Erasmus School of
Health Policy
& Management




# Toegankelijk en weerbaar: een agenda voor de zorg van morgen

**Erasmus University Rotterdam**
Making Minds Matter

**Het Nederlandse gezondheidsbeleid staat voor flinke uitdagingen. Door demografische ontwikkelingen en financiële grenzen staat de toegankelijkheid van zorg sterk onder druk; wachtlijsten lopen op en het wordt steeds moeilijker om te voldoen aan de groeiende zorgvraag. Sociale ongelijkheid blijft bovendien een groot probleem, waarbij mensen in sociaaleconomisch kwetsbare posities gemiddeld korter leven. Door internationale spanningen en de effecten van klimaatverandering komt daar de uitdaging bij om het zorgstelsel weerbaarder te maken.**


## COLOFON

Toegankelijk en weerbaar:
een agenda voor de zorg van morgen
November 2026
www.eur.nl/eshpm

**Uitgever**
Marketing & Communications ESHPM

**Redactie**
Joep Boerboom

**Fotografie**
Alexander Santos Lima, Jonathan van Rijn, Iris van den Broek, Pexels_Andrea-Piacquadio, Levgeniia, Michelle Muus, Marilot Lubberhuizen, Sem Steenbergen, Huck Sim

**Design**
Canon – The Creative Hub




Bijna 25 jaar geleden publiceerde Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), toen nog instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, het manifest 'Twintig zorgpunten over het toekomstige zorgstelsel'. We stonden aan de vooravond van een grote omwenteling in het zorgstelsel met gereguleerde marktwerking als nieuw ordeningsprincipe. Het manifest droeg bij aan de uitwerking daarvan.

Nu, 25 jaar later, hebben we veel geleerd over het functioneren van het stelsel, maar zijn de omstandigheden sterk veranderd. Het stelsel is daarom aan een heroriëntatie toe en de beweging die daarbij al is ingezet, richt zich op meer (regionale) samenwerking, versterking van de veerkracht van het zorgstelsel en meer aandacht voor preventie, dit alles onder de noemer 'passende zorg'. In deze *agenda voor de zorg* sluiten wij aan bij die beweging.

Tegelijkertijd constateren wij dat de manier waarop het stelsel van gezondheidzorg nu is ingericht de verdere invoering en verankering van passende en weerbare zorg soms belemmert. Het stelsel van gereguleerde concurrentie zet in op de prestaties van individuele zorgaanbieders en beloont samenwerking nog onvoldoende.

Domeinoverstijgende samenwerking – tussen curatieve zorg, langdurige zorg en sociaal domein – blijkt lastig te realiseren. De verantwoordelijkheid voor preventie is verdeeld over verschillende partijen en preventie komt daardoor moeizaam van de grond.

In deze agenda doen wij voorstellen om het Nederlandse gezondheidsbeleid beter voor te bereiden op de toekomst. De agenda is tot stand gekomen op basis van onderzoek van medewerkers van ESHPM, van economie tot recht en van sturings- en organisatievraagstukken tot sociaal-medische wetenschappen. In het achtergronddocument bij deze agenda wordt in 19 hoofdstukken de bevindingen uitgebreider onderbouwd.

De overheid is verantwoordelijk voor het stelsel van gezondheidszorg en ondersteuning, maar het zijn veelal private partijen die de zorg uitvoeren en mede financieren. Deze agenda richt zich dan ook op beide. Gezondheid en ondersteuning zijn bovendien onderwerpen waar verschillende waarden en belangen om voorrang strijden. Dit politieke karakter – wie krijgt wat, wanneer en wie heeft daar wat over te zeggen – maakt het belangrijk dat het gesprek hierover steeds wordt gevoe(r)d. Inzicht in de consequenties van keuzen voor het functioneren van de gezondheidszorg en de mensen die daarin werken (of daarvan afhankelijk zijn), is van groot belang. Met deze agenda dragen wij vanuit onze wetenschappelijke inzichten bij aan dat gesprek.



# 1. Van zorg naar gezondheid



**Om de zorg weerbaarder te maken en gezondheidsverschillen terug te dringen is het van belang een beweging te maken van zorg naar gezondheid. De gezondheidszorg bepaalt maar beperkt de gezondheid van mensen. Gezondheid is bovenal een effect van collectieve voorzieningen zoals onderwijs, bestaanszekerheid en een gezonde sociale en fysieke omgeving. Hier ligt een brede verantwoordelijkheid voor de overheid. Daarbij is een sterkere inzet op zorgzame gemeenschappen nodig, vooral in kwetsbare buurten dient samenwerking tussen zorg en sociaal domein meer aandacht te krijgen. Tegelijkertijd moeten grenzen worden gesteld aan de zorg en dient verdergaande medicalisering te worden teruggedrongen. Het recht op zorg is van groot belang maar niet absoluut. Van de overheid mag daarbij worden verwacht dat zij transparant is over die grenzen.**

# 1.1

Wij pleiten ervoor om gezondheid tot een kerndoel van het overheidsbeleid te maken en om gezondheidsdoelen wettelijk te verankeren. Het huidige preventiebeleid draagt onvoldoende bij aan het terugdringen van gezondheidsverschillen. Juist voor kwetsbare groepen is daarom extra inzet noodzakelijk. Verschuiving van budgetten van gezondheidszorg naar preventie, en naar de ministeries die daarvoor verantwoordelijk zijn, is daarbij een voorwaarde. Wij pleiten voor de ontwikkeling van een eenduidige kabinetsvisie op het gezondheidsbeleid met toetsbare doelen, de monitoring van deze doelen en een jaarlijkse verantwoording over het gevoerde beleid.

# 1.2

Wij pleiten voor het verder uitwerken en implementeren van beleid gericht op zorgzame gemeenschappen. Preventiebeleid is nog te veel gericht op individuele leefstijl, terwijl onderzoek laat zien dat vooral omstandigheden die gezond leven mogelijk maken bepalend zijn. Ook in het kader van beleid gericht op langer thuis wonen, het weerbaarder maken van de bevolking, de omgang met mensen met onbegrepen gedrag en andere kwetsbare groepen zijn zorgzame gemeenschappen van groot belang. Ondersteuning hiervan vanuit het sociaal domein is essentieel, zeker in kwetsbare buurten. Versterking van burgerparticipatie en vertegenwoordiging en ondersteuning van burgercoöperaties moet onderdeel zijn van dit beleid.

Om zorgzame gemeenschappen-beleid te ondersteunen, is een verdere versterking nodig van de samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein op alle niveaus. Voor de overheid betekent dit het herzien van de bekostiging van zorg en ondersteuning, waarbij bekostiging op basis van uitkomsten zwaarder moet wegen en financiële schotten worden geslecht. Daarbij dient er meer aandacht te zijn voor regionale verschillen waarbij perifere regio's extra worden ondersteund, bijvoorbeeld door regionale opleidingen in zorg en sociaal domein te versterken.





# 1.3

Het recht op gezondheidszorg is niet absoluut. Wel mogen we van de overheid verwachten dat zij transparant is over grenzen aan de zorg. Momenteel wordt daar onvoldoende aan voldaan. Dat leidt in de praktijk tot sociale ongelijkheid en tot (mentale) belasting van zorgmedewerkers. De verdeling van gezondheidszorg is uiteindelijk een politieke verantwoordelijkheid en dient onderdeel te zijn van de verantwoording van de overheid. Prioriteit dient te worden gegeven aan burgers in kwetsbare posities. De oplopende wachttijden, bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdzorg, verdienen dan ook de hoogste prioriteit. Dat geldt ook voor zorg voor daklozen en de zorgverlening in het Caribisch deel van het koninkrijk.

# 1.4

In de wet staat nu alleen dat zorg die in het basispakket wordt opgenomen, effectief moet zijn. Ook andere criteria, zoals kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid, moeten wettelijk worden vastgelegd. Daarnaast moet het beheer van het basispakket niet alleen gelden voor geneesmiddelen, maar ook voor andere vormen van zorg. Bij het zogenoemde 'open pakket' moeten ook zorgaanbieders en zorgverzekeraars verantwoordelijk worden voor het pakketbeheer. Het is bovendien belangrijk om het basispakket regelmatig opnieuw te beoordelen. Zo kan rekening worden gehouden met veranderende omstandigheden en nieuwe behandelingen en diagnostiek. Tot slot is meer onderzoek nodig naar de manier waarop de gevolgen voor de arbeidsmarkt en het milieu kunnen worden meegenomen bij beslissingen over welke zorg in het basispakket wordt opgenomen.

# 2. Zorgen voor zorg-werkers



**Toegankelijkheid en weerbaarheid van zorg is mede afhankelijk van de veerkracht van zorgmedewerkers. Beleid gericht op instroom en behoud van zorgmedewerkers blijft dan ook van groot belang. Zorgmedewerkers dienen meer ruimte te krijgen in het primaire proces en meer betrokken te worden bij prioritering van veranderingen. Verantwoording dient meer gericht te worden op bijdragen aan gezondheid en kwaliteit van leven. Tegelijkertijd is meer aandacht nodig voor coördinatie van zorg om schaarse capaciteit beter in te zetten en kunnen samenwerkingsvaardigheden worden verbeterd. Hoewel medische technologie kan bijdragen aan arbeidsbesparing leidt het in de praktijk nog te vaak tot arbeids*verschuiving*, in toenemende mate ook naar patiënten en mantelzorgers. Mantelzorgers verdienen meer aandacht; ook zij hebben een 'mantel' nodig.**



## 2.1

Wij pleiten ervoor te blijven investeren in het behoud van zorgmedewerkers om de toegankelijkheid en de veerkracht van zorg(organisaties) te versterken. Verlaging van de verantwoordingsdruk, een open cultuur, zeggenschap binnen de zorgorganisatie en voldoende ontwikkelmogelijkheden van zorgmedewerkers zijn hiervoor van belang en kunnen bijdragen aan vermindering van uitval en ziekteverzuim. Ook de precaire sociaaleconomische positie van zorgmedewerkers in de langdurige zorg verdient verbetering. Hier ligt niet alleen een verantwoordelijkheid voor individuele werkgevers maar ook voor regionale en landelijke organisaties.

## 2.2

De wildgroei aan zorgveranderingsprojecten die moeten bijdragen aan efficiëntie, vraagt in de praktijk juist extra inspanning van zorgmedewerkers. Zorginstellingen, beroepsorganisaties, onderzoekers en subsidieverstrekkers kunnen deze versnippering tegengaan door te werken vanuit een gezamenlijke overkoepelende visie op transities in de zorg, waarin ze de belangen van zorgmedewerkers aan de voorkant meenemen.

## 2.3

Het groeiende beroep op mantelzorgers vereist betere en passender ondersteuning; een mantel voor de mantelzorg. Mantelzorgers dienen ontlast te worden bij regeltaken, zoals coördinatie van zorg en het navigeren door complexe regelgeving. Gemeenten kunnen administratieve lasten voor mantelzorgers verminderen en werkgevers kunnen werknemers helpen om zorg en werk beter te combineren. Gelijkwaardige samenwerking tussen zorgmedewerkers en mantelzorgers verdient meer aandacht en vraagt om training van zorgmedewerkers.

## 2.4

Om de huidige fragmentatie van de zorg tegen te gaan is meer coördinatie nodig, zowel binnen en tussen instellingen en zorgdomeinen als op regionaal niveau. Instellingen en zorgmedewerkers kunnen meer doen om variatie in de in- en uitstroom van patiënten beheersbaar te maken. Regionaal kunnen zorginstellingen meer samenwerken in netwerken ten aanzien van patiëntenspreiding en de inzet van personeel. De mogelijkheden van stepped care modellen, verdergaande taakherschikking en medische technologie verdienen meer aandacht.

## 2.5

Wij pleiten ervoor dat in de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van medische technologie zoals eHealth en AI meer rekening wordt gehouden met de gevolgen voor de arbeidsinzet. In de praktijk leiden deze toepassingen namelijk eerder tot een verschuiving dan tot een vermindering van die inzet. Dit geldt zowel voor zorgmedewerkers als voor mantelzorgers, die nu vaak de lasten van dergelijke toepassingen moeten dragen. Subsidiëring van zorginnovatie dient bovendien meer gekoppeld te worden aan het bevorderen van de toegankelijkheid van zorg. Fondsen die nu beschikbaar worden gemaakt voor medische technologie moeten deels worden aangewend voor training van zorgmedewerkers en mantelzorgers, het herontwerpen van zorgprocessen, onderhoud en evaluatie.

# 3. Duurzame zorg



**Zorg moet duurzamer worden en tegelijkertijd weerbaarder voor de effecten van klimaatverandering en externe dreigingen. Daarnaast moet er meer aandacht komen voor hergebruik. Om sociale ongelijkheid tegen te gaan, is meer aandacht nodig voor de effecten van klimaatverandering die vooral kwetsbare mensen treffen. Naast het weerbaarder maken van lokale gemeenschappen betreft het betere huisvesting en vergroening van de publieke ruimte.**




## 3.1

De bijdrage van de Nederlandse gezondheidzorg aan het ontstaan van klimaatrisico's verdient meer aandacht. De ecologische effecten van zorg dienen meegewogen te worden in besluitvorming over (en inkoop van) passende zorg. Ook dienen zorginstellingen meer in te zetten op hergebruik van materialen. Regionale voorzieningen kunnen hierin ondersteunen. In subsidieprogramma's gericht op passende zorg dient ecologische duurzaamheid als aandachtspunt te worden meegenomen. Ook zou de overheid zich weer moeten aansluiten bij de *Green Deal* en daarin stimuleren dat zorginstellingen zich verantwoorden ten aanzien van hun milieu-impact.

## 3.2

Wij pleiten voor een integrale weerbaarheidsagenda voor de zorg waarbij zowel de gevolgen van klimaatverandering (zoals hittestress en overstromingen) als externe dreigingen (zoals hybride aanvallen en oorlogsdreiging) worden meegenomen. Ook dient de samenwerking tussen veiligheidsregio's, geneeskundige hulpverleningsorganisaties in de regio (GHOR) en regionale organen voor acute zorg (ROAZ) te worden versterkt, bijvoorbeeld door het gezamenlijk opstellen van risicoprofielen en gezamenlijke oefeningen. Weerbaarheid van de zorg is in grote mate afhankelijk van de vindingrijkheid van zorgmedewerkers. Dit vraagt om leiderschap dat creativiteit ondersteunt. Tenslotte is meer aandacht en onderzoek nodig naar praktijkkennis van zorgmedewerkers en bestuurders in delen van Nederland met een bijzonder klimaatprofiel, lage bevolkingsdichtheid of kwetsbare infrastructuren zoals perifere regio's en het Caribisch deel van het koninkrijk.

# 4.

# De inrichting van het zorg-landschap

**Het beleid gericht op de regio dient te worden versterkt om geïntegreerde zorg en ondersteuning voor iedereen te bevorderen. Daarvoor moet de overheid een duidelijke visie hebben op wat een regio is, en dienen regio's gezondheidsdoelen op te stellen. Er moeten duidelijke bestuurlijke en financiële randvoorwaarden komen voor regionale samenwerking, waarbij de publieke doelen leidend zijn en waarbij regionale besluitvorming democratisch is gelegitimeerd en verantwoord. Er dient meer nadruk te worden gelegd op spreiding van de curatieve zorg en op kleinschalige en in buurten ingepaste voorzieningen voor langdurige zorg.**



# 4.1

Wij pleiten voor een duidelijker visie op ‘de regio’, inclusief een eenduidiger administratieve indeling. Ook moet ingezet worden op versterking van de democratische legitimering en verantwoording door regionale organen, inclusief het betrekken van burgers en ervaringsdeskundigen bij besluitvorming. Als afgeleide van landelijk vastgestelde gezondheidsdoelen dienen regionale doelen te worden opgesteld en gemonitord. Ook dienen passende financiële structuren en kaders te worden ontwikkeld waarbij verzekeraars en gemeenten meer ruimte krijgen om domeinoverstijgende zorg en ondersteuning te financieren. Passende vormen van verantwoording en toezicht kunnen leren binnen en tussen regio’s stimuleren. Besluitvorming dient zoveel mogelijk binnen regionale organen vorm te krijgen, maar waar nodig moet de overheid kunnen ingrijpen.

# 4.2

Wij pleiten ervoor dat het beleid ten aanzien van concentratie en spreiding van zorg wordt gekoppeld aan regionale doelstellingen, waarbij verschillende publieke belangen beter worden geborgd. Beslissingen over concentratie dienen gepaard te gaan met afspraken over verspreiding van zorg, waarbij de nadelen van het ‘verlies’ van zorg beperkt blijven en eerlijk over het land verdeeld worden.






# 4.3

Wij pleiten voor een verdere ontwikkeling van kleinschalige woonzorgvoorzieningen en een beleid gericht op samenwerking tussen intra- en extramurale ouderenzorg. Hierbij past het leeftijdsvriendelijk inrichten van de openbare ruimte en beleid gericht op zorgzame gemeenschappen, inclusief goede samenwerking tussen zorg en sociaal domein. Verdere integratie van verpleeghuizen en kleinschalige woonzorgvoorzieningen in de buurt – inclusief het organiseren van voorzorgcirkels en het faciliteren van ontmoetingen in de buurt – is hier onderdeel van.

# 4.4

Wij pleiten ervoor om over te stappen van contracten die vooral gericht zijn op afzonderlijke zorgprestaties en aantallen behandelingen naar contracten die gericht zijn op gezamenlijke gezondheidsdoelen in de regio. Zorgverzekeraars en gemeenten moeten voldoende financiële, organisatorische en wettelijke ruimte krijgen om nieuwe werkwijzen te ontwikkelen en uit te proberen. Flexibele regionale budgetten kunnen hierbij helpen. Daarnaast moet de risicoverevening worden aangepast. Dit systeem moet ervoor zorgen dat zorgverzekeraars minder vaak voorspelbare verliezen maken op bepaalde groepen verzekerden, zoals mensen die gebruikmaken van geestelijke gezondheidszorg. Ook moet de risicoverevening bijdragen aan passende zorg. Dit kan bijvoorbeeld door het aantrekkelijker te maken om zorg te verplaatsen van de tweede lijn (ziekenhuizen en specialisten) naar de eerste lijn (huisartsen en andere zorgverleners dichtbij huis).

# 4.5

Wij pleiten voor scherpere regulering van commerciële aanbieders van zorg. Regelgeving en toezicht dienen gericht te zijn op monitoring van de kwaliteit en continuïteit van zorg (inclusief het voorkomen van overbehandeling en onnodige doorverwijzing) en moeten bijdrage aan regionale gezondheidsdoelen en het voorkomen van overmatige winsten. Er dient transparantie te zijn over eigendomsstructuren en investeringsrelaties. Binnen de curatieve zorg dienen commerciële aanbieders een bijdrage te leveren aan avond-, nacht- en weekenddiensten. Om regulering van commerciële partijen mogelijk te maken, moet de overheid meer investeren in de benodigde kennis, niet alleen van de zorg maar ook van financiële markten, vastgoed en technologie. Gezien het transnationale karakter van veel commerciële aanbieders dient samengewerkt te worden met andere Europese landen.

# 5. Passende zorg vraagt om passend bestuur

**Besluitvorming over gezondheid is complex. Verschillende partijen met uiteenlopende waarden en belangen beslissen mee. Dit vraagt om transparantie, democratische legitimatie en verantwoording. Publieke belangen moeten steeds voorop staan, wat vraagt om gedeeld leiderschap. Regionale en landelijke structuren dienen beleidsleren mogelijk te maken. Hiervoor is een passende kennisinfrastructuur nodig, waar naast onderzoekers en planbureaus ook toezichthouders een rol te vervullen hebben.**



## 5.1

Nu het zorgsysteem onder druk staat, ligt een technocratische beleidsoriëntatie op de loer waarin efficiëntie en kostenbeheersing centraal staan. Wij pleiten voor transparantie over de waarden- en belangenafwegingen die ten grondslag liggen aan politieke keuzes en de consequenties daarvan. Het gezondheids(zorg)beleid dient democratisch gelegitimeerd en verantwoord te worden, zowel landelijk als regionaal.

## 5.2

Passende zorg vraagt om gedeelde en responsieve vormen van bestuur van zorginstellingen. Niet individuele prestaties maar de bijdrage aan collectieve doelen moet voorop staan. Hiervoor zijn vormen van reprofessionalisering nodig en er moet ruimte zijn voor de praktijk om beleid tijdig te evalueren en bij te sturen. Ook moeten verantwoordingsprocessen worden aangepast: er moet meer ruimte komen om niet alleen cijfers en resultaten te delen, maar ook ervaringen te bespreken en samen te leren van wat goed gaat en wat beter kan. Naast financiële openheid moet er meer aandacht zijn voor de kwaliteit van de samenwerking en de onderlinge relaties. Op landelijk niveau kan de tussentijdse evaluatie van het Integraal Zorgakkoord gebruikt worden om te kijken of gezamenlijke (regionale) doelen gehaald worden. Op regionaal niveau kunnen lerende netwerken worden gevormd waarin gedeeld leiderschap samen wordt onderzocht.

## 5.3

Om monitoring en bijsturing op regionaal niveau mogelijk te maken, dienen regionale kwaliteitskaders te worden ontwikkeld als afgeleide van landelijke doelstellingen. Ook voor bekostiging kunnen modellen worden ontwikkeld die samenwerking tussen instellingen op regionaal niveau faciliteren. Wij pleiten daarnaast voor meer aandacht voor beleidsleren door de overheid. Hiervoor is het belangrijk om de huidige versnippering van de kennisinfrastructuur tegen te gaan en te investeren in meer langlopende programma's waarin onderzoekers, beleidsmakers en mensen vanuit de praktijk van de zorg samenwerken aan gedeelde opgaven.



# **Toegankelijk en weerbaar:** een agenda voor de zorg van morgen

*Scan de QR code voor het volledige achtergronddocument bij deze agenda.*

*In 19 hoofdstukken worden de bevindingen uitgebreider onderbouwd.*

*Volg ons op LinkedIn.*

*Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)*

**Erasmus School of Health Policy & Management**
Bayle Building
Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam, the Netherlands

T +31 10 408 8555
E communicatie@eshpm.eur.nl
W www.eur.nl/eshpm