

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 4 november 2025 over de brief van 4 november 2025 inzake Rapport 'Hospices in Nederland' (Kamerstuk 29 509, nr. 97).

De vragen en opmerkingen zijn op 21 januari 2026 aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 12 februari 2026 zijn de vragen beantwoord.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Meijerink

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-
PvdA-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de
ChristenUnie-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-
fractie

II. Reactie van de staatssecretaris

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het rapport 'Hospices in Nederland' en delen de zorg dat er geen langdurig zicht is op de beschikbaarheid van hospicebedden. Hoewel het huidige aanbod in kaart is gebracht, is dit slechts een momentopname en blijkt dat structurele monitoring van wachtlijsten momenteel te versnipperd is. Daardoor blijft de werkelijke onvervulde vraag onzichtbaar. Gezien de prognose dat er tot 2040 naar verwachting 200 tot 450 extra hospicebedden nodig zijn, vragen deze leden welke concrete maatregelen de staatssecretaris overweegt om de bedbezetting, wachtlijsten en onderliggende factoren structureel te monitoren. De leden van de D66-fractie willen weten hoe en door wie wordt gewaarborgd dat het aanbod blijft aansluiten bij de groeiende vraag.

De leden van de D66-fractie vernemen dat er een specifieke groep mensen is die redelijkerwijs niet thuis kan overlijden, maar die geen 24-uurs aanwezigheid van formele zorg nodig heeft. De leden van de D66-fractie maken zich zorgen dat de omvang van deze groep momenteel onbekend is en dat nader onderzoek noodzakelijk is om de behoefte aan dit type 'informele bedden' vast te stellen. Het gaat hierbij vaak om kwetsbare mensen met een zwak informeel netwerk of een ongeschikte thuissituatie. Welke stappen gaat de staatssecretaris ondernemen om deze specifieke zorgvraag in kaart te brengen en te borgen dat ook voor deze groep voldoende capaciteit beschikbaar blijft in het sociaal domein?

De leden van de D66-fractie wijzen op de conclusie dat de grote variëteit aan organisatie- en bekostigingsvormen leidt tot een gebrek aan transparantie voor zowel de zorgvrager als de verwijzer. Voor cliënten is het vaak onduidelijk voor welke vorm en kwaliteit van zorg zij kiezen, waarbij de keuze nu vaak gebaseerd wordt op nabijheid in plaats van de best passende zorg. De leden van de D66-fractie ondersteunen het advies om een duidelijk onderscheid te maken tussen hospices met een formele zorgfunctie en hospices die fungeren als alternatieve verblijfplaats met informele zorg. Zij vragen op welke wijze de staatssecretaris de sector gaat ondersteunen om in de komende vijf jaar toe te groeien naar dit meer eenduidige landschap.

De leden van de D66-fractie lezen dat de hoogte van de eigen bijdrage voor cliënten momenteel sterk varieert zonder dat dit goed uitlegbaar is vanuit de zorgvraag. Het huidige model, waarbij de mate van financiële bijdrage afhankelijk is van de organisatievorm van het hospice in plaats van de indicatie van de cliënt, is volgens deze leden op de lange termijn niet houdbaar. Zij vragen de staatssecretaris om met voorstel te komen voor duidelijke, uitlegbare afspraken over eigen bijdragen, zodat de financiële consequenties van een hospice voor de burger voorspelbaar en rechtvaardig zijn.

De leden van de D66-fractie merken op dat de huidige bekostigingsstructuur een lappendeken is die hospices weinig zekerheid biedt voor investeringen op de lange termijn. Veel hospices zijn afhankelijk van tijdelijke VWS-subsidies die eind 2026 aflopen, wat risico's met zich meebrengt voor de continuïteit en noodzakelijke opschaling. Deze leden vragen hoe de staatssecretaris invulling gaat geven aan een stabielere financieringskader dat hen in staat stelt om met vertrouwen te bouwen aan de benodigde extra capaciteit voor 2040.

Ook vragen deze leden de staatssecretaris hoe beter kan worden bepaald wanneer zorg in de thuissituatie nog passend en verantwoord is, en wanneer een hospice een betere plek biedt in de laatste levensfase. Zij zijn daarbij benieuwd hoe de voorgenomen afspraken voor 2025 kunnen helpen om deze afweging zorgvuldiger en duidelijker te maken. Ook vragen zij welke mogelijkheden er zijn om mensen die dat wensen beter te ondersteunen bij het sterven thuis, samen met mantelzorgers en in de eigen omgeving. Tot slot willen deze leden inzicht in hoe wordt gekeken naar de balans tussen de wens om thuis te overlijden en de beschikbaarheid van hospices als alternatief, temeer omdat uit het rapport blijkt dat nog onvoldoende zicht bestaat op de groep mensen voor wie een sociale indicatie doorslaggevend is en dat nader onderzoek nodig is.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het rapport "Hospices in Nederland". Zij benadrukken het belang van hospices als onderdeel van de palliatieve zorg. Mensen moeten in hun laatste levensfase kunnen rekenen op goede, respectvolle zorg, met aandacht voor comfort, pijnbestrijding en persoonlijke wensen. Zo zorgen we voor een waardig levenseinde. De VVD hecht veel waarde aan keuzevrijheid: mensen moeten kunnen kiezen waar zij de laatste fase van hun leven doorbrengen, bijvoorbeeld thuis, in een hospice, of in een zorginstelling. Zij stellen enige vragen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat geadviseerd wordt duidelijk onderscheid te maken tussen twee soorten hospices op basis van de functie die zij vervullen. Enerzijds gaat het om formele zorg met medisch noodzakelijk verblijf, anderzijds gaat het om een alternatieve verblijfplaats met informele zorg. Hierbij is volgens de onderzoekers duidelijke afbakening nodig tussen mensen die op basis van hun zorgvraag 24-uurs aanwezigheid van formele zorg nodig hebben tegenover mensen die dit niet nodig hebben, maar die ook niet redelijkerwijs thuis kunnen overlijden. Dit betreft een omvangrijke stelselwijziging. Deze leden begrijpen dat stakeholders grote bezwaren zien bij de voorgestelde stelselwijziging. Heeft de staatssecretaris hiervan kennisgenomen? Kan de staatssecretaris in haar beantwoording op deze bezwaren reageren?

De leden van de VVD-fractie lezen de voorgestelde stelselwijziging met interesse, maar ook met een kritische blik. Leidt de voorgestelde tweedeling in hospices en het onderbrengen van bijna-thuis-huizen in het sociaal domein naar verwachting van het kabinet tot een versnippering in het hospicelandschap? Wat zijn de gevolgen voor de keuzevrijheid van hospicegasten, waar de leden van de VVD-fractie waarde aan hechten? En welke invloed zou deze stelselwijziging hebben op de administratieve last? Hoe noodzakelijk vindt het kabinet een stelselwijziging?

De leden van de VVD-fractie lezen dat in het rapport geconcludeerd wordt dat de hospicezorg precair is. Deelt het kabinet deze aanduiding? Wat zijn volgens het kabinet de grootste problemen bij hospices die het hoofd geboden moeten worden? Zorgverzekeraars geven aan dat in alle hospicevarianten zeer gemotiveerde professionals en vrijwilligers werken en dat de kwaliteit van zorg op orde is. De zorgverzekeraars hebben geen signalen gehad dat de kwaliteit in hospices tekortschiet. Zij vragen zich af of de voorgestelde stelselwijzigingen proportioneel en noodzakelijk zijn. De leden van de VVD-fractie horen graag de reflectie van het kabinet hierop.

De leden van de VVD-fractie merken op dat met de voorgestelde stelselwijziging de nadruk wordt gelegd op centralisatie, scheiding van functies en uniformering. In de status quo draaien hospices juist op “naoberschap”. Biedt de voorgestelde stelselwijziging voldoende ruimte voor initiatieven vanuit dit “naoberschap”?

Voorts constateren de leden van de VVD-fractie dat al een aantal jaren hospices in het project “versterken hospicezorg” gezamenlijk met hun partners regionaal werken aan het aanpakken van vraagstukken. In dit rapport wordt dit project met haar voortgang en uitkomsten niet meegenomen. Hoe reflecteert het kabinet hierop? Zijn in het rapport de ideeën van hospices zelf voldoende meegenomen? De leden van de VVD-fractie hechten er waarde aan dat bij verbetervoorstellen goed wordt afgewogen hoe deze wijzigingen lokaal in de praktijk landen.

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

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben kennisgenomen van het rapport ‘Hospices in Nederland’ en de bijbehorende brief van de regering. Zij hebben hier nog enkele vragen over.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat er geen landelijk uniform normenkader bestaat voor het zogeheten opnamebesluit. Zou het kabinet kunnen reflecteren op de mate waarin dit (regionale) verschillen versterkt? Zou het kabinet tevens kunnen reflecteren op de eventuele wenselijkheid van een landelijk uniform normenkader? Zouden zij hierbij de voor- en nadelen kunnen opsommen van enerzijds het hebben van een landelijk uniform normenkader en anderzijds het niet hebben van een landelijk uniform normenkader?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat het organisatiemodel bepaalt of en hoe de indicatiestelling en het opnamebesluit bekostigd zijn. Zou het kabinet kunnen reflecteren op de mate waarin dit leidt tot ongelijkheid in toegang tot zorg in verband met de kosten die doorgerekend worden naar de patiënt? Hoeveel tijd wordt er doorgaans door zorgverleners besteed aan indicatiestelling voor eerstelijnsverblijf? Hoeveel tijd wordt er doorgaans besteed aan het komen tot een opnamebesluit? Hoe dient een opnamebesluit geregistreerd en verantwoord te worden?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat het op dit moment onbekend is wat de totale maatschappelijke kosten zijn van huisartsenvisites in hospices. Is er een wijze om dit alsnog inzichtelijk te maken? Op welke wijze wordt ingezet op landelijke, toegankelijke informatievoorziening waarmee patiënten en hun naasten snel en duidelijk inzicht krijgen in de verschillen tussen hospices en zorgvormen? Hoe wordt gezorgd dat patiënten en naasten tijdig heldere en toegankelijke informatie ontvangen over kosten en vergoedingen voor

hospicezorg? Hoe wordt de kwaliteit van de palliatieve zorg gemonitord vanuit het perspectief van patiënten en hun naasten? Op welke wijze wordt ondersteuning van naasten en mantelzorgers meegenomen in kwaliteitsborging en financiering van hospices?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat er gemeenten zijn die gemeentelijke subsidies verstrekken aan hospices. Hoe hoog zijn deze subsidies gemiddeld? In hoeveel en in welke gemeenten worden er subsidies verstrekt?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat het deel van de cliënten dat een vergoeding rechtstreeks aan het hospice betaalt en de hoogte van deze vergoeding verschilt tussen hospices. Bestaat er een maximum aan de eigen bijdrage die gevraagd zou mogen worden door een hospice die niet zelf V&V levert? Zo nee, waarom niet en bestaan er andere dergelijke kaders om te voorkomen dat de zorg ontoegankelijk wordt voor mensen met een lager inkomen of vermogen? Op welke wijze wordt er toezicht gehouden op de kwaliteit van de (informele) zorg bij hospices die niet zelf V&V leveren? Bij welke organisatie zouden patiënten en hun naasten terecht kunnen met klachten over de kwaliteit van de zorg?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de aanbevelingen van het rapport. Zou het kabinet nader kunnen toelichten in hoeverre deze conclusies gedeeld worden door de zorgverzekeraars? Zou het kabinet tevens nader kunnen toelichten welke eventuele risico's er gepaard zouden kunnen gaan met het overhevelen van de hospices die informele zorg leveren binnen het sociaal domein?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben het rapport Hospices in Nederland gelezen. Voor dit schriftelijk overleg hebben zij voor nu geen vragen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse het rapport 'Hospice in Nederland' gelezen dat in het kader van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II is uitgevoerd. Het rapport laat overtuigend zien dat vrijwilligers een onmisbare rol spelen in de hospicezorg. In hospices die zelf formele zorg leveren zijn gemiddeld 15 à 16 vrijwilligers per bed actief; in hospices zonder formele zorg loopt dit op tot 17 à 18 vrijwilligers per bed. Veel voorzieningen zijn ontstaan vanuit buurtinitiatieven en draaien op de kracht van lokale gemeenschappen. De leden van de CDA-fractie vinden het van groot belang dat deze maatschappelijke energie behouden blijft en dat eventuele systeemwijzigingen niet leiden tot extra regeldruk voor vrijwilligers. Kan de staatssecretaris bevestigen dat het belang van vrijwilligers en het behoud van hun inzet expliciet wordt meegenomen als uitgangspunt bij eventuele vervolgstappen?

Veel hospices, met name de hospices die zelf geen formele zorg leveren, zetten vrijwilligers in bij mensen thuis. Deze vrijwilligers bieden nabijheid, ondersteuning en begeleiding in de laatste levensfase. Het rapport gaat hier nauwelijks op in, terwijl hun bijdrage essentieel is. Op welke wijze is de ondersteuning van vrijwilligers die via hospices worden ingezet in de thuissituatie geborgd, en wordt deze groep meegenomen in het vervolg?

Hospices die geen formele zorg leveren ontvangen gemiddeld 58% van hun omzet uit de VWS-subsidie. Deze organisaties, die grotendeels op vrijwilligers draaien, zijn daarmee sterk afhankelijk van deze financiering. Voor hun continuïteit is tijdige duidelijkheid essentieel. Voornoemde leden vragen: wanneer komt er duidelijkheid over het vervolg van de subsidieregeling?

Het rapport laat zien dat er op basis van bevolkingsprognoses in de toekomst meer hospicecapaciteit nodig zal zijn. Tegelijkertijd laten de cijfers over 2024 zien dat de verwachte behoefte hoger lag dan de feitelijke capaciteit, zonder dat dit leidde tot een hogere bezettingsgraad. De leden van de CDA-fractie vinden het positief dat het aanbod regionaal in kaart is gebracht en dat de staatssecretaris inzet op betere monitoring.

Door de verschillende ontstaansgeschiedenissen van hospices bestaat er grote diversiteit in bekostiging en eigen bijdragen. De leden van de CDA-fractie ondersteunen het streven naar een eenvoudiger systeem en het wegnemen van verkeerde prikkels. Daarbij is het essentieel dat administratieve lasten niet toenemen. Liever nog: deze zouden deze leden bij wijzigingen graag zien afnemen. Hoe borgt de staatssecretaris dat een nieuwe bekostigingssystematiek niet leidt tot hogere administratieve lasten, en op welke wijze kan worden ingezet op een vermindering hiervan?

Het rapport concludeert dat de huidige bekostigingsstructuur onvoldoende toekomstbestendig is: hospices zijn afhankelijk van diverse inkomstenbronnen, hebben weinig lange termijn zekerheid en worden geconfronteerd met uiteenlopende prikkels. Ook verschillen de eigen bijdragen sterk en zijn deze moeilijk uitlegbaar. Dit model is volgens de onderzoekers niet houdbaar, zeker gezien de verwachte groei van de vraag naar hospicezorg. De leden van de CDA-fractie delen deze analyse. De leden van de CDA-fractie kunnen zich vinden in de voorgestelde indeling in twee typen hospicevoorzieningen: 1. hospices met formele zorg en medisch noodzakelijk verblijf, en 2. hospices als alternatieve verblijfplaats met informele zorg. Beide vormen blijven noodzakelijk. De leden van de CDA-fractie vinden daarnaast dat ook hulp en ondersteuning thuis, vaak geleverd door vrijwilligers via hospices, moet worden meegenomen. Hoe kijkt de staatssecretaris hiernaar?

Een van de voorstellen is om budgetten voor informele zorg mee te

nemen in de tariefstelling voor formele hospicezorg. Dit zou betekenen dat zorgaanbieders die veel vrijwilligers inzetten een lagere vergoeding ontvangen, terwijl deze middelen juist bedoeld zijn om vrijwilligers te ondersteunen. Dit creëert een negatieve prikkel voor vrijwillige inzet. De leden van de CDA-fractie zijn hier geen voorstander van. Hoe beoordeelt de staatssecretaris het risico dat het meenemen van informele-zorgbudgetten in de tariefstelling leidt tot een financiële prikkel die vrijwilligerswerk ontmoedigt?

In de begeleidende brief staat dat er nog nadere afstemming met het veld plaatsvindt. Voor een zorgvuldige beoordeling van vervolgstappen is inzicht in deze gesprekken belangrijk. Met welke partijen vindt de nadere afstemming plaats over de toekomstige inrichting van de hospicezorg?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de Kamerbrief over het rapport Hospices in Nederland. De leden hebben hierover de volgende vragen.

De leden lezen dat uit het rapport blijkt dat de hospicecapaciteit regionaal sterk uiteenloopt (4 tot 12 bedden per 1.000 overledenen) en dat 42.000 mensen langer dan 30 minuten moeten rijden naar een hospice met 24/7 formele zorg. Hoe gaat de staatssecretaris voorkomen dat deze regionale ongelijkheid verder toeneemt, en kan zij garanderen dat ook krimpregio's, dorpen en kleinere kernen toegang houden tot tijdige palliatieve zorg dichtbij huis?

Verder stelt de rapportage dat het onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor opschaling van hospicecapaciteit, terwijl er tot 2040 200 tot 450 extra bedden nodig zijn. Wie krijgt volgens de staatssecretaris de eindregie over uitbreiding van capaciteit, en hoe wordt voorkomen dat hospices zelf financiële risico's dragen bij noodzakelijke opschaling?

Ook lezen de leden van de BBB-fractie dat de opnamecriteria en indicatiestelling sterk verschillen per hospice, met risico's op willekeur en ongelijke toegang. Is de staatssecretaris bereid te komen tot heldere landelijke normen voor opname, zodat cliënten niet afhankelijk zijn van lokale verschillen in interpretatie of organisatie-model?

Daarnaast lezen de leden in het rapport dat de eigen bijdragen extreem verschillen (0 tot €85 per dag). Ook is de bekostiging complex en versnipperd. Hoe beoordeelt de staatssecretaris deze ongelijkheid in kosten voor cliënten, en is zij bereid toe te werken naar een transparant en uniform systeem dat betaalbaarheid en toegankelijkheid bevordert?

Tot slot laat het rapport zien dat de financiële situatie van hospices niet inzichtelijk is door constructies met stichtingen, vriendenfondsen en onderaanneming. Hoe gaat de staatssecretaris zorgen voor transparantie in de financiële stromen en continuïteit van hospices, zonder extra

administratieve lasten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben kennisgenomen van het rapport van Gupta over hospicezorg in Nederland. Graag maken zij van de gelegenheid gebruik om hierover een aantal vragen te stellen.

De leden van de SGP-fractie constateren dat Gupta in hoofdstuk 1 een adequaat en grondig overzicht van het 'hospicelandschap' heeft gemaakt. Zij zijn vooral benieuwd naar een reflectie van de staatssecretaris op de hoofdstukken 2 en 3 van het rapport waarin Gupta de belangrijkste knelpunten opsomt en een oplossingsrichting voorstelt.

Deelt de staatssecretaris de bevindingen van Gupta in hoofdstuk 2? Kan zij hier puntsgewijs op reageren?

Kan de staatssecretaris verduidelijken welke maatregelen er al zijn genomen om het inzicht in de beschikbaarheid van hospicezorg in regionaal verband te vergroten? Kan zij met name ingaan op het project 'Versterken Hospicezorg'? Zijn er regio's waar al wel een gezamenlijke wachtlijst is? Hoe functioneert dit?

Gupta kwalificeert de zorg in hospices in Nederland als 'precair'. Deelt de staatssecretaris deze omschrijving? Zo niet, hoe zou zij zelf de situatie met betrekking tot en hospicezorg omschrijven? Heeft de staatssecretaris kennisgenomen van de kritiek van VPTZ Nederland die zich niet herkent in de kwalificatie 'precair'? Hoe duidt zij dit?

Het belangrijkste voorstel van Gupta is om een onderscheid te gaan maken tussen twee soorten hospices. Enerzijds hospices waar formele zorg wordt geleverd, sprake is van medisch noodzakelijk verblijf en die gefinancierd worden vanuit de zorgverzekeraars en zorgkantoren. Anderzijds hospices als alternatieve verblijfplaats met informele zorg, gefinancierd vanuit het sociaal domein. Hoe kijkt de staatssecretaris naar dit onderscheid?

Als het door Gupta voorgestelde onderscheid doorgevoerd wordt, moeten hospices die nu beide functies vervullen kiezen wat voor soort hospice zij willen zijn. Hoe wenselijk vindt de staatssecretaris dit? Blijkbaar voorzien hospices die nu beide functies aanbieden in een behoefte. Hoe wordt voorkomen dat er gaten in het zorgaanbod ontstaan doordat hospices gedwongen worden om te kiezen tussen één van beide categorieën?

Meer principieel vragen de leden van de SGP-fractie hoe wenselijk de staatssecretaris het vindt om een organisch gegroeid zorglandschap dat voor het grootste deel bestaat uit hospices die financieel gezond zijn en goede kwaliteit van zorg bieden zo rigoureuus te gaan herinrichten. Hoe voorkomt de staatssecretaris dat er een soort tekentafeloplossing wordt ingevoerd? Het kenmerk van hospices is dat er vaak sprake is van sterke

lokale of regionale verworteling, een grote betrokkenheid van lokale vrijwilligers of lokale sponsors. Dit valt vaak niet in een beleidsmatig of wetmatig hokje te passen. De leden van de SGP-fractie vragen zich af: is dat juist niet iets moois en lopen we niet het risico door alle hospicezorg strikt onder te brengen bij de Zvw of Wmo dat dergelijke lokale verworteling wordt aangetast? Ziet de staatssecretaris het risico dat hospices in een keurslijf worden geperst waar ze niet in passen?

Als iemand in een hospice wordt opgenomen, is dat vrijwel altijd de laatste plek waar diegene voor diens overlijden verblijft. In het nieuwe systeem zou het kunnen gebeuren dat iemand verblijft in een hospice met informele zorg, te maken krijgt met verslechterende gezondheid waardoor 24/7 zorg nodig is en dus overgeplaatst moet worden naar een andersoortig hospice. Hoe wenselijk zou de staatssecretaris zoiets vinden?

Gupta beoogt met haar rapport een oplossing te bieden voor de versnippering in het hospiceaanbod. Tegelijkertijd adviseert Gupta een deel van de hospicezorg onder te brengen in het sociaal domein, waardoor gemeenten – náást de Rijksoverheid en verzekeraars – ook een rol gaan krijgen in de hospicezorg. Hoe kijkt de staatssecretaris hiernaar? Vindt zij dat wenselijk vanuit het oogpunt van versnippering van zorg?

Gupta constateert dat het onduidelijk is wanneer iemand aanspraak kan maken op formele zorg met verblijf en wanneer het verblijf buiten de aanspraak valt. Is de staatssecretaris van mening dat met het voorstel van Gupta om twee soorten hospices te creëren dit probleem is opgelost?

De Associatie Hospicezorg Nederland wijst erop dat de inzet van vrijwilligers in bijna hospices overdag is. Slechts in een heel klein aantal voorzieningen is er ook informele zorg in de nacht. In het voorstel van Gupta komen er straks hospices die verblijf met informele zorg aanbieden. De verpleegkundige komt dan alleen op indicatie langs. Dit roept de vraag op hoe zorg in de nacht dan wordt georganiseerd. Wordt dit dan bij familieleden of andere mantelzorgers neergelegd? Ook vragen de leden van de SGP-fractie zich af wat dan nog het verschil is met palliatief terminale zorg thuis. De Associatie Hospicezorg Nederland vraagt zich (naar het oordeel van de leden van de SGP-fractie terecht) af of er behoefte bestaat aan dergelijke hospices met verblijf en informele zorg. Gupta geeft zelf aan ook niet te weten hoe groot deze groep is, dit vraagt nader onderzoek. De leden van de SGP-fractie vragen de staatssecretaris dan ook om die behoefte nader te laten onderzoeken.

Gupta geeft aan dat het wenselijk is dat de bekostiging uitgaat van de zorgvraag van de cliënt, niet van de (huidige) organisatievormen van hospices. De leden van de SGP-fractie vragen zich af of hospicelandschap dat Gupta schetst, voldoet aan de zorgvraag van de cliënt.

Gupta schrijft dat een smalle afbakening van de aanspraak betekent dat capaciteit van hospices die nu formele zorg leveren, en via elv-bekostigd worden, moet worden afgebouwd of omgevormd naar hospices zonder medisch noodzakelijk verblijf. De leden van de SGP-fractie vragen de staatssecretaris om een nadere duiding van wat dit betekent voor zelfstandige hospices. Het kan toch niet zo zijn dat deze beweging ertoe zou leiden dat goedlopende hospices hun activiteiten helemaal moeten beëindigen?

Gupta verwijst naar de afspraak in het AZWA dat “burgerinitiatieven worden ondersteund”. Hiermee ligt er volgens Gupta een duidelijke basis om coördinatie op de regionale samenwerking tussen gemeenten onderling en tussen sociaal domein en zorgdomein te verbeteren en er gezamenlijk voor te zorgen dat straks in alle regio’s voldoende ‘informele bedden’ beschikbaar zijn. De leden van de SGP-fractie vragen zich af waarom dit een extra taak voor gemeenten zou moeten betekenen. Waarom zouden activiteiten op het snijvlak van het zorgdomein en het sociaal domein per se door gemeenten opgepakt moeten worden? Het zou toch op z’n minst ook van zorgverzekeraars gevraagd kunnen worden om (financieel) te ondersteunen bij dergelijke burgerinitiatieven?

Uit bijlage A blijkt dat de reistijden naar specifieke types hospicezorg in bepaalde delen van het land ver achterblijft. Dit gaat dan met name om high care hospicezorg (Friesland, Groningen, Drenthe en het grootste deel van Zeeland) en palliatieve units (delen van Zeeland, Overijssel, Gelderland en Brabant). Wie is straks in het nieuwe systeem verantwoordelijk voor de beschikbaarheid en het creëren van dergelijke zorgaanbod?

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie maken van de gelegenheid gebruik om enkele vragen te stellen over het rapport Hospices in Nederland; adviezen richting toekomstbestendige inrichting en bekostiging’ van Gupta Strategists.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen welke vraag of probleemstelling vanuit het ministerie is meegegeven aan de opdrachtnemers van dit adviesrapport. Wat is de achtergrond van deze vraag en wordt deze vraag of dit probleem ook zo in de sector beleefd, zo vragen deze leden. Zijn de sectorpartijen betrokken geweest bij de totstandkoming van de opdracht en zo nee, waarom niet? De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het belangrijk dat oplossingen voor ervaren problemen worden gezocht. Is aan de sectorpartijen gevraagd welke problemen moeten worden opgelost?

De leden van de ChristenUnie-fractie herkennen dat het hospicelandschap veelkleurig is en soms diffuus in financiering, regelgeving en toegang. Tegelijk willen deze leden ervoor waken dat het een doel op zich wordt om het systeem te vereenvoudigen. Het gaat er

wat deze leden betreft allereerst om dat er goede en voldoende hospicezorg in al haar vormen kan worden geboden. De oplossing die het rapport aanreikt, namelijk een drastische herinrichting van het landschap, roept dan ook vragen op bij deze leden. Bovendien wordt er wat deze leden betreft in het rapport geen rekening gehouden met de stappen die de sector de afgelopen jaren al heeft gezet en de ontwikkelingen die nu nog gaande zijn.

Welke stappen zijn er de afgelopen jaren gezet om meer afstemming te creëren tussen hospices, om meer inzicht te krijgen in de huidige capaciteit, lege bedden en toekomstig benodigde capaciteit in regio's, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie. Welke stappen zijn er al gezet en welke ontwikkelingen lopen er momenteel om de bekostiging beter aan te laten sluiten bij de daadwerkelijke kosten en zorgvraag, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Ten aanzien van de constatering op pagina 33 dat de Inspectie Gezondheid en Jeugd (IGJ) een inspectie heeft uitgevoerd bij 3% van de hospicelocaties, merken de leden van de ChristenUnie-fractie op dat de IGJ na deze steekproef geen signalen had om verder onderzoek te doen en bij andere signalen de inspectie weer activeert. Herkent de staatssecretaris dit en dat dit een standaard manier van werken is voor de IGJ?

Ten aanzien van het beperkte zicht dat zorgverzekeraars hebben op de kwaliteit van zorg in hospices, vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of de bestaande regels voor inkoop en verantwoording van werkzaamheden niet net als bij andere zorgaanbieders voldoende controle op de kwaliteit biedt. Wat maakt het zicht op de kwaliteit in hospicezorg anders dan bij andere zorgaanbieders?

Deelt de sector de conclusie van Gupta Strategists dat situatie van de hospicezorg precair is, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Ten aanzien van de adviezen van Gupta Strategists om tot een nieuwe inrichting te komen van het hospicelandschap vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of er geen minder drastische maatregelen zijn te bedenken die de geschetste moeilijkheden in de hospicezorg net zo goed kunnen oplossen. Deze leden denken dan aan het verbeteren van de subsidieregeling voor de inzet van vrijwilligers, de verplichte aansluiting bij de VPTZ of de Associatie Hospicezorg Nederland om in aanmerking te komen voor de subsidie, en verplichte aansluiting bij een regionaal overleg van hospices om samen de capaciteit af te kunnen stemmen. Wat vindt de staatssecretaris daarvan?

Hoe zou een strikt onderscheid tussen hospices met formele zorg met medisch noodzakelijk verblijf en hospices die een alternatieve verblijfplaats met informele zorg zijn eruit moeten zien of wat betekent dit voor hospices die beide vormen van zorg bieden, zo vragen de leden

van de ChristenUnie-fractie. Gaan er hospices verdwijnen als dit zou worden doorgevoerd?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het rapport 'Hospices in Nederland' en de bijbehorende kabinetsbrief. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de SP-fractie vragen de staatssecretaris of zij bij de aangekondigde vervolgstappen ook met plannen zal komen om te voorkomen dat meer hospices zullen moeten sluiten.

De leden van de SP-fractie vragen daarnaast of zij bij de vervolgstappen op het gebied van hospicezorg ook de motie Dobbe over een einde maken aan omzetplafonds in de ggz en de palliatieve zorg (Kamerstuk 36 725 XVI, nr. 23) meeneemt. Het gebruik van omzetplafonds in de palliatieve zorg kan immers ook de toegankelijkheid van hospices beperken.

Vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-fractie

De leden van de 50PLUS-fractie danken de staatssecretaris voor de toezending van het Gupta-rapport over Hospicezorg in Nederland. Zij willen hierbij nog een tweetal korte vragen stellen.

Deze leden begrijpen dat de staatssecretaris een beleidsarme reactie heeft gestuurd. Kan de staatssecretaris inmiddels wat meer duiden inzake de opvolging van de aanbevelingen en wat er kan worden voorbereid in het kader van NPPZ II? Ook willen de leden van de 50PLUS-fractie vragen om een reflectie op de suggestie uit het rapport om gemeenten, een nieuwe partij in deze, te betrekken bij een deel van de hospicezorg.

II. Reactie van de staatssecretaris

Met interesse heb ik kennisgenomen van de vragen van de leden van de verschillende fracties naar aanleiding van het schriftelijke overleg Rapport 'Hospices in Nederland'.

Graag start ik met een algemene inleiding waarin kort de achtergrond en de voorgenomen aanpak worden weergegeven.

Hospices vervullen een onmisbare rol in onze samenleving. Hospices bieden warme zorg en ondersteuning, uitgaande van de wensen, waarden en behoeften van mensen in de allerlaatste fase van hun leven. Het is van belang dat hospicezorg een volwaardige plek in het zorglandschap heeft en houdt, goed is ingebed in de samenleving, een mooie combinatie van formele zorg en informele zorg en ondersteuning biedt en dat er sprake is van gelijke toegang en financiering. In 2024 is daarom binnen het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II), project Versterken Hospicezorg¹, een gestructureerd overzicht gemaakt van alle hospices in Nederland op dat moment. Voor het eerst zaten alle hospices gezamenlijk aan tafel om te kijken naar wat er nodig is in de toekomst. Niet alleen voor hun eigen hospice of binnen hun eigen gemeente, maar ook om de hospicezorg regionaal te verbeteren en toekomstbestendig te maken. Het overzicht schetst een beeld van het huidige landschap en de toekomstig benodigde capaciteit (landelijk en regionaal).

Wat nog ontbrak was inzicht in de variatie aan vormen van organisatie en bekostiging van de hospicezorg en wat dit betekent voor de toekomstbestendigheid. Ook met het oog op toenemende druk op formele en informele zorg en de budgetten. Voortbouwend op Versterken Hospicezorg is daarom door het ministerie van VWS een opdracht verstrekt om de variatie in organisatievormen in het hospicelandschap in kaart te brengen. Het rapport 'Hospices in Nederland' laat zien dat de huidige variëteit aan organisatievormen en bekostigingsstructuren knelpunten oplevert op het gebied van beschikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid van hospicezorg. Er worden aanbevelingen gedaan voor hoe het landschap er over vijf tot tien jaar uit zou kunnen zien. Over de wijze van opvolging van de aanbevelingen vindt op dit moment overleg plaats met de betrokken partijen, te weten ActiZ, Associatie Hospicezorg Nederland (AHZN), Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTZ) en Stichting Palliatieve Zorg Nederland (PZNL). Daarnaast zullen Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), Zorginstituut Nederland (ZiN), Patiëntenfederatie Nederland en de Vereniging Netwerken Palliatieve Zorg (VNPZ) worden betrokken. Het overleg resulteert in een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg voor de komende vijf tot tien jaar. Daarbij zal worden gezien wat uit dit plan van aanpak binnen de resterende looptijd van NPPZ II

¹ [Project Versterken Hospicezorg – NPPZ](#)

nog kan worden opgepakt en wat wordt meegenomen in de meerjarige toekomstagenda over palliatieve zorg die nu in de maak is.

De bevindingen uit dit rapport worden daarnaast meegenomen en in samenhang gezien met de uitkomsten van twee nog lopende trajecten. In het voorjaar van 2026 worden de opbrengsten van de volgende trajecten verwacht:

1. Evaluatie van de Subsidieregeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis (verwacht in april 2026), en
2. Toekomstvisie en langjarige toekomstagenda Palliatieve zorg en ondersteuning (verwacht in mei 2026).

Het is aan het volgende kabinet om u te informeren over de te nemen vervolgstappen in samenhang met bovenstaande trajecten. In mijn aanbiedingsbrief² bij het rapport 'Hospices in Nederland' had ik al aangekondigd dat een inhoudelijke reactie aan het volgende kabinet wordt overgelaten. Concreet betekent dit dat niet alle in dit schriftelijk overleg gestelde vragen nu al van een inhoudelijk antwoord kunnen worden voorzien.

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

De leden van de D66-fractie vragen, gezien de prognose dat er tot 2040 naar verwachting 200 tot 450 extra hospicebedden nodig zijn, welke concrete maatregelen worden overwogen om de bedbezetting, wachtlijsten en onderliggende factoren structureel te monitoren. En willen weten hoe en door wie wordt gewaarborgd dat het aanbod blijft aansluiten bij de groeiende vraag.

Via het project Versterken Hospicezorg zijn naar aanleiding van het capaciteitsonderzoek in 2024 in de meeste zorgkantorregio's al regionale afspraken gemaakt over beddencapaciteit en zorgbehoefte en wat naar verwachting toekomstig benodigde capaciteit is. Er is gekeken hoe adequaat doorverwezen kan worden naar hospices binnen de regio die wel plek hebben. En hoe vrijwilligers vaker thuis kunnen worden ingezet om mantelzorgers te ontlasten en te voorkomen dat opname in een hospice nodig is. Door middel van vervolgtrajecten in 2025 zijn in een deel van de regio's afspraken gemaakt over bestuurlijke borging van wat in 2024 is opgestart en ontwikkeld. Het opzetten van een structurele monitoring van vraag en aanbod per regio en het aanwijzen van een vaste regisseur per regio hiervoor zijn onderdeel van het plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg dat samen met alle betrokken partijen zal worden opgesteld.

De leden van de D66-fractie vragen, ten aanzien van een specifieke groep mensen die redelijkerwijs niet thuis kan overlijden, maar die geen 24-uurs aanwezigheid van formele zorg nodig heeft, welke stappen worden

² Kamerstukken II, 2025-2026, 29 509, nr. 97

ondernomen om deze specifieke zorgvraag in kaart te brengen en te borgen dat ook voor deze groep voldoende capaciteit beschikbaar blijft in het sociaal domein.

Het klopt dat specifieke cijfers over de omvang en behoeften van de groep kwetsbare mensen met een zwak informeel netwerk of een ongeschikte thuissituatie momenteel niet beschikbaar zijn. Regelmatig gaat het om mensen met een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale problemen. Het herkennen en organiseren van palliatieve zorg voor deze groep mensen is vaak complex. Verschillende tools, zoals het draaiboek palliatieve zorg voor mensen die dak- en thuisloos zijn, de toolkit proactieve palliatieve zorg in de ggz en de zelfevaluatie palliatieve zorg voor zorgorganisaties, geven organisaties handvatten voor het tijdig herkennen van een palliatieve zorgbehoefte, proactieve zorgplanning, en het bieden van palliatieve (terminale) zorg. Een aantal regio's heeft binnen het NPPZ II-project Versterken Hospicezorg afspraken gemaakt over kennisdeling over de palliatieve zorg voor specifieke doelgroepen, zoals mensen met een psychiatrische achtergrond of verslavingsproblematiek.

Ik zal nagaan of in de resterende looptijd van NPPZ II nader onderzoek kan worden gedaan naar de omvang en behoeften van deze doelgroepen. Zodat op basis van de uitkomsten van dit onderzoek in het plan van aanpak voor toekomstbestendige hospicezorg maatregelen kunnen worden opgenomen.

De leden van de D66-fractie ondersteunen het advies om een duidelijk onderscheid te maken tussen hospices met een formele zorgfunctie en hospices die fungeren als alternatieve verblijfplaats met informele zorg. Zij vragen op welke wijze de sector ondersteund gaat worden om in de komende vijf jaar toe te groeien naar dit meer eenduidige landschap.

De toekomstbestendige inrichting van het landschap, het groeipad daar naartoe en de benodigde ondersteuning van de sector daarbij zijn onderdeel van de gesprekken met betrokken partijen die moeten leiden tot een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg.

De leden van de D66-fractie vragen om een voorstel voor duidelijke, uitlegbare afspraken over eigen bijdragen, zodat de financiële consequenties van een hospice voor de burger voorspelbaar en rechtvaardig zijn.

Dit is een onderwerp bij de gesprekken met betrokken partijen die moeten leiden tot een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg.

De leden van de D66-fractie vragen hoe invulling wordt gegeven aan een stabiel financieringskader dat hospices in staat stelt om met vertrouwen te bouwen aan de benodigde extra capaciteit voor 2040.

Dit zal onderdeel zijn van de gesprekken die nu worden gevoerd met

betrokken partijen en die moeten leiden tot een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg. In samenhang hiermee zal naar aanleiding van de uitkomsten van de evaluatie van de Subsidieregeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis (verwacht in april 2026) de systematiek voor de verdeling van de middelen voor de inzet van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg opnieuw worden bezien.

De leden van de D66-fractie vragen hoe beter kan worden bepaald wanneer zorg in de thuissituatie nog passend en verantwoord is, en wanneer een hospice een betere plek biedt in de laatste levensfase. Ook vragen zij welke mogelijkheden er zijn om mensen die dat wensen beter te ondersteunen bij het sterven thuis, samen met mantelzorgers en in de eigen omgeving. Tot slot willen deze leden inzicht in hoe wordt gekeken naar de balans tussen de wens om thuis te overlijden en de beschikbaarheid van hospices als alternatief, temeer omdat uit het rapport blijkt dat nog onvoldoende zicht bestaat op de groep mensen voor wie een sociale indicatie doorslaggevend is en dat nader onderzoek nodig is.

De wijkverpleegkundige is verantwoordelijk voor het stellen van de indicatie en de zorgtoewijzing. Daarbij maakt de wijkverpleegkundige gebruik van het Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. Een aantal regio's gaat op basis van ervaringen en resultaten van het project Versterken Hospicezorg dat in 2024 en 2025 heeft gelopen, starten met het onderzoeken hoe vrijwilligers vaker thuis kunnen worden ingezet om mantelzorgers te ontlasten en te voorkomen dat opname in een hospice nodig is. De balans tussen de wens om thuis te overlijden en de beschikbaarheid van hospices als alternatief, en nader onderzoek naar de groep mensen voor wie een sociale indicatie doorslaggevend is zullen onderdeel zijn van het plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg waaraan momenteel door betrokken partijen wordt gewerkt.

De leden van de VVD-fractie vragen om een reactie op de bezwaren van stakeholders bij de in het rapport voorgestelde stelselwijziging.

Ik heb kennisgenomen van de bezwaren van enkele stakeholders en heb daarover met alle betrokken partijen gesproken. Momenteel wordt samen met betrokken partijen gewerkt aan een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg, waarin deze bezwaren worden meegewogen.

De leden van de VVD-fractie vragen of de voorgestelde tweedeling in hospices en het onderbrengen van bijna-thuis-huizen in het sociaal domein naar verwachting van het kabinet leidt tot een versnippering in het hospicelandschap? Wat zijn de gevolgen voor de keuzevrijheid van hospicegasten, waar de leden van de VVD-fractie waarde aan hechten? En welke invloed zou deze stelselwijziging hebben op de administratieve

last? Hoe noodzakelijk vindt het kabinet een stelselwijziging?

Over de wijze van opvolging van de aanbevelingen vindt op dit moment overleg plaats met de betrokken partijen, te weten ActiZ, AHZN, VPTZ en PZNL. Daarnaast zullen ZN, de NZa, ZiN, Patiëntenfederatie Nederland en de VNPZ worden betrokken. Het overleg resulteert in een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg voor de komende vijf tot tien jaar. Daarbij zal worden bezien wat uit dit plan van aanpak binnen de resterende looptijd van NPPZ II nog kan worden opgepakt en wat wordt meegenomen in de langjarige toekomstagenda die nu in de maak is.

De leden van de VVD-fractie vragen of het kabinet de conclusie in het rapport dat 'de hospicezorg precair is' deelt. En wat de grootste problemen bij hospices zijn die het hoofd geboden moeten worden. Zij vragen zich af of de voorgestelde stelselwijzigingen proportioneel en noodzakelijk zijn.

De term 'precair' verwijst niet naar de kwaliteit of inzet van de hospicezorg zelf, maar naar structurele kwetsbaarheden in de organisatie en financiering van het huidige stelsel, zoals de afhankelijkheid van tijdelijke financiering, personele knelpunten en verschillen in regionale beschikbaarheid, die de continuïteit en toegankelijkheid van hospicezorg onder druk kunnen zetten. Zo is er geen vaste regisseur van het capaciteitsvraagstuk, is de financiering een lappendeken en is deze niet altijd duurzaam en zijn er verschillen in de eigen bijdragen. Uit de eerste gesprekken met partijen blijkt dat er behoefte is aan een gezamenlijke visie op hospicezorg, minder vrijblijvendheid, gelijke toegang en gelijke bekostiging, een goede balans en uitwisseling tussen formele en informele zorg, en goede data en sturingsinformatie. Er is nog niet bepaald of de oplossing hiervoor (ook) in een stelselwijziging ligt.

De leden van de VVD-fractie merken op dat met de voorgestelde stelselwijziging de nadruk wordt gelegd op centralisatie, scheiding van functies en uniformering. In de status quo draaien hospices juist op "naoberschap". Biedt de voorgestelde stelselwijziging voldoende ruimte voor initiatieven vanuit dit "naoberschap"?

Het is belangrijk dat gemeenschapszin behouden blijft in de hospicezorg. Hospices bieden warme zorg en ondersteuning, uitgaande van de wensen, waarden en behoeften van mensen in de allerlaatste fase van hun leven. Het is van belang dat hospicezorg een volwaardige plek in het zorglandschap heeft en houdt, goed is ingebed in de samenleving, een mooie combinatie van formele zorg en informele zorg en ondersteuning biedt en dat gelijke toegang en financiering geborgd zijn. Deze elementen worden betrokken bij de gesprekken over een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg.

Voorts constateren de leden van de VVD-fractie dat al een aantal jaren

hospices in het project “versterken hospicezorg” gezamenlijk met hun partners regionaal werken aan het aanpakken van vraagstukken. In dit rapport wordt dit project met haar voortgang en uitkomsten niet meegenomen. Hoe reflecteert het kabinet hierop? Zijn in het rapport de ideeën van hospices zelf voldoende meegenomen? De leden van de VVD-fractie hechten er waarde aan dat bij verbetervoorstellen goed wordt afgewogen hoe deze wijzigingen lokaal in de praktijk landen.

In 2024 is binnen het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II), project Versterken Hospicezorg, een gestructureerd overzicht gemaakt van alle hospices in Nederland. Voor het eerst zaten alle hospices en andere bij hospicezorg betrokken zorgaanbieders gezamenlijk aan tafel om te kijken naar wat er nodig is in de toekomst. Niet alleen voor hun eigen hospice of binnen hun eigen gemeente, maar ook om de hospicezorg regionaal te verbeteren. Het overzicht schetst een beeld van het huidige landschap en de toekomstig benodigde capaciteit (landelijk en regionaal). Wat nog ontbrak was inzicht in de variatie aan vormen van organisatie en bekostiging van de hospicezorg en wat dit betekent voor de toekomstbestendigheid. Ook met het oog op toenemende druk op formele en informele zorg en de budgetten. Voortbouwend op Versterken Hospicezorg is daarom door het ministerie van VWS een opdracht verstrekt om de variatie in organisatievormen in het hospicelandschap in kaart te brengen. In het onderzoek is gebruik gemaakt van openbare gegevens uit openbare bronnen en informatie die door NPPZ II (ook over het project Versterken Hospicezorg), hospices en koepelorganisaties beschikbaar werd gesteld. Aanvullend is gesproken met 14 organisaties die één of meerdere hospices uitbaten en met een aantal veldpartijen. Gedurende het onderzoek zijn de bevindingen besproken in een klankborggroep met ActiZ, AHZN en VPTZ.

Over de wijze van opvolging van de aanbevelingen vindt op dit moment overleg plaats met de betrokken partijen, te weten ActiZ, AHZN, VPTZ en PZNL. Daarnaast zullen ZN, de NZa, ZiN, Patiëntenfederatie Nederland en de VNPZ worden betrokken. Het overleg resulteert in een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg voor de komende vijf tot tien jaar.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat er geen landelijk uniform normenkader bestaat voor het zogeheten opnamebesluit. Zou het kabinet kunnen reflecteren op de mate waarin dit (regionale) verschillen versterkt? Zou het kabinet tevens kunnen reflecteren op de eventuele wenselijkheid van een landelijk uniform normenkader? Zouden zij hierbij de voor- en nadelen kunnen opsommen van enerzijds het hebben van een landelijk uniform normenkader en anderzijds het niet hebben van een landelijk uniform normenkader?

Een landelijk normenkader bevordert gelijke toegang en duidelijkheid bij zowel patiënten, naasten, verwijzers als financiers. De aanspraak op passende hospicezorg wordt daardoor toetsbaar en transparant door de juiste deskundigheid in te zetten en aan te sluiten bij de wet- en

regelgeving op basis waarvan de informele en formele hospicezorg wordt toegekend en bekostigd.

Aan de andere kant is bij een landelijk normenkader minder maatwerk mogelijk en kan het spanning geven bij hospices die vanuit een eigen filosofie, een bepaalde levensovertuiging en/of flexibiliteit willen opereren. Het kan daarbij lastig zijn om een landelijk uniform normenkader op te stellen dat recht doet aan de variatie in zorgbehoeften van hospicegasten.

Voor alle hospicevormen is er overigens nu al wel één uniforme landelijke norm: om de verpleegkundige zorg vergoed te kunnen krijgen (of dat nu is via eerstelijnsverblijf of via wijkverpleging) moet een inschatting zijn dat de levensverwachting minder dan drie maanden is. Voor de toekomst is het belangrijk om te kijken of er enkele relevante en toetsbare normen kunnen worden vastgesteld die ook mogelijkheden bieden voor maatwerk.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat het organisatiemodel bepaalt of en hoe de indicatiestelling en het opnamebesluit bekostigd zijn. Zou het kabinet kunnen reflecteren op de mate waarin dit leidt tot ongelijkheid in toegang tot zorg in verband met de kosten die doorgerekend worden naar de patiënt?

De huidige inrichting van hospicezorg leidt tot verschillen in kosten die worden doorgerekend naar de patiënt. Zo geldt bijvoorbeeld voor high-care hospices en palliatieve units dat er een tarief per dag wordt gedeclareerd via de bekostiging van het eerstelijnsverblijf. Hiervoor geldt het eigen risico. Bij bijna-thuis-huizen wordt de zorg geleverd vanuit de wijkverpleging waar geen eigen risico voor geldt, maar voor het verblijf wordt wel een eigen bijdrage gevraagd aan de gasten. Wat betreft de 'toegang tot zorg' zijn bij de NZa geen beperkende signalen bekend.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vragen hoeveel tijd er doorgaans door zorgverleners wordt besteed aan indicatiestelling voor eerstelijnsverblijf, hoeveel tijd er doorgaans wordt besteed aan het komen tot een opnamebesluit en hoe een opnamebesluit geregistreerd en verantwoord dient te worden.

Conform de opgestelde zorginhoudelijke beschrijving eerstelijnsverblijf palliatieve terminale zorg (ELV PTZ, NZa) geleverd door hospices (AHzN) en de onderbouwing daarvan wordt hiervoor gemiddeld in totaal 120-150 minuten door een verpleegkundige (HBO-V) besteed: de verpleegkundige voert een persoonlijk intakegesprek met de patiënt en naaste en op basis van de vierdimensionale anamnese wordt de indicatie voor hospicezorg/ELV PTZ bepaald (45-60 minuten); op basis van een positieve indicatie wordt het opnamebesluit genomen en wordt een individueel zorgplan opgesteld en alles geregeld voor de opname (45-60 minuten); bij voorkeur voert de verpleegkundige het gesprek met de arts, indien dit niet mogelijk is wordt er van tevoren en na het gesprek

overlegd (10-20 minuten). De geschatte levensverwachting van drie maanden door de arts moet in het dossier zijn opgenomen. Afhankelijk van de bekostiging ELV PTZ of Wlz PTZ met verblijf zijn er eisen waaraan voldaan moet worden, onder andere de verplichting om op te nemen bij positieve indicatie.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat het op dit moment onbekend is wat de totale maatschappelijke kosten zijn van huisartsenvisites in hospices. Is er een wijze om dit alsnog inzichtelijk te maken? Op welke wijze wordt ingezet op landelijke, toegankelijke informatievoorziening waarmee patiënten en hun naasten snel en duidelijk inzicht krijgen in de verschillen tussen hospices en zorgvormen? Hoe wordt gezorgd dat patiënten en naasten tijdig heldere en toegankelijke informatie ontvangen over kosten en vergoedingen voor hospicezorg? Hoe wordt de kwaliteit van de palliatieve zorg gemonitord vanuit het perspectief van patiënten en hun naasten? Op welke wijze wordt ondersteuning van naasten en mantelzorgers meegenomen in kwaliteitsborging en financiering van hospices?

De wijze van monitoring en informatievoorziening in het algemeen zullen onderdeel zijn van de gesprekken die nu worden gevoerd met betrokken partijen en die moeten leiden tot een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat er gemeenten zijn die gemeentelijke subsidies verstrekken aan hospices. Hoe hoog zijn deze subsidies gemiddeld? In hoeveel en in welke gemeenten worden er subsidies verstrekt?

Een totaaloverzicht hiervan is niet beschikbaar.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat het deel van de cliënten dat een vergoeding rechtstreeks aan het hospice betaalt en de hoogte van deze vergoeding verschilt tussen hospices. Bestaat er een maximum aan de eigen bijdrage die gevraagd zou mogen worden door een hospice die niet zelf V&V levert? Zo nee, waarom niet en bestaan er andere dergelijke kaders om te voorkomen dat de zorg ontoegankelijk wordt voor mensen met een lager inkomen of vermogen? Op welke wijze wordt er toezicht gehouden op de kwaliteit van de (informele) zorg bij hospices die niet zelf V&V leveren? Bij welke organisatie zouden patiënten en hun naasten terecht kunnen met klachten over de kwaliteit van de zorg?

Dergelijke kaders ontbreken op dit moment. Dit is een onderwerp bij de gesprekken met betrokken partijen die moeten leiden tot een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de aanbevelingen van het rapport. Zou het kabinet nader kunnen toelichten

in hoeverre deze conclusies gedeeld worden door de zorgverzekeraars? Zou het kabinet tevens nader kunnen toelichten welke eventuele risico's er gepaard zouden kunnen gaan met het overhevelen van de hospices die informele zorg leveren binnen het sociaal domein?

In mijn brief van 4 november 2025³ heb ik aangegeven dat over de wijze van opvolging van de aanbevelingen overleg plaatsvindt met de betrokken partijen. Zoals hierboven is aangegeven vallen ook de zorgverzekeraars daaronder. Hun inbreng zal worden betrokken bij de totstandkoming van een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg.

De leden van de CDA-fractie vragen of het kabinet kan bevestigen dat het belang van vrijwilligers en het behoud van hun inzet expliciet wordt meegenomen als uitgangspunt bij eventuele vervolgstappen.

Ja, dit wordt expliciet meegenomen als één van de uitgangspunten bij de vervolgstappen.

De leden van de CDA-fractie vragen: Op welke wijze is de ondersteuning van vrijwilligers die via hospices worden ingezet in de thuissituatie geborgd, en wordt deze groep meegenomen in het vervolg?

Het Gupta-rapport richt zich op de organisatie en bekostiging van hospicezorg. Dat laat onverlet dat de inzet van vrijwilligers voor palliatieve terminale zorg onmisbaar is voor ondersteuning van kwetsbare mensen in de laatste levensfase. De inzet van deze vrijwilligers wordt ondersteund via de Subsidieregeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis. In de vervolgstappen wordt gekeken naar manieren om de ondersteuning en inzet van vrijwilligers structureel te borgen, zodat ook hun rol in de thuissituatie en in hospices in de toekomst gewaarborgd blijft. Hiermee wordt deze groep nadrukkelijk meegenomen bij de verdere inrichting van de hospicezorg en palliatieve terminale ondersteuning.

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer er duidelijkheid komt over het vervolg van de subsidieregeling.

Op korte termijn wordt een verlenging van de subsidieregeling voorbereid, zodat hospices en andere instellingen voor palliatieve terminale zorg de continuïteit kunnen waarborgen en tijdig een aanvraag voor 2027 kunnen indienen. Op langere termijn wordt, op basis van de evaluatie (verwacht in april 2026) en aanpalende trajecten, bezien hoe de regeling toekomstbestendig kan worden ingericht. Het is aan een volgend kabinet om uw Kamer te informeren over de vervolgstappen en de toekomstige vormgeving van de subsidieregeling.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe wordt geborgd dat een nieuwe

³ Kamerstukken II, 2025–2026, 29 509, nr. 97.

bekostigingssystematiek niet leidt tot hogere administratieve lasten, en op welke wijze kan worden ingezet op een vermindering hiervan?

Dit zal één van de uitgangspunten zijn van waaruit wordt gewerkt aan het plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe hulp en ondersteuning thuis, vaak geleverd door vrijwilligers via hospices, wordt meegenomen.

In een aantal regio's die hebben geparticipeerd in het project Versterken Hospicezorg is gekeken hoe vrijwilligers vaker thuis kunnen worden ingezet om mantelzorgers te ontlasten en te voorkomen dat hospicezorg nodig is. Dit zal ook als één van de uitgangspunten worden meegenomen in het plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg.

De leden van de CDA-fractie vragen naar het risico dat het meenemen van informele zorgbudgetten in de tariefstelling leidt tot een financiële prikkel die vrijwilligerswerk ontmoedigt.

Bij de uitwerking zal dit risico worden meegewogen. Het moge duidelijk zijn dat een dergelijke negatieve prikkel niet gewenst is.

De leden van de CDA-fractie vragen tot slot: Met welke partijen vindt de nadere afstemming plaats over de toekomstige inrichting van de hospicezorg?

Hierover vindt op dit moment overleg plaats met de betrokken partijen, te weten ActiZ, AHZN, VPTZ en PZNL. Daarnaast zullen ZN, de NZa, ZiN, Patiëntenfederatie Nederland en de VNPZ worden betrokken. Het overleg resulteert in een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg voor de komende vijf tot tien jaar.

De leden van de BBB-fractie vragen hoe kan worden gegarandeerd dat ook krimpregio's, dorpen en kleinere kernen toegang houden tot tijdige palliatieve zorg dichtbij huis.

Het is van belang dat hospicezorg een volwaardige plek in het zorglandschap heeft en houdt, goed is ingebed in de samenleving, een mooie combinatie van formele zorg en informele zorg en ondersteuning biedt en dat er sprake is van gelijke toegang en financiering. Dit geldt ook in krimpregio's, dorpen en kleinere kernen. Vanuit deze uitgangspunten zal samen met alle betrokken partijen worden gewerkt aan een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg voor de komende vijf tot tien jaar.

De leden van de BBB-fractie vragen wie de eindregie krijgt over uitbreiding van capaciteit, en hoe wordt voorkomen dat hospices zelf financiële risico's dragen bij noodzakelijke opschaling.

Dit is een onderwerp bij de gesprekken met betrokken partijen die moeten leiden tot een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg.

De leden van de BBB-fractie vragen of het kabinet bereid is te komen tot heldere landelijke normen voor opname, zodat cliënten niet afhankelijk zijn van lokale verschillen in interpretatie of organisatiemodel.

Dit is een onderwerp bij de gesprekken met betrokken partijen die moeten leiden tot een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg.

De leden van de BBB-fractie vragen of het kabinet bereid is toe te werken naar een transparant en uniform systeem dat betaalbaarheid en toegankelijkheid bevordert?

Dit is een onderwerp bij de gesprekken met betrokken partijen die moeten leiden tot een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg. De opdracht voor totstandkoming van het rapport had overigens wel deze doelstelling.

De leden van de BBB-fractie vragen hoe wordt gezorgd voor transparantie in de financiële stromen en continuïteit van hospices, zonder extra administratieve lasten?

Dit is een onderwerp bij de gesprekken met betrokken partijen die moeten leiden tot een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg.

De leden van de SGP-fractie vragen naar een reflectie op de hoofdstukken 2 en 3 van het rapport waarin Gupta de belangrijkste knelpunten opsomt en een oplossingsrichting voorstelt en of het kabinet puntsgewijs kan reageren op de bevindingen van Gupta in hoofdstuk 2.

Aangezien de gesprekken met alle betrokken partijen over het rapport en de vervolgstappen nog lopen en een kabinetsstandpunt over drie trajecten (Gupta-rapport, evaluatie subsidieregeling en toekomstagenda) in samenhang begin juli volgt, kan het kabinet nu niet reageren op specifieke punten uit het rapport.

De leden van de SGP-fractie vragen welke maatregelen er al zijn genomen om het inzicht in de beschikbaarheid van hospicezorg in regionaal verband te vergroten, met name in het project 'Versterken Hospicezorg'. En of er regio's zijn waar al wel een gezamenlijke wachtlijst is en hoe dit functioneert.

Binnen het project Versterken Hospicezorg is in een aantal regio's gewerkt aan regionale coördinatie en monitoring van bedbezetting. Omdat eigenaarschap en eindverantwoordelijkheid van het capaciteitsvraagstuk niet formeel bij een partij belegd zijn, is inzicht in beschikbaarheid van hospicezorg op dit moment afhankelijk van hoe een regio dit zelf vorm en inhoud geeft.

Daarom zal dit een onderwerp zijn bij de gesprekken met betrokken partijen die moeten leiden tot een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg.

De leden van de SGP-fractie vragen naar de kwalificatie 'precair' en of deze omschrijving wordt gedeeld. Zo niet, hoe het kabinet de situatie met betrekking tot de hospicezorg zou omschrijven. Verder vraagt de SGP-fractie of is kennisgenomen van de kritiek van VPTZ Nederland die zich niet herkent in de kwalificatie 'precair' en hoe dit wordt geduid.

De term 'precair' verwijst niet naar de kwaliteit of inzet van de hospicezorg zelf, maar naar structurele kwetsbaarheden in de organisatie en financiering van het huidige stelsel, zoals de afhankelijkheid van tijdelijke financiering, personele knelpunten en verschillen in regionale beschikbaarheid, die de continuïteit en toegankelijkheid van hospicezorg onder druk kunnen zetten. Zo is er geen vaste regisseur van het capaciteitsvraagstuk, is de financiering een lappendeken en is deze niet altijd duurzaam en zijn er verschillen in de eigen bijdragen. Uit de eerste gesprekken met partijen blijkt dat er behoefte is aan een gezamenlijke visie op hospicezorg, minder vrijblijvendheid, gelijke toegang en gelijke bekostiging, een goede balans en uitwisseling tussen formele en informele zorg, en goede data en sturingsinformatie.

De leden van de SGP-fractie vragen naar het voorgestelde onderscheid tussen twee soorten hospices. Enerzijds hospices waar formele zorg wordt geleverd, sprake is van medisch noodzakelijk verblijf en die gefinancierd worden vanuit de zorgverzekeraars en zorgkantoren. Anderzijds hospices als alternatieve verblijfplaats met informele zorg, gefinancierd vanuit het sociaal domein.

Dit is één van de oplossingsrichtingen die samen met alle betrokken partijen wordt meegewogen in het plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg dat op dit moment wordt opgesteld op basis van het Gupta-rapport.

Verder vragen de leden van de SGP-fractie of hospices die nu beide functies vervullen moeten kiezen wat voor soort hospice zij willen zijn, hoe wenselijk dat is en hoe wordt voorkomen dat er gaten in het zorgaanbod ontstaan doordat hospices gedwongen worden om te kiezen tussen één van beide categorieën.

Ook dit wordt meegewogen in het plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg dat op dit moment wordt opgesteld op basis van het Gupta-rapport.

Meer principieel vragen de leden van de SGP-fractie hoe wenselijk het is om een organisch gegroeid zorglandschap dat voor het grootste deel bestaat uit hospices die financieel gezond zijn en goede kwaliteit van

zorg bieden zo rigoureuus te gaan herinrichten. En hoe wordt voorkomen dat er een soort tekentafeloplossing wordt ingevoerd. De leden van de SGP-fractie vragen naar het risico dat door alle hospicezorg strikt onder te brengen bij de Zvw of Wmo lokale verworteling wordt aangetast. En het risico dat hospices in een keurslijf worden geperst.

Deze vraag is op zichzelf begrijpelijk. Tegelijkertijd maakt het rapport duidelijk dat die organische groei ook heeft geleid tot veel verschillen die moeilijk uitlegbaar zijn en waardoor mensen die op een hospice aangewezen zijn onvoldoende weten waarop ze kunnen rekenen. Het is van belang dat hospicezorg een volwaardige plek in het zorglandschap heeft en houdt, goed is ingebed in de samenleving, een mooie combinatie van formele zorg en informele zorg en ondersteuning biedt en dat gelijke toegang en financiering geborgd zijn. Vanuit deze uitgangspunten zal samen met alle betrokken partijen worden gewerkt aan een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg voor de komende vijf tot tien jaar.

De leden van de SGP-fractie vragen naar de wenselijkheid van een situatie dat iemand verblijft in een hospice met informele zorg, en te maken krijgt met verslechterende gezondheid waardoor 24/7 zorg nodig is en dus overgeplaatst moet worden naar een andersoortig hospice.

Dit is niet wenselijk en zou in de toekomstige inrichting moeten worden voorkomen. Daarbij kan onder andere gebruik gemaakt worden van de inzichten uit het project HOOP (UMC Utrecht), dat als doel heeft een evidence based instrument te ontwikkelen dat helpt complexiteit van de zorgvraag systematisch inzichtelijk te maken, bij aanmelding, bij opname, en twee weken na opname.

De leden van de SGP-fractie vragen naar de wenselijkheid, vanuit het oogpunt van versnippering van zorg, om een deel van de hospicezorg onder te brengen in het sociaal domein, waardoor gemeenten - náást de Rijksoverheid en verzekeraars - ook een rol gaan krijgen in de hospicezorg.

Uitgangspunt is geen verdere versnippering van hospicezorg. Veel aanbevelingen van het rapport zien juist op het tegengaan van bestaande versnippering en moeilijk uitlegbare differentiatie. Of, en zo ja, hoe gemeenten een rol krijgen in de toekomstige inrichting is nog onderwerp van gesprek tussen de genoemde betrokken partijen en - indien aan de orde - de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

De leden van de SGP-fractie vragen of met het voorstel van Gupta om twee soorten hospices te creëren het probleem is opgelost dat het onduidelijk is wanneer iemand aanspraak kan maken op formele zorg met verblijf en wanneer het verblijf buiten de aanspraak valt.

Of en hoe dit voorstel onderdeel wordt van de aanpak voor een

toekomstige inrichting van de hospicezorg is nog onderwerp van gesprek met betrokken partijen. Het adequaat kunnen indiceren of iemand formele zorg met verblijf nodig heeft maakt deel uit van de overwegingen.

De leden van de SGP-fractie vragen naar de toekomstige organisatie van zorg in de nacht en de betrokkenheid van familieleden of andere mantelzorgers daarbij. Ook vragen de leden van de SGP-fractie zich af wat dan het verschil is met palliatief terminale zorg thuis en of er dan nog behoefte bestaat aan hospices met verblijf en informele zorg. En vragen zij om die behoefte nader te laten onderzoeken.

Een dergelijk onderzoek kan onderdeel uitmaken van de route naar een toekomstige inrichting van het hospicelandschap.

Gupta geeft aan dat het wenselijk is dat de bekostiging uitgaat van de zorgvraag van de cliënt, niet van de (huidige) organisatievormen van hospices. De leden van de SGP-fractie vragen zich af of hospicelandschap dat Gupta schetst, voldoet aan de zorgvraag van de cliënt.

De zorgvraag van de cliënt is altijd het uitgangspunt van goede en passende zorg. Palliatieve (terminale) zorg is bij uitstek passende zorg, dus moet aansluiten bij de waarden, wensen en behoeften van de cliënt. In de aanpak voor een toekomstige inrichting van de hospicezorg zal dus moeten worden getoetst of de keuzes ten aanzien van de organisatie van hospicezorg inderdaad aansluiten bij wat cliënten nodig hebben.

Gupta schrijft dat een smalle afbakening van de aanspraak betekent dat capaciteit van hospices die nu formele zorg leveren, en via elv-bekostigd worden, moet worden afgebouwd of omgevormd naar hospices zonder medisch noodzakelijk verblijf. De leden van de SGP-fractie vragen om een nadere duiding van wat dit betekent voor zelfstandige hospices. En of deze beweging ertoe kan leiden dat goedlopende hospices hun activiteiten helemaal moeten beëindigen.

Of en hoe dit voorstel onderdeel wordt van de aanpak voor een toekomstige inrichting van de hospicezorg is nog onderwerp van gesprek met betrokken partijen.

De leden van de SGP-fractie vragen of activiteiten op het snijvlak van het zorgdomein en het sociaal domein per se door gemeenten opgepakt moeten worden. En of het ook van zorgverzekeraars gevraagd zou kunnen worden om (financieel) te ondersteunen bij burgerinitiatieven.

Of, en zo ja, hoe gemeenten een rol krijgen in de toekomstige inrichting is nog onderwerp van gesprek tussen de genoemde betrokken partijen en - indien aan de orde - de VNG. Ook de toekomstige rol van zorgverzekeraars/ zorgkantoren is nog onderwerp van gesprek.

De leden van de SGP-fractie geven tot slot aan dat uit bijlage A blijkt dat de reistijden naar specifieke types hospicezorg in bepaalde delen van het land ver achterblijft. Dit gaat dan met name om high care hospicezorg (Friesland, Groningen, Drenthe en het grootste deel van Zeeland) en palliatieve units (delen van Zeeland, Overijssel, Gelderland en Brabant). Zij vragen wie in het nieuwe systeem verantwoordelijk is voor de beschikbaarheid en het creëren van dergelijke zorgaanbod.

Het rapport adresseert dat er op dit moment niet één partij is die de regie voert en aanspreekbaar is. Dit is één van de knelpunten die moet worden opgelost in samenwerking met alle betrokken partijen en zal dus worden betrokken in de genoemde gesprekken over het toekomstige hospicelandschap.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen welke vraag of probleemstelling vanuit het ministerie is meegegeven aan de opdrachtnemers van dit adviesrapport. Wat is de achtergrond van deze vraag en wordt deze vraag of dit probleem ook zo in de sector beleefd, zo vragen deze leden. Zijn de sectorpartijen betrokken geweest bij de totstandkoming van de opdracht en zo nee, waarom niet? De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het belangrijk dat oplossingen voor ervaren problemen worden gezocht. Is aan de sectorpartijen gevraagd welke problemen moeten worden opgelost?

In 2024 is binnen het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II), project Versterken Hospicezorg, een gestructureerd overzicht gemaakt van alle hospices in Nederland. Voor het eerst zaten alle hospices gezamenlijk aan tafel om te kijken naar wat er nodig is in de toekomst. Niet alleen voor hun eigen hospice of binnen hun eigen gemeente, maar om de hospicezorg regionaal te verbeteren. Het overzicht schetst een beeld van het huidige landschap en de toekomstig benodigde capaciteit (landelijk en regionaal). Wat nog ontbrak was inzicht in de variatie aan vormen van organisatie en bekostiging van de hospicezorg en wat dit betekent voor de toekomstbestendigheid. Ook met het oog op toenemende druk op formele en informele zorg en de budgetten. Voortbouwend op Versterken Hospicezorg is daarom door het ministerie van VWS een opdracht verstrekt om de variatie in organisatievormen in het hospicelandschap in kaart te brengen. Het rapport 'Hospices in Nederland' laat zien dat de huidige variëteit aan organisatievormen en bekostigingsstructuren knelpunten oplevert op het gebied van beschikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid van hospicezorg. Er worden aanbevelingen gedaan voor hoe het landschap er over vijf tot tien jaar uit zou kunnen zien. Over de wijze van opvolging van de aanbevelingen vindt op dit moment overleg plaats met de betrokken partijen; ActiZ, AHZN, VPTZ en PZNL. Daarnaast zullen ZN, de NZa, ZiN, Patiëntenfederatie Nederland en de VNPZ worden betrokken. Het overleg resulteert in een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg voor de komende vijf tot tien jaar. Daarbij zal worden bezien wat uit dit plan van aanpak binnen de resterende looptijd van NPPZ II nog kan worden opgepakt en

wat wordt meegenomen in de langjarige toekomstagenda die nu in de maak is.

Hoewel de opdracht voor het rapport door het ministerie van VWS is geformuleerd en aanvankelijk niet door alle partijen werd toegejuicht merk ik in de lopende gesprekken dat de analyses van het rapport in grote lijnen worden herkend en dat breed het besef leeft dat er gezamenlijk nog werk aan de winkel is voor een toekomstbestendig hospicelandschap.

Welke stappen zijn er de afgelopen jaren gezet om meer afstemming te creëren tussen hospices, om meer inzicht te krijgen in de huidige capaciteit, lege bedden en toekomstig benodigde capaciteit in regio's, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie. Welke stappen zijn er al gezet en welke ontwikkelingen lopen er momenteel om de bekostiging beter aan te laten sluiten bij de daadwerkelijke kosten en zorgvraag, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Binnen het NPPZ II-project Versterken Hospicezorg dat liep in 2024 en 2025, konden regio's gebruik maken van een financiële stimuleringsimpuls om te werken aan toekomstbestendige hospicezorg, waarin capaciteit, kwaliteit en samenwerking centraal stonden. Het organiseren van samenwerking tussen hospices en bij hospicezorg betrokken zorgaanbieders moest in de meeste regio's nog worden opgestart. Meerdere studies over samenwerking in de zorg laten zien dat het realiseren van samenwerking een proces is dat tijd vraagt. De gerealiseerde samenwerking in de meeste regio's mag daarom als een belangrijk en waardevol resultaat van het project worden beschouwd. Alle deelnemende regio's hebben een capaciteitsplan opgesteld op basis van het rapport van Berenschot ('Versterken Hospicezorg, onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit'). Daarnaast is in een aantal regio's gewerkt aan regionale coördinatie en monitoring van bedbezetting. Omdat eigenaarschap en eindverantwoordelijkheid van het capaciteitsvraagstuk niet formeel bij een partij belegd zijn, is inzicht in beschikbaarheid van hospicezorg op dit moment afhankelijk van hoe een regio dit zelf vorm en inhoud geeft.

Daarom is dit een onderwerp bij de gesprekken met betrokken partijen die moeten leiden tot een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg.

Ten aanzien van de constatering op pagina 33 dat de Inspectie Gezondheid en Jeugd (IGJ) een inspectie heeft uitgevoerd bij 3% van de hospicelocaties, merken de leden van de ChristenUnie-fractie op dat de IGJ na deze steekproef geen signalen had om verder onderzoek te doen en bij andere signalen de inspectie weer activeert. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of dit herkenbaar is en een standaard manier van werken voor de IGJ.

Het is herkenbaar dat de IGJ voor dit onderwerp op deze manier werkt.

Ten aanzien van het beperkte zicht dat zorgverzekeraars hebben op de kwaliteit van zorg in hospices, vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of de bestaande regels voor inkoop en verantwoording van werkzaamheden niet net als bij andere zorgaanbieders voldoende controle op de kwaliteit biedt. Wat maakt het zicht op de kwaliteit in hospicezorg anders dan bij andere zorgaanbieders?

In geval van de bijna-thuis-huizen hebben zorgverzekeraars geen contractrelatie met de bijna-thuis-huizen zelf. Zij kunnen dus niet sturen op de kwaliteit van de vrijwilligers en de stichting zelf. Zorgverzekeraars hebben wel een contractrelatie met de zorgaanbieders die de wijkverpleegkundige zorg leveren in het bijna-thuis-huis. Op die zorg hebben zorgverzekeraars dus wel zicht.

Deelt de sector de conclusie van Gupta Strategists dat situatie van de hospicezorg precair is, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

De term 'precair' verwijst niet naar de kwaliteit of inzet van de hospicezorg zelf, maar naar structurele kwetsbaarheden in de organisatie en financiering van het huidige stelsel, zoals de afhankelijkheid van tijdelijke financiering, personele knelpunten en verschillen in regionale beschikbaarheid, die de continuïteit en toegankelijkheid van hospicezorg onder druk kunnen zetten. Zo is er geen vaste regisseur van het capaciteitsvraagstuk, is de financiering een lappendeken en is deze niet altijd duurzaam en zijn er verschillen in de eigen bijdragen. Deze kwetsbaarheid wordt wel door de sector erkend. Uit de eerste gesprekken met partijen blijkt dat er behoefte is aan een gezamenlijke visie op hospicezorg, minder vrijblijvendheid, gelijke toegang en gelijke bekostiging, een goede balans en uitwisseling tussen formele en informele zorg en goede data en sturingsinformatie.

Ten aanzien van de adviezen van Gupta Strategists om tot een nieuwe inrichting te komen van het hospicelandschap vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of er geen minder drastische maatregelen zijn te bedenken die de geschetste moeilijkheden in de hospicezorg net zo goed kunnen oplossen. Deze leden denken dan aan het verbeteren van de subsidieregeling voor de inzet van vrijwilligers, de verplichte aansluiting bij de VPTZ of de Associatie Hospicezorg Nederland om in aanmerking te komen voor de subsidie, en verplichte aansluiting bij een regionaal overleg van hospices om samen de capaciteit af te kunnen stemmen. Wat vindt de staatssecretaris daarvan?

In de komende periode wordt gezien welke maatregelen noodzakelijk zijn om de hospicezorg duurzaam te ondersteunen. Daarbij worden ook andere mogelijkheden betrokken, zoals aanpassingen in de subsidieregeling en het versterken van samenwerking in de regio. De uitkomsten van de lopende evaluatie van de subsidieregeling, het Gupta-rapport en de Toekomstvisie en langjarige toekomstagenda worden in samenhang gezien bij de verdere besluitvorming. Op basis daarvan zal

het volgende kabinet uw Kamer informeren over de te nemen vervolgstappen.

Hoe zou een strikt onderscheid tussen hospices met formele zorg met medisch noodzakelijk verblijf en hospices die een alternatieve verblijfplaats met informele zorg zijn eruit moeten zien of wat betekent dit voor hospices die beide vormen van zorg bieden, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie. Gaan er hospices verdwijnen als dit zou worden doorgevoerd?

Dit is een onderwerp bij de gesprekken met betrokken partijen die moeten leiden tot een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg.

De leden van de SP-fractie vragen de staatssecretaris of zij bij de aangekondigde vervolgstappen ook met plannen zal komen om te voorkomen dat meer hospices zullen moeten sluiten.

Het rapport heb ik juist doen opstellen met als doel om te voorkomen dat er in de toekomst onvoldoende hospicecapaciteit zou zijn. In de aangekondigde vervolgstappen richt ik mij op het borgen van de continuïteit en toegankelijkheid van palliatieve terminale zorg zodat hospices ook op langere termijn hun belangrijke werk kunnen blijven doen.

De leden van de SP-fractie vragen daarnaast of zij bij de vervolgstappen op het gebied van hospicezorg ook de motie Dobbe over een einde maken aan omzetplafonds in de ggz en de palliatieve zorg (Kamerstuk 36 725 XVI, nr. 23) meeneemt. Het gebruik van omzetplafonds in de palliatieve zorg kan immers ook de toegankelijkheid van hospices beperken.

In mijn brief van 29 september 2025⁴ ben ik uitgebreid ingegaan op de motie Dobbe. Kern van deze reactie is dat zorgaanbieders van wijkverpleging en zorgverzekeraars in hun contract onderling afspraken maken over omzetplafonds, die gelden voor de gehele wijkverpleging of het eerstelijnsverblijf. Zorg aan palliatief terminale patiënten maakt daar onderdeel van uit, want palliatieve zorg betreft onder meer een specifieke vorm van wijkverpleging. Hoewel er dus omzetplafonds zijn voor het geheel dat aan zorg wordt geleverd, worden deze omzetplafonds in de praktijk niet toegepast voor palliatief terminale zorg. Om te voorkomen dat hierover onduidelijkheden bestaan tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars heb ik hierover in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) aanvullende afspraken gemaakt.

De leden van de 50PLUS-fractie vragen naar de opvolging van de aanbevelingen en wat er kan worden voorbereid in het kader van NPPZ II.

Over de wijze van opvolging van de aanbevelingen vindt op dit moment

⁴ Kamerstukken II, 2025–2026, 29 509, nr. 96, blz. 6 e.v.

overleg plaats met de betrokken partijen, te weten ActiZ, AHZN, VPTZ en PZNL. Daarnaast zullen ZN, de NZa, ZiN, Patiëntenfederatie Nederland en de VNPZ worden betrokken. Het overleg resulteert in een plan van aanpak toekomstbestendige hospicezorg voor de komende vijf tot tien jaar. Daarbij zal worden bezien wat uit dit plan van aanpak binnen de resterende looptijd van NPPZ II nog kan worden opgepakt en wat wordt meegenomen in de langjarige toekomstagenda die nu in de maak is. De bevindingen uit dit rapport worden daarnaast meegenomen en in samenhang bezien met de uitkomsten van de evaluatie van de Subsidieregeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis (verwacht in april 2026), en de Toekomstvisie en langjarige toekomstagenda Palliatieve zorg en ondersteuning (verwacht in mei 2026).

Ook willen de leden van de 50PLUS-fractie vragen om een reflectie op de suggestie uit het rapport om gemeenten, een nieuwe partij in deze, te betrekken bij een deel van de hospicezorg.

Of, en zo ja, hoe gemeenten een rol krijgen in de toekomstige inrichting is nog onderwerp van gesprek tussen de genoemde betrokken partijen en - indien aan de orde - de VNG.