

# **Structurele financiering van informele psychosociale zorg bij kanker**

Welke opties biedt het zorgstelsel?

Notitie in het kader van

“Toekomstbestendige organisatie en financiering informele  
psychosociale zorg bij kanker”

Opdrachtgever: IPSO

September 2025

Lucienne Berenschot  
Henk van Vliet

Berenschot Onderzoek en Advies

# Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
1 Inleiding .....	3
2 Georganiseerde informele psychosociale zorg bij kanker .....	4
3 Financieringskaders zorg.....	6
3.1 Wet Maatschappelijke Ondersteuning.....	6
3.2 Zorgverzekeringswet .....	7
3.3 Wet Langdurige Zorg.....	8
3.4 Subsidiereregelingen van het ministerie van VWS.....	9
3.5 Domein-overstijgende zorg .....	10
4 Financieringsopties informele psychosociale zorg bij kanker .....	12
4.1 Vanuit het sociale domein (Wmo).....	13
4.2 Vanuit het medische domein (Zvw) .....	14
4.3 Subsidiekaders informele zorg (VWS).....	16
5 Conclusie.....	18

## 1 Inleiding

De minister van VWS voorziet dat informele zorg een belangrijke bijdrage kan leveren aan passende en toekomstbestendige zorg. Tegen die achtergrond heeft het ministerie van VWS een projectsubsidie verstrekt aan IPSO, de koepelorganisatie voor circa 100 centra die informele psychosociale zorg bij kanker bieden, om te onderzoeken hoe de aansluiting van informele zorg en reguliere zorg kan verbeteren. Het doel is om tot een krachtig netwerk en landelijke infrastructuur te komen dat beter aansluit op de reguliere zorg en dat de informele zorg verbindt met andere (in)formele zorgaanbieders.<sup>1</sup> In de periode 2023 – 2025 heeft IPSO onderzoek gedaan en laten doen naar onder andere de maatschappelijke waarde van informele psychosociale zorg bij kanker, mogelijkheden voor duurzame financiering en kwaliteitsaspecten van informele zorg.

Deze notitie betreft de bevindingen met betrekking tot de mogelijkheden voor structurele financiering van informele psychosociale zorg bij kanker. Sinds de start van het project, in 2023, is deskresearch uitgevoerd en zijn gesprekken gevoerd met vele stakeholders uit het zorglandschap (zorgaanbieders, zorgprofessionals, VWS, Zorginstituut, NZa, VNG, verzekeraars). In deze periode zorgden het Integraal Zorg Akkoord (IZA) en het in ontwikkeling zijnde Aanvullende Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) voor veel beweging in het zorgbeleid, en deels ook al in de praktijk van de oncologische zorg. Die beweging is nog volop gaande. Hoewel structurele financieringskaders nog grotendeels gelijk zijn gebleven, wordt naarstig gezocht naar ruimte om de ingezette ontwikkelingen naar domein-overstijgende zorg te borgen. Deze notitie is dan ook een tussenstand, die denkrichtingen en beginnende ontwikkelingen op een rij zet en weegt vanuit het perspectief van de informele psychosociale zorg bij kanker.

### Leeswijzer

We beginnen deze notitie met een korte beschrijving van de georganiseerde informele psychosociale zorg bij kanker in Nederland en waarom die structurele financiering behoeft. In het tweede hoofdstuk gaan we in op de wettelijke financieringskaders voor zorg en welzijn in Nederland. In het derde hoofdstuk kijken we welke opties voor structurele financiering van informele psychosociale zorg bij kanker er zijn binnen deze wettelijke kaders en bespreken voor- en nadelen hiervan. We eindigen met een conclusie welke wijzen van financiering het meeste perspectief bieden.

---

<sup>1</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 14 oktober 2022. Kamerbrief betreffende Coalitiemiddelen voor onderzoek naar en de aanpak van dementie, obesitas en kanker

## 2 Georganiseerde informele psychosociale zorg bij kanker

**Georganiseerde informele psychosociale zorg bij kanker betreft laagdrempelige zorg en ondersteuning voor mensen die kanker hebben (gehad) en hun naasten, gericht op hun gezondheid, sociale leven, participatie en omgang met hun kwetsbaarheid, geboden door maatschappelijke organisaties. Het gaat bijvoorbeeld om lotgenotencontact, informatievoorziening, gesprekken, expressieve therapieën, palliatieve ondersteuning, tools voor zelfmanagement et cetera. Een belangrijk deel van het werk wordt gedaan door vrijwilligers en ervaringsdeskundigen. De belangrijkste organisaties die informele psychosociale zorg en ondersteuning bij kanker bieden zijn IPSO, NFK<sup>2</sup> en kankerpatiëntenorganisaties. Kanker.nl steunt patiënten(organisaties) met informatievoorziening. De VPTZ<sup>3</sup> biedt informele psychosociale zorg aan patiënten en hun naasten in de palliatieve fase. Een deel daarvan betreft mensen met kanker. Deze organisaties hebben een landelijk bereik, voeren een degelijk kwaliteitsbeleid en onderhouden goede contacten met de formele zorg.**

Dankzij de vrijwillige inzet doen de organisaties hun werk tegen relatief lage kosten. Het gaat vooral om vaste kosten, zoals huisvesting, salariskosten van coördinatoren en operationele kosten. Daar staan aanzienlijke maatschappelijke en financiële baten tegenover. Internationaal onderzoek laat zien dat informele psychosociale zorg een positieve invloed heeft op de kennis en informatie positie van mensen met kanker, en op hun emotionele welbevinden en sociaal functioneren.<sup>4</sup> Lotgenotencontact speelt daarbij een belangrijke rol. Gasttevredenheidonderzoeken van IPSO bevestigen dit.<sup>5</sup> Uit de maatschappelijke businesscase voor informele psychosociale zorg bij kanker<sup>6</sup> blijkt dat de IPSO centra in 2022 150.000 tot 200.000 consulten (“herhaalzorg”) in de formele zorg hebben voorkomen. De waarde van deze consulten alleen al is twee keer zo hoog als de vaste kosten voor (alle) IPSO centra. Besparingen op (onnodige) diagnostiek dankzij vermeden herhaalzorg zijn daarbij niet meegerekend. Ook komt naar voren dat voor een deel van de mensen die kankerpatiëntenorganisaties en IPSO centra bereiken, geen alternatief in de formele zorg voorhanden is. Informele zorg vergroot dus de toegankelijkheid van psychosociale zorg.

---

<sup>2</sup> Nederlandse Federatie voor Kankerpatiënten is de koepel van 22 kankerpatiëntenorganisaties (kpo's)

<sup>3</sup> Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg heeft meer dan 200 lidorganisaties verspreid over het land

<sup>4</sup> Ecorys (2023) Internationaal literatuuronderzoek informele psychosociale zorg bij kanker

<sup>5</sup> IPSO. Resultaten van gasttevredenheidonderzoeken 2023 en 2024

<sup>6</sup> Ecorys (2023) Internationaal literatuuronderzoek informele psychosociale zorg bij kanker

Organisaties voor informele zorg bij kanker worden verschillend gefinancierd. Het gaat om een mix van publieke en private middelen. VPTZ en NFK ontvangen subsidie van VWS uit een meerjarige subsidieregeling. IPSO centra krijgen geen landelijke VWS subsidie. Sommige IPSO centra krijgen incidentele subsidie van gemeenten voor een deel van hun activiteiten. KWF is een belangrijke private subsidie verstrekker voor activiteiten en programma's van NFK en IPSO. Voor alle organisaties geldt dat zij, in meer of mindere mate, private inkomsten uit donaties en giften nodig hebben om hun activiteiten goed te kunnen uitvoeren en om hun voortbestaan te borgen.

Om nu en in de toekomst een vaste waarde te kunnen zijn, is structurele financiering van de organisaties die informele psychosociale zorg bij kanker bieden, belangrijk. Alleen zo is continuïteit van hun diensten duurzaam geborgd. Die financiering moet passen bij het karakter van informele zorg, te weten:

- De financieringsbehoefte betreft dekking van de vaste kosten die organisaties maken: huisvesting, coördinatie en kwaliteitsbewaking, en operationele kosten. De zorg zelf wordt verleend door vrijwilligers. Het gaat om relatief bescheiden bedragen;
- De administratieve lasten van een financieringsregeling moeten beperkt blijven

### 3 Financieringskaders zorg

**Het huidige zorgstelsel kent drie belangrijke wettelijke kaders voor publieke financiering van zorg en ondersteuning: de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Langdurige Zorg (Wlz). Daarnaast kent het ministerie van VWS subsidieregelingen voor zorg en welzijn. De arbozorg, geregeld in de Wet Arbeidsomstandigheden, wordt geheel privaat gefinancierd (door werkgevers). Domein-overstijgende zorg vormt een belangrijk punt van aandacht in het huidige zorgbeleid.**

#### 3.1 Wet Maatschappelijke Ondersteuning

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo)<sup>7</sup> geeft gemeenten de opdracht om ondersteuning te bieden aan mensen die tijdelijk of blijvend niet op eigen kracht zelfredzaam zijn, bijvoorbeeld vanwege een handicap of beperking, een psychische stoornis, huiselijk geweld of dakloosheid (art 1.2.1). Gemeenten moeten zorgen voor maatschappelijke ondersteuning en de kwaliteit en continuïteit van de voorzieningen (art 2.1.1). Elke gemeente stelt periodiek een plan vast met betrekking tot het te voeren beleid dat er (onder andere) op gericht is om de sociale samenhang, toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking te bevorderen (art 2a) en mantelzorgers en vrijwilligers in staat te stellen hun taken uit te voeren (art 2b). Het plan is erop gericht dat mensen zo lang mogelijk in hun eigen leefomgeving kunnen blijven en, indien mogelijk, weer in staat zijn om zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving (art 3). De wet vraagt bijzondere aandacht voor o.a. een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, preventie, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen en de samenwerking met zorgverzekeraars en –aanbieders als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (art 3a, 3b) en de wijze waarop continuïteit van hulp wordt gewaarborgd (art 3e).

Gemeenten financieren twee typen voorzieningen:

- Algemene voorzieningen, die toegankelijk zijn voor alle inwoners. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om buurthuizen, vrijwilligerscentrales en maatschappelijke organisaties. Deze voorzieningen worden doorgaans gefinancierd door middel van een subsidie aan de aanbieder van de voorziening. Subsidies hebben een maximale looptijd van de bestuursperiode (vier jaar);

---

<sup>7</sup> [wetten.nl](https://wetten.nl) - Regeling - Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 - BWBR0035362 (overheid.nl)

- Maatwerkvoorzieningen, die op basis van vooraf vastgestelde criteria worden toegekend aan individuele inwoners voor zelfredzaamheid (bijv. scootmobiel en huishoudelijke hulp), participatie (bv vervoersvoorziening, begeleiding), beschermd wonen of opvang. De financiering is gerelateerd aan type zorgproduct en het geleverde volume. Maatwerkvoorzieningen kunnen in natura worden verstrekt, of er kan een persoonsgebonden budget (pgb) worden toegekend aan de inwoner die recht heeft op maatwerkvoorzieningen.

Gemeenten krijgen middelen van het Rijk om de Wmo uit te voeren. Het gaat om een vooraf vastgesteld budget dat niet wordt aangepast op daadwerkelijke uitgaven. Budgetoverschrijdingen komen voor rekening van de gemeente zelf.

### 3.2 Zorgverzekeringswet

De Zorgverzekeringswet (Zvw)<sup>8</sup> is een schadelastverzekering voor de kosten van geneeskundige zorg die nodig is bij medische problemen. Elke individuele inwoner van Nederland is verplicht deze verzekering af te sluiten. De zorgverzekering biedt inwoners dekking voor verschillende soorten zorg, zoals geneeskundige zorg, mondzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, verpleging, verzorging, verblijf en vervoer. Deze zorg wordt geleverd door verschillende aanbieders en zorgverleners uit de eerste en tweede lijn. Alleen de huisartsenzorg is vrij en kosteloos toegankelijk voor iedere verzekerde, voor de meeste andere vormen van zorg is een verwijzing nodig en kan een eigen bijdrage worden gevraagd.

De Zvw vergoedt de zorg die is opgenomen in het basispakket. Voor nieuwe vormen van zorg beoordeelt het Zorginstituut Nederland (ZIN) aan de hand van wet- en regelgeving of die in het basispakket thuishoort. Het ZIN kijkt in ieder geval of het gaat om zorg die de beroepsgroep pleegt te bieden op een professioneel juiste manier, vastgelegd in richtlijnen en standaarden. Daarnaast moet het gaan om 'evidence-based medicine', waarvoor bewijslast bestaat. Dit criterium wordt aangeduid als stand der wetenschap en praktijk. Tenslotte toetst het ZIN de zorgvorm op de pakketprincipes effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Het ZIN adviseert, de minister besluit of zorg wordt opgenomen in het basispakket.<sup>9</sup> Eenmaal opgenomen in het basispakket, behoort een zorgvorm tot verzekerde zorg waarop iedere Nederlander recht heeft.

Zorgaanbieders moeten aan verschillende (kwaliteits)eisen voldoen om voor vergoeding uit hoofde van de Zvw in aanmerking te komen. Voor

---

<sup>8</sup> [wetten.nl - Regeling - Zorgverzekeringswet - BWBR0018450 \(overheid.nl\)](https://wetten.nl/Regeling-Zorgverzekeringswet-BWBR0018450)

<sup>9</sup> [Beoordeling van nieuwe zorg | Over ons | Zorginstituut Nederland](#)

zorginstellingen gaat het om de wettelijke eisen zoals vastgelegd in de Wet Toetreding Zorgaanbieders (Wtza). Zorgverleners moeten bekwaam zijn. De bekwaamheidseis wordt in de praktijk vaak vertaald in opleidingsniveau, maar strikt genomen stelt de wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) alleen opleidingseisen voor zorgverleners die bepaalde medische handelingen ('voorbehouden handelingen') uitvoeren. Om te kunnen declareren moet de geleverde zorg zijn omschreven aan de hand van prestatiebeschrijvingen, vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).<sup>10</sup>

De vergoeding van zorgaanbieders vindt voor het overgrote deel plaats via zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars ontvangen geld via de nominale premie die elke verzekerde betaalt, het zorgverzekeringsfonds en eigen bijdragen van verzekerden. Voor bepaalde vormen van zorg kunnen zorgaanbieders een rechtstreekse betaling vanuit het zorgverzekeringsfonds (Zvf) ontvangen, meestal als beschikbaarheidsbijdragen<sup>11</sup>. Hiervoor komen vormen van zorg in aanmerking die niet door middel van tarieven in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of waarvan de bekostiging via tarifiering marktverstoring zou werken. In de Zvw gaat het met name om zorgvormen die worden geleverd door een vangnetaanbieder ingeval een zorgverzekeraar niet meer aan zijn zorgplicht kan voldoen en die zijn aangewezen middels een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) ten behoeve van de continuïteit van zorg. Het gaat bijvoorbeeld om ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde en crisisopvang geestelijke gezondheidszorg.<sup>12</sup> De NZa kan een beschikbaarheidsbijdrage toekennen. Een zorgaanbieder kan de beschikbaarheidsbijdrage bij het Zorginstituut in rekening brengen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds.

### 3.3 Wet Langdurige Zorg

De Wlz gaat over zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen, mensen met een handicap en mensen met een psychische aandoening. Om in aanmerking te komen, moet er sprake zijn van een blijvende behoefte aan permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde, of 24 uur per dag zorg in de nabijheid omdat men zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en dit wel nodig is om ernstig nadeel voor hemzelf te voorkomen.<sup>13</sup> Het onafhankelijke Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geeft de indicatie voor Wlz-zorg en deze is permanent.<sup>14</sup>

---

<sup>10</sup> Bijlage bij Kamerbrief 'Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket'

<sup>11</sup> Ministerie van Financiën, Financiering van de zorguitgaven. [Link](#)

<sup>12</sup> Wet WMG, artikel 1/bijlage. [www.overheid.nl/BWBR0031971/2025-01-01/0#bijlage](http://www.overheid.nl/BWBR0031971/2025-01-01/0#bijlage)

<sup>13</sup> Artikel 3.2.1 Wet langdurige zorg

<sup>14</sup> Artikel 3.2.3 lid 1 Wet langdurige zorg

Een cliënt kan recht hebben op de volgende leveringsvormen: verblijf (in instelling), een volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of persoonsgebonden budget (pgb).<sup>15</sup> De zorgkantoren sluiten overeenkomsten met zorgaanbieders die Wlz-zorg in natura leveren. De zorgkantoren zijn ook verantwoordelijk voor de toekenning en vaststelling van pgb's van verzekerden in hun regio. De Sociale Verzekeringsbank (SVB) heeft landelijk een rol in het betalingsverkeer bij PGB's.<sup>16</sup>

Een zorgaanbieder die Wlz-zorg verleent, moet voldoen aan de Wet toelating zorgaanbieders (Wtza) en mag geen winstuitkering hebben. De zorgaanbieder moet voorzien in toezicht op het beleid van het bestuur en op de algemene gang van zaken in de rechtspersoon en de daarmee verbonden onderneming en waarborgen dat cliënten een redelijke mate van invloed hebben op het beleid van de organisatie.<sup>17</sup>

Wlz-zorg wordt gefinancierd uit het Fonds langdurige zorg. Zorgkantoren krijgen regionale contracteerruimte om zorg in natura te contracteren bij aanbieders of zelfstandige zorgverleners. Voor de financiering van pgb's zijn er daarnaast regionale pgb-kaders.<sup>18</sup> De regionale contracteerruimte kan niet worden overschreden. Eventuele tekorten worden gedragen door alle aanbieders en het zorgkantoor.

### 3.4 Subsidieregelingen van het ministerie van VWS

Subsidieregelingen zijn bedoeld om organisaties financieel te ondersteunen bij het uitvoeren van activiteiten die bijdragen aan het verwezenlijken van belangrijke doelen van het ministerie. Daartoe worden gerekend: gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming, gezondheidszorg maatschappelijke zorg en sport (voor zover van landelijke betekenis).<sup>19</sup>

De Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS is de belangrijkste subsidieregeling. Subsidies vallen ten laste van de begroting van het departement, en kennen normaal gesproken een subsidieplafond, tenzij de Minister instemt met het achterwege laten hiervan.<sup>20</sup> De wet onderscheidt instellingssubsidies (voor structurele, voortdurende activiteiten van een instelling) en projectsubsidies (voor activiteiten anders dan gefinancierd als

---

<sup>15</sup> Artikel 3.3.1 lid 1 Wet langdurige zorg

<sup>16</sup> Bijlage bij Kamerbrief 'Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket'

<sup>17</sup> Artikel 4.1.1 Wet langdurige zorg

<sup>18</sup> Rapport Handvatten duiding zorgplicht zorgkantoren

<sup>19</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/subsidieregelingen-vws>

<sup>20</sup> Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS, art 5. [wetten.nl](https://wetten.nl) - Regeling - Kaderwet SZW-subsidies - BWBR0008754 ([overheid.nl](https://overheid.nl))

instellingssubsidie). Projectsubsidies worden voor maximaal vijf jaar verleend.<sup>21</sup>

Organisaties (en soms personen) kunnen een aanvraag indienen voor subsidie, voorzien van een activiteitenplan en een begroting. Het beschikbare bedrag in een regeling wordt verdeeld op volgorde van binnenkomst en na onderlinge afweging van aanvragen. Het subsidiebedrag wordt per boekjaar vastgesteld en uitgekeerd. Evenwel biedt deze subsidievorm enige zekerheid voor meerjarige beleidsvorming door ontvangende partijen, omdat sprake is van een structurele subsidierelatie met het ministerie. Dit betekent dat het ministerie een redelijke termijn moet hanteren bij eventuele beëindiging van de subsidie, uit hoofde van de Algemene wet bestuursrecht (Awb).

### 3.5 Domein-overstijgende zorg

De Wmo, Zvw en Wlz, hebben elk betrekking op een specifiek domein: welzijn, curatieve en langdurige zorg. Dat leidt tot ‘schotten’ in de financiering, die het organiseren van zorg die over de grenzen van de stelsels en regelingen heengaat (domein-overstijgende zorg) bemoeilijkt. Juist deze domein-overstijgende zorg vormt een belangrijk punt van aandacht in het huidige zorgbeleid. Het concept Positieve Gezondheid heeft de beleidsfocus verbreed van medische behandeling naar het bredere maatschappelijke functioneren van patiënten. Onder de noemer ‘de juiste zorg op de juiste plek’ streeft het volksgezondheid- en zorgbeleid de afgelopen vijf jaar naar zo licht, tijdig en nabij mogelijke ondersteuning voor mensen die dat nodig hebben. Preventie en de-medicalisering spelen daarbij een belangrijke rol; er wordt nadrukkelijk gekeken of maatschappelijke ondersteuning en informele zorg de (groei van de) vraag naar formele zorg kunnen temperen. In 2022 agendeerde de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving het belang van informele zorg, die volgens de Raad onmisbaar is om het formele zorgstelsel in stand te kunnen houden en om die reden structureel geborgd dient te worden.

In het Integraal Zorg Akkoord (IZA) dat in 2022 werd getekend door veertien zorgpartijen<sup>22</sup> staat de noodzaak om anders te gaan werken centraal. Het IZA heeft als ambitie te komen tot “passende zorg en ondersteuning, samen met de patiënt, op de juiste plek en met de nadruk op gezondheid”. Daarvoor willen de zorgpartijen inzetten op gezondheid en welzijn door middel van

---

<sup>21</sup> Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS, art 5. wetten.nl - Regeling - Kaderwet SZW-subsidies - BWBR0008754 (overheid.nl)

<sup>22</sup> ActiZ, de Nederlandse GGZ, Federatie Medisch Specialist (FMS), InEen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorghuis.nl, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

preventie en ondersteuning dicht bij huis voor de mensen die dat nodig hebben, gericht op hun sociale leven, gezondheid, participatie en omgang met hun gezondheid en kwetsbaarheid. Een verschuiving van zorg naar welzijn is nodig om de druk te verminderen op de zorgsector, die met oplopende personeelstekorten te maken heeft. Het IZA benadrukt dat een goede verbinding tussen medische, verpleegkundige en sociale expertise essentieel is om artsen, verpleegkundigen, sociaal werkers en publieke gezondheidswerkers in staat stelt om over de grenzen van wetten samen te werken.

Deze ontwikkelingen spelen ook volop in de oncologie. De oncologische zorg staat onder grote druk omdat steeds meer mensen kanker krijgen, het personeelstekort toeneemt en de kosten stijgen. In het Plan van Aanpak “Passende zorg in oncologieregio’s” - de praktische uitwerking van het Kader Passende Zorg en het IZA voor de oncologische zorg in Nederland – wordt geschetst hoe de oncologische zorg het arbeidsmarkttekort in ziekenhuizen wil verminderen en alle mensen met kanker de juiste zorg op de juiste plek wil bieden. Verschuiving van zorg vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie of andere domeinen, zoals het sociaal domein of de eerstelijnszorg, speelt daarbij een essentiële rol. Wel signaleert het Plan dat het tekort aan huisartsen en (wijk)-verpleegkundigen vooralsnog een beperkende factor is.<sup>23</sup>

In aanvulling op het IZA is in 2025 een Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) opgesteld. Het betreft domein-overstijgende afspraken tussen curatieve zorg, langdurige zorg, publieke gezondheidszorg en sociaal domein, om de beweging naar passende zorg een impuls te geven. Het AZWA heeft twee transitiedoelen: 1) het verwachte arbeidsmarkttekort in 2028 met 100.000 personen te verlagen en 2) de toegang tot passende zorg gelijkwaardiger maken door wachttijden te reduceren. Om dit te bereiken, wordt ingezet op het versterken van de samenwerking tussen het zorgdomein en sociaal domein. Zorgverzekeraars, gemeenten en aanbieders van zorg en ondersteuning maken concrete, landelijke afspraken over basisfunctionaliteiten, die in elke regio of gemeente ingevuld en beschikbaar moeten zijn voor inwoners. Deze basisfunctionaliteiten bevatten afspraken op samenwerking tussen de domeinen, randvoorwaarden, definitie van doelgroep en signalering, en zijn doorgerekend op de impact op zorgkosten/WMO en inzet zorg/welzijnspersoneel. De afspraken zijn wederkerig, partijen zijn hierop aanspreekbaar en er is sprake van structurele financiering. Gemeenten bepalen hoe zij invulling geven aan de basisfunctionaliteit.<sup>24</sup> Het AZWA akkoord is sinds 8 september 2025 van kracht.

---

<sup>23</sup> Zorginstituut Nederland (2024). Plan van Aanpak ‘Passende zorg in oncologieregio’s’ Opgesteld door Prof Dr H W Nijman

<sup>24</sup> Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord – onderhandelaarsakkoord 3 juli 2025

## 4 Financieringsopties voor informele psychosociale zorg bij kanker

**Structurele financiering van informele psychosociale zorg bij kanker zoals kpo's, IPSO centra en VPTZ afdelingen bieden heeft als doel om continuïteit te borgen. Het informele karakter van de zorg, waarin getrainde vrijwilligers een hoofdrol spelen, moet behouden blijven. De financiering is uitsluitend bedoeld om bekostiging van de vaste lasten van organisaties te dekken: huisvesting, coördinatie, kwaliteitsbewaking en operationele kosten. Het gaat om relatief bescheiden bedragen. Ter illustratie: IPSO kan met ca 10 miljoen euro per jaar 100 centra en de koepelorganisatie bekostigen. Behoud van het informele karakter betekent ook dat structurele financiering niet tot hoge administratieve lasten mag leiden.**

Uit de gesprekken die de afgelopen jaren zijn gevoerd, komt naar voren dat alle stakeholders nut en noodzaak van informele psychosociale zorg bij kanker onderschrijven. Het belang van psychosociale zorg bij kanker wordt inmiddels algemeen erkend. Basale psychosociale zorg vormt integraal onderdeel van de behandeling van kanker.<sup>25</sup> Bij ernstige psychische problematiek hebben patiënten recht op gespecialiseerde psychische hulp.<sup>26</sup> Ziekenhuizen zijn primair verantwoordelijk om basale psychosociale zorg als onderdeel van integrale zorg bij kanker te organiseren. In de praktijk is er grote variatie hoe ziekenhuizen dit invullen.<sup>27</sup> De toegankelijkheid van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg staat onder druk als gevolg van capaciteitsgebrek en wachtlijsten. Dat baart toezichthouders, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties zorgen. Ondanks de regionale aanpak blijven de wachttijden in de ggz hardnekkig lang.<sup>28</sup>

De informele zorg kan een oplossing bieden voor de patiënten (en hun naasten). Het laagdrempelige informele aanbod, dat voor iedereen toegankelijk is, op het moment dat de behoefte ontstaat, ook als dat na afronding van de behandeling is, wordt gezien als een welkome aanvulling om patiënten de ondersteuning te bieden waarop zij wettelijk recht hebben en te voorkomen dat ernstige mentale gezondheidsproblemen ontstaan. Het feit dat informele psychosociale zorg de druk op de medisch-specialistische en huisartsenzorg aantoonbaar vermindert<sup>29</sup>, weegt daarbij zwaar mee. Ook staat men positief tegenover de inzet van (getrainde) vrijwilligers, mede door

---

<sup>25</sup> FMS Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische aandoeningen

<sup>26</sup> FMS Richtlijn Detecteren psychosociale behoefte bij kanker

<sup>27</sup> Zorginstituut (2024) Probleemanalyse Psychosociale zorg bij somatische ziekte

<sup>28</sup> <https://www.igi.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/publicaties/brieven/2023/03/23/rapportbrief-toezicht-op-regionale-aanpak-wachttijden-ggz>

<sup>29</sup> Ecorys (2023) Maatschappelijke waarde van informele psychosociale zorg bij kanker

de goede ervaringen die zijn opgedaan met ervaringsdeskundigen in de ggz. Informele psychosociale zorg is buiten het ziekenhuis ontstaan, maar wordt inmiddels ook binnen diverse ziekenhuizen geboden als onderdeel van het zorgpad.

Ondanks deze brede erkenning dat informele psychosociale ondersteuning een waardevolle bouwsteen voor Passende Zorg kan zijn, is er geen eensluidende visie op de vraag hoe informele zorg bij kanker kan worden gefinancierd. Hieronder presenteren we de verschillende opties die naar voren kwamen, en kijken in hoeverre die aansluiten bij het karakter en de financieringsvraag van de georganiseerde informele zorg

#### 4.1 Vanuit het sociale domein (Wmo)

Gezien het karakter van de informele psychosociale zorg en ondersteuning, met aandacht voor alle dimensies van positieve gezondheid, brede toegankelijkheid voor patiënten maar ook naasten, los van indicatie of een lopend behandelproces, en gerichtheid op het versterken van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie, sluit deze goed aan bij het gedachtengoed van de Wmo. De gerichtheid op een specifieke groep ziekten (kanker) staat echter haaks op het sociaal domein; gemeenten zien de doelgroep van de Wmo nadrukkelijk los van medische diagnoses maar kijken naar beperkingen in zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Zij stelden zich lange tijd op het standpunt dat hun taak niet is om problemen uit de Zvw-verzekerde zorg op te vangen en hebben daar ook de middelen niet voor.

Het AZWA brengt daar mogelijk verandering in. Eén van de doorbraakafspraken in het AZWA is dat zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders concrete basisfunctionaliteiten gaan realiseren op de leefgebieden mentale gezondheid, vitaal ouder worden, leefstijl, kansrijk opgroeien en verminderen van gezondheidsachterstanden. Deze functionaliteiten worden in elke gemeente of regio ingevuld, en beogen de toestroom in de Zvw-zorg te beperken. De landelijke basisfunctionaliteiten bevatten concrete afspraken over de samenwerking tussen de domeinen, definiëren de doelgroep en zijn doorgerekend op de impact op zorgkosten/WMO en inzet zorg/welzijnspersoneel. Er komt structurele financiering beschikbaar voor de basisfunctionaliteiten.<sup>30</sup> De eerste basisfunctionaliteiten die geïmplementeerd gaan worden, zijn laagdrempelige steunpunten Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA), Sociaal verwijzen, Valpreventie, Ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen, en Kansrijke Start - integrale gezinspoli en Nu Niet Zwanger. Daarnaast is er een

---

<sup>30</sup> Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord – onderhandelaarsakkoord 3 juli 2025.

ontwikkelagenda opgesteld met interventies die kansrijk lijken om door te ontwikkelen tot basisfunctionaliteit.

Informeel psychosociale zorg voldoet aan de eisen voor een basisfunctionaliteit. Toch zijn er de nodige haken en ogen aan deze weg naar structurele financiering. Ten eerste gaat dit tijd kosten: het AZWA is net van kracht geworden en de constructie van basisfunctionaliteiten moet zich in de praktijk nog bewijzen. Nieuwe voorstellen voor basisfunctionaliteiten komen op de ontwikkelagenda. Het is onzeker of en wanneer dit tot concrete afspraken gaat leiden.

Daarnaast is van belang dat de aansluiting met de formele zorg goed wordt geborgd. Omdat gemeenten mogen bepalen hoe zij de basisfunctionaliteiten implementeren, is goed denkbaar dat er lokale variatie zal ontstaan. Ziekenhuizen kunnen daarmee moeilijk uit de voeten, omdat hun patiënten uit een grote regio of zelf het hele land komen. Een voorwaarde voor het noodzakelijke samenspel tussen de formele oncologische zorg en informele zorg als basisfunctionaliteit zou het behoud van de 'merken' IPSO, NFK en VPTZ zijn, die voor ziekenhuizen herkenbaar en waarborg voor kwaliteit zijn. Tenslotte is de verdeling van middelen over lokale voorzieningen en landelijke dienstverlening van georganiseerde informele zorg (bijvoorbeeld ontwikkeling en beheer van online aanbod, kwaliteitsbewaking door koepelorganisaties) een punt van aandacht.

#### 4.2 Vanuit het medische domein (Zvw)

Een grote belemmering voor financiering vanuit de Zvw is dat organisaties voor informele zorg niet zijn toegelaten als zorgaanbieder in de zin van de wet. Zij worden eerder met de Wmo geassocieerd. Waar informele zorg echter een complementaire rol speelt bij de medisch-specialistische zorg, zoals in de oncologie, is een goede articulatie tussen formele en informele zorg moeilijk te realiseren op gemeentelijk niveau. Die articulatie is wel nodig om georganiseerde informele zorg goed te benutten voor Passende Zorg. Het verdient dan ook aanbeveling te onderzoeken hoe organisaties voor informele zorg die landelijk opereren en aantoonbare meerwaarde hebben in de medisch-specialistische zorg, tot de Zvw kunnen worden toegelaten. Voorwaarden op het gebied van kwaliteit kunnen daarbij niet ontbreken.

De Zvw biedt twee mogelijkheden voor bekostiging: een beschikbaarheid bijdrage vanuit het Zorgverzekeringsfonds, dan wel vergoeding via verzekeraars op basis van zorgprestaties.

Vergoeding in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage sluit het beste aan bij de financieringsbehoefte van informele zorg: het gaat immers alleen om vaste kosten om continuïteit te borgen. Ook het feit dat deze financieringsroute via één partij (het Zorginstituut) loopt, draagt bij aan het beperken van administratieve lasten voor organisaties van informele zorg.

Omdat de formele psychosociale en psychische zorg onder druk staat als gevolg van personeelstekorten, kan georganiseerde informele psychosociale zorg bij kanker als vangnetaanbieder worden gezien die continuïteit van psychosociale zorg tijdens en na het ziekteproces van kanker mogelijk maakt. Om deze financieringsvorm mogelijk te maken, moet informele psychosociale zorg bij kanker middels een Algemene Maatregel van Bestuur aangewezen worden als zorgvorm die in aanmerking komt voor vergoeding uit het Zorgverzekeringsfonds.

Vergoeding door verzekeraars via zorgprestaties is pas mogelijk als organisaties voor informele zorg zijn toegelaten als zorgaanbieder in de Zvw. Het wettelijk kader is strikt omschreven en beperkt zich tot het vergoeden van geneeskundige zorg aan individuele patiënten op basis van erkende zorgprestaties. Dergelijke zorgprestaties passen niet goed bij het karakter van informele zorg omdat het voor hoge administratieve lasten zorgt. Ook vraagt het om registratie van de gebruikers van informele zorg, en dat staat op gespannen voet met de laagdrempelige toegang. Tenslotte introduceert een zorgprestatie een volumecomponent in de financiering, die ongewenste prikkels met zich mee kan brengen. Een mogelijkheid die beter past bij informele zorg, is een vast tarief per verzekerde vergelijkbaar met het inschrijftarief dat huisartsen kennen. Huisartsen ontvangen dat tarief voor elke verzekerde die bij hen staat ingeschreven. Voor informele zorg bij kanker kan dit gaan om een tarief per verzekerde met kanker, dat per regio beschikbaar wordt gesteld voor de bekostiging van toegelaten organisaties voor informele zorg bij kanker. Duitsland kent een dergelijke systematiek voor de financiering van gezondheid- of ziektegerelateerde ‘Selbsthilfe’.

#### Financiering georganiseerde informele zorg in Duitsland

Het Duitse zorgstelsel erkent het belang van Selbsthilfe voor de gezondheid van mensen. Deze ‘zelfhulp’ bestaat uit georganiseerd lotgenotencontact, gericht op het uitwisselen van ervaringen en informatie, het bieden van een luisterend oor en wederzijdse ondersteuning die aansluit bij de wensen en behoeften van de deelnemers.

Duitse Krankenkassen zijn wettelijk verplicht om een bedrag per verzekerde te oormerken ter ondersteuning van ziekte- en gezondheidgerelateerde zelfhulp en ook daadwerkelijk te besteden aan zelfhulpgroepen, zelfhulporganisaties en contactpunten voor zelfhulp. In 2025 gaat het om 1,36 euro per verzekerde.

Bronnen: Bundesministerium für Gesundheit; Der Paritätische – Selbsthilfe; MIND Platform

Een andere suggestie die is gedaan om verzekeraars ruimte te geven informele zorg te contracteren, is de rechtmatigheidsgrens te verhogen. Die is nu 2

procent, en dat is te weinig om beleidsruimte te creëren. Een verhoging van die grens biedt verzekeraars meer armslag om zinvolle ontwikkelingen mogelijk te maken die (nog) niet passen binnen de huidige regelgeving maar wel noodzakelijk zijn om tot Passende Zorg te komen. De inzet van informele psychosociale zorg bij kanker is daarvan een voorbeeld.

De beleidsvrijheid is de charme en tegelijk het risico van deze optie. Het is raadzaam om verzekeraars kaders mee te geven voor de invulling van de beleidsruimte: gelijkgerichtheid tussen verzekeraars is onmisbaar om landelijke infrastructuur, zoals de georganiseerde informele zorg bij kanker die heeft opgebouwd en die essentieel is voor het samenspel met de formele zorg, veilig te stellen. Een ander nadeel van deze optie is dat de georganiseerde informele zorg met verschillende verzekeraars afspraken moet maken en verantwoorden. Dat zal de administratieve lastendruk verhogen. Dit kan worden vermeden door informele zorg non-concurrentieel te verklaren, In dat geval mogen verzekeraars gezamenlijk afspraken maken met aanbieders van informele zorg en wordt de administratieve last minder.

Een derde optie voor financiering vanuit Zvw gelden, is via zorgaanbieders. Dit gebeurt al in de praktijk. Op verschillende plaatsen in het land werken ziekenhuizen structureel samen met IPSO centra om psychosociale zorg aan hun patiënten te bieden. Informele zorg wordt dan in zorgpaden opgenomen. Om duurzame beschikbaarheid veilig te stellen, participeren enkele ziekenhuizen zelf financieel in de centra door (een deel van) de vaste kosten voor hun rekening te nemen, zoals huisvesting en/of salariskosten van coördinatoren. Indirect gaat het hier ook om financiering door zorgverzekeraars.

Dat is een positieve ontwikkeling: het samenspel tussen formele en informele zorg wordt zo bestendig, de toegang tot psychosociale zorg voor kankerpatiënten en hun naasten wordt geborgd, de druk op het zorgpersoneel vermindert en de administratieve lasten voor de informele zorg zijn gering.

Een beperking van deze financieringswijze is dat het doorgaans een IPSO centrum betreft in de nabijheid van het ziekenhuis. Ziekenhuizen leiden hun patiënten in de herstelfase wel naar andere IPSO centra (in of nabij de woonplaats van de patiënt), maar participeren logischerwijs niet financieel in alle centra. Ook de financiering van de koepelorganisatie is met deze financieringsvorm niet opgelost.

#### 4.3 Subsidiekaders informele zorg (VWS)

Tenslotte werd de suggestie gedaan om ook voor IPSO een landelijke subsidie bij VWS aan te vragen, vergelijkbaar met de subsidieregeling die bestaat voor NFK/kpo's en palliatieve terminale zorg. Informele psychosociale ondersteuning heeft een sterke businesscase, waar alle stakeholders in de

zorg achter staan. Zo'n regeling biedt een aantal voordelen: een landelijke subsidie dekt meerjarig (een deel van) de vaste kosten en de administratieve lasten zijn laag.

Uit de evaluatie van de subsidieregeling voor palliatieve terminale zorg, waaruit VPTZ instellingen subsidie ontvangen, komt naar voren dat de subsidie een belangrijke rol speelt om de organisaties voor vrijwillige palliatieve terminale zorg blijvend hun werk te laten doen.<sup>31</sup> Als nadeel wordt geconstateerd dat de subsidieregeling onvoldoende structurele borging biedt. Het evaluatieteam adviseert de subsidieregeling een stapsgewijze aanpassing naar meer structurele financiering, waarbij de voorkeur uitging naar een aangepaste subsidieregeling boven inbedding in de Wmo, Wlz of Zvw.

Een ander nadeel is dat het beschikbare bedrag aan subsidies afhankelijk is van politieke keuzes en begrotingsruimte. Naarmate meer vormen van informele zorg via meerjarige subsidieregelingen worden ondersteund, moet het gereserveerde subsidiebedrag daarop worden aangepast. Anders ontstaat een situatie dat eenzelfde bedrag over meer partijen verdeeld moet worden, en ontoereikend is om de huidige kosten te dekken en groei in de nabije toekomst mogelijk te maken. Deze situatie doet zich al voor bij VPTZ instellingen.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> HHM (2020) Evaluatie Regeling palliatieve terminale zorg – Advies op basis van ervaringen en signalen over de periode 2017 tot 2020

<sup>32</sup> HHM (2020) Evaluatie Regeling palliatieve terminale zorg – Advies op basis van ervaringen en signalen over de periode 2017 tot 2020

## 5 Conclusie

**Hoewel alom wordt onderschreven dat georganiseerde informele zorg in een behoefte voorziet waar de formele zorg door personeelskrapte onvoldoende in kan voorzien, en het gaat om relatief bescheiden bedragen, is er geen pasklaar antwoord op de vraag hoe structurele financiering van georganiseerde informele psychosociale zorg bij kanker binnen de bestaande wettelijke kaders geregeld moet worden. Opties om hierin verandering te brengen, of vanuit de Wmo en Zvw in de vorm van een basisfunctionaliteit. Zolang structurele financiering binnen het zorgstelsel niet is geregeld, blijven landelijke subsidies van het ministerie van VWS onmisbaar om georganiseerde informele zorg financieel te ondersteunen.**

Financiering vanuit de Zvw is een logische optie, omdat het gaat om *verzekerde zorg* die informeel, door getrainde vrijwilligers, wordt geboden. De grootste belemmering hier is het feit dat organisaties voor informele zorg niet zijn toegelaten als zorgaanbieder in deze wet. Het verdient dan ook aanbeveling te onderzoeken hoe organisaties voor informele zorg bij kanker die landelijk opereren en aantoonbare meerwaarde hebben in de medisch-specialistische zorg, tot de Zvw kunnen worden toegelaten. Passende kwaliteitseisen zijn daarbij een randvoorwaarde.

De beste opties voor financiering vanuit de Zvw liggen in beschikbaarheid bijdragen. Dat sluit naadloos aan bij de financieringsbehoefte van georganiseerde informele zorg, nl dekking van vaste kosten om continuïteit en kwaliteit te borgen. Ook kunnen de administratieve lasten laag blijven. Een beschikbaarheidsbijdrage kan worden toegekend uit het Zorgverzekeringsfonds, of door verzekeraars worden verstrekt middels een vast tarief per verzekerde met kanker. In Duitsland is deze financieringswijze van georganiseerde informele zorg (Selbsthilfe) wettelijk verankerd.

Een andere optie voor bekostiging van informele zorg uit Zvw middelen loopt via zorgaanbieders. In de praktijk gebeurt dat hier en daar al. Dat is op zich een positieve ontwikkeling die aantoont dat georganiseerde informele zorg in de visie van ziekenhuizen een structurele rol kan spelen in oncologische zorgpaden. Om de landelijke infrastructuur van fysieke en online dienstverlening door georganiseerde informele psychosociale zorg bij kanker te borgen, is echter meer nodig.

Een tweede route naar structurele financiering loopt via de zogenaamde 'basisfunctionaliteiten' die het AZWA introduceert. Informele psychosociale zorg bij kanker leent zich hier zeker voor omdat het aantoonbaar voldoet aan de gestelde eisen (duidelijke doelgroep, verminder beroep op formele zorg, kosteneffectief). Wel blijft de vraag hoe basisfunctionaliteiten in de praktijk gaan uitpakken. Gemeenten mogen bepalen hoe zij een basisfunctionaliteit invullen, en dus zullen lokale verschillen ontstaan. Voor het samenspel met

ziekenhuizen, essentieel bij informele zorg bij kanker, is het van belang dat de 'merken' IPSO, NFK en VPTZ gevoerd blijven worden om de herkenbaarheid van en het vertrouwen in georganiseerde informele psychosociale zorg te borgen. Een ander aandachtspunt is de verdeling van middelen over lokale voorzieningen en landelijke dienstverlening die georganiseerde informele zorg biedt, zoals ontwikkeling en beheer van online aanbod en kwaliteitsbevordering door koepelorganisaties. Beiden zijn nodig om de georganiseerde informele zorg bij kanker in zijn huidige vorm en kwaliteit te behouden.

Zolang financiering binnen het zorgstelsel niet is geregeld, zijn landelijke subsidieregelingen onmisbaar om de continuïteit en beschikbaarheid van georganiseerde informele zorg bij kanker te ondersteunen.

Informele psychosociale zorg bij kanker leent zich op papier ook voor een zogenaamde 'basisfunctionaliteit', die het AZWA wil introduceren. Het is echter afwachten hoe basisfunctionaliteiten in de praktijk gaan uitpakken. Gemeenten mogen bepalen hoe zij een basisfunctionaliteit invullen, en daarmee zullen lokale verschillen ontstaan. Voor het samenspel met ziekenhuizen, essentieel bij informele zorg bij kanker, is het van belang dat de 'merken' IPSO, NFK en VPTZ gevoerd blijven worden om de herkenbaarheid van en het vertrouwen in informele zorg te borgen.