiënten.
- Overtuigingskracht en besluitvaardigheid om draagvlak te creëren en samenwerking te stimuleren.
- Faciliterend leiderschap om processen en mensen in beweging te brengen.
- Integriteit als kernwaarde in samenwerking en besluitvorming.

Functie-eisen

- HBO+ werk- en denkniveau in de gezondheidszorgsector aangevuld met relevante kennis op het gebied van project- en verander-management.
- Meerdere jaren aantoonbare ervaring met programma- en/of project-coördinatie.
- Kennis van en inzicht in complexe procedures, processen en theorieën met betrekking tot beleid en ontwikkelingen op het vakgebied van palliatieve zorg.