Erasmus School of
Health Policy
& Management



Toegankelijk en weerbaar: een agenda voor de zorg van morgen

Erasmus University Rotterdam
Making Minds Matter

COLOFON

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

Uitgever
Marketing & Communications ESHPM

Regie
Roland Bal

Redactie
Joep Boerboom

Klankbordgroep
Werner Brouwer, Isabelle Fabbricotti, Maarten IJzerman, Erik Schut

Ondersteuning
Keehan Akbari

Fotografie
Alexander Santos Lima, Huck Sim, Jonathan van Rijn, Michelle Muus, Iris van den Broek, Pexels_Andrea-Piacquadio, Levgeniia, Maxime (Adobe Stock), Marilot Lubberhuizen

Design
Canon – The Creative Hub

Inhoudsopgave

Inleiding 4

1. Van zorg naar gezondheid 10
   - 1.1 Preventie voor gelijke kansen 12
   - 1.2 Demedicalisering: gezondheid is meer dan toegang tot medische zorg 15
   - 1.3 Het recht op gezondheidszorg serieus genomen: naar expliciete rantsoenering van gezondheidszorg in Nederland 19
   - 1.4 Pakketbeslissingen: het spanningsveld tussen regulering en innovatie 22

2. Zorgen voor zorgwerkers 28
   - 2.1 Zorgpersoneel behouden:van welzijn tot arbeidsvoorwaarden 30
   - 2.2 Tussen transitie en overbelasting: over het onzichtbare werk achter zorgvernieuwing 33
   - 2.3 Een mantel voor mantelzorgers: naar mantelzorg als gedeelde zorg 36
   - 2.4 Capaciteitsproblemen en fragmentatie: praktijk, bestuur en beleid 40
   - 2.5 Voorbij de mythe van arbeidsbesparing: technologie bespaart, creëert en verplaatst werk 43

3. Duurzame zorg 48
   - 3.1 Zorg binnen de planetaire grenzen 50
   - 3.2 Vindingrijkheid en vertrouwen: weerbaarheid in de zorg 54

4. De inrichting van het zorglandschap 58
   - 4.1 Regionalisering en decentralisatie als bestuurlijke opgave 60
   - 4.2 Medisch specialistische zorg: concentratie, spreiding en een eerlijk speelveld 63
   - 4.3 Langdurige zorg 67
   - 4.4 Bekostiging en contractering 70
   - 4.5 Commercialisering van zorg 74

5. Passende zorg vraagt om passend bestuur 78
   - 5.1 Let's talk politics: het belang van een politiek perspectief op zorg 80
   - 5.2 Leiderschap in zorg- en welzijnsnetwerken: van individueel heldendom naar samenspel op hoog niveau 84
   - 5.3 Naar een passende infrastructuur voor beleidsleren 88

Conclusie 92

Inleiding

Een veranderende context

Wie naar de cijfers kijkt, ziet dat het zo slecht nog niet gaat met de Nederlandse gezondheidszorg. De levensverwachting in Nederland doet niet onder voor die van de landen om ons heen. De kwaliteit van zorg is hoog, blijkt uit internationale vergelijkingen en de kosten van onze ziekenhuiszorg zijn relatief laag. Desondanks hoeft het geen betoog dat de gezondheidszorg zich moet herbezinnen op haar rol in een veranderende maatschappij. De vele beleidsnota's en rapporten van de afgelopen jaren laten allemaal zien dat we tegen de grenzen lopen en dat de zorg op deze manier niet langer houdbaar is. Een uitdaging die in vele andere landen overigens ook speelt.

Die uitdagingen komen deels voort uit de demografische ontwikkelingen. De afgelopen twintig jaar groeide de beroepsbevolking nog, maar nu stabiliseert deze, terwijl het aantal 65- en 80-plussers juist steeds sterker stijgt. Over 20 jaar zal deze groep bijna zijn verdubbeld. We zijn dan niet langer in staat de zorg te geven die we nu gewend zijn, gefinancierd vanuit collectieve middelen. De dubbele vergrijzing vraagt om aandacht voor de toegankelijkheid van zorg en de problematiek rond de arbeidsmarkt in de zorg. Een tweede uitdaging betreft de aanhoudende gezondheidsverschillen tussen populaties met name tussen mensen met een hoog of een laag inkomen en opleidingsniveau. De Covid-19 pandemie, de toenemende effecten van klimaatverandering en de toenemende internationale spanningen hebben bovendien het thema van de weerbaarheid van de zorg op de maatschappelijke agenda geplaatst. Tenslotte is ons denken over de aansturing van de zorg – en dat van maatschappelijke sectoren in het algemeen – aan verandering onderhevig, waarbij we meer zijn gaan denken in termen van samenwerking in plaats van concurrentie en we meer zijn gaan kijken naar collectieve arrangementen in plaats van bedrijfsmatige aansturing. Ook de rol van spelers in de gezondheidszorg – inclusief die van de overheid – is daarmee aan herijking toe.

Een nieuwe richting?

Niet alleen de opgaven voor de gezondheidszorg zijn in de afgelopen decennia veranderd; ook de uitgangspunten voor de organisatie en aansturing van de zorg en ondersteuning zijn in die periode sterk in beweging geweest.

Deze ontwikkeling is niet uniek voor Nederland, maar past in een bredere ontwikkeling van westerse gezondheidszorgsystemen. Verschillende archetypes van zorgsystemen kunnen daarbij worden onderscheiden, waarbij een indeling kan worden gemaakt op basis van de primaire actoren – overheid, privaat of maatschappelijk – en de regulering – aansturing, financiering en zorgaanbod (Böhm e.a. 2013). Deze typering helpt om het concept 'marktwerking' gedifferentieerd te duiden, want dit is in de praktijk een complex samenspel van overheids-, maatschappelijke en private belangen.

Volgens de Amerikaanse gezondheidseconoom David Cutler laat de ontwikkeling van systemen van gezondheidszorg in westerse landen zich indelen in een drietal fasen (Cutler 2002).

In de eerste en langste fase, die loopt vanaf de 19de eeuw tot aan de jaren 1970, ontwikkelen overheden vooral beleid om de toegankelijkheid van zorg te waarborgen. In Nederland ontstaan in deze periode de eerste gezondheidswetten en groeit het aantal gezondheidszorgvoorzieningen sterk. Het gebruik en de kosten nemen ook toe, en vanaf de jaren 1970, mede gevoed door financiële crises, proberen overheden dit af te remmen door budgettering en beperking van het aanbod, wat dan weer leidt tot groeiende wachtlijsten. Vanaf eind jaren 90 volgt de derde fase: een periode waarin een meer bedrijfsmatige aansturing van de gezondheidszorg voorop staat en waarin systemen van gereguleerde concurrentie opgeld doen. In deze periode wordt het zogenoemde New Public Management niet alleen in de zorg maar in de hele publieke sector geïntroduceerd.

Inmiddels begint ook de laatste periode van Cutler scheuren te vertonen (Berardi e.a. 2024) en lijken we de overgang te maken naar een vierde fase, waarin een nieuw evenwicht wordt gezocht tussen private en collectieve sturing. In Nederland uit zich dit bijvoorbeeld in bestuurlijke akkoorden die vanaf 2012 zijn gesloten en nu met het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) een voorlopig hoogtepunt hebben bereikt. Met deze akkoorden is bovendien het gemeenschappelijk overleg – kenmerkend voor de periode tot aan de jaren 90 – grotendeels in ere hersteld. Dat betekent overigens niet dat er sprake is van een terugval; eerder zijn actoren op zoek naar nieuwe verhoudingen en richtingen. Binnen beleidsorganen en toezichthouders als het ministerie van VWS, het Zorginstituut Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd wordt dan ook volop gewerkt aan het ontwikkelen van nieuwe sturingsinstrumenten die hier mede vorm aan moeten geven.

Een aantal kenmerken van de nieuwe richting is al helder. Zo vormt regionale samenwerking een belangrijk uitgangspunt, waarbij zowel wordt ingezet op regionale concentratie en spreiding van zorg als op het versterken van de samenwerking tussen en binnen de eerste en tweede lijn en met de langdurige zorg en het sociaal domein. De beleidsbrief van VWS van april 2026 stelt hierover: 'We gaan erop sturen dat zorgaanbieders en zorginkopers, na overleg met inwoners en patiënten en hun inbreng meewegend, in elke regio keuzes maken waar welke zorg verleend wordt en waar welke zorg niet verleend wordt omdat dat beter ergens anders kan.' (VWS 2026: 8)

Zorg moet 'passend' zijn, dat wil zeggen: waardegedreven, op de juiste plek, in overleg tussen professional en patiënt, en met een focus op gezondheid in plaats van ziekte (Zorginstituut Nederland 2022). In de beleidsbrief wordt dit verder uitgewerkt, waarbij beroepsgroepen worden aangemoedigd om, binnen de kaders van het Zorginstituut, richtlijnen voor passende zorg te ontwikkelen. De Inspectie heeft vervolgens als taak om toe te zien op de implementatie van die richtlijnen en verzekeraars mogen alleen zorg vergoeden die passend is. In het kader van de IZA/AZWA wordt inmiddels gewerkt aan een groot aantal projecten die de regionale samenhang en passendheid van zorg moeten waarborgen. Het gaat hierbij enerzijds om projecten die regionale samenwerking stimuleren, en anderzijds om onderzoek naar welke zorg passend is, zoals in het programma Passende zorg bij ZonMw.

Transitie naar een toekomstbestendig zorgaanbod

De gesignaleerde uitdagingen zijn niet nieuw, en ook de zorgsector zelf is al sterk in beweging om zich daarop voor te bereiden. In de ziekenhuissector lopen initiatieven rond concentratie en spreiding van zorg, waarbij complexe zorg wordt geconcentreerd in universitaire en topklinische ziekenhuizen terwijl het de bedoeling is dat laagcomplexe zorg juist naar de algemeen ziekenhuizen (en waar mogelijk naar de eerste lijn) wordt verplaatst. In de ouderenzorg is de beweging naar langer thuis wonen en is er een sterke opkomst van kleinschalige woonzorgvoorzieningen en naar zorgzame gemeenschappen waarin samenredzaamheid in de buurt centraal staat. In de eerste lijn is er een beweging naar meer integratie, waarbij huisartsen, wijkverpleging en andere eerstelijnsvoorzieningen worden gestimuleerd steeds meer samen te werken in hechte wijkverbanden en regionale eerstelijns verbanden. De richting is echter niet eenduidig; naast de focus op samenwerking en collectieve verantwoordelijkheid is er een sterke opkomst van commerciële voorzieningen, zowel in de curatieve als in de langdurige zorg, met een toenemend aantal grotere aanbieders in zelfstandige behandelcentra en ketens van bijvoorbeeld huisartsen, apotheken en tandartsen waardoor samenwerking in de regio wordt bemoeilijkt.

Met de beleidsbrief kiezen de ministers voor een sterker sturende overheid, terwijl de achterliggende stelselprincipes ongemoeid blijven. Het huidige stelsel biedt in onze ogen inderdaad ruimte om meer te sturen. Wij zien echter wel dat daarvoor een aantal aanpassingen nodig zijn. Zo worden zorgaanbieders afgerekend op eigen prestaties, niet op die van het netwerk waarin zij opereren, waardoor samenwerking binnen projecten wel lukt maar zelden beklijft (Schuurmans et al. 2022). Passende zorg stuit op dezelfde grenzen. Het stelsel nodigt uit tot nichevorming en *cherry picking*, zichtbaar in bijvoorbeeld de ggz, waar de markt voor lichte problematiek groeide terwijl het aanbod voor ernstige psychische aandoeningen werd afgebouwd (Vinkers and Jeurissen 2026), maar ook in de curatieve zorg waar commercialisering bijdraagt aan versnippering en medicalisering. Domeinoverstijgende samenwerking loopt vast op financiers voor wie de winst van de een het verlies van de ander is (Reindersma 2025). Preventie komt er bovendien bekaaid vanaf, omdat de baten nooit landen bij wie investeert. En de regio waarin dit alles gestalte moet krijgen, bestaat bestuurlijk niet en kent evenveel indelingen als sectoren (Van der Woerd 2024). Het probleem is dus niet per se marktwerking, maar fragmentatie: niemand is vanzelfsprekend verantwoordelijk voor het geheel. Dat betekent ook dat nieuwe sturingsvragen opkomen, niet alleen wat betreft de vormgeving van regio's maar ook of een balans kan worden gevonden tussen concurrentie en samenwerking en wat de rol van de overheid hierin kan zijn.

Uitdagingen voor de korte en lange termijn

Wat zijn de belangrijkste uitdagingen waar de gezondheidszorg in Nederland voor staat? Op hoofdlijnen onderscheiden wij er drie:

- De toegankelijkheid en de capaciteit om aan de groeiende zorgvraag te voldoen
- Toenemende gezondheidsverschillen
- Toenemende kwetsbaarheid van het zorgsysteem in relatie tot externe dreigingen

Toegankelijkheid en capaciteit

Waar kostenbeheersing lang de grootste uitdaging was, is toegankelijkheid daar nadrukkelijk bijgekomen. We hebben het bijvoorbeeld over toenemende wachtlijsten in zowel de curatieve zorg als de ggz, en over regionale en lokale verschillen in toegankelijkheid door verdwijnende voorzieningen. Een belangrijke oorzaak is de arbeidsmarkt. Zo is het aantal vacatures in de zorg sinds 2018 gestegen van 31 naar 70 duizend en dit dreigt bij ongewijzigd beleid op te lopen tot 300 duizend in 2035 (WRR 2021). Bovendien kampt de zorg met een structureel hoog ziekteverzuim; hoger dan alle andere sectoren. Ook de toenemende commercialisering van de zorg draagt bij aan de arbeidsproblematiek; enerzijds doordat commerciële zorgorganisaties weinig bijdragen aan de zorg in de avond, nacht en weekenden, anderzijds omdat zij nieuwe markten aanboren waardoor de vraag naar zorg toeneemt. Door de krapte is roosters gevuld krijgen een dagelijks probleem in veel zorginstellingen, waardoor de in- en doorstroom van patiënten stokt. De verschillen tussen de regio's zijn bovendien groot; met name regio's waar weinig tot geen zorgopleidingen zijn, hebben het zwaar. Vooral in de langdurige zorg en in de avond, nacht en weekenden begint dit een steeds knellender probleem te worden. Hierdoor neemt niet alleen de druk op de formele maar ook op de informele zorg toe, wat weer leidt tot meer uitval en meer zorgvragen. Ook de toegang tot geneesmiddelen en medische hulpmiddelen staat steeds meer onder druk, mede omdat Nederland weinig aantrekkelijk is voor de farmaceutische industrie door de druk om prijzen te verlagen in combinatie met de relatief kleine Nederlandse markt.

Hardnekkige gezondheidsverschillen

Gezondheidsverschillen zijn een hardnekkig probleem in Nederland; mensen met een goede sociaaleconomische positie leven ruim 7 jaar langer (en tot wel 21 jaar langer in goede gezondheid) dan mensen in een minder bevoorrechte positie. Ook het verschil in de ervaren fysieke en psychische gezondheid is groot. Hoewel dit probleem al lang wordt onderkend, nemen verschillen eerder toe dan af. Een belangrijke oorzaak hiervoor is de overmatige focus op individuele leefstijl. Verschillen in leefstijl tussen meer en minder welvarenden zijn inderdaad groot, maar beleid gericht op individuele leefstijl draagt eerder bij aan vergroting dan aan het terugdringen van gezondheidsverschillen. Achterliggende oorzaken moeten dan ook veel meer worden gezocht in collectieve voorzieningen zoals onderwijs, volkshuisvesting en stedelijke inrichting, werkgelegenheid en inkomen en in omgevingsfactoren als schone lucht. De liberalisering van de arbeidsmarkt en de volkshuisvesting is mede debet aan het verslechteren van omstandigheden waarin mensen werken en wonen en de kwaliteit van (en aanhoudende budgettaire druk op) met name het basis- en praktisch onderwijs beperkt de mogelijkheden voor mensen om hun leven te verbeteren.

Toenemende kwetsbaarheid van het zorgsysteem

(Dreigende) crises en rampen vormen een uitdaging voor de zorg. Extreme weersomstandigheden zullen toenemen en hun invloed uitoefenen op de zorg, of het nu gaat om grotere patiëntenstromen tijdens extreme hitte of evacuaties bij overstromingen. Grotere uitbraken van virussen zijn zeer waarschijnlijk, zowel door effecten van klimaatverandering en afnemende biodiversiteit als door afnemende bereidheid tot vaccinatie. Internationale spanningen hebben effect op de toevoer van goederen, waaronder genees- en hulpmiddelen, en brengen risico's met zich mee ten aanzien van computerhacks, stroomuitval, vluchtelingen en oorlogsslachtoffers. Dit betekent dat de zorg steeds weerbaarder moet worden om zich voor te bereiden op crises, die bovendien gelijktijdig kunnen optreden en elkaar kunnen versterken. We spreken dan ook over een tijdperk van polycrises of turbulentie. Paradoxaal genoeg draagt de zorg zelf bij aan problemen van klimaatverandering en biodiversiteit door CO_2-uitstoot, energieverbruik en afvalproductie. Ook hier ligt dus een belangrijke uitdaging.

Een nieuwe richting voor de zorg

Vanwege de maatschappelijke opgaven en vanuit onze gemeenschappelijke multidisciplinaire inzichten en expertise willen wij een bijdrage leveren aan de toekomst van de Nederlands zorg. Onze bijdrage komt voort uit het onderzoek dat de afgelopen jaren is gedaan vanuit Erasmus School of Health Policy & Management waarbij onderzoekers over de gehele breedte van de School – van economen tot ethici en van sociaal epidemiologen tot beleidswetenschappers – met elkaar in gesprek zijn gegaan en tot een gezamenlijk beeld zijn gekomen van de uitdagingen waar de zorg voor staat. De voorliggende agenda is een vervolg op het manifest dat het toenmalige instituut Beleid & Management Gezondheidszorg in 2002 uitbracht (iBMG 2002). De wereld van de zorg is sindsdien in een aantal opzichten veranderd, en die veranderingen vragen om een heroriëntatie op de organisatie van de zorg. Anders dan in het vorige manifest beperken we ons hier niet tot de curatieve zorg, omdat juist de verbinding tussen de verschillende zorgsectoren (en met het sociale domein en collectieve voorzieningen) kansen biedt.

In deze agenda doen wij geen oproep voor een nieuw stelsel. Wij denken niet dat een ideaal stelsel bestaat. Bovendien denken we dat binnen de huidige stelselwetten veel mogelijk is. Tegelijkertijd betogen we dat een aantal structurele veranderingen nodig is om de problemen het hoofd te bieden. We omarmen daarbij enerzijds de Rijksambities uit de eerder aangehaalde beleidsbrief, maar leggen wel een aantal andere accenten. Naast structurele aanpassingen gaat het daarbij ook om het heroverwegen van bestuurlijke verhoudingen en het bevorderen van het leervermogen van de overheid. Bovendien houden we een pleidooi voor een betere democratische verankering van het gezondheidsbeleid en het erkennen van waardenpluriformiteit.

We gaan daarbij uit van een polycentrisch en gelaagd perspectief op de organisatie, financiering en aansturing van de gezondheidszorg. Dat wil zeggen: er is niet één dominante partij in de zorg; de zorg bestaat uit een veelheid van machtscentra die gezamenlijk via overleg, consensusvorming en strijd de richting bepalen. Er is ook niet één geografische ordening maar een veelvoud aan functionele ordeningen. Een dergelijk polycentrisch perspectief houdt ook in dat de overheid weliswaar een bijzondere positie inneemt maar niet centraal kan sturen, simpelweg omdat andere actoren over belangrijke beïnvloedingsmacht beschikken. Dat wil zeggen dat sturing op andere manieren dan alleen via regelgeving dient te gebeuren.

Wij pleiten ook voor een versterking van het leervermogen van de overheid, andere vormen van verantwoording en meer flexibiliteit en ruimte voor professionals op de werkvloer om zorg en ondersteuning beter vorm te kunnen geven. Dit alles wil niet zeggen dat sturing vanuit de overheid niet mogelijk of nodig is. Zo hebben we al eerder genoemd dat sommige zaken binnen het huidige stelsel niet vanzelf gaan; samenwerking tussen zorgaanbieders, samenwerking met het sociaal domein en preventie zijn zaken waar de overheid een belangrijke rol heeft in het stimuleren en prioriteren van verandering.

Een van de gehanteerde uitgangspunten bij het schrijven van deze agenda was dat definitieve oplossingen voor de hierboven geschetste problemen niet bestaan. De gezondheidszorg en het gezondheidsbeleid in brede zin kenmerken zich door taaie vraagstukken die omgeven zijn door onzekerheid en waarover verschillend wordt gedacht. Deze combinatie maakt dat de effecten van interventies in het gezondheidsbeleid moeilijk te voorspellen zijn. Onverwachte effecten liggen altijd op de loer. Veranderingen in de omgeving – zie de problematiek van klimaatverandering en toenemende internationale spanningen – maken bijsturen bovendien steeds noodzakelijk.

Onzekerheid en onvoorspelbaarheid wil niet zeggen dat er geen mogelijkheden tot sturen zijn of dat verbetering niet mogelijk is. In deze agenda doen wij hiervoor dan ook een flink aantal suggesties. Het gezondheidsbeleid moet zo worden ingericht dat het een lerend systeem is dat om kan gaan met veranderingen. Ook daar doen we voorstellen voor.

Werkwijze en opzet agenda

Ten behoeve van het schrijven van deze agenda zijn in het najaar van 2025 medewerkers van ESHPM uit verschillende vakgebieden gevraagd samen een thema te belichten. Hun werd gevraagd aan te geven wat rond dat specifieke thema kan worden gezien als het centrale probleem, welke kennis over dat probleem beschikbaar is, welke oplossingsrichtingen voor handen zijn en wie een rol zou kunnen spelen om deze oplossing dichterbij te brengen. De thema's zijn in een aantal ronden met inbreng vanuit de hele school vastgesteld en werden mede gebaseerd op een analyse van beleidsnota's, adviezen en monitors over de Nederlandse gezondheidszorg. In totaal zijn 19 thema's gedefinieerd, verdeeld over vijf hoofdstukken: de organisatie van het zorglandschap, grenzen aan de gezondheidszorg, arbeidsmarkt, weerbaarheid en sturingsvraagstukken en de rol van de overheid. In de volgende hoofdstukken van deze agenda zijn de themabeschrijvingen opgenomen. In het

concluderende hoofdstuk beschrijven we de hoofdlijnen alsmede de belangrijkste aanbevelingen.

Literatuur

Berardi, Chiara, Frederik Schut, and Francesco Paolucci. 2024. "The dynamics of international health system reforms: Evidence of a new wave in response to the 2008 economic crisis and the COVID-19 pandemic?" *Health Policy* 143: 105052. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105052

Böhm, Katharina, Achim Schmid, Ralf Götze, Claudia Landwehr, and Heinz Rothgang. 2013. "Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification." *Health Policy* (3): 258-269. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.003

Cutler, David, M. 2002. "Equality, efficiency and market fundamentals: the dynamics of international medical care reform." *Journal of economic literature* 60: 881-906. https://doi.org/10.1257/002205102760273814

iBMG. 2002. *iBMG-manifest: twintig zorgpunten over het toekomstige zorgstelsel.* Erasmus University Rotterdam (Rotterdam).

Reindersma, Thomas. 2025. "Rethinking payment models. Viability and feasibility of alternative payment models in health and social care." PhD, ESHPM, Erasmus University Rotterdam.

Schuurmans, Jitse, Oemar van der Woerd, Roland Bal, and Iris Wallenburg. 2022. "Regionalisering in de ouderenzorg: een beleidssociologisch perspectief op grootschalige verandering." *Beleid & Maatschappij* 49 (3): 220-239. https://doi.org/10.5553/BenM/138900692022005001

Van der Woerd, Oemar. 2024. "The ethnography of caring networks. Disentangling a governance order in-the-making." PhD, ESHPM, Erasmus University Rotterdam.

Vinkers, Christiaan, and Patrick Jeurissen. 2026. "Wachttijden in de Nederlandse ggz, Een systeemanalyse van zorgvraag, zorgorganisatie en stelselprikkels."

VWS. 24 april 2026. *Beleidsbrief VWS.* (Den Haag).

WRR. 2021. *Kiezen voor Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak.* WRR (Den Haag).

Zorginstituut Nederland. 28 juni 2022 2022. *Kader Passende zorg.* ZIN (Diemen).



1. Van zorg naar gezondheid



1.1 Preventie voor gelijke kansen

Anna Petra Nieboer, Thijs van den Broek & Pieter van Baal

Preventie heeft levens verbeterd — maar niet voor iedereen evenveel

Preventie behoort tot de grootste maatschappelijke successen van de afgelopen eeuw. Dankzij schoon drinkwater, vaccinaties, betere arbeidsomstandigheden, verkeersveiligheid en tabaksbeleid leven mensen van nu veel langer en gezonder dan eerdere generaties. Historisch onderzoek laat zien dat de sterke stijging van de levensverwachting in belangrijke mate samenhing met collectieve preventieve maatregelen – zoals verbeterde hygiëne, sanitaire voorzieningen, infectieziektebestrijding en veiliger leef- en werkomstandigheden – naast verbeteringen in medische zorg (Mackenbach, 2020).

Maar deze vooruitgang is ongelijk verdeeld. Nog steeds leven mensen met een lager inkomen, minder opleiding en minder bestaanszekerheid korter en in slechtere gezondheid. Zij worden vaker ziek, leven meer jaren met beperkingen en sterven eerder. Tijdens de COVID-19-pandemie werden bestaande gezondheidsverschillen opnieuw zichtbaar. De gezondheidslast bleek onevenredig groot onder sociaal kwetsbare groepen (Milkovska e.a., 2025). Die verschillen ontstaan niet vanzelf. Het zijn systematische en vermijdbare verschillen.

Gezondheidsverschillen zijn geen individueel probleem

Te vaak wordt gezondheid gezien als een kwestie van individuele verantwoordelijkheid. Gezond leven zou vooral afhangen van keuzes: niet roken, gezond eten, voldoende bewegen. Natuurlijk doen individuele keuzes ertoe. Maar wie gezondheid uitsluitend als keuze presenteert, miskent de invloed van de omstandigheden waarin mensen leven (Bosdijk e.a., 2026).

Armoede, schulden, stress, onzeker werk, slechte huisvesting, vervuilde leefomgevingen en sociale uitsluiting beperken de ruimte om gezond te leven. Wie dagelijks bezig is met overleven, heeft minder mogelijkheden om te investeren in gezondheid. Wie opgroeit in een ongezonde omgeving, krijgt minder kansen op een gezond leven.

Onderzoek laat zien dat gezondheidsverschillen voortkomen uit een samenspel van individuele gedragingen, structurele omstandigheden en de inrichting van zorgsystemen (Groenewegen e.a., 2026; Jansma e.a., 2026). Ongezondheid is daarom niet alleen een medisch, maar ook een sociaal en politiek vraagstuk.

Preventie is meer dan leefstijladvies

Preventiebeleid richt zich nog te vaak op gedragsverandering van individuen. Dat is onvoldoende en soms zelfs contraproductief: interventies bereiken vaak eerder groepen die al meer middelen en mogelijkheden hebben, waardoor gezondheidsverschillen toenemen. Willen we gezondheidsverschillen werkelijk verkleinen, dan moet preventie structureel worden verbreed én verdiept.

Verbreden betekent erkennen dat gezondheid meer is dan leefstijl alleen. Sociale relaties, maatschappelijke participatie, bestaanszekerheid, mentale gezondheid, toegang tot groen, veilige buurten, schone lucht, onderwijs en werk drukken eveneens een grote stempel op gezondheid. Onderzoek laat verder zien dat sociale participatie sterk samenhangt met gezondheid en kwaliteit van leven, ook bij mensen met chronische aandoeningen (Feng e.a., 2020). Eenzaamheid, sociale uitsluiting en chronische stress zijn serieuze gezondheidsrisico's en verdienen dezelfde urgentie als traditionele leefstijlfactoren (Van den Broek & Lam, 2026; Office of the U.S. Surgeon General, 2023).

Verdiepen betekent dat preventie zich niet alleen richt op gedrag, maar vooral op de oorzaken achter gedrag. Niet alleen de vraag waarom iemand ongezond leeft, maar waarom gezonde keuzes ongelijk verdeeld zijn. Dat vraagt om aandacht voor de omstandigheden waarin mensen geboren worden, opgroeien, wonen, werken en oud worden.

De grootste gezondheidswinsten uit de geschiedenis kwamen niet voort uit individuele coaching, maar uit collectieve keuzes: riolering, schoon drinkwater, betere woningen, veilig werk en verkeersveiligheid (Mackenbach, 2020). De les is helder: structurele collectieve maatregelen werken.

Ook vandaag ligt daar de sleutel. Gezondheid wordt gevormd door de inrichting van buurten, toegang tot betaalbare gezonde voeding, betaalbare woningen, groene ruimte, luchtkwaliteit, publieke voorzieningen en sociale samenhang. Preventie is daarom niet alleen gezondheidsbeleid, maar ook woonbeleid, arbeidsmarktbeleid, armoedebeleid en ruimtelijke ordening. Wie gezondheidsverschillen wil verkleinen, moet investeren in gezonde leefomstandigheden.

Het zorgsysteem moet ongelijkheid helpen verkleinen

Ook de manier waarop zorg is georganiseerd beïnvloedt gezondheidsverschillen. Toegankelijkheid, begrijpelijkheid, beschikbaarheid en continuïteit van zorg bepalen mede wie profiteert van gezondheidswinst. Een zorgsysteem dat ingewikkeld is, versnipperd werkt of vooral toegankelijk is voor mondige burgers, vergroot gezondheidsverschillen. Zorgsystemen worden nog te vaak los gezien van bredere sociale determinanten van gezondheid, terwijl juist hun inrichting mede bepaalt hoe gezondheidsverschillen ontstaan of afnemen (Groenewegen e.a., 2026).

Preventie mag daarom niet afhankelijk zijn van toevallige toegang of individuele zelfredzaamheid. Zij vraagt om publieke verantwoordelijkheid en langdurige investeringen.

Preventie verdient dezelfde maatschappelijke waarde als zorg

Ons systeem beloont behandeling nog altijd sterker dan voorkómen. Nieuwe medische interventies krijgen prioriteit, terwijl preventie vaak alleen serieus wordt genomen wanneer deze direct geld bespaart. Dat perspectief is te smal.

Preventie hoeft niet altijd goedkoper te zijn om waardevol te zijn. Mensen die langer leven maken immers ook gebruik van zorg in extra levensjaren, waardoor preventie niet automatisch leidt tot lagere zorguitgaven (Van Baal et al., 2008). Tegelijkertijd levert preventie vaak veel gezondheidswinst op per geïnvesteerde euro, ook wanneer directe kostenbesparingen uitblijven (Cohen e.a., 2008).

Preventie vraagt om structurele publieke verantwoordelijkheid

In het huidige systeem blijven investeringen in preventie achter. Verantwoordelijkheden zijn versnipperd en zorgverzekeraars hebben beperkte prikkels om te investeren in preventie, omdat baten elders terechtkomen of pas op langere termijn zichtbaar worden (Kanters e.a., 2013; Bosdijk, e.a., 2023). Wie gezondheidsverschillen serieus wil verkleinen, kan preventie daarom niet overlaten aan tijdelijke projecten of individuele motivatie alleen. Publieke, structurele financiering is noodzakelijk.

Onze oproep: van individuele naar collectieve verantwoordelijkheid

Het terugdringen van gezondheidsongelijkheid vraagt om een fundamenteel andere benadering van preventie. Daarom pleiten wij voor:

1. **Preventie als instrument tegen gezondheidsverschillen**

Preventie moet expliciet worden ingezet om gezondheidsverschillen te verkleinen.

2. **Structurele publieke investeringen in preventie**

Preventie verdient stabiele, langdurige publieke financiering, ook wanneer baten pas op lange termijn zichtbaar worden.

3. **Een verschuiving van leefstijl naar leefomstandigheden**

Niet alleen gedrag, maar vooral de context waarin gedrag ontstaat moet centraal staan. Individuele ondersteuning blijft nodig, maar moet samengaan met structurele verbeteringen van leefomstandigheden. Oftewel, een combinatie van leefstijl en leefomstandigheden.

4. **Gezondheid in alle beleidsterreinen**

Wonen, werk, onderwijs, bestaanszekerheid, mobiliteit en leefomgeving moeten worden erkend als gezondheidsbeleid.

Literatuur

Bosdijk, A., Nieboer, A.P. & Cramm, J.M. (2023). The development of an integrated neighborhood approach for health promotion and prevention: a qualitative exploration of stakeholders' views. *Health Research Policy and Systems*, 21, 125.

Bosdijk, A., Nieboer, A.P. & Cramm, J.M. (2026). Residents' views on health and well-being in their neighborhoods: A Q-methodology study, *Wellbeing, Space and Society*, Volume 10, 100387,

Cohen, J. T., Neumann, P. J., & Weinstein, M. C. (2008). Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates. *New England Journal of Medicine, 358*(7), 661–663.

Feng, Z., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2020). Social participation is an important health behaviour for health and quality of life among chronically ill older Chinese people. *BMC Geriatrics, 20*, 299.

Groenewegen, P. P., Keskimäki, I., & Leyland, A. H. (2026). *Health Systems, Health Services and Inequality in Population Health*. Springer.

Jansma, E.T., Potente, C., van den Broek, T., Nieboer, A.P. (2026). Educational inequalities in disability at the end of life across European welfare regimes.

SSM - Population Health 35, 101955. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2026.101955

Kanters, T. A., Brouwer, W. B., Van Vliet, R. C., Van Baal, P. H., & Polder, J. J. (2013). A new prevention paradox: The trade-off between reducing incentives for risk selection and increasing the incentives for prevention for health insurers. *Social Science & Medicine, 76*, 150–158.

Mackenbach, J. P. (2020). *A History of Population Health: Rise and Fall of Disease in Europe*. Brill.

Milkovska, E., Wouterse, B., & Van Baal, P. (2025). Quantifying the health burden of COVID-19 using individual estimates of years of life lost based on population-wide administrative level data. *Epidemiology, 36*(4), 520–530.

Office of the U.S. Surgeon General (2023). Our epidemic of loneliness and isolation. The U.S. surgeon general's advisory on the healing effects of social connection and community. Washington, DC: Office of the U.S. Surgeon General.

Van Baal, P. H. M., Polder, J. J., De Wit, G. A., Hoogenveen, R. T., Feenstra, T. L., Boshuizen, H. C., et al. (2008). Lifetime medical costs of obesity: prevention no cure for increasing health expenditure. *PLoS Medicine, 5*(2), e29.

Van den Broek, T., & Lam, J. (2026). Loneliness and societal pessimism: Longitudinal evidence from Norway. *Journal of Social and Personal Relationships*.



1.2 Demedicalisering: gezondheid is meer dan toegang tot medische zorg

Isabelle Fabbricotti & Eline Linthorst

Het gebruik van medische zorg is de afgelopen decennia sterk toegenomen. Burgers gaan vaker naar de huisarts, gebruiken meer geneesmiddelen en doen vaker een beroep op specialistische en geestelijke gezondheidszorg. Deze groei is niet alleen het gevolg van vergrijzing en een toename van ziekte, maar ook van een bredere maatschappelijke ontwikkeling. Steeds meer klachten worden geïnterpreteerd als medisch probleem. Dit proces wordt aangeduid als medicalisering.

Door medicalisering wordt de zorgsector vaker verantwoordelijk gehouden voor problemen die niet primair een medische behandeling vergen, maar ondersteuning bij het hervinden van regie, sociale steun, het omgaan met beperkingen en het naar eigen inzicht betekenisvol participeren in de samenleving. Het besef groeit dat gezondheid en welzijn van veel meer afhangen dan van medische zorg alleen: ook de leefomgeving, sociale contacten, stress en geldzorgen spelen een rol. De RVS-rapporten *Gezondheidsverschillen Voorbij* (2020) en *Eerlijke kans op gezond leven* (2021) laten zelfs zien hoe sterk sociale en individuele determinanten van gezondheid verweven zijn en hoe ze daardoor grote gezondheidsverschillen blijven voortbrengen. Ook de SER wees er in 2024 nog op dat de verklaring voor deze gezondheidsverschillen niet zozeer in het gezondheidsdomein zelf ligt, maar vooral in achterliggende (maatschappelijke) factoren.

Dit vraagt om demedicalisering: het bewustzijn dat gezondheid meer omvat dan medische zorg en daarmee om ondersteuning vanuit het sociale domein, informele netwerken en de gemeenschap. Demedicalisering betekent niet dat medische zorg minder belangrijk wordt. Het betekent dat de mens en diens specifieke omstandigheden het vertrekpunt vormen bij het bepalen van de juiste zorg en ondersteuning. Dit vraagt om een omslag in denken en doen van professionals, beleidsmakers, burgers en hun omgeving. Een belangrijke vraag is daarom onder welke condities demedicalisering bijdraagt aan een duurzaam, gelijkwaardig, toegankelijk en persoonsgericht zorgsysteem.

Medicalisering als systemisch, cultureel en organisatorisch probleem

Medicalisering heeft een stevig wetenschappelijk fundament en heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de gezondheidszorg. Door onderzoek zijn aandoeningen beter te diagnosticeren, te behandelen en in veel gevallen zelfs te genezen. Daarnaast heeft medicalisering eraan bijgedragen dat problemen die voorheen werden beschouwd als psychosomatische klachten of persoonlijke tekortkomingen, tegenwoordig worden erkend als legitieme gezondheidsproblemen. Dit heeft mensen erkenning en legitimiteit voor hun klachten gegeven, waardoor zij zich gezien en serieus genomen voelen. Daarmee heeft medicalisering zowel toegang tot passende zorg als maatschappelijke erkenning bevorderd.

Medicalisering heeft echter ook negatieve consequenties. Wanneer problemen primair medisch worden benaderd, bestaat het risico dat niet-medische oorzaken, zoals sociale of omgevingsfactoren, buiten beeld blijven. Daarnaast draagt medicalisering bij aan een verdere druk op een zorgsysteem dat al kampt met personeelstekorten en oplopende kosten. Hierdoor ontstaat het risico dat zorg minder beschikbaar wordt voor mensen die het daadwerkelijk nodig hebben, terwijl passende zorg en ondersteuning voor niet-medische problematiek ontbreekt.

Medicalisering is deels een systeemverschijnsel. Het huidige zorgstelsel is primair ingericht op diagnose volgens classificatiesystemen, behandeling en productie. Financiering verloopt via verrichtingen, consulten en vormen van diagnose-behandelcombinaties. Daarmee stimuleert het systeem medicalisering. De bekostiging is in verschillende stelselwetten geregeld met financiële prikkels die op afschuiving sturen in plaats van op samenwerking (RVS, 2022). Ook kwaliteitsnormen en verantwoording zijn langs domeingrenzen georganiseerd, waardoor de verantwoording grotendeels binnen de eigen kolom plaatsvindt (Van Muijden e.a., 2025).

Medicalisering is ook een cultureel verschijnsel. Burgers worden steeds mondiger en verwachten veel van professionele zorg. Een diagnose biedt bovendien erkenning, legitimiteit en toegang tot zorg. Problemen worden “echt” wanneer zij een medische term krijgen. Waar problemen vroeger vaker binnen het sociale netwerk werden opgelost, is het nu vanzelfsprekender geworden om professionele hulp te zoeken.

Een belangrijk organisatorisch probleem is dat zorg en welzijn gescheiden werelden zijn. Het is alweer tien jaar geleden dat de langdurige zorg ingrijpend werd hervormd. Dit bracht een knip tussen welzijn en zorg: maatschappelijke ondersteuning werd losgekoppeld van de oude Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) en ondergebracht bij gemeenten. Die scheiding heeft de versplintering van het zorglandschap vergroot. Wanneer hulpvragen voortkomen uit een samenspel van medische, psychologische en sociale factoren, moeten mensen langs meerdere instanties. Samenhang en continuïteit gaan hiermee verloren.

Afstemming tussen organisaties, professionals en de stelselwetten is cruciaal voor passende ondersteuning en houdbaarheid van het systeem. Toch komt die samenwerking in de praktijk onvoldoende van de grond, terwijl demedicalisering vraagt om een integrale benadering. Deze gedachte sluit aan bij de discussie rond het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), waarin gezondheid wordt gezien als iets dat ontstaat in de relatie tussen zorg, welzijn en samenleving.

Lessen over demedicalisering

Demedicalisering lijkt welhaast onvermijdelijk willen we tot houdbaardere en passendere zorg komen, maar ook de risico’s van de beweging verdienen aandacht. De belofte van meer samenhang, domeinoverstijgend werken en aansluiting bij wat mensen werkelijk nodig hebben in hun leven is niet nieuw. Het sociaal domein loopt al meer dan tien jaar voorop in de omslag van recht op zorg dat ‘geclaimd’ kan worden, naar meer nadruk op eigen kracht, informele zorg en de sociale basis (Kamerstukken II, 2018/19, 29538, 292). De opgedane ervaringen laten zien wat wel en niet werkt.

Zo blijkt dat een sterkere nadruk op eigen kracht, informele netwerken en de sociale basis kan bijdragen aan meer passende ondersteuning, maar tegelijkertijd nieuwe vormen van ongelijkheid en uitsluiting kan creëren. De toegang tot ondersteuning wordt afhankelijker van de kwaliteit van het gesprek tussen professional en burger en van het vermogen van burgers om hun ondersteuningsbehoefte te articuleren, regionale verschillen kunnen toenemen en verantwoordelijkheden kunnen diffuus worden wanneer samenwerking tussen domeinen onvoldoende wordt georganiseerd. Ook bestaat het risico dat collectieve voorzieningen worden ingezet als vervanging van individuele ondersteuning, terwijl die laatste voor sommige mensen noodzakelijk blijft (Linthorst, 2024).

De lessen uit het sociaal domein maken duidelijk dat demedicalisering alleen succesvol kan zijn wanneer zij gepaard gaat met duidelijke waarborgen voor toegankelijkheid, rechtsbescherming, persoonsgerichtheid en samenwerking. Een terugkerend probleem in de uitvoeringspraktijk is bovendien dat gemeenten wel verantwoordelijk zijn voor maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg, maar vaak niet profiteren van besparingen die investeringen in preventie opleveren in andere domeinen. Dit zogenaamde wrong pocket-probleem maakt investeren in demedicalisering minder aantrekkelijk en stimuleert afschuifgedrag (Reindersma e.a., 2026).

Tegen deze achtergrond kunnen vier onderling samenhangende oplossingsrichtingen gezamenlijk richting geven aan de transitie naar demedicalisering.

1. Versterken sociale basis

Een voorwaarde voor demedicalisering is een sterke sociale infrastructuur. Buurtinitiatieven, welzijnswerk, ontmoetingsplekken, sportverenigingen en informele netwerken vervullen een belangrijke functie in het bevorderen van gezondheid. Zij bieden sociale steun, vergroten participatie en kunnen voorkomen dat sociale of psychische problemen escaleren tot een medische zorgvraag. Deze voorzieningen zouden daarom niet moeten worden beschouwd als aanvullende voorzieningen naast de zorg, maar als integraal onderdeel van het gezondheidssysteem. Tegelijkertijd moet worden voorkomen dat collectieve vormen van ondersteuning individuele voorzieningen verdringen die voor sommige mensen noodzakelijk blijven.

2. Domeinoverstijgende samenwerking op macro- en mesoniveau

Regionale en lokale domeinoverstijgende netwerken tussen zorg en welzijn (en andere sectoren) zijn van belang om integraal en persoonsgericht werken te kunnen organiseren. Dit vraagt om een verschuiving van een institutionele benadering van zorg naar een ecosysteembenadering van gezondheid. Hierin wordt gezondheid niet georganiseerd vanuit afzonderlijke sectoren of instituties, maar gezien als het resultaat van een samenhangend netwerk van formele zorg, sociaal domein, publieke voorzieningen, informele zorg en gemeenschappen op lokaal en regionaal niveau (Fabbricotti, 2017; van Os e.a., 2023). Een dergelijke benadering vraagt tegelijkertijd om aanpassing van het bekostigingsstelsel. Zolang financiering vooral medische productie beloont, blijft medicalisering bestaan: consulten, behandelingen en diagnoses zijn goed declarabel, terwijl sociale ondersteuning dat vaak niet is. Daarom zijn niet alleen andere vormen van bekostiging wenselijk, zoals bundelbetalingen en uitkomstbekostiging, maar ook financiële prikkels die zich richten op kwaliteit van leven en gezondheid in plaats van op diagnoses en behandelingen.

Organiseren op lokale en regionale schaal kent ook een keerzijde. Alhoewel het tot doel heeft om beter aan te sluiten bij lokale en individuele behoeften, laten ervaringen in het sociaal domein zien dat dit ook verschillen in de ondersteuning met zich mee kan brengen. Mensen met vergelijkbare hulpvragen ontvangen afhankelijk van hun woonplaats soms een wezenlijk ander aanbod. Vooral in krimpregio’s staan toegankelijkheid en bereikbaarheid onder druk door vergrijzing, personeelstekorten en zwakkere sociale netwerken. Regionale verschillen kunnen in deze gevallen leiden tot ongelijke toegang. Ook vanuit democratisch oogpunt is regionalisering niet zonder bezwaren, omdat samenwerkingsregio’s geen directe democratische verantwoording kennen. Inwoners hebben weinig invloed op, of inspraak in, een regionaal orgaan, wat de lokale democratie kan uithollen. Wanneer ook commerciële partijen bij dit proces betrokken raken, komt die democratische verankering verder onder druk te staan. Daarom vraagt demedicalisering om grenzen aan regionale differentiatie, om normen die gelijkwaardige ondersteuning waarborgen, en om rechtsbescherming voor kwetsbare groepen.

3. Samenwerking in de microkosmos: professionals en burgers

Demedicalisering vraagt tevens om een nieuwe visie op uitvoerders en uitvoeringspraktijk in de zorg. Niet alleen wat betreft individuen, maar ook wat betreft samenwerkende teams, zoals wijkteams waarin zorgprofessionals, sociaal werkers en ervaringsdeskundigen samenwerken of informele netwerken die familie, buren of inwoners in hun gemeente ondersteunen. Dit vergt nieuwe competenties van werkenden in het sociale domein (Fabbricotti e.a., 2025). Demedicalisering vraagt tevens om een herbezinning op de interactie tussen hulpvrager en hulpverlener, teneinde het juiste gesprek te voeren om recht te doen aan de identiteit en eigenheid van de hulpvrager. Wanneer niet langer de diagnose centraal staat, maar de vraag wat iemand nodig heeft om goed te kunnen functioneren en participeren, worden persoonlijke omstandigheden, sociale relaties en de leefomgeving nadrukkelijker onderdeel van de beoordeling.

De ervaringen uit het sociaal domein laten zien dat een dergelijke persoonsgerichte benadering, tijdens bijvoorbeeld een keukentafelgesprek, niet vanzelfsprekend tot passende ondersteuning leidt. In de praktijk blijkt dat een gelijkwaardige dialoog hoge eisen stelt aan zowel professionals, de burger als aan de randvoorwaarden waarbinnen het gesprek plaatsvindt. Wanneer onvoldoende duidelijk is welke informatie relevant is, welke afwegingen worden gemaakt en welke rechten iemand heeft, kan een gesprek dat bedoeld is om maatwerk te bevorderen juist onzekerheid en ongelijkheid versterken. Zeker wanneer onvoldoende bekendheid en acceptatie is tussen professionals onderling over elkaars expertise.

Demedicalisering vraagt daarom niet alleen om andere vormen van samenwerking tussen professionals en burgers, nieuwe competenties, acceptatie van de expertisen van professionals en non-professionals, maar ook om een zorgvuldige inrichting van de wijze waarop burgers toegang tot ondersteuning krijgen. Dat betekent investeren in gespreksvaardigheden, transparante afwegingskaders en voldoende rechtsbescherming.

4. Ontwikkeling nieuwe kennis- en onderzoeksmethoden

Een belangrijke uitdaging is dat sociale interventies vaak moeilijker te onderzoeken zijn dan medische behandelingen. De effecten zijn diffuser, treden later op en zijn minder eenvoudig meetbaar. Toch is juist hier innovatie in onderzoek noodzakelijk. Wanneer alleen klassieke medische evidence leidend blijft, blijven sociale interventies structureel in het nadeel. Daarentegen is demedicalisering lastig te bereiken, als niet duidelijk is welke positieve effecten worden bereikt. Dit pleit voor het gebruik van nieuwe evaluatiemethoden die beter recht doen aan brede gezondheidsuitkomsten, maatschappelijke waarde en kwaliteit van leven. Daarnaast moeten data en sturingsinformatie worden verbreed. Het huidige systeem stuurt sterk op declaratiedata, zorgproductie en kosteneffectiviteit. Voor demedicalisering is ook monitoring nodig rondom participatie, sociale verbondenheid, functioneren en welzijn (Fabbricotti e.a., 2025).

Tot besluit: van zorgsamenleving naar gezondheidssamenleving

Demedicalisering betekent niet minder ondersteuning, maar een andere manier van organiseren, waarbij gezondheid wordt gezien als meer dan de afwezigheid van ziekte. Medische zorg blijft daarin essentieel, maar dan als onderdeel van een breder palet van sociale,

maatschappelijke en publieke ondersteuning. Het succes van deze transitie hangt af van de wijze waarop samenwerking, bekostiging en juridische kaders en waarden worden vormgegeven. Bij dit alles blijven waarborgen voor toegankelijkheid en rechtsbescherming randvoorwaardelijk. Dat de kosten voor de baten uitgaan, is geen vrijbrief voor ongericht investeren. Het geld moet doelgericht worden ingezet. Zonder structurele financiering en zonder gezondheid in al het beleid, blijft de transformatie steken in pilots, projectsubsidies en goede bedoelingen. Ook de wetenschap moet zich bewust zijn van haar aandeel in het in stand houden van die pilotcultuur als gevolg van projectmatige en kortlopende financiering. Het vergt dus ook keuzes van de wetenschap, waarbij de nadruk moet liggen op de maatschappelijke bijdrage op de lange termijn.

Literatuur

Fabbricotti, Isabelle. (2017). Zorgen voor zorgketens: integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens. Rotterdam: Optima.

Fabbricotti, Isabelle. e.a. (2025). Externe Evaluatie Sociale Benadering Dementie. ESHPM. https://www.eur.nl/eshpm/media/2026-02-eindrapportexterneevaluatie

Linthorst, Eline. (2024). *Maatwerk, van de wet tot aan de keukentafel: Keten of fuik?* Boom Uitgevers.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). *Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA).* Rijksoverheid. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/08/31/aanvullend-zorg-en-welzijnsakkoord-azwa

van Muijden, Teyler, Violet Petit-Steeghs, Marcello Aspria, Roland Bal, and Hester van de Bovenkamp. 2025. "Frontline Professionals' Experiences of Navigating Boundaries in a Layered Care and Support System for Individuals with Complex Care Needs in the Netherlands." Social Science & Medicine: 117692. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.117692.)

van Os, Jim, Floortje Scheepers, Michael Milo, Gijs Ockeloen, Sinan Guloksuz, Philippe Delespaul (2023) "It has to be better, otherwise we will get stuck." A Review of Novel Directions for Mental Health Reform and Introducing Pilot Work in the Netherlands. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2023, 19:e17450179271206. https://doi:10.2174/0117450179271206231114064736

Reindersma, Thomas, Sandra Sülz, Kees Ahaus & Isabelle Fabbricotti (2026). Back to square one? Exploring boundary work by purchasers of health and social care. *Public Management Review*, 1–24. https://doi.org/10.1080/14719037.2026.2617881

RVS (2020). *Gezondheidsverschillen voorbij: Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal.* Den Haag: RVS.

RVS (2021). *Een eerlijke kans op gezond leven.* Den Haag: RVS.

RVS (2022). *Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking.* Den Haag: RVS.

1.3 Het recht op gezondheidszorg serieus genomen: naar expliciete rantsoenering van gezondheidszorg in Nederland

Hedwig Blommestein & Martin Buijsen

De overheid houdt ons voortdurend voor dat gezondheids- en welzijnszorg kostbare aangelegenheden zijn. Dat zijn ze natuurlijk ook, maar als er hoofdzakelijk in termen van kosten over zorg wordt gesproken, blijft dat niet zonder gevolgen. Mensen kan het gevoel bekruipen dat ze 'te duur' zijn. Hulpverleners vernemen dat nogal eens, vooral van oudere patiënten. Wij breken een lans voor een mensenrechtelijke benadering van de zorg met een juridisch en economisch pleidooi voor *expliciete rantsoenering* van zorg, waarbij wij ons beperken tot de gezondheidszorg.

De bijzondere morele status van gezondheidszorg

Gezondheidszorg is een schaars goed. Economen leren dat de vraag ernaar het aanbod welhaast per definitie overtreft. De behoefte aan gezondheidszorg valt welbeschouwd niet te bevredigen, en dat geldt niet alleen voor die vormen van gezondheidszorg die doorgaan voor 'luxezorg', zoals cosmetische chirurgie.

De schier oneindige vraag naar gezondheidszorg laat zien dat het een bijzonder goed betreft. Iedereen hecht waarde aan een goede gezondheid, en moderne, 'evidence-based' en effectieve gezondheidszorg draagt daaraan bij. Gezondheid is van zichzelf (*per se*) nastrevenswaardig en de 'goedheid' van die gezondheidszorg wordt daaraan ontleend. Daarom geniet gezondheidszorg een bijzondere morele status, die onder meer tot uitdrukking komt in de erkenning ervan als een mensenrecht. Gezondheidszorg is een fundamenteel recht dat grondwettelijke bescherming geniet en is neergelegd in tal van internationale en Europese mensenrechtenverdragen waarbij Nederland partij is (bijvoorbeeld het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR)).

Gezondheidszorg als mensenrecht

Het recht op gezondheidszorg is een *sociaal* grondrecht. Sociale grondrechten worden in onze rechtscultuur nog steeds enigszins beschouwd als "tweederangs" grondrechten vanwege hun beperkte rechterlijke afdwingbaarheid. Verdragsrechtelijke bescherming van klassieke vrijheden, bijvoorbeeld het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer (privacy), zoals vastgelegd in het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM), kan bij de Nederlandse rechter rechtstreeks worden ingeroepen door een burger. Bij bepalingen die sociale rechten bedoelen te beschermen, kan dat niet. Met een beroep op artikel 12 van het IVESCR, waarin het recht op gezondheidszorg is neergelegd, kan een patiënt met kanker geen kostbare behandeling bij de Nederlandse rechter afdwingen als die behandeling volgens de nationale regels niet in het pakket zit. In verdragsbepalingen zien Nederlandse rechters vooral instructienormen: opdrachten aan de nationale politiek om wetten en voorzieningen te maken op bepaalde beleidsterreinen. Een individueel recht op behandeling kan de burger bij de Nederlandse rechter dan ook slechts afdwingen als er op grond van nationale wet- en regelgeving een dergelijk recht bestaat.

Menselijke waardigheid is het dragende beginsel van alle mensenrechtenverdragen waarbij Nederland partij is. Bezien vanuit dat beginsel bestaat er geen rangorde tussen de verschillende mensenrechten. In normatieve zin zijn klassieke vrijheden niet méér dan

sociale mensenrechten. Toegang tot gezondheidszorg onthouden, is in beginsel een schending van de waardigheid, niet minder dan het aantasten van de persoonlijke levenssfeer

Het mensenrecht op gezondheidszorg omvat de toegang tot noodzakelijke gezondheidszorgvoorzieningen. Welke voorzieningen gelden als noodzakelijk in verdragsrechtelijke zin, bepaalt in de eerste plaats de staat (op enkele basisvoorzieningen na). Omdat niet iedere verdragspartij beschikt over dezelfde mogelijkheden en middelen, en evenmin dezelfde voorkeuren heeft, verschilt noodzakelijke gezondheidszorg per land. In Nederland gelden als noodzakelijk (in verdragsrechtelijke zin) de collectief gefinancierde gezondheidszorgvoorzieningen: vormen van zorg waarop de Zorgverzekeringswet en, in mindere mate, de Wet langdurige zorg, de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 betrekking hebben.

Rantsoenering van gezondheidszorg

De overheid moet erop toezien dat de betreffende voorzieningen voor iedereen in gelijke mate beschikbaar zijn, bereikbaar (in fysieke, geografische, financiële en informationele zin, alsook in termen van tijdigheid), moreel aanvaardbaar en van goede kwaliteit.

Dit mensenrecht, zoals opgetekend in het IVESCR, staat louter onderscheid en prioritering tussen patiënten toe op grond van verschillen in objectieve, aan de hand van medische criteria vast te stellen *behoefte* aan gezondheidszorg. Baseert men zich op andere criteria, dan maakt men zich schuldig aan discriminatie en tast men de waardigheid van mensen aan.

Zoals gezegd is het te verdelen goed schaars; er is nooit genoeg voor iedereen, ook niet als we alleen naar noodzakelijke gezondheidszorg kijken. Maar ook schaarse goederen kunnen rechtvaardig worden verdeeld. Voor noodzakelijke gezondheidszorg houdt dat in dat deze, behalve naar behoefte, ook op grond van andere beginselen verdeeld moet worden. Dat is onvermijdelijk en niet noodzakelijkerwijs onrechtvaardig.

Gezondheidszorg wordt altijd gerantsoeneerd. Maar hoe rantsoeneren we noodzakelijke gezondheidszorg in Nederland in de praktijk? En, belangrijker, hoe zouden we dat moeten doen?

Impliciete en expliciete rantsoenering

Rantsoenering van gezondheidszorg vindt altijd plaats. Wie of wat neemt waar, op welke gronden, op welke wijze, welke rantsoenbeslissingen?

De ervaring leert dat in complexe zorgstelsels – met veel partijen en fluïde besluitvorming – rantsoenering de neiging heeft om *impliciet* te zijn (Fleck 2009). Hier kan de ware reden voor ongunstige rantsoenbeslissingen voor patiënten versluierd worden. In een impliciet rantsoenerend systeem lopen patiënten het risico niet of onvoldoende geïnformeerd te worden over dure behandelopties. Deze onwaarachtige bejegening van patiënten (‘bedside rationing’) komt doordat rantsoenbeslissingen zich aan de waarneming van patiënten onttrekken. En vaak ook aan die van behandelaars. Die beslissingen worden elders genomen.

Impliciete rantsoenering leidt tot willekeur, waardoor sociaal zwakkere patiënten achtergesteld kunnen worden ten opzichte van mondige, goed geïnformeerde patiënten die in dit systeem meer voor elkaar weten te krijgen. Bij impliciete rantsoenering trekken de meest kwetsbaren doorgaans aan het kortste eind. Zo zijn er lange wachtlijsten in de specialistische geestelijke gezondheidszorg voor kwetsbare mensen met complexe hulpvragen.

Wie, waar, op welke wijze en op welke gronden welke rantsoenbeslissingen neemt, is door het grote aantal betrokken partijen onduidelijk. Het gaat deels om overheidspartijen die veel beleidsvrijheid hebben, waaronder het Zorginstituut Nederland, adviesraden, toezichthouders als de Nederlandse Zorgautoriteit en de Autoriteit Consument en Markt, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de burgerlijke rechter. Daarnaast zijn er tal van (private) partijen die al dan niet door marktwerking worden gedreven: medisch-wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties, regiomaatschappen van medisch specialisten, grote zorgaanbieders, verzekeringsconcerns, de Geschillencommissie Zorgverzekering. Tal van rantsoenbeslissingen worden genomen in de beslotenheid van directiekamers van ondernemingen.

Het gezondheidszorgstelsel heeft zich in de afgelopen twee decennia ontwikkeld tot een kluwen van publieke en private partijen, wier doen en laten gehuld is in een nevel van contracten, protocollen, beleidsregels en -plannen, wetten, kaders, convenanten en akkoorden. Voor de gemiddelde burger is het stelsel niet alleen onbegrijpelijk; een patiënt kan er niet langer op vertrouwen dat de adviezen en voorstellen van zijn behandelaar louter medisch gemotiveerd zijn. En een patiënt die van de benodigde gezondheidszorg verstoken blijft, kan zomaar ervaren dat een ander die kampt met dezelfde medische problemen de nodige zorg wél (of meer of eerder) ontvangt.

Feitelijk rantsoeneren wij (grotendeels) impliciet. Wij behoren dat expliciet(er) te doen. Welke beginselen nodig zijn voor de rechtvaardige verdeling van gezondheidszorg, laten de verdragen in het midden. Zij verlangen in de eerste plaats dat rantsoenbeslissingen *transparant* zijn. Behalve transparantie verlangt het mensenrecht *participatie*. Rantsoenbeslissingen, op welk niveau dan ook, kunnen niet worden genomen zonder inspraak van burgers. Ten slotte eist het mensenrecht dat de belangen van kwetsbare groepen extra worden bewaakt.

Vanuit dat perspectief gaat de aandacht dus vooral uit *naar de wijze* waarop rantsoenbeslissingen worden genomen, niet zozeer naar de inhoud. In een systeem van *expliciete* rantsoenering zijn rantsoenbeslissingen het resultaat van omvattende, rationele, transparante afwegingen. In zo’n systeem zijn burgers daarbij op een of andere wijze betrokken en de beslissingen uiteindelijk democratisch gelegitimeerd. De staat die het recht op noodzakelijke gezondheidszorg heeft erkend als mensenrecht, is verplicht zorg te dragen voor expliciete rantsoenering van gezondheidszorg. In wetgeving zal moeten worden vastgelegd volgens welke criteria van verdeling wie welke gezondheidszorg krijgt, en wie *niet*.

Wat te doen?

Burgers moeten kunnen meebeslissen over de verdelingscriteria in de gezondheidszorg. In een democratie als de onze behoren gekozen volksvertegenwoordigers deze te bespreken en vast te stellen. De landelijke politici die dit zouden moeten doen, vrezen echter het verlies van de kiezersgunst en gaan lastige afwegingen het liefst uit de weg. Zo spraken Kamerleden en de verantwoordelijke bewindspersoon er aanvankelijk schande van toen leeftijd als aanvullend criterium voor de verdeling van intensive care in het Code Zwart-scenario ten tijde van de Covid-19-pandemie werd voorgesteld. Dat zou van leeftijdsdiscriminatie getuigen. Het mensenrecht schrijft voor dat over zoiets transparant en participatief wordt beslist, met oog voor de belangen van kwetsbaren.

Ook schaarse noodzakelijke gezondheidszorg kan rechtvaardig worden verdeeld. Dat er mensen overblijven die niet krijgen wat zij nodig hebben, is niet onrechtvaardig als dit de uitkomst is van beslissingen die zijn gebaseerd op aanvullende, democratisch gelegitimeerde en in wetgeving vastgelegde beginselen. In een volwassen benadering van gezondheidszorg maakt men het onvermijdelijke leed zichtbaar en bespreekbaar.

Het is dan voor burgers transparant hoe en door wie bepaald wordt welke zorg er in het basispakket zit. In Nederland komt alleen gezondheidszorg in aanmerking die *mede* voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en de praktijk’. Dit criterium van effectiviteit is te vinden in een op die wet gebaseerd besluit. Duidelijk is evenwel ook dat effectiviteit niet het enige ‘pakketcriterium’ is. Welke criteria van verdeling verder moeten worden gehanteerd, heeft de wetgever niet opgenomen in wetgeving.

Andere criteria die momenteel als pakketcriteria gelden, zijn evenmin wettelijk. Kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid zijn niet meer dan uitgangspunten van beleid van een adviserend orgaan: het Zorginstituut Nederland. Hoe gezaghebbend ook, deze adviezen zijn géén democratisch gelegitimeerde rantsoenbeslissingen. Hierbij lijken deze criteria ook niet op alle vormen van zorg te worden toegepast.

De verdeling van gezondheidszorg is uiteindelijk een politieke aangelegenheid. Over de uitgangspunten moet de wetgever zich uitspreken. Als de huidige pakketcriteria politiek breed gedragen criteria van verdeling zijn, neem in de wetgeving dan óók de verplichting op dat de regering periodiek de uitwerking van deze criteria gemotiveerd vastlegt in een algemene maatregel van bestuur, voorzien van een voorhangprocedure, zodat op gezette tijden over de verdeling van gezondheidszorg in de Kamer wordt gediscussieerd. Op deze manier worden politici gedwongen zich uit te laten over de vraag wanneer de baten van vormen van zorg niet langer opwegen tegen de kosten.

Literatuur

Fleck, Leonard M. 2009. *Just Caring. Health Care Rationing and Democratic Deliberation*. Oxford & New York: Oxford University Press.

Reinhardt, Uwe. 1996. “Rationing Health Care: What It Is, What It Is Not, and Why We Cannot Avoid It.” In *Strategic Choices for a Changing Health Care System*, edited by Stuart H. Altman and Uwe E. Reinhardt, 63-99. Chicago: Health Administration Press.

de Ruijter, Ursula W., Hester F. Lingsma, Willem A. Bax, and Johan Legemaate. 2021. “Hidden bedside rationing in the Netherlands: a cross-sectional survey among physicians in internal medicine.” *BMC Health Services Research* 21 (1): 233. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06229-2

Shklar, Judith N. 1990. *The Faces of Injustice (Storrs Lectures on Jurisprudence)*. New Haven and London: Yale University Press.

1.4 Pakketbeslissingen: het spanningsveld tussen regulering en innovatie

Diana Delnoij & Maureen Rutten-van Mölken

Door mondiale geopolitieke ontwikkelingen, die verhoogde investeringen in bijvoorbeeld defensie en het tegengaan van klimaatverandering noodzakelijk maken, komt het budget voor gezondheidszorg nog meer onder druk te staan dan het al deed door vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken. Tegelijkertijd komen er steeds meer effectieve geavanceerde medische technologieën en behandelingen beschikbaar die we graag snel en breed toegankelijk maken voor patiënten. Het Ministerie van Economische Zaken zet steeds nadrukkelijker in op het stimuleren van medisch-technologische innovaties om ons Europees en mondiaal concurrentievermogen te behouden en onze maatschappelijke veerkracht te vergroten. Aan veel medisch-technologische innovaties hangt echter een alsmaar groeiend prijskaartje. Miljoenen kostende gentherapieën tegen zeldzame erfelijke aandoeningen, of tonnen kostende immunotherapieën of precisiegeneesmiddelen tegen kanker zijn geen uitzondering meer.

Dit maakt keuzes over welke zorg in het basispakket moet onvermijdelijk. Deze keuzes worden in Nederland gebaseerd op vier pakketcriteria: 1) noodzakelijkheid (bijvoorbeeld ernst van de ziekte), 2) effectiviteit, 3) kosteneffectiviteit en 4) uitvoerbaarheid (bijvoorbeeld budgetimpact). Overigens is alleen het criterium 'effectiviteit' wettelijk verankerd in het Besluit zorgverzekering waarin staat dat de inhoud van de zorg wordt bepaald door de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Dit wordt bij de beoordeling van geneesmiddelen als een 'knock-outcriterium' gebruikt, waardoor het vrijwel onmogelijk is om voor een minder effectieve optie te kiezen die beter scoort op de andere pakketcriteria. Het criterium kosteneffectiviteit wettelijk verankeren blijkt lastig, onder andere omdat het hier om een afweging gaat (is de gezondheidswinst de kosten waard?) en niet om een feitelijke vaststelling.

Op landelijk niveau is de wettelijke pakketbeheertaak hoofdzakelijk in handen van het Zorginstituut Nederland, een zelfstandig bestuursorgaan dat de minister van VWS adviseert. Het Zorginstituut opereert in het spanningsveld tussen de noodzaak tot regulering en prioritering enerzijds en de noodzaak tot innovatie anderzijds. Dit spanningsveld is ook zichtbaar in het onderzoek van ESHPM. Enerzijds heeft ESHPM een decennialange traditie van onderzoek dat heeft bijgedragen aan zowel de procesmatige inrichting van het pakketbeheer (van de Wetering e.a. 2013; Stolk e.a. 2004), de definitie van de pakketcriteria (Roijen e.a. 2026) en de evaluatie van interventies aan de hand van de vier pakketcriteria (bijvoorbeeld Blommestein e.a. 2025). Anderzijds helpt ESHPM de ontwikkelaars van innovaties om de waarde van hun innovaties zo gedegen mogelijk wetenschappelijk te onderbouwen en in de praktijk te implementeren.

Investeringen in innovaties die niet noodzakelijk, (kosten) effectief en uitvoerbaar zijn, leiden tot welvaartsverlies omdat besteding van deze publieke gelden aan andere interventies tot meer maatschappelijke waarde zou hebben geleid (de zogenaamde opportuniteitskosten). Voor het geven van meer sturing aan innovaties, is verbreding van pakketbeheer noodzakelijk:

1. Verbreding van de interventies die binnen de scope van pakketbeheer vallen;
2. Verbreding van de pakketcriteria om recht te doen aan een breder maatschappelijk perspectief;
3. Verbreding van de verantwoordelijkheid voor pakketbeheer van een publieke naar een publiek-private taak;
4. Verbreding van eenmalig advies naar cyclisch pakketbeheer (van horizon scanning tot herbeoordeling op relevante momenten ná toelating tot de markt).

Deze oplossingsrichtingen worden hieronder verder uitgewerkt. Een deel van de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket (VVTB) wordt door het Zorginstituut overigens al opgepakt in het gelijknamige programma.

Oplossingsrichtingen

Scope

Op landelijk niveau vraagt het Zorginstituut alleen om kosteneffectiviteitsstudies voor dure specialistische geneesmiddelen in de sluis en extramurale geneesmiddelen met een therapeutische meerwaarde maar grote budgetimpact. In de praktijk betekent dit dat ongeveer een derde van alle door farmaceutische bedrijven ingediende dossiers door het Zorginstituut wordt beoordeeld. Ook vaccins die potentieel in aanmerking komen voor het rijksvaccinatieprogramma worden door de Gezondheidsraad, in samenspraak met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) structureel op kosteneffectiviteit beoordeeld. Datzelfde geldt voor nationale bevolkingsscreeningsprogramma's. Verder kunnen partijen in de zorg soms om een expliciet pakketadvies van het Zorginstituut over nieuwe diagnostiek of behandelingen vragen, meestal wanneer voor deze zorg een nieuwe betaaltitel wordt aangevraagd.

Meer dan 90% van de uitgaven aan zorg in het basispakket kent echter geen voorafgaande centrale pakketbeoordeling door het Zorginstituut. Hier is het de taak van zorgpartijen om de toegevoegde waarde te beoordelen. Toch zijn er genoeg voorbeelden van dure medische technologie, nieuwe operatietechnieken, nieuwe zorgprogramma's of andere (digitale) innovaties waar we vraagtekens bij de kosteneffectiviteit kunnen zetten. Pakketbeheer mag zich meer richten op evaluatie van bestaande zorg en, waar nodig, dé-implementatie van niet kosteneffectieve zorg. Bovendien lijken er veel strengere beoordelingseisen te worden gesteld aan preventie dan aan zorg, omdat bij preventie vaker wordt geëist dat een interventie netto kostenbesparend is in plaats van kosteneffectief. Dat geneesmiddelen wel en hulpmiddelen en apparatuur niet systematisch worden getoetst voorafgaand aan een vergoedingsbesluit, is niet goed uit te leggen.

Hoe onwenselijk deze inconsistenties ook zijn, alle zorg eerst door het Zorginstituut laten toetsen, is vanuit het oogpunt van efficiëntie nog onwenselijker. Daarom zal landelijk pakketbeheer risicogerichter moeten worden, waarbij de beoordelingscapaciteit van het Zorginstituut zich alleen richt op vormen van zorg (niet alleen geneesmiddelen) waarvan de gevolgen voor de patiënten, de volksgezondheid, het zorgbudget of het zorgsysteem en de risico's ten aanzien van effectiviteit, doelmatigheid of betaalbaarheid het grootst zijn. Hier is een belangrijke rol weggelegd voor 'horizon scanning' dat niet alleen zou moeten plaatsvinden voor geneesmiddelen, maar ook voor medische hulpmiddelen, apparatuur en andere medische innovaties.

Publiek-private verantwoordelijkheid

Ook de zorg in het 'open' pakket moet effectief zijn en doelmatig worden verleend. De beoordeling daarvan is in eerste instantie aan partijen in de zorg: zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het Zorginstituut heeft informatiemateriaal ontwikkeld voor partijen over het toetsen van de effectiviteit van behandelingen en om te bevorderen dat dit door alle betrokken op een consistente manier wordt gedaan.

In samenwerking met het Zorginstituut hebben professionals bovendien een leidraad ontwikkeld voor het opstellen van kwaliteitsstandaarden. Ook daarin staat uitleg over het onderzoeken van de wetenschappelijke onderbouwing van behandelingen. Bovendien is afgesproken dat richtlijnen ook aandacht besteden aan kosten en andere economische aspecten. Uit onderzoek blijkt dat dit om verschillende redenen complex is, niet alleen in de Nederlandse context. Om het rendement van elke zorgeuro te optimaliseren, is het belangrijk te sturen op een consistente toetsing van de effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandelingen, ongeacht wie dit doet. Dat vraagt niet alleen om het opbouwen van kennis en capaciteit bij richtlijncommissies, maar ook om een fundamentele discussie over de rol van de overheid ten opzichte van private partijen en specifiek ten opzichte van professionals en zorgverzekeraars. Het toetsen van de effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandelingen heeft gevolgen voor de vraag welke patiënten toegang krijgen tot welke zorg, wanneer en hoe. Zulke verdelingsvraagstukken zijn bij uitstek politiek, waardoor een normerende rol voor de overheid belangrijk is.

Pakketcriteria

De gezondheidszorg heeft niet alleen te maken met financiële grenzen, maar ook met een groeiend personeelstekort. Bovendien is de zorgsector zeer milieuvervuilend, vooral wat betreft CO_2-uitstoot, afvalproductie en waterverontreiniging. Daarom is het Zorginstituut in mei 2025 gestart met een driejarige pilot waarin ook de inzet van schaars zorgpersoneel en de milieu-impact meewegen bij de beoordeling van zorg voor het basispakket. Vooralsnog gaat de voorkeur uit naar een aparte rapportage van de beoordeling op deze twee criteria. Zo kunnen deze criteria in het afwegingsproces expliciet worden meegenomen.

Het beoordelen van arbeidsinzet (schaarse zorgcapaciteit) en duurzaamheid (milieu-impact) is vooral relevant bij innovaties die veel personeel vergen of een duidelijke ecologische voetafdruk hebben, en waar de keuze tussen alternatieven echt tot verschuivingen in het zorgsysteem leidt. Denk bij 'arbeidsinzet' bijvoorbeeld aan

de hoeveelheid tijd die zorgverleners besteden aan het controleren van patiënten op afstand, het thuis toedienen van medicatie of het verschil in tijd tussen een infuusbehandeling en het innemen van medicijnen als tablet of capsule. Denk bij 'milieu impact' bijvoorbeeld aan wegwerp- versus herbruikbare medische hulpmiddelen of geneesmiddelen waarvan de productie en het vervoer ingewikkeld zijn, zoals CAR-T-celtherapie.

De methodologische uitdagingen op het gebied van meten, toerekenen en waarderen van deze twee nieuwe beoordelingscriteria zijn groot (Williams et al. 2026). Standaard meetmethoden of uitkomstmaten zijn nog volop in ontwikkeling. De schaarste aan personeel is context- en tijdsafhankelijk en risico op dubbeltelling is aanwezig want personeelskosten worden al meegenomen aan de kostenkant van een economische evaluatie. Systeemgrenzen voor duurzaamheid zijn lastig te bepalen en data over milieu-impact zijn versnipperd en incompleet.

De grote vraag is hoe al deze criteria bij elkaar te brengen in één besluitvormingskader. Zijn we bereid om een kleinere gezondheidswinst te accepteren in ruil voor minder milieu-impact of een kleiner beslag op schaars personeel? Een andere fundamentele vraag is of pakketbeheer een gewenste weg is om personeelsschaarste en milieuschade van de gezondheidszorg tegen te gaan. Andere maatregelen, bijvoorbeeld via belastingmaatregelen of zorginkoop, zijn daarvoor wellicht effectiever. Ook de vraag waarom juist deze twee additionele criteria en geen andere is relevant. Denk bijvoorbeeld aan rechtvaardigheid in de toegang tot zorg, waarbij nu vooral gekeken wordt naar 'ernst van de aandoening', als onderdeel van het pakketcriterium 'noodzakelijkheid', maar niet naar sociaaleconomische status of andere verdelings-relevante subgroepen.

Naast het experimenteren met een verbreding van de pakketcriteria, kan bij een positieve pakketbeslissing veel vaker worden gekozen voor het stellen van formele contractuele voorwaarden aan gepast gebruik. Dit is een aantrekkelijk alternatief voor een ''alles-of-niets'-pakketbeslissing, zeker bij dure behandelingen. Deze voorwaarden moeten dan wel uitvoerbaar en handhaafbaar zijn. Om te zorgen dat er goede afspraken worden gemaakt, heeft het Zorginstituut een handreiking opgesteld. Deze wijst ook op het belang van afspraken over gepast gebruik in richtlijnen en het belang van monitoring, bijvoorbeeld via registraties. De praktijkervaringen met afspraken over gepast gebruik zijn tot nu toe wisselend. Toch mogen er in onze ogen vaker strengere voorwaarden worden meegegeven bij positieve pakketbeslissingen (vooral bij dure innovatieve behandelingen die met onzekerheid zijn omgeven), mits die voorwaarden voorafgaand in de contractering van zorg door de ziektekostenverzekeraars zijn vastgelegd.

Cyclisch pakketbeheer

Pakketbeheer gaat om meer dan het geven van een eenmalig advies op het moment dat een nieuwe behandelingen op de markt komen. Het gaat bijvoorbeeld ook om een herbeoordeling in het geval dat de prijs van de standaardbehandeling omlaag gaat omdat de marktexclusiviteit verloopt of het indicatiegebied wordt uitgebreid. Bovendien is het belangrijk om een technologie, product of zorg- en ondersteuningsvorm te volgen van ontwikkeling tot toepassing in de praktijk. Om zicht te krijgen op nieuwe geneesmiddelen werken verschillende Europese landen samen in het International Horizon Scanning Initiative. Voor de houdbaarheid van de zorg is belangrijk om ook grip te krijgen op de instroom van medische technologie in het open pakket, ook al blijkt uit recent onderzoek dat regulering hiervan complex is en dat het voorbeeld van geneesmiddelenregulering niet een-op-een gekopieerd kan worden (Michels 2025).

Horizon scanning helpt om in een vroeg stadium te bepalen van welke nieuwe behandelingen de toegevoegde waarde moet worden onderzocht. Steeds vaker worden dure nieuwe geneesmiddelen goedgekeurd door het European Medicines Agency (EMA) op basis van niet-gerandomiseerde klinische trials, zonder controlegroep, op basis van surrogaat uitkomstmaten en met een (te) korte follow-up. Dit zorgt voor onzekerheid over de lange termijneffecten van behandelingen. Juist in die gevallen is het belangrijk om de toepassing van zo'n behandeling te volgen in de praktijk en om goede registraties in te richten waarmee onzekerheid over de effectiviteit en kosteneffectiviteit kan worden vertaald in passende vergoedingsmodellen (Callenbach e.a. 2025). Ook moeten vanuit publiek belang voorwaarden voor vergoeding worden geformuleerd en moet in klinische richtlijnen een duidelijke afbakening worden opgenomen van de groep patiënten die voor een behandeling of vorm van ondersteuning in aanmerking komt. Een belangrijke randvoorwaarde voor dergelijk cyclisch pakketbeheer is de beschikbaarheid van kwalitatief goede, voor het doel geschikte data en methoden die het mogelijk maken deze data op een goede manier te gebruiken. ESHPM draagt bij aan het ontwikkelen van dergelijke methoden.

Het nationale Health Technology Assessment (HTA) proces in internationaal perspectief

Verbreding van pakketbeheer mag niet tot vertraging in de toegang tot echt effectieve en kosteneffectieve zorg leiden. Wat dat betreft is een van de voordelen van de EU HTA regulering dat Europese lidstaten door de regulering gedwongen worden om al veel eerder in het HTA-proces na te denken over de PICO('s) (Patiëntenpopulatie, Interventie, Comparator, Outcomes) die voor hun context relevant zijn. Omdat het Europese HTA-proces parallel loopt aan de EMA beoordeling, moeten de nationale PICO's worden ingediend bij de start van het EMA proces. Nu gebeurt dit meestal pas nádat EMA een positief oordeel heeft gegeven. Verbreding van het nationale pakketbeheer sluit mooi aan bij de brede scope van de EU HTA regulering die niet alleen betrekking heeft op geneesmiddelen, maar ook op bepaalde medische hulpmiddelen en diagnostische testen met het hoogste risicoprofiel.

Het Europese rapport over de gezamenlijke klinische beoordeling (Joint Clinical Assessment, JCA) bevat echter alleen een feitelijke opsomming van het beschikbare bewijs over de relatieve effectiviteit en veiligheid en de mate van onzekerheid daaromheen. Er worden geen conclusies getrokken over de therapeutische meerwaarde van de innovatie en of de onzekerheid in het klinisch bewijs acceptabel is. Er wordt ook geen informatie verstrekt over de economische effecten en de eventuele ethische, juridische, sociale en organisatorische consequenties van de innovatie. Dit blijft de verantwoordelijkheid van de Europese lidstaten, omdat dit afhankelijk is van de nationale context. Toch is ook hier efficiencywinst te behalen voor het nationale HTA proces omdat het Zorginstituut al in de fase van de PICO-definiëring, bij de 'outcomes' kan aangeven, welke eindpunten nodig zijn voor de toekomstige nationale economische evaluatie.

Internationaal gezien is het voordeel van de EU HTA regulering dat alle EU lidstaten bij de start van het nationale HTA proces over precies dezelfde klinische informatie (het JCA rapport) beschikken en van elkaar kunnen leren hoe die informatie wordt ingezet in de nationale besluitvorming over markttoelating. Ook de transparantie ten gevolge van de openbaarmaking van zowel het JCA rapport (met bijlagen) als het dossier ingediend door de ontwikkelaars van de innovatie, is bevorderlijk voor de consistentie en verantwoording van het nationale besluitvormingsproces. Wat de efficiëntie echter niet ten goede komt is het grote aantal PICO's per innovatie. Ten tijde van het JCA-proces kunnen ontwikkelaars onmogelijk al het gevraagde bewijs voor elke PICO overleggen. Daardoor ontstaat onzekerheid over de extra informatie die de individuele lidstaten van de ontwikkelaar zullen gaan vragen. Dat is echter niet anders dan in de huidige situatie.

Een bijkomend effect van de EU HTA regulering is dat steeds meer lidstaten een volledig HTA proces inrichten, inclusief economische evaluatie en beoordeling van bredere maatschappelijke effecten. Daardoor gaan ook steeds meer landen een drempelwaarde hanteren voor de maximale kosten per gewonnen QALY (Murphy e.a. 2026). In Nederland en diverse andere landen wordt deze drempelwaarde groter naarmate de ziekte ernstiger is (variërend tussen 20 en 80K per gewonnen QALY). De drempelwaarde is in ons land slechts richtinggevend en wordt niet als absolute afkapwaarde gehanteerd, waardoor er regelmatig interventies worden vergoed met een kosten-effectiviteitsratio boven deze drempelwaarde. Meestal spelen andere aspecten van maatschappelijke waarde een rol bij deze afweging. Als de drempelwaarde de opportuniteitskosten van een QALY weerspiegelt en waardebepaling steeds meer criteria omvat, moet de drempelwaarde echter worden aangepast om de opportuniteitskosten van een bredere samengestelde batenmaat te weerspiegelen.

Mondiaal is het afwachten welke gevolgen de sterke nadruk op relatieve effectiviteit en HTA heeft voor de aantrekkelijkheid van de Europese markt voor innovators. Via het 'Most Favored Nation'-beleid zet de VS Europa onder druk om geneesmiddelprijzen te verhogen en markttoelating te versnellen, zodat Amerikaanse prijzen via externe referentieprijsstelling kunnen dalen (Grueger e.a. 2025). Anders dreigen er invoertarieven. De Aziatische markt wordt ook steeds aantrekkelijker, niet alleen vanwege de omvang maar ook vanwege (fiscaal) gunstige stimuleringsregelingen voor innovatieve bedrijven. We hoeven in ons land echter niet alle goedgekeurde innovaties toe te laten en te vergoeden. Innovaties met duidelijke therapeutische meerwaarde verdienen prioriteit; HTA kan de toegang tot die innovaties versnellen en verschillen in tijd tot vergoeding tussen Europese landen verkleinen.

Literatuur

Blommestein, Hedwig M., Saskia de Groot, Brenda Leeneman, Carin A. Uyl-de Groot, John B. A. G. Haanen, Michel W. J. M. Wouters, Maureen J. B. Aarts, Franchette W. P. J. van den Berkmortel, Willeke A. M. Blokx, Marye J. Boers-Sonderen, Alfons J. M. van den Eertwegh, Jan Willem B. de Groot, Geke A. P. Hospers, Ellen Kapiteijn, Olivier J. van Not, Astrid A. M. van der Veldt, Karijn P. M. Suijkerbuijk, en Margreet G. Franken. 2025. "Cost-effectiveness of treatment sequences for

BRAF-mutant advanced melanoma in the Netherlands using a health economic model." *European Journal of Cancer* 218: 115071. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2024.115071

Callenbach, Marcelien H. E., Rick A. Vreman, Christine Leopold, Aukje K. Mantel-Teeuwisse, en Wim G. Goettsch. 2025. "Managed Entry Agreements for High-Cost, One-Off Potentially Curative Therapies: A Framework and Calculation Tool to Determine Their Suitability." *PharmacoEconomics* 43 (1): 53-66. https://doi.org/10.1007/s40273-024-01433-4

Enzing, Joost J., Saskia Knies, Bert Boer, en Werner B. F. Brouwer. 2021. "Broadening the application of health technology assessment in the Netherlands: a worthwhile destination but not an easy ride?" *Health Economics, Policy and Law* 16 (4): 440-456. https://www.doi.org/10.1017/S1744133120000237

Grueger, Jens, Kristi Martin, en Sean D. Sullivan. 2025. "Referencing Drug Prices of Other Countries May Not Sustainably Lower Prices in the United States: Lessons From Europe." *Value in Health* 28 (9): 1305-1308. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jval.2025.06.010. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301525024222

Michels, Reneé Else. 2025. *The future is now. Exploring anticipatory practices in MedTech governance*. PhD, ESHPM, Erasmus University Rotterdam.

Murphy, Peter, Susan Griffin, Simon Walker, Laura Vallejo-Torres, Oscar Espinosa, Mac Ardy J. Gloria, en Jessica Ochalek. 2026. "Cost-effectiveness thresholds in policy and practice: do HTA guidelines align with estimates of health opportunity cost?" *Health Economics, Policy and Law*: 1-29. https://www.doi.org/10.1017/S1744133126100395

Roijen, Leona Hakkaart-van, Stijn B. Peeters, Vivian Reckers-Droog, Silvia Evers, Ben Wijnen, Leonie M. Huis in 't Veld, Frederick W. Thielen, en Tim A. Kanters. 2026. "From Paper to Platform: Updating the Dutch Costing Manual and Launching a Web Application." *PharmacoEconomics* 44 (6): 727-740. https://doi.org/10.1007/s40273-026-01590-8

Stolk, Elly A., Gijs van Donselaar, Werner B. F. Brouwer, en Jan J. V. Busschbach. 2004. "Reconciliation of economic concerns and health policy." *PharmacoEconomics* 22 (17): 1097-1107. https://doi.org/10.2165/00019053-200422170-00001

van de Wetering, E. J., E. A. Stolk, N. J. A. van Exel, en W. B. F. Brouwer. 2013. "Balancing equity and efficiency in the Dutch basic benefits package using the principle of proportional shortfall." *The European Journal of Health Economics* 14 (1): 107-115. https://doi.org/10.1007/s10198-011-0346-7

Williams, Jake T. W., Katy J. L. Bell, Scott McAlister, en Rachael L. Morton. 2026. "Methods to Include Environmental Impacts in a Cost-Effectiveness Analysis: A Case Study of Surveillance Imaging After Treatment for Stage III Melanoma." *Value in Health* 29 (8): 1395-1402. https://doi.org/10.1016/j.jval.2026.02.015



2. Zorgen voor zorg-werkers

2.1 Zorgpersoneel behouden: van welzijn tot arbeidsvoorwaarden

Cornelia van Diepen & Marlies Bär

Met de toenemende vraag naar zorg kampen zorgorganisaties steeds vaker met personeelstekorten. Sinds 2018 is het aantal openstaande vacatures in de zorg en welzijn gestegen van 31 duizend naar 70 duizend (CBS, z.d.). Omdat het aantrekken van nieuw personeel vaak vertraagd wordt door lange opleidingen is het behoud van huidig personeel belangrijk om de toegang en kwaliteit van zorg te waarborgen.

De omstandigheden lijken niet gunstig voor personeelsbehoud. Ten eerste is de werkdruk hoog en wordt het werk als relatief belastend ervaren (CPB, 2025). De gezondheids- en welzijnszorg is dan ook de sector met het hoogste ziekteverzuim. Hier worden per 1.000 gewerkte dagen gemiddeld 82 dagen verzuimd wegens ziekte (CBS, z.d.), tegenover gemiddeld 58 dagen in andere sectoren. Dit is voor een groot deel te verklaren door de toename van langdurig ziekteverzuim. Terwijl de noodzaak om personeel te behouden toeneemt, zijn er dus structurele problemen binnen de sector die personeelsbehoud juist bemoeilijken.

Het behouden van personeel wordt beïnvloed door verschillende spanningsvelden waarnaar ESHPM onderzoek doet en oplossingsrichtingen voor kan aanbieden.

Spanningsvelden

1. Minder werknemers leidt tot meer uitval (vicieuze cirkel)

Tijdelijke en structurele personeelstekorten binnen een team kunnen een negatieve invloed hebben op het welzijn van werknemers. Wanneer medewerkers uitvallen en deze uitval niet tijdig wordt opgevangen of vervangen, neemt de werkdruk voor de overige teamleden toe. Dit kan leiden tot verhoogde stress, een grotere ervaren werkbelasting en een verhoogd risico op verdere uitval. Daarnaast kunnen personeelstekorten indirect gevolgen hebben voor de ervaringen van patiënten, bijvoorbeeld doordat de beschikbare tijd en aandacht voor patiënten onder druk komen te staan. Negatieve patiëntervaringen kunnen vervolgens leiden tot een afname van de arbeidstevredenheid en het werkplezier van zorgprofessionals, waardoor het risico op uitval verder toeneemt. Zo kan een vicieuze cirkel ontstaan, waarin personeelstekorten, verminderd welzijn van medewerkers en een afnemende patiënttevredenheid elkaar wederzijds versterken.

2. Balans tussen kwaliteit en efficiëntie zorg versus werktevredenheid

Om de gevolgen van de krappe arbeidsmarkt op te vangen, ligt de nadruk vaak op arbeidsbesparing en het efficiënter organiseren van zorgprocessen. Hoewel dat kan bijdragen aan een hogere productiviteit, is het niet per definitie bevorderlijk voor het welzijn en het behoud van zorgprofessionals. Zo kan een sterke focus op efficiëntie ertoe leiden dat zorgverleners minder tijd per patiënt beschikbaar hebben, wat kan samenhangen met een lagere werktevredenheid en een hogere ervaren werkdruk (Glette e.a., 2026). Daarnaast kunnen tijdbesparende maatregelen zorgen voor stress omdat zorgverleners niet de zorg kunnen geven volgens hun professionele waarden of morele overtuigingen. Langdurige (ethische) stress kan leiden tot burn-out en ziekteverzuim.

3. Arbeidsvoorwaarden als instrumenten om personeel aan te trekken en te behouden

De rol van lonen in het behouden en aantrekken van personeel is onduidelijk. In theorie kan het verhogen van lonen werkgevers aantrekkelijker maken ten opzichte van andere werkgevers, zowel binnen als buiten de zorg. Hoewel een kwart van het zorgpersoneel dat een andere baan overweegt een hoger salaris als motivatie noemt, blijkt uit internationaal onderzoek dat artsen en verpleegkundigen relatief beperkt reageren op loonstijgingen. Bovendien hebben individuele zorgorganisaties op de korte termijn weinig ruimte om salarissen aan te passen, omdat deze grotendeels zijn vastgelegd in collectieve arbeidsovereenkomsten. Het is daarmee onduidelijk in hoeverre lonen in Nederland een effectief instrument zijn om zorgpersoneel te behouden, aan te trekken of meer te laten werken.

Waar de mogelijkheden van loonbeleid nog onvoldoende duidelijk zijn, kiezen zorgorganisaties regelmatig voor meer flexibiliteit in de personeelsinzet om schommelingen in de zorgvraag en onverwachte personeelsuitval op te vangen. Dit gebeurt onder meer door het inzetten van oproepkrachten, nulurencontracten en platformwerkers. Hoewel deze vormen van flexibiliteit de wendbaarheid van organisaties vergroten, kunnen zij ook leiden tot grotere bestaansonzekerheid voor werknemers. Vooral in sectoren zoals de thuiszorg en verpleeghuiszorg bevindt een deel van het personeel zich in een financieel kwetsbare positie (FNV, 2023). Het betreft vaak kort opgeleide medewerkers met tijdelijke of flexibele contracten, die daarnaast te maken kunnen hebben met persoonlijke omstandigheden zoals schulden, alleenstaand ouderschap of mantelzorgverantwoordelijkheden.

Mogelijke oplossingsrichtingen

1. Investeren in welzijn medewerkers

Vanuit de organisatie kan veel worden gedaan om het welzijn van de werknemers te verhogen. Voorbeelden hiervan zijn het versterken van autonomie, sociale steun van collega's en leidinggevenden, empathisch leiderschap, professionele ontwikkelmogelijkheden en voldoende middelen op de werkplek, zodat de veerkracht, werkbetrokkenheid en duurzame inzetbaarheid van medewerkers verbetert. Daarnaast dragen stabiele teams, effectieve team coaching en een ondersteunende werkomgeving bij aan betere samenwerking, hogere werktevredenheid en minder burn-out.

Deze factoren bevorderen niet alleen het behoud van personeel, maar ook patiëntveiligheid en -tevredenheid. Investeren in een ondersteunende werkomgeving is daarmee een belangrijke strategie om de negatieve spiraal van personeelstekorten te doorbreken. Hoewel dergelijke investeringen in eerste instantie de verantwoordelijkheid van individuele werkgevers zijn, bieden regionale en landelijke initiatieven (zoals RegioPlus en de Rotterdamse Zorg) organisaties handvatten, kennis en samenwerkingsmogelijkheden om aantrekkelijk werkgeverschap, duurzame inzetbaarheid en het behoud van zorgprofessionals te versterken.

2. Meenemen werknemers in interventies in gezondheidszorg

Bij de implementatie van interventies is het belangrijk om niet alleen de directe efficiëntiewinst te beoordelen, maar ook de gevolgen voor het welzijn van medewerkers. Onderzoek laat zien dat autonomie, leermogelijkheden en vrijheid om het werk zelf vorm te geven, bijdragen aan werkbetrokkenheid en behoud van zorgprofessionals. Een voorbeeld is de implementatie van persoonsgerichte zorg waarbij specifiek gekeken wordt naar het effect van de implementatie op zorgverleners (van Diepen e. a., 2021; 2026). Zorgverleners die zorg kunnen bieden die aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van patiënten, ervaren minder ethische stress, vinden hun werk betekenisvoller en zijn minder geneigd de organisatie te verlaten. Bovendien hangt persoonsgericht werken samen met hogere werktevredenheid en betere samenwerking en communicatie binnen teams. Door de impact van de interventie te meten bij zorgverleners wordt duidelijk hoe effectief deze is. Het Actieplan zeggenschap in de zorg is een concreet voorbeeld van hoe werknemers betrokken kunnen worden bij het verbeteren van werkprocessen.

3. Meer onderzoek naar arbeidsvoorwaarden, contractvormen en de inhoud van werk

Er is meer onderzoek nodig naar of en hoe arbeidsvoorwaarden, contractvormen en de inhoud van werk bijdragen aan het behoud van zorgprofessionals. Lopend ESHPM-onderzoek analyseert of loonsverhogingen in nieuwe CAO's effectief zijn om personeel binnen de zorg te houden. Daarnaast wordt gekeken naar de effecten van flexibele arbeidsrelaties op het welzijn en behoud van medewerkers, de kwaliteit van zorg en de maatregelen die organisaties nemen om bestaansonzekerheid van werknemers te beperken. Dit onderzoek speelt in op recente ontwikkelingen omtrent het verbod op nulurencontracten in de zorg en strengere handhaving op schijnzelfstandigheid.

Daarnaast onderzoekt ESHPM de rol van middenmanagers in het vergroten van de veerkracht van individuele medewerkers en teams. ESHPM doet ook onderzoek naar 'onverrichte zorg' en 'ethische stress' en kijkt of de inhoud van het werk aansluit bij de zorg die de zorgverleners willen geven. De effecten van het niet goed kunnen invullen van hun zorgtaken leidt tot ziekteverzuim en het wisselen van baan naar andere zorginstellingen of buiten de gezondheidszorg. Ook als de werkdruk te hoog is, kan niet de juiste zorg worden gegeven waardoor de zorgkwaliteit en patiënttevredenheid achteruitgaat. Het aanbieden van handvatten en goede arbeidsvoorwaarden kan helpen.

Conclusie

Het behouden van tevreden en gezond personeel in de zorg vraagt om een actieve rol van zorgorganisaties, de overheid en onderzoekers. Zorgorganisaties moeten tijdig investeren in het welzijn van medewerkers om werktevredenheid te verhogen en een mogelijke vicieuze cirkel van uitval te voorkomen. Dit vraagt om voldoende autonomie, sociale steun, empathisch leiderschap,

professionele ontwikkelmogelijkheden en passende arbeidsvoorwaarden.

Deze verantwoordelijkheid ligt echter niet alleen bij zorgorganisaties. Personeelstekorten en uitval kunnen de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg onder druk zetten, en vormen daarmee ook een belangrijk beleidsmatig vraagstuk. Bovendien heeft de overheid indirect invloed op de voorwaarden waaronder (en de manier waarop) in de zorg wordt gewerkt, bijvoorbeeld via arbeidsmarktbeleid rond flexibele contracten en keuzes over verantwoording en regelgeving die de administratieve lasten beïnvloeden.

Om zorgorganisaties en beleidsmakers te ondersteunen bij het maken van onderbouwde keuzes is meer kennis nodig over welke maatregelen bijdragen aan het welzijn en behoud van zorgpersoneel. ESHPM-onderzoek richt zich daarom op het in kaart brengen van factoren op organisatieniveau die samenhangen met werktevredenheid en vertrek, maar ook op de vraag of en hoe veranderingen en beleid op de arbeidsmarkt invloed hebben op zorgmedewerkers en op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

Literatuur

Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.). Ziekteverzuim. CBS. Geraadpleegd op 2 juni 2026, van https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-arbeidsmarkt/werkenden/ziekteverzuim

Centraal Planbureau (2025). Zicht op zorgbanen. https://www.cpb.nl/system/files/cpbmedia/omnidownload/CPB_publicatie_zicht_op_zorgbanen.pdf

FNV. 21 juni 2023. *Rondkomen in de VVT. Onderzoek naar de inkomenspositie, werkdruk en werk-privé balans van werknemers in de ouderenzorg.* FNV (Amsterdam).

Glette, M. K., Akerjordet, K., Haver, A., Haraldseid-Driftland, C., Guise, V., Bergerød, I. J., Bal, R., Felder, M., Chatzittofis, A., Tibu, F., Raknes Sogstad, M. K., Odberg, K. R., Lahti, M., Sahla, S., Nevantaus, S., Ellis, L. A., Braithwaite, J., Clay–Williams, R., Schroeder, T., … Wiig, S. (2026). Factors supporting organizational and individual resilience for healthcare professionals and informal caregivers in elderly care settings – a systematic review. International Journal of Health Governance, 31(2), 253–287. https://doi.org/10.1108/IJHG-06-2025-0085

Van Diepen, C., Fors, A., Ekman, I., Bertilsson, M., & Hensing, G. (2021). Associations between person-centred care and job strain, stress of conscience, and intent to leave among hospital personnel. Journal of Clinical Nursing, (March), 1-11. https://doi.org/10.1111/jocn.15919

Van Diepen, C., Gustavsson, K., Hensing, G., Lood, Q., & Fors, A. (2026). The role of job satisfaction on the association between perceived person-centred care and stress of conscience: A moderated mediation analysis of cross-sectional data from primary care professionals. BMC Primary Care. https://doi.org/10.1186/s12875-025-03163-8

2.2 Tussen transitie en overbelasting: over het onzichtbare werk achter zorgvernieuwing

Martijn Felder, Martina Buljac-Samardžić & Welmoed van Deen

Op alle niveaus van het zorgstelsel wordt gewerkt aan een omvangrijke transitie om de kloof die ontstaat tussen zorgvraag en organisatiecapaciteit het hoofd te bieden. Digitalisering, regionale samenwerking en passende keuzes moeten de zorg daarbij efficiënter, duurzamer en toekomstbestendiger maken (IZA 2022).

Deze transitie is noodzakelijk, maar heeft ook een keerzijde die in het publieke debat relatief weinig aandacht krijgt. De transitie produceert nieuw werk. Daarmee doelen wij niet alleen op het ontwikkelen van nieuwe technologieën of werkprocessen, maar vooral ook op het coördinatie-, afstemmings-, en organisatiewerk dat nodig is om de beoogde transitie in de dagelijkse zorgpraktijk te realiseren (Felder et al. 2024).

Een belangrijk deel van dit transitiewerk wordt gedragen door zorgprofessionals. Hun vermogen om dit werk op te vangen maakt dat de beoogde transitie überhaupt kan plaatsvinden, maar het vergroot tegelijkertijd ook de druk die al staat op de dagelijkse uitoefening van zorg. In dit hoofdstuk analyseren we de consequenties van deze beweging. We beginnen daarbij met een casus uit de dagelijkse zorgpraktijk:

Het is half 8 in de ochtend. Op de verpleegpost van een chirurgische afdeling lossen 7 verpleegkundigen de 2-koppige nachtploeg af. Tijdens de overdracht blijkt dat drie oudere patiënten medisch klaar zijn voor ontslag, maar nog geen vervolgplek hebben in een revalidatiecentrum, verpleeghuis of aangepaste thuissituatie. Later die ochtend worden twee extra patiënten verwacht voor een spoedingreep. Hoewel er fysiek genoeg bedden beschikbaar zijn, is de capaciteit beperkt door de omvang en ervaring van het team. De verpleegkundigen voelen de druk om dit op te lossen.

Naast opnames en ontslagen, wordt ook de teamsamenstelling besproken. Twee verpleegkundigen moeten om 10 uur naar een nieuw digitaliseringsproject. Een ander sluit om 11 uur aan bij een werkgroep over waardegedreven zorg. Daarna gaat ze naar een ziekenhuisbrede bespreking over werkdruk en werkplezier. De teamleider moet in de middag eerder weg voor afstemming met een regionaal zorgnetwerk over betere nazorg voor oudere patiënten.

Een verpleegkundige grapt dat er ook nog gewoon voor patiënten gezorgd moet worden. Het kan toch niet de bedoeling zijn dat er door al deze overleggen steeds minder tijd is voor de patiënt? Al met al is iedereen het erover eens dat er veel op hen afkomt. Alle initiatieven afzonderlijk zijn goed verdedigbaar, maar in de praktijk moet de verpleegkundige voortdurend balanceren tussen directe patiëntenzorg en deelname aan allerlei overleggen.

Vignet op basis van langdurig etnografisch onderzoek naar verpleegkundige organisatie van zorg 2019-2025

Probleemanalyse

Ons betoog bestaat uit drie opeenvolgende stappen die samen laten zien hoe een groot deel van de zorgtransitie wordt geabsorbeerd door het adaptieve vermogen van zorgprofessionals terwijl de structurele kosten daarvan buiten beeld blijven.

1. De zorgprofessional als drager van zorgtransities, maar niet de ontwerper ervan

Het is evident dat de zorgafdeling uit het voorbeeld deelneemt aan een veelheid aan initiatieven. In die initiatieven staat impact in de dagelijkse zorgpraktijk centraal: daar moeten de oplossingen voor de huidige uitdagingen in de zorg zich uiteindelijk manifesteren. Zorgprofessionals krijgen daarmee een centrale rol toebedeeld in het realiseren van de beoogde transitie. Tegelijkertijd worden de uitgangspunten, prioriteiten en oplossingsrichtingen van die transitie grotendeels ontwikkeld op hogere beleidsniveaus, in een complexe interactie tussen overheden, beroepsverenigingen, verzekeraars, patiëntenorganisaties, zorgbestuurders, wetenschappers, subsidieverstrekkers en private partijen (IZA 2022). De contouren van deze transitie worden daardoor in belangrijke mate bepaald door partijen die buiten de dagelijkse zorgpraktijk staan. Hierdoor ontstaat een belangrijke asymmetrie. De verantwoordelijkheid voor implementatie ligt grotendeels op de werkvloer, terwijl de inrichting van die verandering vooral elders plaatsvindt.

2. Het onzichtbare werk achter projectmatige zorgverbetering

Een stapeling van initiatieven die bedoeld zijn om de zorg efficiënter te organiseren en zorgprofessionals te ontlasten, vraagt op korte- en middellange termijn om een aanzienlijke investering van tijd, aandacht en organisatorisch werk van diezelfde zorgprofessionals. Waar veel innovaties en veranderprojecten worden gepresenteerd als afzonderlijke bijdragen aan de transitie naar toekomstbestendige zorg, ervaren zorgprofessionals ze daarom vaak als een opeenstapeling van nieuwe verwachtingen en verantwoordelijkheden boven op hun bestaande werkzaamheden. Natuurlijk valt er veel te zeggen voor het belang van vertaling en lokale inbedding van veranderinitiatieven. Dit gaat echter ook gepaard met veel onzichtbaar werk. Zorgprofessionals worden daarom steeds vaker overvraagd.

3. Grenzen aan het adaptieve vermogen van zorgprofessionals

Zorgorganisaties – en wij als maatschappij – doen een groot beroep op het adaptieve vermogen van zorgprofessionals. Dat vermogen uit zich in het voortdurend combineren van rollen en verantwoordelijkheden. Zorgverleners nemen daarbij soms taken op zich waarvoor zij niet formeel zijn opgeleid. Alleen op die manier kunnen veel zorgorganisaties hun doelen binnen de zorgtransitie bereiken.

Het adaptieve vermogen van zorgprofessionals om frictie, tekorten en organisatorische tegenstrijdigheden op te vangen blijkt cruciaal voor het waarborgen van de continuïteit van zorg in tijden van schaarste (Kuijper et al., 2022) en het gelijktijdig voortzetten van de beoogde zorgtransitie die verlichting moet brengen (Schuurmans et al. 2025). Dit vermogen is echter niet onuitputtelijk en kent een belangrijke keerzijde. De voortdurende noodzaak om tegenstrijdige eisen met elkaar te verenigen en structurele tekortkomingen op te vangen genereert niet alleen een hoge werkdruk, maar ook morele stress: de ervaring onvoldoende recht te kunnen doen aan professionele normen, kwaliteit van zorg, patiëntbelangen en organisatorische verwachtingen tegelijkertijd.

De vraag dringt zich op hoe lang deze situatie houdbaar blijft en in hoeverre de huidige transitiebelofte daadwerkelijk zal leiden tot duurzame verlichting van de druk op de zorg. Recente rapporten over werkdruk en uitstroom wijzen juist op een beweging van individuele zorgverleners weg van de zorgprofessies, wat eveneens zichtbaar wordt in de hoge ziekteverzuim- en verloopcijfers binnen de gezondheidszorg (Actiz 2023).

Reality check

De afhankelijkheid van het adaptieve vermogen van zorgprofessionals heeft een belangrijk maskerend effect. Doordat zorgprofessionals er steeds opnieuw in slagen zowel de dagelijkse organisatie van zorg rond te krijgen en het transitiewerk op te vangen, blijft het grotendeels onzichtbaar hoeveel extra arbeid zorgtransities zelf produceren. De beloftes van veel transitie-initiatieven verhullen daarbij vaak hun eigen organisatorische kosten. Zo wordt de extra belasting feitelijk 'gedumpt' bij individuele zorgprofessionals. Om deze kloof te overbruggen, worden we steeds meer afhankelijk van de flexibiliteit en extra inzet van individuele zorgprofessionals. Dit maakt dat het zorgsysteem op korte termijn veerkrachtig lijkt, maar tegelijkertijd vermindert de urgentie om fundamentele knelpunten in de transitieagenda aan te pakken. Daarnaast normaliseert het een groeiende belasting op het niveau van de werkvloer, die inhoudelijk noch ethisch te verantwoorden is.

De benoemde spanningsvelden en hun consequenties laten zien dat de huidige zorgtransitie onvoldoende aansluit op de realiteit van de dagelijkse zorgpraktijk. Ons betoog vraagt daarom om een heroriëntatie op de manier waarop zorgtransities worden vormgegeven. Wij doen daarvoor drie aanbevelingen.

Advies 1: weeg extra lasten af tegen onzekere opbrengsten

Wij pleiten ervoor dat onderzoekers, beleidsmakers, bestuurders, zorgmanagers en subsidieverstrekkers vooraf expliciet afwegen welke inzet van zorgprofessionals wordt gevraagd en welke opbrengsten daarvan redelijkerwijs mogen worden verwacht. Daarbij zou niet alleen gekeken moeten worden naar de potentiële meerwaarde van een afzonderlijk initiatief, maar ook naar de cumulatieve belasting die ontstaat wanneer meerdere initiatieven gelijktijdig een beroep doen op dezelfde professionals of afdelingen. Niet alles wat potentieel waardevol is, kan tegelijkertijd worden geïmplementeerd. Dit is geen pleidooi voor minder innovatie, maar voor afgewogen keuzes. Vernieuwing vraagt om expliciete prioritering, waarbij de tijd, inspanning en capaciteit die van zorgprofessionals worden gevraagd systematisch worden afgewogen tegen de verwachte – maar vaak onzekere – opbrengsten.

Advies 2: manage niet alleen projecten, maar ook hun onderlinge samenhang

Complexe zorgvraagstukken worden vaak vertaald naar subsidieprogramma's die uitgroeien tot een lappendeken van gefragmenteerde deelprojecten, met een veelheid aan betrokken partijen. Op zichzelf zijn deze projecten doorgaans goed verdedigbaar en zorgvuldig georganiseerd. De verantwoordelijkheid voor het verbinden van al deze afzonderlijke veranderingen komt echter terecht bij de dagelijkse zorgpraktijk. Wij pleiten er daarom voor om nieuwe initiatieven niet alleen te beoordelen op hun potentiële meerwaarde, maar ook expliciet te toetsen hoe zij zich verhouden tot bestaande verandertrajecten. De vraag zou niet alleen moeten zijn of een project op zichzelf waarde toevoegt, maar ook hoe het aansluit op bestaande initiatieven, bijdraagt aan een samenhangende transitieagenda en uitvoerbaar is binnen de dagelijkse zorgpraktijk.

Advies 3: veranker de belangen van de werkvloer structureel

De werkelijke transitieopgave is het herstellen van de balans tussen veranderkracht en draagkracht, zodat de zorg toekomstbestendig wordt zonder de werkvloer te overbelasten. De verantwoordelijkheid voor het herstellen van deze balans ligt niet bij één actor. Onderzoekers, subsidieverstrekkers, beleidsmakers, bestuurders, beroepsverenigingen, patiëntenorganisaties en zorgprofessionals dragen hier allemaal bewust en onbewust aan bij. De belangrijkste opgave hier ligt niet alleen in het verbeteren van de implementatie van afzonderlijke interventies, maar vooral in het verbeteren van de keuzes die daaraan voorafgaan. De belangen van uitvoerende zorgprofessionals moeten aan de voorkant een centralere rol krijgen en niet pas tijdens de implementatie. Het vertegenwoordigen van deze belangen is niet uitsluitend de verantwoordelijkheid van zorgprofessionals zelf, maar een gezamenlijke verantwoordelijkheid gedurende alle stappen van de transitie.

Tot slot

Wij doen een oproep aan alle actoren om de drie adviezen uit dit hoofdstuk toe te passen op hun eigen handelen. Deze oproep begint bij onszelf als onderzoekers. Wanneer ons streven een bijdrage aan de duurzame verbetering van de zorg is, vraagt dat mogelijk om een andere academische rol. Niet primair door steeds nieuwe interventies te ontwikkelen, maar door ruimte te creëren voor gezamenlijke prioritering, kritische reflectie en het versterken van de positie van uitvoerende zorgprofessionals bij het bepalen van de kennis- en innovatieagenda. Dat betekent dat de aandacht verschuift van de vraag welke innovatie nog kan worden toegevoegd naar de vraag welke veranderingen daadwerkelijk bijdragen aan een beter functionerend zorgsysteem en onder welke voorwaarden zij uitvoerbaar en duurzaam kunnen worden ingebed.

Literatuur

ACTIZ (2023). Algemene Personele Kengetallen Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2022. Geraadpleegd op 17 juni 2026, https://www.actiz.nl/sites/default/files/2024-01/Rapport%20Algemene%20Personele%20Kengetallen%20Kwaliteitskader%20Verpleeghuiszorg%202022.pdf

Felder, M., Kuijper, S., Allen, D., Bal, R., Wallenburg, I., & RN2Blend Consortium (2024). Job crafting as retention strategy: An ethnographic account of the challenges faced in crafting new nursing roles in care practice. *The International Journal of Health Planning and Management*, *39*(3), 722-739

IZA Integraal Zorgakkoord (2022). Samen werken aan gezonde zorg. Geraadpleegd op 17 juni 2026, https://www.rijksoverheid.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2022/09/16/integraal-zorg-akkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg/integraal-zorg-akkoord.pdf

Kennis- en Innovatieagenda 2024-2027 (2023). Gezondheid en zorg. Geraadpleegd op 17 juni 2026, https://online.fliphtml5.com/gedjp/iwgv/

Kuijper, S., Felder, M., Bal, R., & Wallenburg, I. (2022). Assembling care: How nurses organise care in uncharted territory and in times of pandemic. *Sociology of Health & Illness*, *44*(8), 1305-1323

Schuurmans, J. J., Felder, M., Bal, R., & Wallenburg, I. (2025). Reorganizing medical care for older persons in times of scarcity: A cybernetics analysis of work pressure and organizational change. *Social Science & Medicine*, *366*, 117634.

2.3 Een mantel voor mantelzorgers: naar mantelzorg als gedeelde zorg

Job van Exel & Lieke Oldenhof

In de komende decennia zal een aanzienlijk deel van de zorg en ondersteuning buiten de professionele zorg moeten worden geregeld. Dit geldt niet alleen voor de zorg en ondersteuning voor ouderen, maar in brede zin voor mensen met een (chronische) mentale of fysieke beperking. Mantelzorgers zijn nu al onmisbaar en worden stevig belast. Hoe kunnen we beter zorgen voor de mantelzorger?

Ongeveer 5 miljoen Nederlanders geven zorg en ondersteuning aan iemand uit hun sociale omgeving. Deze mantelzorg komt meestal voort uit een zorgvraag van een partner, ouder of ander familielid. Het kan veel voldoening geven om iets voor een naaste te kunnen doen, maar tegelijkertijd is mantelzorg ook een last, zowel vanwege de mantelzorgtaken zelf als vanwege de zorgen om een naaste met wie het fysiek of mentaal minder goed gaat.

Veel mantelzorgers voelen zich overbelast. De omvang van de zorgtaak en het inpassen van mantelzorg in het dagelijks leven – naast bijvoorbeeld het eigen huishouden en (vrijwilligers)werk – spelen een belangrijke rol in de belasting van mantelzorg. Er is veel kennis over de zorglast van mantelzorgers en factoren die daaraan bijdragen, en er zijn gevalideerde instrumenten om deze zorglast te monitoren en de impact van mantelzorg mee te nemen in beleidsevaluaties en -beslissingen (Hoefman e.a., 2013).

Hoe goed en hoelang mantelzorgers hun rol kunnen volhouden, hangt af van de balans tussen zorglast en draagkracht. Bij zorglast gaat het om de taken die de mantelzorger verricht, de uren die daaraan besteed worden, en hoe deze belasting ervaren wordt. De draagkracht wordt bepaald door individuele factoren, zoals de gezondheid van de mantelzorger, maar ook door de ondersteuning vanuit het sociale en maatschappelijke netwerk. Bijvoorbeeld mensen in de buurt die af en toe mantelzorg of andere taken overnemen, werkgevers die zich flexibel en ondersteunend opstellen en duurzaam gefinancierde mantelzorgondersteuning.

Wanneer zorgzame gemeenschappen rond de mantelzorger ontbreken of niet duurzaam gefinancierd zijn, komt de verantwoordelijkheid voor zorg grotendeels bij individuele mantelzorgers terecht en neemt het risico op negatieve effecten toe. Mantelzorgers die overbelast raken, kunnen zelf gezondheidsklachten ontwikkelen, minder productief worden en zelfs helemaal uitvallen, niet alleen uit hun rol als mantelzorger maar ook uit andere rollen en verantwoordelijkheden. Dit kan gevolgen hebben voor hun gezin, hun werk en werkgever, de ontvanger van mantelzorg, en de formele zorg. In evaluaties van interventies in de zorg en discussies over de toekomst van de (langdurige) zorg blijven de effecten op mantelzorgers en de bredere maatschappelijke kosten hiervan vaak nog buiten beschouwing. Aan mantelzorg zitten sociale en demografische grenzen. De ruimte van burgers om (nog meer) mantelzorg te geven en daarmee de gaten in de formele zorg op te vullen, is beperkt. De mantelzorgcapaciteit zal de komende jaren verder afnemen door vergrijzing en doordat huishoudens kleiner worden en familieleden steeds vaker verder uit elkaar wonen. Hiermee wordt de rol van vrijwilligers en de buurt steeds belangrijker. De toenemende individualisering in de samenleving maakt dit echter niet gemakkelijker.

Mantelzorg is bovendien niet gratis. De tijd die mensen in Nederland aan mantelzorg besteden en het verlies aan arbeidsproductiviteit als gevolg van mantelzorg verlenen zijn samen geschat op € 20-30 miljard per jaar. Als alle mantelzorg door professionele dienst- of zorgverleners overgenomen zou moeten worden, kost dit ongeveer € 40 miljard per jaar. Mantelzorg is gebaseerd op vrijwilligheid en kan juridisch niet worden afgedwongen (Linthorst & De Wit 2017). Gemeenten mogen er in hun beleid daarom niet van uitgaan dat uitwonende familieleden of andere naasten vanzelfsprekend beschikbaar zijn als mantelzorger. Ze moeten onderzoeken of mensen uit het sociale netwerk bereid en in staat zijn mantelzorg te geven en moeten investeren in voorwaarden die ervoor zorgen dat dit goed vol te houden is.

Mantelzorg is ongelijk verdeeld. Vrouwen geven vaker intensieve en langdurige mantelzorg dan mannen, en Nederlanders met een migratieachtergrond ervaren meer sociale druk om mantelzorg te verlenen (De Boer 2018). Daarnaast worden mensen met minder financiële middelen, een slechtere gezondheid of een kleiner sociaal netwerk vaker geconfronteerd met de vraag om mantelzorg te geven. Dit betekent dat groepen in de samenleving die de zorg misschien het moeilijkst kunnen dragen er vaak het zwaarst door worden belast. Deze ongelijkheden zorgen voor verschillen op de arbeidsmarkt, bijvoorbeeld doordat mantelzorgers (tijdelijk) minder werken of carrièrekansen laten schieten, en kunnen langdurige gevolgen hebben voor financiële weerbaarheid en zelfstandigheid, pensioenopbouw, gezondheid en welzijn. Het is daarom belangrijk dat de verantwoordelijkheid voor deze zorg eerlijker verdeeld worden tussen bevolkingsgroepen.

Organiseer een mantel voor mantelzorgers

Het beroep op mantelzorg neemt toe door grenzen aan de formele zorg, maar ook aan mantelzorg zit een grens. Het is echter onduidelijk waar deze grens ligt. Hoeveel (meer) mensen kunnen mantelzorg geven, en hoeveel (meer) tijd kunnen ze hieraan besteden? Hoe kan de inzet van al deze mantelzorgers georganiseerd worden zodat dit potentieel optimaal en duurzaam wordt benut? Wie spelen hierbij een rol of hebben hierbij een verantwoordelijkheid?

Wie een goede mantelzorger wil zijn voor een naaste, heeft zelf ook een goede mantel nodig. Gezien de enorme opgave en de individuele en maatschappelijke effecten, mag mantelzorg niet volledig worden afgewenteld op individuele burgers die met een zorgvraag worden geconfronteerd. Om mantelzorg toekomstbestendig te maken is een breed ondersteunend netwerk nodig waarin bijvoorbeeld de buurt en de bredere sociale omgeving van de mantelzorger en de zorgontvanger een rol spelen, maar ook zorgorganisaties, gemeenten, verzekeraars, werkgevers en woningcorporaties een verantwoordelijkheid hebben. Dit brede ondersteunende netwerk vormt de mantel om de mantelzorger en omvat drie samenhangende pijlers.

Pijler 1: Beperk de zorglast van mantelzorg

Gelukkig zijn veel mensen in Nederland bereid mantelzorg te geven, maar zij zijn lang niet altijd voorbereid of in staat om goed om te gaan met alles waarmee zij worden geconfronteerd. Het verminderen van het aantal mantelzorguren en -taken, maar ook van de ervaren belasting maakt, mantelzorg geven voor meer mensen mogelijk en beter vol te houden.

Om te beginnen hoeven niet alle zorgtaken die niet (meer) door formele zorgverleners gedaan kunnen worden door familie, vrienden of buren te worden overgenomen. Hier is mogelijk een rol voor andere dienstverleners en voor ondersteunende technologie. Nieuwe serviceconcepten kunnen hierbij een rol spelen, bijvoorbeeld platformdiensten voor vervoer, maaltijden, boodschappen en kleine klusjes in en om het huis. Digitale hulpmiddelen zoals monitoring op afstand en communicatieapps kunnen mantelzorgers daarnaast helpen om zorgtaken efficiënter te organiseren. De ervaringen zijn echter wisselend. Ondersteunende technologieën kunnen leiden tot minder zorguren en een langere volhoudtijd, maar soms ook tot een hogere ervaren zorglast (Bagnasco & van Exel 2025). Het is daarom van belang om dit te blijven monitoren en gericht in te zetten. Een vaak ongeziene maar belangrijke bron van zorglast is het organiseren en coördineren van zorg. Veel mantelzorgers fungeren als planner, coördinator en procesbewaker in een versnipperd zorglandschap. Zij regelen indicaties, zorgaanvragen, vergoedingen en afstemming tussen verschillende mantelzorgers en professionals. Dit zijn complexe en belastende taken waarbij goede ondersteuning een groot verschil kan maken. Mantelzorgmakelaars kunnen mensen bijvoorbeeld helpen bij het vinden van passende ondersteuning, het aanvragen van de juiste voorzieningen en het begrijpen van complexe regelgeving. Gemeenten kunnen administratieve lasten verminderen of regelingen vereenvoudigen, bijvoorbeeld rondom het persoonsgebonden budget en mantelzorgwoningen, en de ondersteuning van mantelzorgers vaker preventief inzetten om overbelasting te voorkomen.

Pijler 2: Maak mantelzorg een gedeelde verantwoordelijkheid

Zorg en ondersteuning worden steeds vaker door zowel mantelzorgers als professionele zorgverleners gegeven. Een goede aansluiting en samenwerking tussen formele en informele zorg is dan essentieel (van Bochove & Oldenhof 2020). Dit vraagt om nieuwe vormen van professionaliteit, waarin zorgprofessionals, coördinatoren en mantelzorgers hun rollen expliciet afstemmen, zodat ze elkaar ontlasten en versterken. Mantelzorgers moeten daarbij niet uitsluitend worden gezien als hulpbron voor het zorgsysteem, maar als gelijkwaardige partners binnen het zorgnetwerk (RVS 2022).

Werkgevers spelen ook een belangrijke rol in het ondersteunen van mantelzorgers (SER 2026; SCP 2026). Ongeveer twee miljoen Nederlanders combineren mantelzorg met betaald werk en ongeveer een kwart van hen ervaart daarbij knelpunten. Flexibele werktijden, hybride werken, mantelzorgverlof en een open gesprek

over het combineren van zorgtaken en werk horen bij goed werkgeverschap. Een mantelzorgvriendelijke arbeidsmarkt is ook goed voor werkgevers, want het bevordert duurzame inzetbaarheid en helpt productiviteitsverliezen te voorkomen.

Naast zorginstellingen en werkgevers, dragen ook gemeenten en welzijnsorganisaties verantwoordelijkheid. Door mantelzorg als een gedeelde maatschappelijke verantwoordelijkheid te zien en te organiseren, en expliciet mee te nemen in beleid, kunnen al deze partijen bijdragen aan het beperken van de zorglast en het verlengen van de volhoudtijd van mantelzorgers.

Pijler 3: Verbeter de leef- en zorgomgeving

Die gedeelde verantwoordelijkheid krijgt ook vorm in de leef- en zorgomgeving van zorgvragers en mantelzorgers. Mantelzorg is niet alleen een zorgvraagstuk, maar ook een vraagstuk van gemeenschap, buurt en wonen.

Wanneer professionele ondersteuning wordt afgebouwd en verschuift naar de leefomgeving, komt meer organisatorische en emotionele last terecht bij zorgvragers en hun naasten (Heerings e.a., 2024). Dit vraagt niet alleen om zelfredzaamheid, maar ook om samenredzaamheid (RVS, 2022). Langer thuis wonen en mantelzorg worden duurzamer wanneer zij kunnen steunen op een breder netwerk. Zorgzame gemeenschappen vormen daarom een belangrijke aanvulling op formele zorg en mantelzorg. Zij nemen de zorg niet over, maar ondersteunen door praktische taken op zich te nemen, zoals boodschappen doen, vervoer regelen of tijdelijk opvang bieden. Gemeenten en zorgverzekeraars kunnen dit stimuleren door voorzorgcirkels, buurtnetwerken en andere vormen van gemeenschapszorg structureel te ondersteunen. Ook de kennis en ervaring van vitale gepensioneerden kunnen beter worden benut in lokale ondersteuningsnetwerken (Xia e.a., 2025).

De manier waarop mensen wonen bepaalt in belangrijke mate hoe makkelijk ze voor elkaar kunnen zorgen. Aangepaste woonvormen dragen bij aan langer thuis wonen en het ontstaan van zorgzame gemeenschappen (Schmidt e.a., 2026). Collectieve woonconcepten, mantelzorgwoningen en moderne woonzorgconcepten vergemakkelijken de verdeling van zorgtaken en de inzet van professionele zorg. Daarnaast vormen ontmoetingsplekken zoals buurthuizen, wijkcentra en bibliotheken het fundament van zorgzame buurten. Hier ontstaan sociale contacten, worden hulpvragen zichtbaar en kan overbelasting vroeg worden gesignaleerd. Investeringen in woonvormen en ontmoetingsplekken zijn daarom ook investeringen in de houdbaarheid van formele zorg en mantelzorg. Gemeenten, woningcorporaties, zorgorganisaties en projectontwikkelaars moeten wonen, zorg en gemeenschapsvorming daarom sterker in samenhang ontwerpen.

Tot slot is aandacht voor sociale ongelijkheid essentieel. Niet iedereen beschikt over een sterk netwerk, passende woning of goede toegang tot voorzieningen. Door hiermee rekening te houden bij de inrichting van wonen en gemeenschapsvorming, kunnen zorgzame gemeenschappen bijdragen aan een omgeving waarin iedereen steun kan vinden én bieden.

Naar mantelzorg als gedeelde zorg

De toekomst van de zorg vraagt om meer mantelzorg maar vooral ook om beter ondersteunde mantelzorg. Een samenleving die een steeds groter beroep doet op mantelzorgers, moet ook bereid zijn om voor die mantelzorgers te zorgen. Dit vraagt om erkenning van mantelzorg als een gedeelde verantwoordelijkheid, waarbij niet alleen mantelzorgers de zorg dragen voor hun naasten, maar ook werkgevers, gemeenten, zorgorganisaties, woningcorporaties, buurten en sociale netwerken verantwoordelijkheid nemen voor de zorg en de mantelzorger. De kern van die opgave is eenvoudig: wie een goede mantel voor een naaste wil zijn, heeft zelf ook een mantel nodig. Alleen dan blijft mantelzorg een toekomstbestendige kracht van onze samenleving en minder dan nu een bron van (over)belasting en ongelijkheid.

Literatuur

Bagnasco, G., & van Exel, J. (2025). Impact of assistive technologies on caregiver burden and perseverance for people with dementia at home. *Health Policy and Technology*, 101134.

De Boer, A. (2017). *Wie maakt het verschil? Sociale ongelijkheid in condities en consequenties van informele hulp*. Oratie, Vrije Universiteit Amsterdam.

Graler, L. (2024). *Governing informal care: An exploration of informal care in the Dutch health care system. PhD dissertatie.* Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Heerings, M., van de Bovenkamp, H., Cardol, M., & Bal, R. (2024). Burden of support: a counter narrative of service users' experiences with community housing services. *Disability & society*, *39*(3), 743-766.

Hoefman RJ, van Exel J, Werner BF Brouwer (2013). How to include informal care in economic evaluations. *PharmacoEconomics,* 31(12), 1105-1119.

Linthorst, E. & De Wit, J. (2017). Recht op voortzetting pgb; geen verplichte mantelzorg. (Etten-Leur). Case note on: Centrale Raad van Beroep, 11/01/17, ECLI:NL:CRVB:2017:17, *De gemeentestem*, 2017(112).

RVS (2022). *Anders leven en zorgen. Naar een gelijkwaardig samenspel tussen naasten, vrijwilligers en beroepskrachten*. Den Haag: RVS.

SCP (2026). *Mantelzorg onder werkenden. Het geven van mantelzorg, combinatieproblemen met werk en ondersteuning door werkgevers. Kennisnotitie*. Den Haag: SCP.

SER (2026). *Mantelzorg en werk in een zorgzame samenleving. Een integrale aanpak voor een werkende combinatie*. Den Haag: SER.

Schmidt, J., Welschen, S. en Glimmerveen, L. (eds) (2026). *Lang Leven Thuis: bouwen aan zorgzame woongemeenschappen in een vergrijzende stad*. Hogeschool van Amsterdam en Ben Sajet Centrum.

van Bochove, M., & Oldenhof, L. (2020). Institutional work in changing public service organizations: the interplay between professionalization strategies of non-elite actors. *Administration & Society*, *52*(1), 111-137.

Xia, W., Buljac-Samardžić, M., Huijsman, R., Smelik, J., & van Wijngaarden, J. D. (2025). Facilitating informal support among older people through community-based initiatives: identifying underlying mechanisms. *The Gerontologist*, *65*(6), gnaf070.



2.4 Capaciteitsproblemen en fragmentatie: praktijk, bestuur en beleid

Jitse Schuurmans & Sylvia Elkhuizen

Capaciteitsproblemen zijn een groeiende uitdaging in alle domeinen van de gezondheidszorg, vooral in de ggz, huisartsenzorg en thuiszorg. In de ziekenhuiszorg verschillen de capaciteitsproblemen per specialisme (Nivel, 2019). Er zijn ook aanzienlijke regionale verschillen. Zo is de beschikbaarheid van medische beroepsgroepen vooral beperkt in regio's op een zekere afstand van medisch opleidingscentra (Schuurmans, 2023; Nivel, 2019; 2018). Ontoereikende capaciteit is dus niet overal een even groot probleem, en capaciteit toevoegen is een te simpele oplossing.

Capaciteitsproblemen in de ggz

Vinkers en Jeurissen (2026) gaan voor de ggz in op de structurele factoren die leiden tot aanhoudende wachttijden en laten zien dat meer personeel toevoegen een te eenvoudige oplossing is voor zo'n complex vraagstuk. De psychische zorg groeide vooral in de huisartsenpraktijk. Terwijl het aantal patiënten in de specialistische zorg beperkt groeide of zelfs afnam, namen de wachttijden voor patiënten met ernstige of complexe problematiek toe. Meer dan de helft van de specialistische ggz-patiënten kan niet binnen 14 weken (Treeknorm) met hun behandeling beginnen. Voor deze groep is er dus een toegankelijkheidsprobleem, dat volgens Vinkers en Jeurissen (2026, p. 13-14) wordt veroorzaakt door een kluwen van problemen: (1) zorgverzekeraars werken met omzetplafonds en kopen te weinig zorg in voor hun verzekerden, (2) patiënten met zware problematiek worden minder goed gecompenseerd bij de risicoverevening, (3) de intramurale capaciteit halveerde in dik 10 jaar tijd, (4) ondanks 30% meer personeel in diezelfde periode lukte het niet om voldoende gespecialiseerde functies zoals psychiaters aan te trekken wat de patiëntenstroom in keten vertraagt (5) de arbeidsmarkt staat onder druk.

Meer capaciteit is nodig wanneer de vraag het aanbod structureel overstijgt. Het alternatief is dat de patiënt moet wachten, waardoor klachten mogelijk verergeren. Nu varieert de vraag altijd (denk bijvoorbeeld aan seizoeneffecten zoals de griep); soms is die variabiliteit voorspelbaar en soms niet. Als het gaat om patiënten die te laat arriveren bij hun specialist, over patiënten die wisselend reageren op de therapie, of over specialisten die verschillen in vaardigheden, dan spreken we van natuurlijke variabiliteit (Litvak and Long, 2000). Als variabiliteit een gevolg is van zelfopgelegde afspraken (bijvoorbeeld: we voeren geen triage in het weekend uit, waardoor er een piek is in de vraag op maandag), dan spreken we van onnodige, kunstmatige variabiliteit. Natuurlijke variabiliteit moet worden gemanaged, kunstmatige variabiliteit kan (meestal) worden weggenomen.

Naast capaciteitsproblemen in de gezondheidszorg, is er sprake van fragmentatie van het zorglandschap. Deze kent verschillende dimensies. Het gaat bijvoorbeeld over de professionele verkokering in het zorglandschap, en de beperkte afstemming tussen professionele werelden (denk bijvoorbeeld aan de verkokerde manier waarop afdelingen in ziekenhuizen georganiseerd zijn). Fragmentatie van zorg wordt ook gedreven door verdere specialisatie en het ontstaan van nieuwe professionele rollen. Zeker bij patiënten met comorbiditeit (meerdere stoornissen of aandoeningen) is dat problematisch. Ook informatiestromen in het zorgsysteem zijn gefragmenteerd. Niet interoperabele ICT-systemen in de gezondheidzorg beperken de uitwisselingsmogelijkheden tussen elektronische patiëntendossiers. De fragmentatie van het zorglandschap vergroot de capaciteitsproblemen, omdat het vaak leidt tot extra coördinatiewerk door zorgverleners, bijvoorbeeld om patiënten op een passende zorgplek te krijgen.

Capaciteitsproblemen en fragmentatie hebben grote gevolgen voor zowel zorgprofessional als patiënt. De werkdruk voor zorgprofessionals is hoog en er wordt een groot beroep op hen gedaan om de continuïteit van zorg te waarborgen. Tegelijkertijd moeten zorgprofessionals door capaciteitsproblemen steeds vaker ingewikkelde keuzes maken over wie welke zorg krijgt (Felder et al., 2024). Dit zorgt voor stress en burn-outklachten. Indicatief hiervoor is het relatief hoge verzuim in de gezondheidszorg. Op patiëntniveau zetten capaciteitsproblemen en een gefragmenteerd zorglandschap de toegankelijkheid van zorg onder druk, bijvoorbeeld doordat patiënten op een 'niet passende' plek zitten.

Oplossingsrichtingen

Het aanpakken van capaciteitsproblemen en toenemende fragmentatie vraagt om interventies op verschillende lagen van het zorgsysteem (praktijk, bestuur en beleid), die in samenhang opgepakt moeten worden. Deels betreft het voorzetting van bestaand beleid, zoals vormgegeven in de verschillende zorgakkoorden, en deels vraagt het om nieuwe oplossingen. Ook vraagt het aanpakken van capaciteitsproblemen om een beweging naar preventie, toenemende zelfredzaamheid van burgers, een verschuiving van formele naar informele zorg, en de inzet van technologie. Deze bewegingen worden in andere hoofdstukken uitgewerkt. In dit hoofdstuk kijken we hoe de zorg slimmer georganiseerd kan worden om capaciteitsproblemen en fragmentatie het hoofd te bieden.

Oplossingen in de zorgpraktijk

Capaciteitsproblemen en toenemende fragmentatie vragen om interventies die effect bewerkstelligen op meerdere dimensies.

Ten eerste moeten interventies beschikbare medische en verpleegkundige expertise op grotere afstand van de zorg en de instelling organiseren. Dat wil zeggen dat de beschikbare medische en verpleegkundige expertise alleen moet worden ingezet waar die ook echt nodig is. Voorbeelden van dergelijke interventies zijn het organiseren van zorg via *stepped care* principes – waarbij de zorgvraag op een zo laag mogelijk niveau in de organisatie belegd wordt, en waarbij opgeschaald kan worden naarmate de zorgvraag complexer wordt – en taakherschikking binnen en tussen organisaties nodig is.

Ten tweede moet de beschikbare expertise in een groter verzorgingsgebied toegankelijk worden gemaakt. Dit vraagt nieuwe infrastructuren zoals e-health toepassingen waarbij zorg op afstand gemonitord en geleverd wordt, bijvoorbeeld via (beeld)bellen. Andere voorbeelden zijn zorgcoördinatiecentra, waar de regionale beschikbaarheid van capaciteit inzichtelijk is en gekoppeld kan worden aan bestaande zorgvragen. Deze ontwikkelingen kunnen fragmentatie tegengaan omdat specialistische expertise beter benut wordt en ook buiten de muren van de eigen organisatie kan worden ingezet.

Ten derde moeten afspraken die variabiliteit te weeg brengen worden heroverwogen. Dit kan leiden tot oplossingen zoals werken met een voorlopige ontslagdatum, met elkaar delen van informatie over wachtlijst, geen beperking opleggen in tijd op de dag van het opnemen van patiënten.

Tegelijkertijd heeft ons onderzoek laten zien dat het ontwikkelen en inbedden van nieuwe zorginfrastructuren vaak een stroperig en conflictueus proces is (Schuurmans et al., 2023). Een veelvoud aan actoren moet worden gemobiliseerd. Soms zijn dit bestuurders en professionals die elkaar niet of nauwelijks kennen; nieuwe netwerken moeten worden geformeerd en vertrouwensrelaties moeten ontstaan. Het ontwikkelen van nieuwe zorginfrastructuren kost tijd, moeite en focus. Daarnaast brengt het werken met nieuwe zorginfrastructuren vaak weerstand met zich mee, omdat werkroutines veranderen, en daarmee ook vaak de taak- en rolverdeling tussen professionals en organisaties. Hoewel taakherschikking als oplossingsstrategie voor capaciteitsproblemen breed gedragen is, ontstaat ook vaak weerstand tegen dit soort initiatieven, niet alleen bij betrokken zorgprofessionals, maar ook bij hun beroepsverenigingen die vrezen voor een uitholling van de professionele jurisdictie.

Oplossingen in het bestuur

In het bestuur van zorg vraagt het aanpakken van capaciteitsproblemen en fragmentatie om vitale regionale bestuurlijke netwerken. Veel van de initiatieven die expertise op grotere afstand van de zorg organiseren, en die beschikbare expertise in een groter verzorgingsgebied beschikbaar maken, vragen om regionale samenwerking tussen zorgorganisaties. Besluiten over dergelijke initiatieven moeten in samenspraak tussen organisaties gemaakt worden.

Er kunnen politieke spanningen optreden in die bestuurlijke netwerken. Wie mogen er bijvoorbeeld meepraten over het ontwikkelen van regionale zorginfrastructuren? Hoe worden stemmen gewogen in besluitvorming? In veel bestuurlijke netwerken zien we dat de agenda vooral bepaald wordt door de grote zorgorganisaties. Kleine zorgorganisaties missen aansluiting bij de regionale bestuurlijke tafels, of sluiten wel aan maar kunnen weinig invloed uitoefenen op de regionale besluitvorming. In domeinoverstijgende bestuurlijke netwerken zijn ziekenhuizen vaak de dominante partij, en vinden langdurige zorgorganisaties en het sociaal domein soms beperkt

aansluiting. Omdat in deze netwerken bepaalde zorgpakketten kunnen worden herverdeeld, zouden zorgaanbieders moeten aansluiten en meedoen.

Oplossingen in het beleid

Ten slotte vraagt het werken aan nieuwe regionale zorginfrastructuren om adaptief beleid. De nieuwe zorginfrastructuren worden ingebed in een institutioneel gelaagd zorgsysteem waarin een veelvoud aan sturingsarrangementen, en wettelijke kaders en regelgeving bestaat. Deze bestaande sturingsarrangementen, regels en kaders kunnen soms knellen met de benodigde nieuwe zorginfrastructuren (van der Woerd et al., 2025). Nieuwe zorginitiatieven blijken soms bijvoorbeeld lastig gefinancierd te kunnen worden vanuit bestaande prestaties. Dit vraagt om een flexibelere omgang met financiële kaders. Adaptief beleid houdt in dat beleidsmakers snel en flexibel op opspelende spanningen acteren. Er wordt naar oplossingen gezocht, deze worden geïmplementeerd, geëvalueerd en eventueel bijgestuurd. Adaptief beleid is niet slechts de verantwoordelijk van nationale actoren, zoals VWS; het moet ingebed zijn in het werk van systeempartijen en zorgorganisaties. Dit vraagt om daadkracht bij alle partijen, en de bereidheid om over de eigen grenzen heen te stappen en besluiten te nemen en te dragen die toegankelijkheid van zorg op de lange termijn waarborgen.

Conclusie

De gevolgen van capaciteitsproblemen en fragmentatie zijn groot, zowel voor professionals als voor patiëntengroepen. Dit vraagt om nieuwe manieren van werken. In dit hoofdstuk hebben we een aantal met elkaar samenhangende aanvliegroutes beschreven.

Op het niveau van de zorgpraktijk moet worden gewerkt aan initiatieven die beschikbare expertise op een grotere afstand van de zorg organiseren; en die een bredere geografische beschikbaarheid van beschikbare expertise bewerkstelligen. Van professionals vraagt dit tijd en ruimte om deze nieuwe manieren van werken vorm te geven en de bereidheid om bestaande routines los te laten en anders te gaan werken. Oorzaken van problemen zoals verkeerde beddenproblematiek moeten worden gezocht, en bronnen van kunstmatige variabiliteit moeten worden weggenomen.

Op het niveau van het zorgbestuur vragen capaciteitsproblemen en fragmentatie om het werken aan vitale bestuurlijke netwerken; en om het belang van alle inwoners van een regio te laten prefereren boven het organisatiebelang.

Op beleidsniveau moet worden gewerkt aan adaptief beleid, het snel en flexibel oppakken van institutionele knelpunten en het evalueren van de gedane interventies. Onderzoek heeft in deze dynamiek een toegevoegde waarde bij het in kaart brengen en doorgronden van spanningen die het anders organiseren van zorg op verschillende lagen van het zorgsysteem geeft, en helpt bij het evalueren van de interventies die bijdragen aan de toegankelijkheid van zorg.

Literatuur

Felder, M., Schuurmans, J., van Pijkeren, N., Kuijper, S., Bal, R., & Wallenburg, I. (2024). Bedside politics and precarious care: New directions of inquiry in critical nursing studies. *Advances in Nursing Science*, *47*(4), E122-E137.

Litvak, E. & Long, M., Cost and Quality Under Managed Care: Irreconcilable Differences? *The American Journal of Managed Care.* 2000; 6(3): 305-312.

Nivel (2019) *Regionale Balans in Vraag en Aanbod Medische Specialisten*. Utrecht.

Nivel (2018) *Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg*. Utrecht.

Schuurmans, J. J., van Pijkeren, N., Bal, R., & Wallenburg, I. (2021). Regionalization in elderly care: what makes up a healthcare region? *Journal of Health Organization and Management*, *35*(2), 229-243.

Schuurmans, J.J., van der Woerd, O., van Pijkeren, N., Polfliet, L., Posthuma, E., Bal, R. & Wallenburg, I. (2023) *MGZ in de Regio: Een inventarisatie van formatieproblemen, knelpunten en oplossingsrichtingen in de medisch-generalistische zorg in Wlz-regio's.* Erasmus School of Health Policy & Management, Rotterdam.

Schuurmans, J., Stalenhoef, H., Bal, R., & Wallenburg, I. (2023). All the good care: Valuation and task differentiation in older person care. *Sociology of Health & Illness*, *45*(7), 1560-1577.

Vinkers , C.H. & Jeurissen, P., *Wachttijden in de Nederlandse ggz, Een systeemanalyse van zorgvraag, zorgorganisatie en stelselprikkels (whitepaper),* juli 2026.

Vos-Van 't Riet, A., Elkhuizen, S., Bakker, L., Buwalda, P. & Ahaus, K., *Why Patients Wait in the Hospital Despite Vacant Spaces in Rehabilitation Care – a Multi-Centre Study on Sources of Artificial Variability* (submitted).

van der Woerd, O., Schuurmans, J., Wallenburg, I., van der Scheer, W., & Bal, R. (2025). Heading for health policy reform: transforming regions of care from geographical place into governance object. *Policy & Politics*, *53*(3), 484-505.

2.5 Voorbij de mythe van arbeidsbesparing: technologie bespaart, creëert en verplaatst werk

Yiannis Kyratsis & Lucas Goossens

Volgens de meest recente arbeidsmarktprognose zal het personeelstekort in zorg en welzijn in 2034 oplopen tot bijna 305.000 werknemers (AZW-programma, 2024). In de komende twee decennia zal de bevolking boven de 80 jaar bijna verdubbelen in omvang, terwijl de beroepsbevolking niet groeit. Werving van meer zorgpersoneel alleen kan het probleem niet oplossen, dus verschuift de aandacht naar efficiëntie: kan technologie een deel van de werkzaamheden ondersteunen of overnemen?

Het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) streeft ernaar het tekort tegen 2028 met 100.000 mensen te verminderen (Ministerie van VWS, 2025), en er is voor de periode 2027–2029 800 miljoen euro gereserveerd om AI, digitale en hybride zorg en medische technologie op te schalen (Bestuurlijk Overleg IZA/AZWA, 2026).

Implementatie van technologie gebeurt echter nooit geruisloos. Taken verschuiven, het professionele oordeel van zorgverleners kan in twijfel worden getrokken, verantwoordelijkheden kunnen vervagen. Toch richten beleidsmakers zich vooral op de vraag óf professionals een technologie zullen omarmen en hoe snel deze kan worden opgeschaald. Die vraag is te beperkt. Onze analyse van de bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek laat zien dat de vraag of clinici een technologie blijven gebruiken mede afhangt van hoe deze technologie van invloed is op hoe zij hun eigen professionaliteit kunnen vormgeven en behouden, los van de acceptatiemodellen waarop veel implementatieplanning berust (Guerra e.a., 2026).

De diagnose van deze agenda voor de zorg draait om het begrip fragmentatie: niemand is vanzelfsprekend verantwoordelijk voor het geheel. Bij arbeidsbesparende technologie is dat goed te zien: werk dat verdwijnt bij de ene afdeling of organisatie, duikt ergens anders op. Afzonderlijke actoren kunnen een besparing zien, terwijl het systeem als geheel meer te verwerken krijgt dan voorheen. Het verdient daarom aanbeveling bij de invoering van nieuwe technologie een overzicht bij te houden van drie aspecten: welk werk wordt bespaard, welk nieuw werk wordt gecreëerd, en welk werk wordt naar elders of anderen verplaatst? De meeste businesscases houden alleen rekening met het eerste punt; de andere twee worden, vaak stilletjes, opgevangen door professionals, patiënten of mantelzorgers.

1. Beschouw arbeidsbesparing niet als vanzelfsprekend

De term 'arbeidsbesparende technologie' gaat uit van het effect dat een technologie zou hebben, nog voordat dat effect is aangetoond. Arbeid besparen is niet hetzelfde als arbeid vervangen. Een algoritme kan weliswaar een beeld screenen of een consult transcriberen, maar zorg laat zich niet zo eenvoudig in een hokje plaatsen. Wanneer één onderdeel wordt geautomatiseerd, ontstaat er nieuw werk rondom dat onderdeel. Technologie kan een output genereren maar een mens moet de output controleren en het resultaat interpreteren. En als het systeem om drie uur 's nachts uitvalt, moet iemand dat oplossen.

Onderzoek van ESHPM laat zien dat digitale technologie leidt tot ingrijpende veranderingen in de manier waarop werk wordt gedaan, ervaren, aangestuurd en aangeleerd. Op papier lijkt een dienst van een zorgmedewerker die ondersteund wordt door digitale technologie misschien eenvoudiger, terwijl de werkelijke werkdag zwaarder wordt. Dit staat haaks op de eigen toezegging van de AZWA om administratief werk te beperken tot een vijfde van de werkdag en tegelijkertijd digitalisering op grote schaal te financieren. Registratielast is geen neveneffect van digitale systemen, maar een van hun kernproducten. Ook AI-systemen moeten immers worden gevoed met data.

Op dit moment worden in de langdurige zorg en de gehandicaptenzorg al doelstellingen en contractuele

afspraken vastgelegd over ‘bewezen’ arbeidsbesparende technologie (CZ Zorgkantoor, 2024; VGN, 2024). Juist in deze sectoren is het personeelstekort het meest nijpend en is de capaciteit voor implementatie het geringst. Het risico bestaat dat er besparingen worden verwacht zonder dat is gekeken waar het verschoven werk terechtkomt.

2. Kijk verder dan de zorginterventie

In mei 2025 startte het Zorginstituut Nederland een driejarige proef: bij beslissingen over het verzekeringspakket wordt niet alleen gekeken naar de effectiviteit, kosten en noodzaak van een behandeling, maar weegt de impact op personeelsinzet ook mee (Zorginstituut Nederland, 2025). Maar als er binnen een interventie arbeid wordt bespaard, betekent dat niet automatisch dat er op systeemniveau arbeid wordt bespaard. Thuismonitoring kan een arts tijd besparen maar meer werk opleveren voor een verpleegkundige die de monitor in de gaten moet houden en voor een patiënt en mantelzorger die de gegevens moeten invoeren.

Wanneer een technologie ‘bewezen’ wordt genoemd, zijn de vervolgvragen: bewezen waar, voor wie, ten opzichte van wat? (Kyratsis e.a., 2014). Van de zesenveertig studies in ons overzicht van AI in professioneel werk hebben er achttien betrekking op radiologie, pathologie en beeldvorming; bijna geen enkele betreft het relationele werk van verpleging, wijkzorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg, waar de Nederlandse inkoopvoorwaarden juist het strengst zijn (Guerra e.a., 2026). Bevindingen in de ene context hoeven niet te gelden voor de andere.

3. Toetsen voor elke businesscase

Bij elke opschaling zouden vier vragen moeten worden gesteld:

1. Uitvoering: wiens werkdag zal hierdoor veranderen? De medisch specialist bespaart vijf minuten, maar de verpleegkundige is twintig minuten kwijt aan het oplossen van problemen.
2. Ervaringen: gaan mensen minder moe naar huis, of even moe maar door andere oorzaken?
3. Bestuur: wie is verantwoordelijk als er iets misgaat? Essentieel digitaal werk, zoals het configureren en monitoren van systemen, wordt vaak niet erkend en er wordt te weinig tijd voor ingeruimd (Walsh e.a., 2025). Patiënten en zorgverleners worden meestal pas na de aankoop geraadpleegd in plaats van ervoor.
4. Leren: welke vaardigheden moeten we koesteren en behouden? In een Brits onderzoek onder radiodiagnostisch laboranten hadden de meesten van hen geen formele AI-opleiding gevolgd (Walsh e.a., 2025). Het is van belang om het beoordelingsvermogen te ontwikkelen dat nodig is om AI-output te wegen (Guerra e.a., 2026). (Wallenburg et al., 2019)

4. Herzie functies en richt nieuwe rollen zorgvuldig in

AI leidt ook tot nieuwe, hybride functies, zoals AI-coördinatoren, klinisch informatici en databeheerders. Deze rollen ontstaan doordat de grenzen van bevoegdheden vervagen en organisaties de ontwikkelingen in de praktijk niet kunnen bijhouden (Kyratsis & Meda, 2026). Er bestaan wel bestuursstructuren om taken tussen beroepsgroepen te verdelen, maar een vergelijkbare structuur ontbreekt voor de verdeling van werk tussen professionals en machines. De professional blijft verantwoordelijk en draagt ook de aansprakelijkheid, terwijl een deel van de onderliggende oordeelsvorming naar het systeem verschuift. Daarmee verliest de professionele bevoegdheid haar oorspronkelijke basis (Guerra e.a., 2026).

Omdat AI-modellen voortdurend veranderen, zijn bijscholing en het aanpassen van functies doorlopende kostenposten en geen eenmalige investeringen bij de invoering. Technologie beïnvloedt bovendien welke invulling professionals aan hun beroep kunnen geven (Kyratsis e.a., 2017). Het risico dat medewerkers vertrekken, ontstaat dus niet alleen doordat een machine een taak overneemt. Ook het resterende werk kan zo veranderen dat het niet langer aansluit bij het beroep waarvoor zij ooit hebben gekozen. Zonder duidelijke functieomschrijvingen, passende opleiding, tijd die hiervoor expliciet wordt vrijgemaakt en een plek in de personeelsplanning, is de ‘nieuwe rol’ uiteindelijk niet meer dan extra werk met een moderne naam.

5. Stem de financiering ook af op verplaatst werk

Het verspreiden van een innovatie is iets anders dan deze verankeren in de dagelijkse praktijk (Scarbrough & Kyratsis, 2022). Aan de investering van de eerdergenoemde 800 miljoen euro moeten daarom expliciete verwachtingen worden verbonden over het werk dat ermee wordt bespaard, gecreëerd en verplaatst.

Een overzicht van de arbeidsinzet maakt zichtbaar wat er gebeurt, maar verandert niet automatisch wat wordt beloond. Wanneer zorgaanbieders alleen worden afgerekend op hun eigen prestaties en niet op die van het hele netwerk, is het rationeel om werk buiten de eigen organisatiegrenzen te verplaatsen. Populatiebekostiging (de zorgaanbieder krijgt een vast bedrag per inwoner of verzekerde) en zorgvuldig vormgegeven bundelbekostiging (de zorgaanbieder krijgt een vast bedrag per patiënt voor het hele zorgpakket rondom een specifieke aandoening) kunnen helpen om deze prikkels beter op elkaar af te stemmen, mits de afbakening ervan ook het werk omvat dat wordt verplaatst. Geen van beide financieringsvormen maakt onbetaald werk in huishoudens echter vanzelf zichtbaar.

Ook financieringsmodellen moeten daarom waarborgen bevatten tegen het afwentelen van risico’s op zorgaanbieders die patiënten met de meest complexe zorgbehoeften behandelen (Bour e.a., 2025). Een eerlijke verantwoording van de arbeidsinzet vraagt om financieringsarrangementen die iemand verantwoordelijk maken voor het geheel.

6. `Ongelijkheid en weerbaarheid

Het systeem waarin de arbeidsbesparende technologie terechtkomt, is ongelijk. Academische ziekenhuizen kunnen een mislukt proefproject incasseren, maar dat geldt niet voor veel organisaties in de wijkzorg, langdurige zorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en jeugdzorg. Juist zij hebben de meeste behoefte aan ondersteuning.

Portalen en zelfmonitoring hebben patiënten stilletjes medeverantwoordelijk gemaakt voor hun zorg. Voor veel mensen betekent dit welkome zelfstandigheid, maar voor anderen is het een taak die ze niet zomaar op zich kunnen nemen, door gebrek aan vaardigheden, taalbarrières of ziekte.

Wanneer mantelzorgers midden in de nacht op een app reageren, verlenen ze zorg, ook al worden hun uren niet geregistreerd of betaald. Die last komt vaak, bovenop bestaande ongelijkheden, terecht bij dezelfde groep. Hetzelfde verschijnsel treedt op bij collectieve zelfredzaamheid en zorgzame buurten. Meer inzet van arbeidsbesparende technologie kan dit nog verder versterken. Dit pleit ervoor om de inspanningen van burgers mee te nemen in de business case, in plaats van ervan uit te gaan dat ze vanzelfsprekend beschikbaar zijn.

Tot slot, de minuten die in een businesscase als ‘overcapaciteit’ worden beschouwd, vormen de reserve waarop tijdens een crisis wordt teruggevallen: tijd voor contact, stabiele teams en improvisatievermogen. Er moet altijd iemand in staat zijn om handmatig te werken wanneer het systeem uitvalt.

7. Provocerende aanbevelingen

Geen van deze punten vereist nieuwe wetgeving. Aan onderhandelingstafels en in inkooprelaties kunnen partijen elk punt onderdeel maken van hun eigen overeenkomsten.

1. Maak van ‘besparing’ een onderbouwde claim, geen vanzelfsprekendheid. Bij aanbestedingen hoort een overzicht van de herverdeling van arbeid: wat verdwijnt, wat is er nieuw en wie neemt het over?
2. Richt overheidsgeld op personeelstekorten, niet op technologische paraatheid. Doorbraakmiddelen moeten terechtkomen waar een extra uur deskundige aandacht het meest telt.
3. Financier transformatie, niet alleen technologie. Zorg voor doorlopende financiering voor opleiding, herinrichting van werkprocessen, aanpassing, onderhoud en evaluatie.
4. Maak een personeelseffectrapportage een voorwaarde voor collectieve inkoop. Beoordeel uitvoering, ervaring, bestuur en leerprocessen samen met professionals, ondernemingsraden, patiënten en mantelzorgers vóór de aankoop.
5. Stel een einddatum vast voor het controleren of de beloofde tijdsbesparing ook echt is behaald. Kijk daarbij naar de resultaten van het hele systeem.
6. Beheer het bewijsmateriaal en de leercirkel. Stel nationale normen vast voor bewijsmateriaal over de gevolgen van technologie voor de inzet en het werk van mensen, maar laat ruimte voor lokale beslissingen. Deel wat er is geleerd, inclusief mislukkingen.
7. Weeg veerkracht en weerbaarheid af tegen efficiëntie. Elke businesscase moet de crisiscapaciteit beoordelen en beschrijven hoe de vaardigheden worden behouden om te kunnen werken wanneer het systeem uitvalt.
8. Erken dat niet-implementatie een legitieme beslissing is wanneer klinisch onvervangbare kennis verloren zou gaan, verantwoordelijkheid niet kan worden gewaarborgd, of algoritmische logica in strijd is met het oordeel dat de zorg vereist.

8. Een afsluitende oproep

Arbeidsbesparende technologie is geen snelkoppeling om de personeelscrisis te omzeilen, noch een bedreiging voor ‘echte’ zorg. De waarde hangt af van onze keuzes: welke werkzaamheden automatiseren we, welke niet? Deze vragen gelden ook voor de Caribische eilanden, waar afstand en een tekort aan specialisten digitale zorg tot de enige toegangsweg kunnen maken. Het bewijsmateriaal moet minstens even snel worden opgeschaald als de technologie zelf. Houd alle drie de pijlers bij, tel het werk van iedereen mee, ook van patiënten en mantelzorgers, en geef aan wie betaalt voor het werk dat verschuift. Anders bouwen we een technologische toekomst op werk dat we niet willen zien.

Literatuur

AZW Programma. (2024). Arbeidsmarktprognose zorg en welzijn 2024–2034. Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn.

Bour, S.S., Goossens, L.M.A., & Rutten-van Mölken, M.P.M.H. (2025). Characterizing a heterogeneous chronic patient population for redesigning person-centred bundled payment models using risk-mitigating measures. *European Journal of Health Economics*, 26(7), 1249–1262.

Bestuurlijk Overleg IZA/AZWA. (2026). Doorbraakmiddelen: investeren in AI, digitale zorg en technologie. zorgakkoorden.nl.

CZ Zorgkantoor. (2024). Zorginkoopbeleid Wlz Verpleging en Verzorging 2024–2026, §5.5.

Guerra, F., Schermer, M., Visser, J., Kyratsis, Y. (2026). Professional Identity and Artificial Intelligence: A Meta-Narrative Review of Healthcare Work and Organizing *Social Science and Medicine*, in Press

Kyratsis, Y., Ahmad, R., Hatzaras, K., Iwami, M., & Holmes, A. (2014). Making sense of evidence in management decisions. *Health Services and Delivery Research*, 2(6).

Kyratsis, Y., Atun, R., Phillips, N., Tracey, P., & George, G. (2017). Health systems in transition: professional identity work in the context of shifting institutional logics. *Academy of Management Journal*, 60(2), 610–641.

Kyratsis, Y., & Meda, F. (2026). Professional identity work in emerging healthcare professions. *Frontiers in Health Services*, 6, 1778116.

Ministerie van VWS. (2025). Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Den Haag.

Scarbrough, H., & Kyratsis, Y. (2022). From spreading to embedding innovation in healthcare. *Health Care Management Review*, 47(3), 236-244

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). (2024). Kanslijn 2: Bewezen arbeidsbesparende technologieën.

Wallenburg, I., Quartz, J., & Bal, R. (2019). Making hospitals governable. Performativity and institutional work in ranking practices. Administration & Society, 51(4), 637-663. https://doi.org/10.1177/0095399716680054

Walsh, G., Stogiannos, N., Ohene-Botwe, B., et al., Kyratsis, Y., & Malamateniou, C. (2025). R-AI-diographers. *Frontiers in Digital Health*, 7, 1603511.

Zorginstituut Nederland. (2025). Arbeidsinzet en duurzaamheid als criteria bij keuzen in de zorg.

3. Duurzame zorg

3.1 Zorg binnen de planetaire grenzen

Frederick Thielen & Erik van Raaij

Naast positieve impact (op gezondheid, arbeidsproductiviteit en de kwaliteit van leven), heeft de zorg ook negatieve impact. Zorgactiviteiten verbruiken energie en grondstoffen, creëren emissies en afval, en dragen zo bij aan klimaatverandering, vervuiling, verlies van biodiversiteit en uitputting van de aarde. In dit hoofdstuk staan we stil bij de vraag hoe we deze negatieve impact kunnen verminderen door het maken van bewuste keuzes.

Schattingen van de bijdrage van de zorg aan broeikasgassen variëren van 4,4% van de totale emissies wereldwijd, tot 7% van de CO2-equivalente emissies van de Nederlandse economie (Lenzen e.a., 2020; Steenmeijer e.a. 2022). De bijdrage van de zorg aan de afvalproductie wordt geschat op 4% en het gebruik van grondstoffen op 13% van het totaal van de Nederlandse economie. Deze schattingen nemen niet alleen de impact in Nederland mee, maar ook de 'stroomopwaartse' impact van de productie- en leverketens van goederen en diensten die de Nederlandse zorg gebruikt en hun 'stroomafwaartse' impact bij onder andere afvalverwerking.

Zorgactiviteiten verbruiken energie, leiden tot verbruik van producten en medicatie, leiden tot reisbewegingen, en creëren vraag naar gebouwen en andere infrastructuur. Het gebruik van producten en medicatie brengt grondstofwinning, productie en logistiek, afval en herverwerking met zich mee. Hoeveel zorg we leveren, hoe we de zorg uitvoeren en welke producten en medicatie we inzetten, bepalen samen de planetaire impact. Producten worden ingekocht, gebruikt en weggegooid, vaak zonder erover na te denken of (sommige) grondstoffen teruggewonnen of hergebruikt kunnen worden. Een transitie naar circulaire zorgmodellen gebaseerd op de principes van Reduce, Reuse en Recycle, kunnen de milieuschade van de zorg op een structurele manier verminderen.

Maatregelen kunnen gericht zijn op mitigatie (het beperken van toekomstige schade) of adaptatie (het vergroten van de veerkracht van het systeem), en kunnen aangrijpen op de vraagzijde (preventie, minder onnodige zorg) of de aanbodzijde (verduurzaming van de zorgverlening zelf) (Henscher, 2020). Deze vier kwadranten helpen bepalen waar het meeste verschil te maken is.

Dat er spoedig iets moet veranderen, wordt breed erkend. Van de negen planetaire grenzen die de aarde definiëren als veilige leefruimte voor ons allemaal, zijn er inmiddels zeven overschreden, waaronder klimaatverandering. Een groeiend aantal zorginstanties en beleidsmakers zet al stappen richting verduurzaming. De vraag is hoe we de goede wil en losse initiatieven omzetten naar structurele, meetbare, en eerlijke veranderingen.

Patient journey

We gebruiken een zogenaamde *patient journey* om te illustreren hoe de impact van de zorg op de planeet is gerelateerd aan zorgactiviteiten en concrete keuzes. Onze fictieve patiënt is 81 jaar oud, rookte 60 jaar, heeft een hoog BMI en sportte weinig. De patiënt meldt zich bij de huisarts met vermoeidheid en af en toe opkomende benauwdheid. De huisarts doet lichamelijk onderzoek en hoort een hartruis dat een aortaklepstenose doet vermoeden. Zij schrijft een plaspil voor om de klachten te verlichten en verwijst door naar de cardioloog. De apotheek geeft de patiënt een doosje van 30 tabletten mee.

Gelukkig kan de patiënt al binnen twee weken bij cardioloog terecht die met een echocardiografie constateert dat de aortaklep door verkalking ernstig vernauwd is. De cardioloog laat de patiënt per direct stoppen met de plaspil en plant een CT-scan in. Twee dagen later volgt een hartkatheterisatie. Daarna bespreekt een multidisciplinair hartteam welke behandeling het meest passend is. Uiteindelijk wordt een operatie voor een Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI-procedure) ingepland. Hierbij wordt de vervangende hartklep met een katheter via de liesslagader op de juiste plaats gebracht en opengevouwen.

Na de ingreep en een korte opname komt de patiënt na zes weken op controle, na een half jaar weer, en daarna jaarlijks, met een echocardiografie. De patiënt heeft nu ook apparatuur voor thuismonitoring meegekregen. De controle-afspraken zijn meestal binnen vijf minuten afgerond en de apparatuur voor thuismonitoring is al op afstand uitgelezen. Daarom kan de cardioloog kan kort van stof zijn. Alles ziet er goed uit en de patiënt staat na een kort consult alweer buiten. De patiënt moet twee opeenvolgende dagen naar de jaarlijkse controle komen. Op de eerste dag voor een echo en de dag erna om de uitslag te bespreken.

Omdat de partner van de patiënt ook op leeftijd is, krijgt de patiënt thuiszorg in het eerste half jaar en hulp in het huishouden tijdens de revalidatieperiode.

Voorbeelden van duurzame interventies

In deze *patient journey* zijn verschillende vormen van impact goed zichtbaar te maken. Aan die impact liggen allerlei keuzes ten grondslag. Verduurzaming van de zorg begint vaak met het bewust maken van dergelijke keuzes, inclusief het kritisch bevragen van gewoontes en het kritisch beoordelen van protocollen.

Allereerst is bij onze patiënt de keuze gemaakt om een TAVI-procedure aan te bieden. Keuzes over wel of niet behandelen en welke behandeling meest passend is kunnen de milieu-impact van de zorg sterk bepalen. Het Zorginstituut dringt eropaan ecologische duurzaamheid een integraal onderdeel te laten zijn van besluitvorming over passende zorg. Eerder in de levensloop kan leefstijlbegeleiding bijdragen aan preventie. En hartrevalidatie kan herstel ondersteunen. Deze interventies vervangen echter geen geïndiceerde TAVI bij ernstige, symptomatische aortaklepstenose. Een uitsluitend op kwaliteit van leven gericht traject kan passend zijn als een ingreep geen voordelen biedt of de patiënt dat niet wil. Zulke keuzes hebben niet alleen gevolgen voor de patiënt, maar ook voor de maatschappij en de planetaire impact van de geleverde zorg. Speciale aandacht zou moeten uitgaan naar "nature-based solutions" als alternatieven voor (of aanvullingen op) farmacologische of medische interventies. Denk hierbij aan bewegingsprogramma's in de natuur of voedingsinterventies ter ondersteuning van herstel en preventie.

Bij de TAVI-procedure in het voorbeeld heeft het ziekenhuis keuzes gemaakt over medische apparatuur en verbruiksartikelen in de behandeling. Gaat het om bijvoorbeeld operatiejassen, operatiemutsen en instrumenten die na eenmalig gebruik in de verbrandingsoven vernietigd worden? Of zijn het zoveel mogelijk herbruikbare producten? Vanuit het ESCH-R onderzoeksproject (Huijben e.a., 2025) weten we dat een TAVI-procedure ongeveer 13,5 kilo aan afval genereert, dus hier is nog wat te winnen. Denk hierbij ook aan het inkopen bij leveranciers met minder vervuilende productieketens of ketens met minder transportkilometers.

Op het niveau van de afdeling of van het ziekenhuis als geheel kunnen duurzamere keuzes worden gemaakt. Moeten alle operatiekamers dag en nacht op temperatuur, luchtvochtigheid en andere operationele parameters worden gehouden of kan een deel 's nachts op stand-by? Krijgt de patiënt in het ziekenhuis duurzame maaltijden aangeboden of wordt er een dieet met veel dierlijke eiwitten geserveerd? Is het ziekenhuis al over op groene stroom, LED-verlichting en bewegingssensoren in alle ruimtes?

Medicijnen hebben een relatief grote milieu-impact, door productie en afval. Ongebruikte medicijnen in het afval (maar ook ineffectieve medicatie die wel wordt ingenomen) hebben onnodige impact gehad in het productieproces en ook nog eens impact via de afvalverwerking. Tegenwoordig kunnen ongebruikte medicijnen worden ingeleverd en onder strikte voorwaarden opnieuw uitgegeven.

De patiënt kreeg een apparaat voor thuismonitoring mee *en* de vraag om jaarlijks voor controle naar het ziekenhuis te komen. Er wordt vaak vanuit gegaan dat thuismonitoring (en andere zorg thuis) duurzamer is omdat er reisbewegingen worden voorkomen. Dit geldt natuurlijk alleen als er minder of geen consulten meer plaatsvinden in het ziekenhuis. De apparatuur voor thuismonitoring, waarvan de levensduur en mogelijkheden voor hergebruik verschillen, heeft daarnaast haar eigen impact via productie, energieverbruik en afvalverwerking.

Verduurzaming van de zorg begint bij het kritisch nadenken over welke zorg we willen leveren en vergoeden. De planetaire impact van de geleverde zorg wordt verkleind door kritische keuzes over interventies en therapieën, apparatuur en wegwerpartikelen, protocollen, zorginfrastructuur en het ontwerp van het zorgpad. Dat dit wellicht op schaal kan, laat het Citrienfondsprogramma *Samen de zorg vergroenen* zien: deelnemende ziekenhuizen implementeren bewezen verduurzamingsinterventies op verpleegafdelingen en verminderen niet-passend geneesmiddelgebruik, ondersteund door regionale leernetwerken.

Hoe verankeren we duurzaam in gedrag en besluitvorming?

Wat is er nodig om de gezondheid van onze planeet structureel mee te nemen in hoe we zorg organiseren, leveren, gebruiken, en vergoeden? We kunnen leren van losse initiatieven, maar moeten duurzaamheid ook structureel verankeren in de besluitvorming.

Hierbij komen vooral het Zorginstituut Nederland (ZiN) en het ministerie van VWS in beeld. ZiN adviseert over vergoeding uit het basispakket op basis van effectiviteit,

kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Health Technology Assessments (HTA) bepalen of een interventie in de zorg als waardevol wordt beschouwd. Sinds 2025 loopt een proef waarin ook milieu-impact en personeelsinzet expliciet worden meegewogen. Daarmee hoort Nederland bij de eerste Europese landen die duurzaamheid expliciet operationaliseren in besluitvorming. HTA en life cycle assessment (LCA) vullen elkaar daarbij aan. HTA is het kader waarin waarde wordt afgewogen en LCA levert de milieugegevens over de volledige levenscyclus die in dat kader moeten landen (Bobini & Cicchetti, 2024).

De reikwijdte hiervan is echter beperkt. Veel zorg die dagelijks wordt geleverd en vergoed, wordt nooit formeel door ZiN getoetst maar bereikt de spreekkamer via richtlijnen, inkoopafspraken tussen verzekeraars en aanbieders, en het voorschrijfgedrag van professionals. Duurzaamheidsoverwegingen moeten dus juist ook daar worden gemaakt. Wat als waardevol wordt erkend, wordt vergoed, ingekocht en toegepast.

Via die route ontstaan prikkels. Prikkels die verzekeraars stimuleren om zowel kosteneffectief als milieuvriendelijk in te kopen. Zorgaanbieders krijgen reden om hun processen minder materiaalintensief in te richten. Professionals worden ondersteund in keuzes die goed voor patiënt *en* onze leefomgeving zijn. En voor de industrie wordt duurzaamheid een prioriteit van research en development.

Maar die verschuiving komt niet vanzelf, want belangen lopen niet parallel. Wie duurzaamheid wil meewegen in inkoop, loopt aan tegen lopende contracten en concurrentiedruk. Verduurzamen vraagt investeringen die zich op korte termijn wellicht niet terugverdienen. Voor de industrie zet de overstap naar herbruikbare producten bestaande verdienmodellen onder druk. En zorgprofessionals moeten bemiddelen tussen de behoeften en wensen van de individuele patiënt en wat wenselijk is vanuit een breder maatschappelijk perspectief. Een afweging waarvoor zij zelden expliciet zijn opgeleid of bij worden ondersteund (Tietschert e.a., 2026). Deze waarden- en belangenconflicten verdwijnen niet met betere informatie alleen. Er is actieve sturing nodig. Heldere regelgeving, gerichte prikkels en een gedeelde norm dat niet-duurzame zorg op termijn geen passende zorg is.

Subsidieverstrekkers zoals ZonMw vervullen daarom een sleutelrol door richting te geven aan onderzoek en innovatie, en daarmee de voorwaarden te creëren voor structurele veranderingen met positieve impact voor de planeet. De subsidieronde 'Onderzoeksmethodologie Passende Zorg – Ecologische duurzaamheid' honoreerde in 2026 negen projecten die hierop focussen.

Deze ontwikkelingen verdienen echter ook een kritische blik op de bredere beleidscontext. Het beëindigen van de bijdrage van VWS aan de Green Deal Duurzame Zorg, onder druk van economische en politieke tegenwind, laat zien hoe kwetsbaar duurzaamheidsambities zijn wanneer ze niet in wet- en regelgeving zijn verankerd. Wat ontbreekt is accountability. Zorgorganisaties zouden bijvoorbeeld verplicht moeten rapporteren over hun milieu-impact, gekoppeld aan concrete doelstellingen en consequenties.

Op Europees niveau biedt de Corporate Sustainability Due Diligence Directive (CSDDD) een aanknopingspunt. Zij verplicht grotere bedrijven om negatieve gevolgen voor mensenrechten en het milieu binnen hun wereldwijde activiteiten en waardeketens te identificeren, te voorkomen, te beperken en waar nodig aan te pakken. Expliciete toepassing op zorgaanbieders, verzekeraars en medische industrie verschuift duurzaamheid van vrijwillig naar afdwingbaar.

Deze ontwikkelingen raken ook aan bredere economische en geopolitieke vraagstukken en strategische autonomie. Toeleveringsketens zijn vaak complex, internationaal verweven en afhankelijk van functionerende markten. Geopolitieke spanningen en klimaatverandering kunnen deze ketens verstoren en daarmee direct invloed hebben op de beschikbaarheid van essentiële geneesmiddelen en medische producten. Strengere milieueisen in productielanden kunnen milieuschade verminderen en tegelijk productiekosten beïnvloeden. Die milieuwinst is positief en moet samen met eventuele gevolgen voor betaalbaarheid en beschikbaarheid worden beoordeeld. Ook verduurzaming in Europa vraag investeringen. De kosten en baten moeten daarom over de hele zorgketen en op langere termijn worden afgewogen en beoordeeld.

Ten slotte blijft structurele financiering een blinde vlek. Verduurzaming vraagt investeringen in onderzoek, infrastructuur, opleiding en transitieprocessen. Publieke financiering is nodig om de transitie op gang te houden, juist voor kleinere zorgaanbieders. Efficiënter omgaan met grondstoffen, circulaire processen en het verkorten of diversifiëren van ketens zijn daarbij geen luxe, maar randvoorwaarden voor een toekomstbestendig zorgsysteem.

Oproep tot actie

De *patient journey* laat zien dat duurzaamheid geen abstracte keuze is. Elk beslismoment, van voorschrijven tot inkopen, elke investering in preventie, elke keuze in het traject van diagnose tot behandeling tot nazorg, heeft een planetaire consequentie. En die keuzes liggen bij alle belanghebbenden. Bij zowel burgers als zorgverleners. Maar ook zorgverzekeraars maken keuzes en bewegen zo zorgaanbieders in een bepaalde richting. Wetenschappelijk onderzoek is nodig om de kennis te creëren die belanghebbenden kunnen gebruiken voor keuzes waarin planetaire impact wordt meegenomen. Subsidieverstrekkers kunnen onderzoek in goede banen leiden.

Duurzame keuzes hebben ook positieve bijwerkingen. Een overstap naar herbruikbare producten leidt tot een lagere vraag naar grondstoffen. Voor sommige grondstoffen, zoals zeldzame metalen, zijn we afhankelijk van andere landen, soms met geopolitieke risico's. Nu worden veel van dergelijke kritische grondstoffen als ziekenhuisafval verbrand. Geopolitieke risico's en schaarste van grondstoffen kunnen door duurzame keuzes worden verkleind.

Duurzame keuzes kunnen op het eerste oog duurder zijn. Een wasbare operatiejas of een herbruikbaar pincet is in eerste aanschaf misschien duurder en er komen ook kosten voor wassen of steriliseren bij. Toch laten de meeste levenscyclusanalyses zien dat op termijn herbruikbare producten duurzamer en goedkoper zijn. Duurzame keuzes door bepaalde producten minder of helemaal niet meer te gebruiken, leveren direct al een kostenbesparing op. En elke oplossing die tot minder afval leidt, vertaalt zich in lagere kosten voor afvalverwerking.

Als we op grote schaal overstappen naar herbruikbare producten moet de capaciteit voor onder meer schoonmaken, steriliseren en repareren worden opgeschaald. In bestaande ziekenhuizen is daarvoor doorgaans geen ruimte. Om schaal te creëren lijkt een regionale oplossing noodzakelijk, met regionale hubs voor het 'reprocessen' van medische hulpmiddelen.

De conclusie is helder. Als passende zorg de norm wordt, kan duurzaamheid daar niet los van worden gezien. Niet-duurzame zorg is in die zin niet-passend. De huidige beweging in Nederland en in andere Europese landen biedt een unieke kans om dit principe daadwerkelijk te verankeren in hoe we beslissen, vergoeden en handelen. Alleen zo kan de zorgsector de benodigde bijdrage leveren aan zowel de gezondheid van mensen als die van onze planeet.

Literatuur

Bobini, M. & Cicchetti, A. (2024) Integrating environmental sustainability into health technology assessment: An international survey of HTA stakeholders. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 40, e64.

Hensher, M. (2020) Incorporating environmental impacts into the economic evaluation of health care systems: Perspectives from ecological economics. *Resources, Conservation and Recycling*, 154, 104623.

Huijben, J., Van Raaij, E., Wagelmans, A., Piscicelli, L., Shen, W.S., Van Vliet, B., Gommers, D., Tibboel, D., Bakker, E., Dekkers, F., Van Leeuwen, R., Diehl, J.C. & Hunfeld, N., 2025. Accelerating the transition from a linear to a circular healthcare sector: ESCH-R: study design and methodology. *Frontiers in Public Health*, *13*, p.1542187.

Lenzen, M., Malik, A., Li, M., Fry, J., Weisz, H., Pichler, P.P., Chaves, L.S.M., Capon, A. & Pencheon, D. (2020). The environmental footprint of health care: a global assessment. *The Lancet Planetary Health*, 4(7), e271-e279.

Steenmeijer, M. A., Rodrigues, J. F., Zijp, M. C., & Waaijers-van der Loop, S. L. (2022). The environmental impact of the Dutch health-care sector beyond climate change: an input–output analysis. *The Lancet Planetary Health*, 6(12), e949-e957.

Tietschert, M. V., Çelik, J. N., Price, A. N., Singer, S. J., Garman, A. N., & Van Raaij, E. M. (2026). Do no harm? How health care management research can advance environmentally sustainable health care. *Health Care Management Review* 51 (4): 273-283. https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000503

3.2 Vindingrijkheid en vertrouwen: weerbaarheid in de zorg

Robert Borst & Chiara Cadeddu

Van veerkracht naar polycrises

Het leek een gewone dag. Tot die bui naast het verpleeghuis uitgroeide tot een wolkbreuk, de warme voorjaarsdag in de thuiszorg overging in een code-rood hittegolf die weken aanhield, en de stroomstoring in het ziekenhuis achteraf een landelijke blackout bleek – veroorzaakt door een hackerscollectief verbonden aan een buitenlandse staat. Nog los van dit soort 'externe crises', staat de gezondheidszorg al langdurig dagelijks onder druk en worden systemen en medewerkers geacht zich voortdurend aan te passen. De zorg wordt geacht 'weerbaar' te zijn tegen allerhande gebeurtenissen. De vraag is of ze daarop is toegerust en welke (maatschappelijke) prijs daarvoor wordt betaald?

Ook de bredere omgeving van de zorg staat steeds meer onder druk. Zogenoemde forever chemicals verontreinigen voedsel en drinkwater met nog onbekende gezondheidsgevolgen op de lange termijn. Intensieve veeteelt en tuinbouw nabij ogenschijnlijk veilige woonwijken verhogen de kans op allerhande ziekten, waaronder Q-koorts en de ziekte van Parkinson. Daarnaast tast het beroep op fossiele brandstoffen de planetaire gezondheid steeds verder aan. Milieuonvriendelijke praktijken – ook in de zorg – vergroten aantoonbaar de kans op extreme weersgebeurtenissen. (Matkovic e.a., 2025). Bovendien treffen deze effecten van klimaatverandering kleine tropische eilanden, zoals Caribisch Nederland, buitenproportioneel hard (Vousdoukas e.a., 2023). Bijgevolg krijgt de zorg steeds meer te maken met opeenstapelende, interacterende en naast elkaar bestaande crises, ofwel: polycrises.

Vergeleken met de crises die we kennen, hebben polycrises grilligere en minder voorspelbare effecten. Iets van deze dynamiek zagen we tijdens de coronapandemie. De bestrijding van het virus raakte verweven met personeels- en materieeltekorten, armoede, en verspreiding van desinformatie. Inmiddels is de mondiale politieke economie nog onrustiger geworden en de bedreigingen veelzijdiger. Dit leidt tot een toenemende oproep om de zorg niet alleen pandemisch voor te bereiden, maar ook klaar te stomen voor instroom van oorlogsslachtoffers, inzet in conflictgebieden, cyberaanvallen, overstromingen en een uitgeholde beroepsbevolking.

De weerbaarheidsbenadering voor polycrises vraagt om een meer agnostische houding. We moeten de zorg voorbereiden op onzekere gebeurtenissen en tijdlijnen, ongeacht de aard van de crises – in feite op onbekende onbekenden. In dit hoofdstuk brengen wij in kaart wat wij weten over weerbaarheid in de zorg, wat dat betekent voor de Nederlandse zorg en waar wij vinden dat beleid en praktijk naartoe moeten bewegen.

Wat weten we al?

Er bestaat veel wetenschappelijke literatuur over veerkracht en weerbaarheid van de zorg. De gemene deler is de wens dat de zorg goed voorbereid is op verstoringen, zich daaraan kan aanpassen, en dat de zorg blijft functioneren wanneer verstoringen zich voordoen (Copeland e.a., 2023). Bovendien wenst men dat de zorg daarna snel herstelt en lering trekt uit de gebeurtenissen, om in het vervolg erger te voorkomen. Wij zien in ons onderzoek steeds weer dat de term weerbaarheid bewust weinig invulling krijgt. Hierdoor behouden verschillende partijen de ruimte om hun eigen definities te formuleren.

Voor beleid zijn eenduidige definities echter wel belangrijk. In Nederland zien we dat pandemische paraatheid, weerbare zorg, acute zorg, opgeschaalde zorg, rampenzorg en duurzaamheid in de zorg vaak door afzonderlijke organisaties worden behandeld, of zelfs door verschillende directies binnen hetzelfde ministerie. Ons onderzoek laat zien dat deze versnippering van verantwoordelijkheden ertoe kan leiden dat partijen met vergelijkbare doelen om hetzelfde budget concurreren, dat kansen op kruisbestuiving onbenut blijven, of dat besluiten worden uitgesteld totdat de verdeling van verantwoordelijkheden is opgelost (Borst e.a., 2023). Dit onderstreept de noodzaak om het gesprek te voeren over welke gedeelde waarden ten grondslag liggen aan weerbaarheid in de zorg (Bal, 2026).

Weerbaarheid heeft vaak een heroïsche en trotse lading; schouders eronder en we regelen het wel. Toch laat ons onderzoek een toenemende schaduwzijde zien. Weerbaarheid bestaat uit werk dat mensen in de zorg verrichten, vaak bovenop hun bestaande taken. Deze 'roofbouw' kan diezelfde dagelijkse weerbaarheid juist ondermijnen. De meeste weerbaarheidsinitiatieven richten zich echter niet op het ondersteunen van deze praktijken, maar op planvorming en protocollen. Dit zien wij als de ambivalentie van weerbaarheid in de zorg: weerbaarheid vraagt om beheersing van onzekerheid door planvorming en regels, maar tegelijkertijd om vertrouwen in de vindingrijkheid van mensen in de zorg om af te wijken van de gebaande paden. Navigeren tussen deze twee is een lastige opgave, vooral omdat onderzoek laat zien dat (de dreiging van) crises juist leidt tot nog meer planning, centrale sturing, verantwoordingsdruk en afname van discretionaire ruimte en vindingrijkheid bij zorgprofessionals (Borst e.a., 2026; van Vuuren e.a., 2026). Het is dus belangrijk om te erkennen dat deze vindingrijkheid in de zorg niet vanzelf ontstaat zodra de druk toeneemt.

Eerder onderzoek wijst op een harde maar belangrijke realiteit: zorg in kleinere dorpen, afgelegen gebieden of eilandregio's is in het algemeen weerbaarder. Die weerbaarheid is vaak noodgedwongen ontstaan, brengt eveneens onzekerheid met zich mee, en eist zijn tol (van Pijkeren, 2025). Spoedeisende hulpposten sluiten, wachtlijsten bij door generatieve AI gefaciliteerde huisartsen op afstand lopen op, en ambulances halen de wettelijke aanrijtijden niet meer. Voor Bonaire, Sint-Eustatius en Saba bijvoorbeeld, zien we dat de aanname van weerbaarheid, de weerbaarheid in de zorg juist kan ondermijnen (Borst, 2026). Zorgverleners op deze eilanden zijn in de loop der tijd zeer vindingrijk geworden in het waarborgen van zorgcontinuïteit te midden van isolatie, schaarste, achterstelling en een sterk uiteenlopende zorgvraag – bijvoorbeeld door één medewerker acht rollen te laten vervullen. Vanaf een afstand lijkt dit heel weerbaar: immers, de zorg vindt doorgang onder zeer zware omstandigheden. Achter die weerbare indruk schuilt echter een structureel tekort en de vindingrijkheid wordt al tijden als noodmechanisme toegepast. Maar het is de indruk die stuurt en vaak leidt tot een nog groter beroep op de zelfredzaamheid en vindingrijkheid, met onder andere uitputting en precariteit tot gevolg.

Op naar een integrale weerbaarheidsagenda voor polycrises

Wat ons betreft is de kernopgave voor beleid, om weerbaarheid in de zorg als één samenhangend geheel te behandelen, in plaats van een verzameling losstaande programma's. Hieronder werken wij dit verder uit in drie agendapunten.

1. Integreren van weerbaarheidsagenda's

Het is tijd voor een integrale weerbaarheidsagenda voor de zorg, gevormd vanuit de praktijk. We kunnen immers niet verwachten dat de zorg weerbaarder wordt zolang de beleidswerkelijkheid daarachter financieel en organisatorisch versnipperd is. Zoals hierboven al bleek, toonde de coronapandemie aan dat beleid en plannen die zich alleen op gezondheid en zorg richten, niet volstaan. Dit geldt des te meer wanneer we vanuit planetaire gezondheid redeneren: de weerbaarheid die nodig is bij hittegolven, overstromingen en ander extreem natuurgeweld ontstaat juist door in het dagelijks leven respectvoller met de planetaire grenzen om te gaan en door het ondersteunen van solidariteit in de samenleving.

2. Investeren in informele infrastructuur

Het belang van vindingrijkheid en vertrouwen als informele infrastructuur voor weerbaarheid in de zorg heeft directe gevolgen voor de manier waarop zorg wordt bekostigd, bestuurd en verantwoord. Inkoopkaders, verantwoordingsmechanismen en begrotingscycli die zich uitsluitend richten op formele structuren – zoals de plannen, protocollen en contracten – kunnen voldoen aan de eisen van goed toezicht en verantwoording, maar hollen ondertussen het relationele vermogen uit waarmee het systeem onder druk kan meebewegen (veren) en weerstand kan bieden (weerbaar zijn).

Organisaties moeten voorwaarden scheppen waarbinnen ervaringskennis en onderlinge relaties zich goed kunnen ontwikkelen. Bijvoorbeeld door samenwerking over sectoren heen, via stabiele teamsamenstelling en aanmoediging van een leiderschapscultuur waarin vindingrijkheid en creativiteit kunnen bestaan naast protocollen.

Bij crisiscoördinatoren klinkt de roep om beter op te leiden, trainen en oefenen in de samenleving. In plaats van te blijven leunen op een schijnbaar onuitputtelijk incasseringsvermogen van de zorg, moeten we investeren in preventie en basisgezondheidsvaardigheden, maar ook in het bespreekbaar maken van onderliggende waardes en de grenzen van zorg. Dit varieert dus van concrete maatregelen zoals gratis reanimatiecursussen tot discussies over hoe mensen oud willen worden in Nederland.

3. Leren van weerbaarheid in de praktijk

Delen van Nederland met een bijzonder urgent klimaatprofiel, lage bevolkingsdichtheid of kwetsbare infrastructuren bieden een belangrijke leeromgeving.

Juist in dit soort gebieden moeten zorgprofessionals dagelijks omgaan met schaarste en onzekerheid. Daarom herijken zij voortdurend risicoprofielen, onderhouden zij samenwerkingsverbanden en combineert personeel vaak meerdere rollen om de zorg draaiende te houden. Deze praktijkkennis over weerbaarheid verdient meer aandacht, inclusief de inherente schaduwzijde van deze weerbaarheid.

Wie doet wat?

De **Brancheorganisaties Zorg, tezamen met koepelorganisaties** zoals het Landelijke Netwerk Acute Zorg (LNAZ), Ineen, MIND en Ieder(in), zouden een integrale weerbaarheidsagenda voor de Nederlandse zorg moeten ontwikkelen, gevormd vanuit de praktijk. Daarin laten zij onder andere pandemische paraatheid, klimaatadaptatie, militair-civiele samenwerking en personeelsplanning samenkomen.

De zorg in Caribisch Nederland maakt daar volwaardig deel van uit. Op de thema's arbeidsmarkt, zekerheid en economische ontwikkeling zouden zij zich moeten laten ondersteunen door de **Sociaal-Economische Raad (SER)**.

Om beter te leren van weerbaarheid in de praktijk, zouden de planbureaus **(CPB, PBL, SCP)** en adviescolleges **(waaronder de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving en de Wetenschappelijke Klimaatraad)** vaker de weerbaarheid in de zorg van Europees en Caribisch Nederland moeten monitoren. De rapportage hoeft niet eenstemmig te zijn, maar laat juist de verschillende afwegingen en kaders zien die nodig zijn voor het versterken van weerbaarheid in de zorg.



De toezichthoudende organisaties in de zorg, waaronder de **Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Nederlandse Zorgautoriteit en Autoriteit Consument en Markt**, zouden gezamenlijk moeten werken aan een visie en toezichtskader voor weerbaarheid in de zorg van Europees en Caribisch Nederland. Dit kader geeft expliciet discretionaire ruimte en reduceert de ervaren verantwoordingsdruk in de zorg ten tijde van crises.

GGD'en, Veiligheidsregio's, gemeenten en regionale acute zorgnetwerken dienen toe te werken naar structurele samenwerking en verdere integratie, zowel onderling als met zorgaanbieders in hun regio. Dit moet een vast onderdeel worden van regionale zorgplanning- en governance.

Onderzoeksfinanciers **ZonMw** en **NWO** zouden wetenschappelijk onderzoek naar weerbaarheid in de zorg over sectoren heen moeten financieren, met expliciete aandacht voor onderbelichte gebieden en terreinen. Samenwerking tussen kennisinstellingen met uiteenlopende aandachtsgebieden is daarbij een hard criterium.

Het **Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)**, ondersteund door onder andere het **Zorginstituut Nederland**, dient regels en voorwaarden te ontwikkelen waarbinnen alle actoren kunnen werken aan weerbaarheid van de zorg. Dit vereist een toekomstvisie en minder versnippering over de verschillende VWS-directies.

Tot slot, de **Kamerfracties** en **bewindspersonen** die zich bezighouden met het thema weerbaarheid. De opgave is helder: weerbaarheid ontstaat niet vanzelf en is niet gratis. Weerbaarheid is ook meer dan een geweer, noodpakket, of operatiekamer. Weerbaarheid vraagt om aanhoudende investering in mensen, relaties en onderling vertrouwen.

Literatuur

Bal, R. (2026). De pandemie leert dat weerbaarheid bij de professional begint. *ESB*, *111*(4859S), 54–57.

Borst, R. A. J. (2026). Opinie: De zorg in Caribisch Nederland is ondermaats, investeer in werkelijk gelijkwaardige zorg. *de Volkskrant*.

Borst, R. A. J., de Graaff, B., Greving, I., van Leerdam, D., Frans, G. J. M., & Bal, R. A. (2026). Sailing between fate and control: Health systems resilience in the Caribbean Netherlands. *Social Science & Medicine*, *409*(119888). https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2026.119888

Borst, R. A. J., van Vuuren, K., de Graaff, B., & Bal, R. (2023). *Caring for resilience: A knowledge agenda for health systems resilience research in the Netherlands*. Erasmus School of Health Policy & Management.

Copeland, S., Hinrichs-Krapels, S., Fecondo, F., Santizo, E. R., Bal, R., & Comes, T. (2023). A resilience view on health system resilience: A scoping review of empirical studies and reviews. *BMC Health Services Research*, *23*(1), 1297. https://doi.org/10.1186/s12913-023-10022-8

Matkovic, V., Cadeddu, C., Pinho-Gomes, A.-C., Köster, M., Boeckmann, M., Valencia, P., Patterson, D., Van Den Hazel, P., Viegas, S., & Jevtic, M. (2025). Public health and planetary health: Human–planet relationship through education, research, policy, and practice. *Perspectives in Public Health*, *145*(6), 294–296. https://doi.org/10.1177/17579139251316222

van Pijkeren, N. (2025). *Caring Geographies: The Region as a Place of Care* [Doctoral]. Erasmus University Rotterdam.

van Vuuren, K., Borst, R., de Graaff, B., Moes, F., & Bal, R. (2026, January 27). Opinie: Staar je niet blind op normen en kaders in de voorbereiding op extreme regen. *de Volkskrant*.

Vousdoukas, M. I., Athanasiou, P., Giardino, A., Mentaschi, L., Stocchino, A., Kopp, R. E., Menéndez, P., Beck, M. W., Ranasinghe, R., & Feyen, L. (2023). Small Island Developing States under threat by rising seas even in a 1.5 °C warming world. *Nature Sustainability*, *6*(12), 1552–1564. https://doi.org/10.1038/s41893-023-01230-5

4.

De inrichting van het zorg-landschap



4.1 Regionalisering en decentralisatie als bestuurlijke opgave

Violet Petit-Steeghs & Vivian Reckers-Droog

Inleiding

Afgelopen decennia heeft de Rijksoverheid sterk ingezet op decentralisatie richting gemeenten. Door taken en bevoegdheden op het terrein van zorg en ondersteuning dichter bij de burger te beleggen, wordt beoogd besluitvorming beter te laten aansluiten op lokale omstandigheden en behoeften en meer maatwerk mogelijk te maken. Tegelijkertijd is sterk ingezet op regionalisering, omdat veel vraagstukken in het zorg- en sociaal domein de grenzen van afzonderlijke gemeenten overstijgen en vragen om afstemming op regionaal niveau. De regio wordt steeds nadrukkelijker gepositioneerd als het schaalniveau waarop opgaven kunnen worden gecoördineerd en geordend (RVS, 2022). In lijn met de decentralisatiegedachte was de verwachting dat regionalisering zou helpen beter aan te sluiten op regionale behoeften en voorkeuren (Schuurmans e.a., 2022). De decentralisering en regionalisering werden daarnaast gekoppeld aan een meer doelmatige organisatie van zorg en ondersteuning door eerder in te grijpen met lichtere vormen om zwaardere problematiek en hogere zorgkosten te voorkomen, bijvoorbeeld via de Wmo en de Jeugdwet.

In de praktijk blijken de ambities van zowel decentralisatie als regionalisering slechts beperkt gerealiseerd (SCP, 2025). Beleid pakt regionaal en lokaal anders uit dan beleidsmakers op nationaal niveau voor ogen hadden (Schuurmans e.a., 2022). Door regionalisering is hulpverlening in sommige gevallen juist verder van burgers komen te staan (WRR, 2024), terwijl verschillen tussen gemeenten zichtbaar blijven en maatwerk en kwaliteit niet vanzelfsprekend zijn verbeterd. Een groep mensen ontvangt nog altijd geen of niet-passende ondersteuning (SCP, 2025; Petit-Steeghs e.a., 2026).

Het uitblijven van de gewenste resultaten wordt veelal verklaard vanuit organisatorische knelpunten, zoals fragmentatie. Een fundamenteler probleem blijft hierbij echter buiten beeld: fragmentatie is niet de kern van het probleem, maar een uitingsvorm van het beperkte collectieve handelingsvermogen van betrokken partijen om in een context van schaarste gezamenlijk keuzes te maken en daarvan te leren. Dit beperkte handelingsvermogen komt tot uiting in vier samenhangende knelpunten.

1. Beperkte benutting van ervaringskennis

Zowel decentralisering als regionalisering zijn bedoeld om zorg en ondersteuning beter te laten aansluiten bij de behoeften van burgers. In de praktijk worden inwoners en ervaringsdeskundigen beperkt en ongelijkwaardig betrokken bij regionale en lokale besluitvorming (RVS, 2022). Burgerinvloed verloopt nog veelal indirect, bijvoorbeeld via verkiezingen. Daarnaast is onduidelijk in welke mate behoeften en voorkeuren van inwoners daadwerkelijk worden meegenomen in regionale en lokale besluitvorming. Het meenemen van ervaringskennis gaat vaak gepaard met praktische en bestuurlijke uitdagingen, waardoor deze kennis nog onvoldoende structureel wordt benut. Hierdoor bestaat het risico dat juist de groepen die het meest afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning het minst invloed hebben op de verdeling daarvan (Petit-Steeghs e.a., 2021; Mos & Reckers-Droog, 2024). Dit beperkt zowel de legitimiteit van besluitvorming als het vermogen om keuzes te maken die daadwerkelijk aansluiten bij de behoeften en voorkeuren van burgers.

2. Kloof tussen beleidsidealen en de uitvoeringspraktijk

Decentralisering en regionalisering gaan gepaard met beleidsidealen als persoonsgerichtheid en integraliteit (Schuurmans e.a., 2022). In de praktijk botsen deze idealen echter regelmatig met andere waarden, belangen en institutionele randvoorwaarden (Oldenhof e.a., 2025). Integrale samenwerking wordt bijvoorbeeld bemoeilijkt door gefragmenteerde financieringsstromen en sectorale verantwoordelijkheden (van Muijden e.a., 2025), terwijl verschillende domeinen vanuit eigen waarden en logica's opereren (Petit-Steeghs e.a., 2021; Oldenhof e.a., 2025). Deze spanningen worden vaak gezien als samenwerkingsproblemen, maar zijn in wezen verdelingsvraagstukken die vragen om expliciete prioritering en transparante afwegingen, waarbij lokale besluitvormers verschillende, en soms conflicterende, waarden tegen elkaar moeten afwegen (Mos & Reckers-Droog, 2024).

3. Verantwoordelijkheid zonder voldoende sturingsruimte

Regionalisering en decentralisering veronderstellen dat regio's en gemeenten ruimte hebben om zorg en ondersteuning af te stemmen op de regionale en lokale context. Zoals ook aangegeven in het hoofdstuk 'Bekostiging en financiering', blijven in de praktijk financiering, verantwoording en wettelijke kaders echter grotendeels sectoraal georganiseerd, waardoor regionale netwerken beperkt mandaat hebben om domeinoverstijgend te sturen (van Muijden e.a., 2025; Petit-Steeghs e.a., 2021/2026). Tegelijkertijd worden gemeenten geconfronteerd met toenemende maatschappelijke opgaven, personeelstekorten en beperkte financiële ruimte. Daarnaast wordt hun beleidsruimte begrensd door Europese en nationale rechtskaders. Hierdoor worden verantwoordelijkheden wel gedecentraliseerd, maar blijven de bijbehorende bevoegdheden en middelen achter. Dit beperkt het vermogen om integrale keuzes te maken, deze gezamenlijk te dragen en ervan te leren.

4. Toenemende systeemcomplexiteit

De beleidsmatige reactie op bestuurlijke spanningen bestaat vaak uit het toevoegen van nieuwe programma's, regionale netwerken en samenwerkingsstructuren (Petit-Steeghs et al., 2026). Hierdoor participeren gemeenten, regio's en professionals tegelijkertijd in uiteenlopende netwerken met verschillende schaalniveaus, verantwoordingsstructuren en beleidsdoelen (Petit-Steeghs e.a., 2021; Schuurmans e.a., 2021). Ook het leren over regionalisering verloopt versnipperd, doordat evaluaties vooral plaatsvinden binnen afzonderlijke programma's en domeinen. Deze systeemcomplexiteit bemoeilijkt gezamenlijke besluitvorming en beperkt het vermogen om ervaringen systematisch te benutten en bestuurlijke keuzes te verbeteren.

Oplossingsrichtingen

De vier beschreven problemen vragen om een versterking van het collectieve handelingsvermogen van landelijke, regionale en lokale partijen. Vanuit die gedachte formuleren wij vier oplossingsrichtingen.

Oplossing 1: Bevorder gelijkwaardige vertegenwoordiging van ervaringskennis

Het versterken van het collectieve handelingsvermogen begint bij het structureel en gelijkwaardig betrekken van burgers en ervaringsdeskundigen bij besluitvorming zodat besluiten beter aansluiten bij de behoeften en voorkeuren in de samenleving. Dat vraagt niet alleen om een sterkere positie van ervaringsdeskundigen, maar ook om toegankelijke besluitvormingsprocessen zodat verschillende groepen daadwerkelijk kunnen deelnemen (Petit-Steeghs e.a., 2026).

Concrete aanbevelingen

1. Leg de rol van burgers en ervaringsdeskundigen vast in besluitvorming en zorg voor ondersteuning en toegankelijke participatie dicht bij de leefomgeving.
2. Borg duurzame en passende vergoedingen (inclusief voorbereiding en reistijd) voor ervaringsdeskundigen, zonder nadelige gevolgen voor uitkeringen en inkomenspositie.
3. Stimuleer (regionale en landelijke) kennisontwikkeling over ervaringsdeskundigheid en organiseer pools van ervaringsdeskundigen om ervaringen te delen en continuïteit te waarborgen.

Oplossing 2: Versterk de legitimiteit door transparante afwegingen

Besluitvorming in het zorg- en sociaal domein vraagt om expliciete keuzes over de verdeling van schaarse middelen. In plaats van impliciete, ad-hoc afwegingen is behoefte aan gedeelde afwegingskaders waarin zichtbaar wordt welke waarden richtinggevend zijn en hoe belangen tegen elkaar worden afgewogen (Mos & Reckers-Droog, 2024). Transparantie over deze afwegingen versterkt niet alleen de legitimiteit van besluiten, maar maakt ook gezamenlijk leren mogelijk.

Concrete aanbevelingen

1. Erken dat niet alle zorg- en ondersteuningsvragen tegelijkertijd kunnen worden gehonoreerd en maak keuzes over schaarse tijd en middelen expliciet.
2. Ontwikkel afwegingskaders voor de verdeling van zorg en ondersteuning. Leg vast welke criteria leidend zijn en hoe belangen tegen elkaar worden afgewogen.
3. Introduceer vormen van narratieve verantwoording waarin helder wordt uitgelegd waarom bepaalde groepen of interventies prioriteit krijgen, welke overwegingen daaraan ten grondslag liggen en welke spanningen en afwegingen hierbij spelen.
4. Organiseer periodieke reflectie op regionale en lokale afwegingen, zodat zichtbaar wordt welke keuzes worden gemaakt, welke verschillen ontstaan en welke lessen daaruit kunnen worden getrokken.

Oplossing 3: Verander de rol van landelijk beleid van kaderstellend naar faciliterend

Een versterking van het collectieve handelingsvermogen vraagt om een faciliterende rol van het Rijk (Petit Steeghs e.a., 2026) waarbij zij kijken welke bevoegdheid

en middelen regio's en gemeenten nodig hebben om gezamenlijk keuzes te maken en daarvan te leren.

Concrete aanbevelingen

1. Verschuif de rol van het Rijk van top-down sturing naar een faciliterende rol, gericht op het creëren van randvoorwaarden voor lokale en regionale samenwerking.
2. Ontwikkel integrale bestuurs- en verantwoordingsarrangementen, inclusief domein-overstijgende financiering en lerend toezicht zodat regionale keuzes transparanter worden en regio's van elkaar kunnen leren.
3. Erken regionale projectleiders en procesregisseurs als cruciale spelers in het omgaan met spanningen tussen verschillende waarden en belangen, en investeer in hun professionalisering en institutionele inbedding.

Oplossing 4: Creëer bestuurlijke bescheidenheid

Complexe maatschappelijke opgaven vragen niet automatisch om nieuwe programma's of samenwerkingsstructuren. Juist het langdurig investeren in (en beter benutten van) bestaande netwerken kan de ruimte creëren voor gezamenlijk leren rondom expliciete keuzes (Petit-Steeghs e.a., 2021/2026).

Concrete aanbevelingen

1. Wees terughoudend met het opzetten van nieuwe beleidsprogramma's die de systeemcomplexiteit vergroten en investeer in het beter benutten en verbinden van bestaande infrastructuren.
2. Reserveer structureel tijd en middelen voor lokale en regionale samenwerking en voorkom dat complexe maatschappelijke opgaven steeds opnieuw via tijdelijke projecten worden georganiseerd.

Literatuur

Mos, P.P.M., & Reckers-Droog, V.T. (2024). Examining the underpinnings of decisions to allocate public resources to social care: A systematic review. *Social Science & Medicine*, *355*, 117093.

Van Muijden, T., Petit-Steeghs, V., Aspria, M., Bal, R., & Van de Bovenkamp, H. (2025). Frontline professionals' experiences of navigating boundaries in a layered care and support system for individuals with complex care needs in the Netherlands. *Social Science & Medicine*, *366*, 117692.

Oldenhof, L., Petit-Steeghs, V., Wehrens, R., van Haperen, S., & Heerings, M. (2025). Working with value complexity in healthcare. *Qualitative Health Research*, 10497323251330999.

Petit-Steeghs, V., van Muijden, T., Aspria, M., van de Bovenkamp, H., Vollaard, H. & Bal, R. (2021). *Leren(d) spelen: Centrale Evaluatie ZonMw Actieprogramma Verward Gedrag*. Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM). https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/09/30/eshpm-eindrapportage-lerend-spelen

Petit-Steeghs et al. (2026). *Eindrapportage BE-grip: Van regionale vernieuwing naar landelijke voorwaarden.* Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM).

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2022). *De regio als redding? Achtergrondstudie huidige regionaliseringstendens*. https://www.raadrvs.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2022/10/20/de-regio-als-redding/Achtergrondstudie+huidige+regionaliseringstendens.pdf

Schuurmans, J., Van der Woerd, O., Bal, R., & Wallenburg, I. (2022). Regionalisering in de ouderenzorg. *Beleid en Maatschappij*, *49*(3), 220-239.

Sociaal en Cultureel Planbureau. (2025, 29 september). *Tien jaar decentralisaties: andere koers nodig voor zorg en ondersteuning*. https://www.scp.nl/actueel/nieuws/2025/09/29/tien-jaar-decentralisaties-andere-koers-nodig-voor-zorg-en-ondersteuning

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2024). Kennisversterking in het sociaal domein: Ervaringen en opties uit het veld (Werkdocument 60). https://www.wrr.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2024/06/25/kennisversterking-in-het-sociaal-domein/WP060-Kennisversterking-sociaal-domein_Ervaringen+en+opties+uit+het+veld.pdf

4.2 Medisch specialistische zorg: concentratie, spreiding en een eerlijk speelveld

Marco Varkevisser & Kees Ahaus

In het coalitieakkoord van het kabinet-Jetten wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan de toekomstige organisatie van het zorglandschap. Passende zorg moet de norm worden. Dit betekent dat waardegedreven zorg op de juiste plek wordt gegeven. Passende zorg kan ertoe leiden dat zorg vanuit het ziekenhuis naar andere plekken wordt verplaatst, bijvoorbeeld naar de eerstelijn of de thuisomgeving. Het impliceert overigens ook samen beslissen, wat kan leiden tot het afzien van zorg. Kortom, het nastreven van passende zorg gaat het zorglandschap veranderen. Deze beweging lijkt enigszins op gang te komen.

In dit onderdeel van de ESHPM-agenda voor de zorg is aandacht voor twee thema's binnen de medisch specialistische zorg (msz) die momenteel volop in de (politieke) schijnwerpers staan, te weten concentratie en spreiding van zorg en een eerlijk speelveld voor ziekenhuizen en zelfstandige klinieken (zbc's).

Concentratie en spreiding

De concentratie en spreiding van zorg vormt een belangrijk onderdeel van het Integraal Zorg Akkoord (IZA). Concentratie van hoogcomplexe zorg moet de doelmatigheid en kwaliteit van zorg bevorderen. Dit dient gepaard te gaan met spreiding van vaak voorkomende en laagcomplexe zorg die voor iedereen dicht(er)bij beschikbaar moet zijn. Dit betekent dat ziekenhuizen, universitair medische centra (umc's) en zelfstandige behandelcentra (zbc's) zich sterker moeten gaan toeleggen en profileren op de onderdelen waar zij goed in zijn en specifieke expertise in hebben ontwikkeld.

De Maastrichtse hoogleraar Van Merode stelt dat de zorg niet daar geleverd moet worden waar de patiënten zijn, maar daar waar de zorgprofessionals en dan vooral verpleegkundigen zijn. Dat vraagt om een regionale aanpak. In dichtbevolkte gebieden zoals de Randstad is bijvoorbeeld het grootste tekort aan opgeleide verpleegkundigen, en daar zijn ook de verborgen reserves (*'hidden reserves'*) het grootst. Met verborgen reserves wordt bedoeld personen die opgeleid zijn als verpleegkundige maar niet meer in de sector werken. In de Randstad zijn voldoende mogelijkheden om buiten de sector te werken in beter betaalde en meer aantrekkelijke banen, namelijk banen zonder onregelmatigheid, en met minder stress (van Merode e.a., 2024). Concentratie gaat dus niet alleen over de overweging om hoogcomplexe zorg landelijk op enkele plaatsen te organiseren. Kleinere, regionale ziekenhuizen moeten ook de kans krijgen om zich te specialiseren en een deel van de zorg in hun regio te concentreren, aldus Van Merode.

Er komt meer kijken bij het vraagstuk van concentratie als gevolg van volumenormen bij hoogcomplexe zorg alleen. Het is door vele ontwikkelingen complexer en vraagt een meer genuanceerde aanpak dan het debat over casussen waar eerder zorgfuncties werden stopgezet. Wat gebeurt er met de vraag van ziekenhuizen als ligtijden nog verder terug worden gebracht? Neemt de behoefte aan dagbehandelcentra toe en de behoefte aan 24/7 centra af? Voor welke planbare zorg blijven zbc's verder groeien? Wat betekent de demografische ontwikkeling voor de vraag in de regio? Wat is de impact van digitale transformatie op de vraag? Wat is de rol van de lokale politiek als een van de grootste werkgevers in hun regio zorg dreigt te gaan concentreren, denk aan het sluiten van een spoedeisende hulp (SEH) locatie? Vanwege vaak tegengestelde (financiële) belangen is regie en sturing nodig. Uiteindelijk draagt het Ministerie van VWS op systeemniveau de eindverantwoordelijkheid, maar gaan ze die nu echt oppakken in een context waarin ze de laatste jaren graag op afstand bleef. En welke steun krijgen de zorgverzekeraars als zij, via de zorginkoop, intensiever gaan sturen op waar die zorg geleverd gaat worden?

De overheid kan, daar waar nodig en passend, de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) inzetten

om via vergunningverlening de gewenste concentratie te versnellen. In eerste instantie is het de bedoeling dat besluitvorming plaatsvindt in regionale netwerken. Volumenormen spelen daarbij een belangrijke rol, maar ook doelmatigheid, en verwachtingen met betrekking tot zowel de behoefte aan zorg als de beschikbaarheid van personeel. Vervolgens is het aan de zorgverzekeraars en zorgaanbieders om binnen de reguliere zorginkoop nadere afspraken met elkaar te maken. Uiteindelijk moet dit de komende jaren leiden tot meer differentiatie tussen de verschillende aanbieders van medisch-specialistische zorg (algemene ziekenhuizen, umc's en zbc's) met onderbouwde verschillen in het zorgportfolio.

Zoals verwacht komt deze differentiatie niet vanzelf tot stand. Hoewel de onderliggende principes van het IZA (en het daaropvolgende AZWA) breed worden gedeeld, zijn de opbrengsten tot nu toe teleurstellend. De beoogde 'impactvolle transformaties' – dat wil zeggen, veranderingen die leiden tot passende zorg in de praktijk – komen maar moeizaam van de grond. Een belangrijke reden hiervoor is dat het IZA weliswaar mooie perspectieven schetst, maar de precieze inkleuring – inclusief de lastige, en soms pijnlijke, keuzes als die nodig zijn – vervolgens overlaat aan het zorgveld zelf. En daar wijzen als gevolg van tegengestelde en gevestigde belangen de neuzen vaak niet in dezelfde richting.

Het gevolg? Een stroperige zoektocht naar compromissen. De beoogde concentratie van kinderhartchirurgie heeft laten zien dat het proces soms zelf ontaardt in geruzie en moddergooien. Op basis hiervan hebben Den Boon e.a. (2025; 2026) vijf lessen geformuleerd.

1. Alle partijen moeten vanaf het begin accepteren dat het publieke belang boven het eigen belang gaat en dat, indien nodig, een partij met doorzettingsmacht uiteindelijk de beslissing neemt.
2. Beslissingen moeten zorgvuldig, tijdig en transparant worden genomen op basis van duidelijke, breed gedragen criteria en verifieerbare input, waarbij ook patiëntvertegenwoordigers en beroepsverenigingen een belangrijke rol spelen.
3. Probleemstelling, beslissingscriteria en benodigde feiten moeten eerst zijn vastgesteld. Om de eigen belangen niet voortijdig leidend te laten zijn, kan pas daarna met objectieve scenarioanalyses naar (ziekenhuis)specifieke gevolgen worden gekeken.
4. Bij de keuze voor een concentratiescenario moet onmiddellijk duidelijk zijn welke compenserende maatregelen gelden voor de 'verliezende' ziekenhuizen, zodat onvrede en ondermijnende reacties zoveel mogelijk worden voorkomen.
5. Omdat uitkomsten en context niet volledig voorspelbaar zijn, wordt van alle betrokkenen – inclusief politici – verwacht dat zij ondanks onvermijdelijke weerstand en emoties rationeel, redelijk en constructief samenwerken in het algemene belang

Het is de vraag of scenarioanalyses voldoende zijn om deze transformaties 'bottom up' tot stand te laten komen. Echt voortgang boeken bij concentratie en spreiding gaat dus niet vanzelf. Daar is meer voor nodig (Brouwer & Varkevisser, 2025). De cruciale vraag is wie de doorzettingsmacht én slagkracht heeft om veranderingen af te dwingen wanneer het maatschappelijke belang niet overeenkomt met de belangen van bepaalde zorgpartijen. Denk bijvoorbeeld aan de concentratie van complexe operaties in minder ziekenhuizen. Of de verplaatsing van basiszorg en dagbehandeling vanuit de ziekenhuizen naar gezondheidscentra dichter bij de patiënt. Ziekenhuizen kunnen dit ook zelf proactief organiseren. Hoe dan ook geldt: er zijn niet alleen 'winnaars' maar ook 'verliezers'. En hoe begrijpelijk ook, het is frustrerend dat die het veranderproces nu effectief kunnen belemmeren.

Dat is ook duidelijk zichtbaar bij de acute zorg. Daar zetten een stijgende vraag en een toenemend tekort aan zorgprofessionals de toegankelijkheid van kwalitatief goede acute zorg steeds sterker onder druk. Van Velzen e.a. (2022; 2024) laten zien dat het ondanks deze breed gevoelde uitdagingen in de praktijk lastig blijkt om veranderingen in het acute zorglandschap aan te brengen. Hoewel nog niet duidelijk is hoe het toekomstbestendige acute zorglandschap er precies uit komt te zien, ligt een reductie van het aantal afdelingen voor Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) die 7x24 uur open zijn, in de lijn der verwachting. En dat brengt moeilijke beslissingen met zich mee. Stakeholders zijn het niet eens over de voor- en nadelen van concentratie van SEH-zorg in minder ziekenhuizen. Mogelijke voordelen op het gebied van kwaliteit, voldoende beschikbaar personeel en kosten staan tegenover zorgen over de samenhang met het ziekenhuis, langere aanrijtijden, toename in het pendelen en maatschappelijke weerstand. Daar komt bij dat tegengestelde (financiële) belangen het debat nog ingewikkelder maken. Kortom, ook hier liggen lastige afwegingen op tafel waarbij belangen soms botsen. De casus Zuyderland laat zien hoe belangrijk en moeilijk het is om belangen van alle betrokken partijen – zoals VWS/politiek, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, medisch specialisten, gemeenten, inwoners – op één lijn te brengen en de urgentie te benadrukken. Het is echter nog maar zeer de vraag of de voorgenomen wetswijziging die burgemeesters het recht geeft een "zwaarwegend advies" uit te brengen wanneer een zorgaanbieder van plan is om een locatie voor acute zorg af te schalen of helemaal te sluiten hierbij behulpzaam zal zijn. Immers, van gemeentebestuurders onder druk van hun plaatsgenoten kan én mag niet worden verwacht dat zij alle relevante afwegingen in de volle breedte overzien en het gemeentebelang ondergeschikt maken.

Eerlijk speelveld ziekenhuizen en zelfstandige klinieken

Binnen de msz spelen zelfstandige behandelcentra (zbc's) een steeds grotere rol. Het aantal patiënten dat een kliniek bezoekt laat de afgelopen jaren een sterke groei zien. In 2024 bezochten ruim 1,3 miljoen patiënten een kliniek. Dit is bijna een kwart van het totaal aantal patiënten met een planbare zorgvraag. Ze voorzien in een behoefte maar kunnen ook een extra behoefte aan zorg oproepen.

Het is van belang om te zorgen voor een eerlijk speelveld. Door hun focus op één of een beperkt aantal planbare behandelingen/ingrepen brengt de groei van zelfstandige klinieken voor gewone ziekenhuizen grote uitdagingen met zich mee, waaronder een verlies aan winstgevende behandelingen die nodig zijn om verliesgevende behandelingen te compenseren en een verlies aan personeel waardoor de bezetting van avond/nacht/weekend-diensten problematisch wordt.

Ismail e.a. (2026) laten zien dat in COVID-tijd ziekenhuizen met hun verantwoordelijkheden voor de spoedeisende zorg marktaandeel in planbare gynaecologische zorg verloren aan de zbc's. Vooral algemene ziekenhuizen werden geraakt in de eerste golf van de pandemie en hun solidariteit in het opvangen van de spoedeisende COVID-zorg lijkt ze op achterstand te hebben gezet. Anderzijds kan worden gesteld dat zbc's druk op het zorgsysteem hebben weggenomen, juist in een periode waarin het belangrijk was om de toegankelijkheid van zorg te behouden.

In een recente Kamerbrief is een combinatie van maatregelen aangekondigd die in de msz voor een eerlijk speelveld moeten zorgen (VWS, 2026). Bijvoorbeeld betere tariefdifferentiatie in de contractering. Hierdoor moeten zorgverzekeraars bij de contractering beter kunnen inspelen op de kostenverschillen als gevolg van beschikbaar stellen van dure infrastructuur zoals spoedeisende hulp en intensive care die maar deels kunnen worden gedekt met inkomsten van diagnose-behandelcombinaties uit planbare zorg. De minister is ook van mening dat zorgaanbieders zich niet mogen afwenden van het opstellen en uitvoeren van regionale plannen. Ook moeten zij mede-verantwoordelijkheid nemen voor de ANW-diensten die nu door ziekenhuizen in de regio worden georganiseerd.

De Kamerbrief beoogt verder toetredingsdrempels op te werpen voor naar snelle winst strevende 'cowboys' maar tegelijkertijd voldoende ruimte te laten voor goedwillende private investeerders. Hoewel nut en noodzaak van de hierboven genoemde beleidsmaatregelen in de kern duidelijk zijn (Berardi e.a., 2026; Varkevisser e.a., 2026), is een kanttekening toch op zijn plaats. De voorgestelde maatregelen lijken namelijk deels het resultaat van een 'brandbrief' waarmee de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) bij de politiek aandringt 'op het nemen van stevige maatregelen tegen de uitholling van het ziekenhuislandschap'. Hoewel begrijpelijk vanuit het gezichtsveld van de ziekenhuizen, mag werken aan een eerlijk speelveld in de msz niet verworden tot werken aan het handhaven van de status quo en dus het (grotendeels) wegnemen van de dynamiek die (de groei van) zelfstandige klinieken met zich meebrengt. Linksom of rechtsom zullen de impactvolle transformaties, zoals nadrukkelijk beoogd met het IZA, óók bij de ziekenhuizen veranderingen vereisen. Een grotere differentiatie tussen ziekenhuizen met scherpere en dus ingrijpende profielkeuzen binnen de door de overheid van bovenaf vastgelegde contouren is daarbij onvermijdelijk.

Dit maakt dat ook de huidige roep om budgetbekostiging voor bepaalde ziekenhuisfuncties – waarbij een specifiek afgebakend deel van de msz uit de concurrentiële zorginkoop wordt ingehaald – met gezonde argwaan bezien moet worden. Enerzijds kan deze financiële zekerheid voor de continuïteit van essentiële voorzieningen en zorgvormen, zoals de 7x24 uur spoedeisende zorg, nodig zijn. Maar anderzijds kan budgetbekostiging, zoals de NZa (2025) in haar advies met betrekking tot de intensive care terecht constateert, de huidige inrichting van het msz-landschap vastzetten en daarmee de keuzes over de toekomstige organisatie belemmeren.

Afsluitend

Passende zorg als norm vraagt om een fundamentele herordening van het zorglandschap, met meer regie van de overheid op concentratie en spreiding én op een eerlijk speelveld tussen ziekenhuizen en zelfstandige klinieken. Het IZA biedt een richtinggevend kader, maar impactvolle transformaties blijven te vaak uit doordat lastige keuzes worden overgelaten aan een veld met tegengestelde belangen en beperkte doorzettingsmacht. Dit zien we scherp terug in de discussies over concentratie van complexe en acute zorg, maar ook bij de discussie over de groei van zelfstandige klinieken die risico's voor de klassieke ziekenhuizen met zich meebrengt.

Beleidsmaatregelen rond sturing, ondernemerschap, contractering en tarieven zijn nodig, maar mogen niet verworden tot bescherming van de status quo. Essentieel is dat de publieke belangen leidend blijven bij de differentiatie en profielkeuzes in de medisch-specialistische zorg.

Literatuur

Berardi, C., M. Hellowell & M. Varkevisser (2026), A typology of private investor-ownership in health service provision and related regulatory frameworks in five countries, *Health Economics, Policy and Law*.

Brouwer, W. & M. Varkevisser (2025), Om de zorg echt te veranderen is regie van bovenaf nodig, *Zorgvisie*, 13 maart 20

Den Boon, P., M. IJzerman & M. Varkevisser (2025), Mislukte concentratie kinderhartchirurgie leidt tot toekomstlessen, *Zorgvisie*, 20 september 2024

Den Boon, P., M. Varkevisser & M. IJzerman (2026), Balancing interests: a case study of the complex process of concentrating congenital cardiac interventions in the Netherlands, preprint research paper (SSRN).

Ismail, I., E.L.M. Velthuijs, R.A. de Leeuw, W.J.K. Hehenkamp & X. Koolman (2026), Crisis, competition and care: market disruption in elective gynecology in the Netherlands due to COVID-19, *Health Policy*, 172(105696): 1-7

Merode, F. van, W. Groot, C. van Oostveen & M. Somers (2024), The hidden reserve of nurses in The Netherlands: a spatial analysis, *Nursing Reports*, 14: 1353–1369

NZa (2025), Uitvoeringstoets budgetbekostiging intensive care (ic), Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht

Van Velzen, N., R. Janssen & M. Varkevisser (2022), Patstelling bij discussie over toekomst SEH's vraagt om nieuwe aanpak, Zorgvisie, 8 april 2022

Van Velzen, N., R. Janssen & M. Varkevisser (2024), Emergency care reconfiguration in the Netherlands: conflicting interests and trade-offs from a multidisciplinary perspective, *Health Economics, Policy and Law*, 19(3): 370-386

Varkevisser, M., C. Berardi & M. Hellowell (2026), Een typologie van private investeringen in de gezondheidszorg en de bijbehorende regulering: algemene observaties en lessen uit vijf landen, *Nieuwsbrief Zorg & Innovatie*, 26 maart 2026

VWS (2026), Stand van zaken eerlijk speelveld, Den Haag



4.3 Langdurige zorg

Jeroen van Wijngaarden, Judith Bom, Anna Petra Nieboer & Robbert Huijsman

De ontwikkelingen in het zorglandschap zullen de komende jaren grote gevolgen hebben voor de langdurige zorg. De zorgvraag neemt toe door de groei van de groep ouderen én wordt complexer doordat meer mensen met multiproblematiek te maken hebben. De huidige zorgstructuren kunnen deze toenemende vraag steeds moeilijker opvangen (RIVM, 2024). Daarnaast is het, gezien de beperkte personele capaciteit, nu al lastig om aan de bestaande zorgvraag te voldoen. Hoewel personeelstekorten niet uniek zijn voor de langdurige zorg, zijn ze hier extra groot. Dit komt mede doordat de sector als minder aantrekkelijk wordt gezien vanwege zware werkomstandigheden en beperkte doorgroeimogelijkheden (OECD, 2020).

Deze ontwikkelingen maken het steeds moeilijker om het huidige voorzieningenniveau in stand te houden en roepen de vraag op hoe we de zorg in de toekomst willen organiseren. Om hoogwaardige langdurige zorg te kunnen blijven leveren, is het noodzakelijk om scherpe keuzes te maken. Daarbij gaat het om complexe vragen als: waar vindt de zorg plaats, door wie wordt de zorg verleend, en welke zorg willen we collectief blijven vergoeden? Daarbij is het belangrijk om ons te realiseren dat veranderingen in het stelsel altijd het hele systeem raken.

Waar vindt de zorg plaats?

Een van de eerste grote keuzes betreft de plek waar zorg wordt verleend. Al enige tijd is het overheidsbeleid om mensen zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving zorg te bieden. Dit uitgangspunt wordt onderschreven door veel zorgontvangers, die het liefst zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen en door professionals die daarmee de kwaliteit van leven hopen te bevorderen.

Het is belangrijk om ook de keerzijde te belichten. Zorg in de thuissituatie is niet voor iedereen wenselijk en leidt zeker niet altijd tot meer kwaliteit van leven. Factoren zoals eenzaamheid, overbelasting van mantelzorgers, onveiligheid thuis en behoefte aan sociale contacten maken dat sommige mensen liever zouden kiezen voor een woonzorgvorm of instelling (Heerings e.a., 2024; Bom e.a., 2022). Zorg in de thuissituatie is daarnaast niet altijd goedkoper. Als stelregel lijkt te gelden dat 24-uurs zorg of complexe zorg extramuraal even duur is als, of zelfs duurder is dan intramurale zorg (Bakx e.a. 2020). Zorg thuis is bovendien niet voor iedereen mogelijk. Zeker voor cliënten met complexe problematiek zal ook in de toekomst behoefte blijven bestaan aan goed geoutilleerde locaties voor woonzorg met een stevige steunstructuur voor 24/7 begeleiding en toezicht (Huijsman, 2025).

Daarbij is de intramurale zorg de laatste decennia ingrijpend veranderd. Grote verblijfsafdelingen in gesloten instituties hebben plaatsgemaakt voor kleinschalig groepswonen in de wijk, gericht op zoveel mogelijk kwaliteit van leven in open huiskamer-settings met eigen kamers. Langdurige zorginstellingen staan steeds meer in open verbinding met de buurt. Mede gestimuleerd door het scheiden van wonen en zorg ontstaan daarbij steeds meer tussenvormen tussen thuis en intramuraal. Daarnaast zien we voor de Laag Volume, Hoge Complexe cliënten gespecialiseerde locaties ontstaan met een regionale functie.

Daarmee is het onderscheid tussen intramurale en extramurale langdurig zorg niet langer zwartwit, maar betreft het een continuüm van voorzieningen: van zelfstandig wonen met lichte ondersteuning, via geclusterde woonvormen, tot gespecialiseerde verblijfszorg. Het is hierbij belangrijk om ons te realiseren dat het juiste antwoord op waar zorg verleend wordt verschilt per persoon en omgeving.

Door wie wordt zorg verleend?

Met de verschuiving richting huis en wijk verandert niet alleen de locatie, maar ook wie zorg verleent. De verwachting – en soms de stilzwijgende aanname – is dat professionele zorg wordt ontlast door een grotere inzet van vrijwilligers, mantelzorgers en de bredere zorgzame gemeenschap.

Mantelzorgers benoemen vaak de betekenisvolle aspecten van zorg voor een naaste, maar intensieve en langdurige mantelzorg blijft zwaar en vaak oneerlijk verdeeld (Bom, 2021). Het aantal mantelzorgers lijkt de afgelopen jaren bovendien niet verder te groeien, en demografische prognoses wijzen erop dat de potentiële groep mantelzorgers in verhouding tot de groeiende groep kwetsbare burgers zelfs zal krimpen (SCP, 2026).

Om langdurige zorg houdbaar te maken, is het daarom nodig om een bredere groep mensen te mobiliseren en in

te zetten op zorgvriendelijke buurten (Nieboer & Cramm, 2018; Xia e.a., 2025). Dat vraagt onder meer:

- fysieke en sociale omgevingen zo inrichten dat mensen elkaar gemakkelijk kunnen ontmoeten;
- bewonersinitiatieven ondersteunen die lichte zorgtaken of praktische ondersteuning bieden;
- professionals (zoals wijkverpleegkundigen, sociaal werkers) verbinden met lokale netwerken zodat zij informele zorg kunnen versterken in plaats van vervangen.

Tegelijkertijd is het belangrijk om de rol van de wijk en lokale initiatieven niet te overschatten. Niet elke buurt beschikt over dezelfde hulpbronnen, en de verantwoordelijkheid voor essentiële zorg mag niet eenzijdig bij informele netwerken worden gelegd.

Ook zorgorganisaties worden in dit nieuwe zorglandschap steeds meer onderdeel van de lokale gemeenschap. Zij faciliteren voorzorgcirkels, seniorvriendelijke wijken en fungeren soms ook als wijkcentrum of buurthuis, oftewel het verpleeghuis als hub van de wijk (Huijsman, 2025).

De uitdaging is om dergelijke initiatieven structureel te verankeren. Dat vraagt om zorgorganisaties die zich expliciet positioneren als partner in het wijk en regionale ecosysteem, in plaats van als losstaande voorziening. Een integrale wijkaanpak vereist een fundamentele omslag in de manier waarop zorg en ondersteuning worden georganiseerd. Een sterke wijk ontstaat niet vanzelf, maar vraagt om een gezamenlijke, langdurige investering en verbinding van bewoners, professionals, organisaties en overheid (Bosdijk e.a., 2023).

Vertrouwen en continuïteit vormen hierin de basis: kwetsbare bewoners moeten kunnen rekenen op herkenbare professionals en duurzame relaties in plaats van tijdelijke projecten en wisselende gezichten. De samenwerking moet over domeinen heen gaan, waarbij zorg, welzijn, wonen en informele netwerken niet naast elkaar opereren, maar gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor passende ondersteuning. Professionals moeten ruimte krijgen om verbindingen te leggen, (waar mogelijk) zelfredzaamheid te versterken en informele netwerken te activeren. Iets wat niet eenvoudig is vanwege het bestaan van zeer uiteenlopende perspectieven op wat goede zorg is (Reinhoudt-den Boer e.a., 2024; van der Muijden e.a., 2026).

Wijkgericht maatwerk is cruciaal: iedere wijk kent eigen sociale structuren, behoeften en vormen van betrokkenheid. Beleids- en financieringskaders kunnen deze beweging ondersteunen. Bureaucratische schotten, korte financieringscycli en prestatieprikkels die samenwerking ontmoedigen, moeten plaatsmaken voor ruimte, vertrouwen en gedeelde maatschappelijke doelen.

Technologie kan de transitie ondersteunen. Sensortechnologie voor veiligheid in huis en e-health toepassingen voor communicatie kunnen bijvoorbeeld mantelzorgers ondersteunen (Bagnasco & Van Exel, 2026). Belangrijk blijft dat technologische toepassingen worden ingebed in het lokale continuüm van zorg: afgestemd op de behoeften van de gebruikers en thuissituatie, gekoppeld aan wijkteams en zorgorganisaties, en toegankelijk voor mensen met beperkte digitale vaardigheden. Ook hier geldt: technologie werkt pas echt als onderdeel van het ecosysteem – niet als losstaand product.

Welke zorg willen we publiek blijven vergoeden?

Tot slot is het essentieel om expliciet te maken welke zorg we als samenleving publiek willen blijven vergoeden, en voor wie. Momenteel is Nederland koploper wat betreft uitgaven aan langdurige zorg; in vergelijking met andere landen is het collectief gefinancierde pakket vrij groot en zijn eigen betalingen relatief beperkt (Bakx e.a., 2023).

Naast het doelmatiger maken van de huidige zorg, liggen oplossingsrichtingen voor het financieel houdbaar maken van de langdurige zorg dus in het verkleinen van het verzekerd pakket en het verhogen van de eigen bijdragen. Zeker gezien de groeiende en complexere zorgvraag kan niet alles op dezelfde manier en in dezelfde mate collectief gefinancierd blijven worden. Veranderingen in vergoedingen hebben direct impact op de verdeling van kosten en lasten: een verkleining van publiek gefinancierde zorg betekent dat kosten en zorgtaken verschuiven naar zorggebruikers en informele zorgverleners.

Om dergelijke keuzes goed te kunnen maken, is het allereerst belangrijk om schattingen omtrent toekomstige zorgbehoeften en zorgaanbod te verbeteren. Recent onderzoek toont bijvoorbeeld dat de verblijfsduur in verpleeghuizen in Nederland in de periode 2012–2023 met bijna acht procent is afgenomen. In plaats van uitbreiding van verpleeghuiscapaciteit, lijkt er meer noodzaak aan het bouwen van bijvoorbeeld geclusterde woonvormen (Alders et al., 2026).

Keuzes rondom het langdurig zorgaanbod vragen ook om een bredere maatschappelijke dialoog over de verdeling van taken in het zorgsysteem en de mogelijke ongelijkheid in toegang tot zorg die daaruit voortvloeit. Zo werden in recent onderzoek Nederlanders gevraagd hoe zij de ouderenzorg zouden aanpassen richting 2040 (Boxebeld e.a., 2025). Gemiddeld kozen respondenten voor een breed pakket aan maatregelen, waarin niet één beleidsrichting domineert en middelen worden verdeeld over zowel verpleging als verzorging en ondersteuning van mantelzorgers. Ook waren ze bereid om via hogere belastingen bij te dragen aan een toekomstbestendige langdurige zorg.

Er is dus behoefte aan een steviger lange termijnvisie op langdurige zorg. Een dergelijke visie vraagt om betere voorspellingen en noodzaakt tot openheid over de te maken afwegingen. Daarbij moet het besef zijn dat keuzes over financiering en organisatie altijd het hele ecosysteem raken: professionele zorg, informele netwerken, gemeenschappen en lokale voorzieningen. Alleen door helder te zijn over wat we wél en níet publiek willen blijven organiseren, wat de gevolgen daarvan zijn, en welke randvoorwaarden nodig zijn op lokaal en regionaal niveau, kunnen we de langdurige zorg zowel financieel als inhoudelijk toekomstbestendig maken.

Literatuur

Alders, P., B. Wouterse en E. Schut (2026). Minder verpleeghuizen nodig dan verwacht door afname verblijfsduur. *ESB*

Bagnasco, G., & van Exel, J. (2025). Impact of assistive technologies on caregiver burden and perseverance for people with dementia at home. *Health Policy and Technology*, 101134.

Bakx, P., Wouterse, B., Van Doorslaer, E., & Wong, A. (2020). Better off at home? Effects of nursing home eligibility on costs, hospitalizations and survival. *Journal of Health Economics*, *73*, 102354.

Bakx, van Doorslaer, Wouterse (2023). NBER. Long-term care in the Netherlands | NBER

Bom, J. (2021). Formal and Informal Long-Term Care in an Ageing Society.

Bom, J., Bakx, P., & Rellstab, S. (2022). Well‐being right before and after a permanent nursing home admission. *Health Economics*, *31*(12), 2558-2574.

Bosdijk, A., Nieboer, A.P. & Cramm, J.M. (2023). The development of an integrated neighborhood approach for health promotion and prevention: a qualitative exploration of stakeholders' views. *Health Research Policy and Systems*, 21, 125.

Boxebeld, S., Mouter, N., & Van Exel, J. (2025). Trade-offs in long-term care for older people in an ageing society: A constrained portfolio choice experiment. *The Journal of the Economics of Ageing*, *32*, 100599.

Heerings, M., van de Bovenkamp, H., Cardol, M., & Bal, R. (2024). Burden of support: a counter narrative of service users' experiences with community housing services. *Disability & society*, *39*(3), 743-766.

Huijsman, R. (2025). *Op zoek naar duurzame ouderenzorg: Zes scenario's voor het verpleeghuis van de toekomst*. *Zorgvisie, 55*(4), 42–45.

Nieboer, A. P., & Cramm, J. M. (2018). Age-friendly communities matter for older people's well-being. *Journal of Happiness Studies*, *19*(8), 2405-2420.

OECD (2020). Who cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly. Report. Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly | OECD.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2024). *Kiezen voor een gezonde toekomst. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 (Hoofdrapport VTV-2024; RIVM-rapport 2024-0110). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.*

Reinhoudt-den Boer, L., Huijsman, R., & Van Wijngaarden, J. D. H. (2024). Identifying Differences in Frames of Reference That Are Hard to Reconcile During the Process of Normative Integration to Deliver Care for People with Multiple Problems: A Mixed-Method Delphi Study in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care*, *24*(2), 2.

Sociaal en Cultureel Planbureau (2026). Mantelzorg in beweging. https://www.scp.nl/documenten/2026/05/21/mantelzorg-in-beweging.-kerncijfers-en-trends-2014-2024

van Muijden, T., Petit-Steeghs, V., Aspria, M., Bal, R., & van de Bovenkamp, H. (2025). Frontline professionals' experiences of navigating boundaries in a layered care and support system for individuals with complex care needs in the Netherlands. *Social Science & Medicine*, *366*, 117692.

Xia, W., Buljac-Samardžić, M., Huijsman, R., Smelik, J., & Van Wijngaarden, J. D. (2025). Facilitating Informal Support Among Older People Through Community-Based Initiatives: Identifying Underlying Mechanisms. *The Gerontologist*, *65*(6), gnaf070.

4.4 Bekostiging en contractering

Frank Eijkenaar & Thomas Reindersma[1]

Om het zorgstelsel toekomstbestendig te maken is een fundamentele heroriëntatie nodig op de wijze waarop zorg wordt georganiseerd, gecontracteerd en bekostigd. De afgelopen jaren is daarom een beweging ingezet richting passende, integrale zorg. Initiatieven binnen deze beweging zijn veelal inhoudelijk gedreven en worden gefinancierd met tijdelijke of incidentele middelen. Transformatie vraagt echter ook om *structurele* veranderingen in de financiële randvoorwaarden en contracteerpraktijken. Er is brede overeenstemming in beleid en praktijk dat huidige modellen voor bekostiging en contractering te weinig meebewegen met de transitie naar passende, integrale zorg.

Ten eerste creëren huidige bekostigingsmethoden prikkels die haaks staan op passende, integrale zorg. Aan de kant van de *zorgaanbieders* is de bekostiging nog overwegend volumegedreven en gericht op optimalisatie binnen de eigen organisatie of sector. Stimulansen voor samenwerking, preventie en het terugdringen van niet-passende zorg zijn beperkt, terwijl complexiteit en starheid experimenteerruimte en werkplezier inperken. Aan de kant van de *zorgverzekeraars* is ondanks recente verbeteringen van de risicoverevening nog altijd sprake van prikkels tot risicoselectie en zijn investeringen in passende zorg – zoals verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn – vaak financieel onaantrekkelijk.

Ten tweede kent de contractering, mede ingegeven door premieconcurrentie, een sterk transactioneel karakter en is deze vaak primair gericht op korte-termijn volume- en prijsbeheersing. Dit staat op gespannen voet met de langetermijnhorizon en inherente onzekerheid van transformatieprocessen.

Tenslotte is sprake van een hardnekkig multidimensionaal schottenprobleem: financiële, juridische en sturingsbarrières tussen en binnen domeinen en tussen en binnen organisaties aan zowel de inkoop- als verkoopzijde die samenwerking en integratie belemmeren.

Bekostiging van zorgaanbieders

De afgelopen jaren is door ESHPM diepgravend onderzoek gedaan naar de tekortkomingen van huidige bekostigings- en contractmodellen en de beloften van alternatieve modellen. Een eerste stroom van onderzoek richt zich op de bekostiging van zorgaanbieders. Dit onderzoek laat zien dat huidige bekostigingsmodellen niet toereikend zijn om de transitie naar passende, integrale zorg te stimuleren, maar dat alternatieve modellen daar vooralsnog evenmin toe in staat zijn gebleken. De transitie naar alternatieve bekostiging staat nog aan het begin; tot nu toe is vooral sprake geweest van relatief kleinschalige pilots of initiatieven op lokaal niveau, met weinig voorbeelden van succesvolle opschaling en van positieve effecten op doelmatigheid, kwaliteit en ervaringen van patiënten en professionals. Daarmee samenhangend is duidelijk geworden dat de invoering van alternatieve modellen geen sinecure is en dat mede daardoor de transitie naar alternatieve bekostiging maar moeilijk van de grond komt.

Zo heeft een grootschalig onderzoek naar initiatieven met bundelbekostiging en *shared savings* inzicht gegeven in de contextfactoren en onderliggende mechanismen die de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging bevorderen of juist belemmeren (Cattel et al. 2023). Hieruit blijkt in de eerste plaats dat de kans op succesvolle invoering klein is wanneer partijen om oneigenlijke redenen voor alternatieve bekostiging kiezen (bijvoorbeeld om aan externe verwachtingen te voldoen zonder zelf overtuigd te zijn van de meerwaarde), of wanneer het gekozen bekostigingsmodel en het bijbehorende beleid onvoldoende aansluiten bij de visie, werkwijzen, doelen en lopende verbeterinitiatieven van de betrokken organisaties en hun werknemers.

Een ander inzicht uit dit onderzoek betreft de cruciale rol van de zorgverzekeraars. Als slechts een deel van de verzekeraars inzet op alternatieve bekostiging, dan beperkt dat de ruimte voor die koplopers om dergelijke modellen verder te ontwikkelen en toe te passen omdat andere zorgverzekeraars meeliften op deze inspanningen.

Tegelijkertijd ontstaat er juist versnippering en frustratie wanneer verschillende verzekeraars afzonderlijke bekostigingsafspraken willen maken met dezelfde aanbieders, waardoor voor aanbieders een samenhangend verbeterbeleid moeilijk uitvoerbaar wordt.

Een derde inzicht is het veelal transactionele karakter van de contractering, waarbij de nadruk wordt gelegd op het reduceren van onzekerheden en het indammen van opportunistisch gedrag in plaats van het stimuleren van een langetermijn samenwerkingsrelatie en het bieden van ruimte om te transformeren (Dohmen et al. 2022). Transactioneel contracteren ondermijnt daarmee wederzijds vertrouwen terwijl dat juist een cruciale succesfactor is bij innovaties die inherent gepaard gaan met afhankelijkheden, risico's en onzekerheden, zoals alternatieve bekostiging.

Tot slot ligt de focus in het beleidsdiscours nog met name op de (contractuele) relaties tussen aanbieders en financiers op bestuurlijk-strategisch niveau; aan de doorvertaling van beleid en contractuele afspraken naar de meer operationele niveaus binnen organisaties wordt vaak veel minder aandacht besteed. Dit kan leiden tot 'ontkoppeling', ofwel een mismatch tussen beleid en praktijk waardoor verandering op de werkvloer uitblijft (Cattel et al. 2023). Onderzoek laat dan ook zien dat het cruciaal is om bij de invoering van alternatieve bekostiging de interne complexiteit van financiers en aanbieders te betrekken, bijvoorbeeld door expliciet stil te staan bij hoe een nieuw model zich het beste kan verhouden tot bestaande constellaties van contractafspraken, interne verdeelsystemen en honorering van individuele zorgprofessionals (Reindersma 2025).

Risicoverevening

Wat de bekostiging van zorgverzekeraars betreft laat ESHPM-onderzoek zien dat er twee grote uitdagingen resteren. Ten eerste is het doel van de risicoverevening ('iedere door de zorgverzekeraar te accepteren burger vormt voor hem een gelijk verzekeringsrisico') nog niet bereikt. Van Kleef et al. (2026) laten bijvoorbeeld zien dat verzekerden met een psychische aandoening fors voorspelbaar verliesgevend zijn voor zorgverzekeraars. Dat ontmoedigt zorgverzekeraars om te investeren in geestelijke gezondheidszorg.

Ten tweede vormt de risicoverevening soms een belemmering voor zorgverzekeraars om te investeren in passende zorg. Zo laten Van Kleef et al. (2021) zien hoe de risicoverevening kan leiden tot een vermindering van prikkels voor juiste zorg op de juiste plek (zoals via inzet op alternatieve bekostiging voor aanbieders), en tonen Douven et al. (2026) aan hoe de risicoverevening prikkels voor prijs- en volumebeheersing kan verminderen.

Deze perverse prikkels worden veroorzaakt doordat het risicovereveningsysteem gezondheidsindicatoren ('vereveningskenmerken') bevat die niet alleen de gezondheidstoestand van verzekerden weerspiegelen, maar ook direct samenhangen met hun eerdere gebruik van ziekenhuis- en farmaceutische zorg. Hierdoor kunnen investeringen in passende zorg, zoals doelmatige verplaatsing van zorg vanuit ziekenhuizen naar huisartsen, negatieve invloed hebben op de vereveningsbijdrage die een verzekeraar in de toekomst ontvangt (Panturu et al. 2027).

Schottenproblematiek

De schottenproblematiek vormt een structurele belemmering voor integraliteit. Geldstromen, procedures, werkwijzen, informatie en de kosten en baten van investeringen zijn gescheiden of gefragmenteerd, terwijl integrale zorg juist vraagt om samenhang. Deze problematiek speelt zowel tussen als binnen domeinen en zowel tussen als binnen organisaties, en komt tot uiting in allerlei problemen (zoals het *wrong-pocket probleem* waarbij de baten van investeringen elders vallen) die samen een demotiverende invloed hebben en de aanwezige innovatiekracht bij zorgpartijen afremmen (Lamers et al. 2026).

Recent ESHPM-onderzoek laat zien dat deze schotten tot op zekere hoogte (tijdelijk) overkomelijk zijn: gedurende een beperkte periode kunnen ze worden 'genegeerd' of deels worden geslecht. Door het ontwikkelen van *workarounds* of oplossingen voor specifieke casuïstiek (zoals het maken van een nieuwe betaaltitel voor een bepaald zorgpad in samenwerking met de Nederlandse Zorgautoriteit) slagen partijen er soms in om veranderingen in bekostigings- en financieringspraktijken door te voeren, waarmee zij laten zien dat integratie binnen de zorg en tussen de zorg en andere domeinen mogelijk is (Reindersma 2025; Lamers et al. 2026). Deze *workarounds* zijn echter van tijdelijke aard en oplossingen voor specifieke casussen nemen het bredere probleem niet weg terwijl het veel tijd en moeite kost om ze te ontwikkelen. In het kader van een pilot of op lokaal niveau kan veel, maar bij opschaling en borging worden de schotten opnieuw gearticuleerd en krijgen zij weer gewicht.

Oplossingsrichtingen

Van transactioneel naar relationeel

De huidige, veelal transactionele wijze van contracteren vormt vaak een belemmering voor de transformatie naar

1 De auteurs danken Richard van Kleef, Maura Leusder en Peter Dohmen voor hun bijdragen.

passende, integrale zorg. Een complementaire aanpak die mogelijk beter past bij de huidige omstandigheden en uitdagingen, is relationeel contracteren. Hierbij worden formele afspraken gecombineerd met een focus op samenwerking en gemeenschappelijke doelen op de lange termijn (Van den Berg et al. 2026). Bij een relationeel contract draait het om langdurige samenwerking op basis van sociale normen, vertrouwen en flexibiliteit, en wordt veel aandacht besteed aan het creëren van wederzijds begrip, ruimte voor aanpassing aan veranderende omstandigheden en het samen oplossen van problemen. Relationeel contracteren is bij uitstek geschikt in settingen waarin aanbieders en financiers vanuit partnerschap willen werken aan transformatie omdat het een basis kan zijn om te bouwen aan een cultuur met meer vertrouwen, gedeelde belangen en ruimte voor experimenteren en leren (Dohmen et al. 2022; Sassen et al. 2027)

Alternatieve bekostiging als middel, niet als doel

Gezien de tekortkomingen van de huidige bekostiging is het belangrijk dat breed wordt ingezet op alternatieve vormen van bekostiging. Alternatieve bekostiging staat in Nederland nog in de kinderschoenen en hoewel de afgelopen jaren door ESHPM veel nieuwe inzichten zijn verworven (bijvoorbeeld in het kader van Expertisecentrum BUNDLE), is er qua kennis over de ontwikkeling, implementatie en effecten nog veel terrein te winnen.

Duidelijk is wel dat alternatieve bekostiging geen panacee en doel op zich is, maar een middel dat gebruikt kan worden als een probleemanalyse van de huidige bekostiging laat zien dat er een duidelijk zorginhoudelijk verbeterpotentieel is. Daarnaast heeft alternatieve bekostiging vele verschijningsvormen met elk eigen voor- en nadelen die zorgvuldig tegen elkaar moeten worden afgewogen. Bovendien zijn effecten inherent onzeker.

De invoering van alternatieve bekostiging vraagt daarom om een proces van doen, evalueren, leren en bijsturen (Cattel et al. 2023). Instrumenten zoals *time-driven activity-based costing* kunnen dit proces ondersteunen door binnen en tussen zorgaanbieders gedetailleerd inzicht te bieden in kosten. Daarmee ontstaat een transparante basis voor het identificeren van knelpunten in de huidige bekostiging en voor onderhandeling over een passend alternatief bekostigingsmodel (Leusder 2025).

Meer interne samenhang bij in- en verkopende partijen

Integrale zorg vraagt niet alleen om veranderingen in de organisatie van de zorg zelf, maar ook om een integrale benadering van in- en verkoop (Lamers et al. 2026). Wat daarbij kan helpen, is om inkoop- en verkoopgesprekken daar waar relevant (zoals bij zorgpaden die sectoren en/of domeinen doorkruisen) meer in samenhang te voeren in plaats van als losse gesprekken over afzonderlijke zorgvormen.

Binnen zowel in- als verkopende partijen zou daarnaast meer aandacht moeten komen voor de vertaling van (contract)afspraken op bestuurlijk-strategisch niveau naar de operationele niveaus (Cattel et al. 2023; Reindersma 2025). Actieve betrokkenheid van 'de werkvloer' (zorgprofessionals, controllers, inkopers, verkopers, etc.) is hierbij essentieel omdat anders de kans groot is dat bestaande procedures, werkwijzen en attitudes in stand blijven.

Doorontwikkeling risicoverevening

Aan de systeemkant moet de risicoverevening op twee sporen worden doorontwikkeld: 1) vermindering van voorspelbare winsten en verliezen op subgroepen van verzekerden en 2) vermindering van perverse prikkels die een belemmering vormen voor passende, integrale zorg. Via het Wetenschappelijk Platform Risicoverevening (WPR) heeft ESHPM een groslijst van onderzoeksideeën gepubliceerd die aan beide sporen kunnen bijdragen. Een voorbeeld hiervan is verzamelen en toepassen van meer 'exogene' informatie over gezondheid, zoals diagnose-informatie afkomstig uit informatiesystemen van huisartsen (Panturu et al. 2027). Daarnaast heeft ESHPM een aantal conceptuele kaders ontwikkeld die kunnen helpen bij de evaluatie en verbetering van de risicoverevening.

Ruimte voor experimenteren en leren

Een relationeel perspectief vraagt om een andere contracteerlogica: minder focus op welke *volumes* en *verrichtingen* worden ingekocht tegen welke *prijzen*, en meer nadruk op welke *capaciteiten* beschikbaar moeten zijn voor een bepaalde populatie. Om dit te faciliteren is structureel financiële, organisatorische en regulatoire speelruimte nodig waarbinnen zonder grote financiële risico's nieuwe werkwijzen kunnen worden ontwikkeld en uitgeprobeerd. Deze ruimte zou bijvoorbeeld kunnen worden gerealiseerd door een vast percentage van het beschikbare budget per regio flexibel te bundelen over sectoren en domeinen heen in gezamenlijke, regelarme financieringsstructuren (Lamers et al. 2026). Dit biedt mogelijkheden om personeel slimmer en flexibel in te zetten, zoals modulair werken van psychiaters in het sociaal domein, inzet van wijkverpleegkundigen in ziekenhuizen, en multidisciplinair samenwerken tussen specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere zorg- en hulpverleners bij de diagnose en behandeling van kwetsbare ouderen.

Dat versterkt niet alleen de continuïteit, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, maar draagt ook bij aan het werkplezier van professionals, een cruciale voorwaarde voor duurzame transformatie. Van financiers, zorgaanbieders en regelgevende instanties vraagt dit om acceptatie van minder fijnmazige controle in ruil voor meer inzicht in wat wel en niet bijdraagt aan een houdbaar stelsel van passende integrale zorg.

Literatuur

Cattel, D., Hendriks, C., Eijkenaar, F., Steenhuis, S., Vugts, et al. (2023). Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren. Eindrapport Expertisecentrum BUNDLE. ZonMw. 516008005-EINDRAPPORT_BUNDLE_FINAL-3-.pdf

Dohmen, P., Gajandien, C., Van Raaij, E., Steenhuis, S. (2022). Passende contractering van zorg: van 'gestold wantrouwen' naar samenwerken op basis van sociale normen. VGE Bulletin 39(2), najaar 2022. https://gezondheidseconomie.org/wp-content/uploads/2026/03/vgebulletin_2022_najaar.pdf

Douven, R., Brammli, S., Buchner, F., Kauer, L., van Kleef, R., et al. (2026). Power of volume and price incentives in health plan payment models: A country comparison. EsCHER Working Paper No. 2026003, April 2026. https://www.eur.nl/en/media/2026-04-escher-2026003

Lamers, I., Cattel, D., Eijkenaar, F., Varkevisser, M. (2026). Integrale zorg in ketenorganisaties: Knelpunten en oplossingsrichtingen. Rotterdam: ESHPM.

Leusder, M. (2025). Accounting for the start of life: Shifting practices, costs, and value in an IVF clinic. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam. https://pure.eur.nl/en/publications/accounting-for-the-start-of-life-shifting-practices-costs-and-val/

Panturu, A., van Kleef, R., & Eijkenaar, F. (2027). Possibilities and effects of using primary care diagnoses in risk adjustment models. Health Economics, forthcoming

Reindersma, T. (2025). Rethinking payment models: Viability and feasibility of alternative payment models in health and social care. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam. https://pure.eur.nl/en/publications/rethinking-payment-models-viability-and-feasibility-of-alternativ/

Sassen, S., Dohmen, P., Cattel, D., (2027). Strategic Partnerships between Payers and Providers of Care: Stakeholder Perspectives on Relational Contracting in The Netherlands. Social Science & Medicine, Forthcoming

Van den Berg, M., van Elten, H., Ahaus, K. (2026). Beyond the contract: The role of relational and contractual governance in outcome-based payment models. International Journal of Health Policy and Management, 15(1), 1–4. https://doi.org/10.34172/ijhpm.9433

Van Kleef, R., Muris, D., Essers, P., de Wit, M., Viveen, B. (2021). Verzekeraars niet per se geprikkeld tot substitutie van ziekenhuiszorg. ESB. https://esb.nu/verzekeraars-niet-per-se-geprikkeld-tot-substitutie-van-ziekenhuiszorg/

Van Kleef, R., Van Vliet, R., Vanhommerig, J. (2026). WPR-analyse risicoverevening 2026: Verevenende werking & power. ESHPM, April. https://www.eur.nl/eshpm/nieuws/nieuwe-publicatie-wpr-analyse-risicoverevening-2026-verevenende-werking-power

4.5 Commercialisering van zorg

Iris Wallenburg, Peter Makai & Albert van der Horst

Financiële investeerders, zoals private equity en venture capital, spelen een steeds grotere rol in de mondiale gezondheidszorg. Een recent rapport van de OECD laat zien dat in de meeste westerse landen private equity in de zorg aanwezig is, vooral in sectoren waar de zorgvraag hoog is en naar verwachting zal toenemen, zoals de ouderenzorg en de oogzorg (Suzuki e.a., 2025). Ook in Nederland is de gezondheidszorg afgelopen jaren uitgegroeid tot een markt voor (internationale) investeerders en commerciële ondernemers. Er is een groei in de mondzorg waar investeerders grote ketens van tandartsenzorg hebben gevormd door het opkopen van individuele praktijken, iets wat we ook steeds vaker zien bij apothekers. Ook in de medische specialistische zorg (zelfstandige behandelcentra, zbc), fysiotherapie, ggz, jeugdzorg, kraamzorg en huisartsenzorg is het aantal praktijken dat onder een investeerder valt gegroeid, net als in de kleinschalige woonvoorzieningen voor ouderen en voor mensen met een beperking (De Brabandere e.a., 2025).

De opkomst van investeerders roept niet alleen vragen op over kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, maar ook over de bestuurbaarheid van het zorgstelsel. Bestaande regels, toezichtarrangementen en bekostigingssystemen zijn grotendeels ontwikkeld voor zorgorganisaties waarvan zorgverlening het primaire doel is. De toetreding van investeerders introduceert nieuwe prikkels en strategieën waarop deze instituties niet altijd zijn ingericht.

Commerciële aanbieders wisselen veel sneller van eigendomsstructuur dan traditionele zorgpartijen, bijvoorbeeld als een zorgvoorziening door de investeerder wordt doorverkocht of wanneer deze fuseert met een andere zorgaanbieder ('buy and build'). Met de doorverkoop of fusie verandert vaak ook de naam van een zorgaanbieder. Dit maakt dat de overzichten, als die al bestaan, snel weer achterhaald zijn. Hierdoor ontstaat een informatieachterstand bij overheid, toezichthouders, zorgverzekeraars en onderzoekers.

Ontwikkeling van commerciële zorg in Nederland

De snelle groei van commerciële zorgaanbieders en investeerders in Nederland lijkt op het eerste gezicht verrassend: bij de introductie van het zorgstelsel van gereguleerde marktwerking in 2006 werd bewust gekozen voor zorg zónder winstoogmerk; eventuele winsten moesten terugvloeien in de zorg. Daarbij werd binnen de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) wel een aantal uitzonderingen gemaakt, en dan met name voor die zorgvormen waar voor de stelselwijziging al winst gemaakt mocht worden, zoals de huisartsenzorg, fysiotherapie, kleinschalige woonvoorzieningen en de mondzorg. In die tijd was er nog nauwelijks sprake van internationale investeerders; het betrof vooral kleine groepspraktijken en 'eenpitters'. Halverwege de jaren 2010 begon dit te veranderen; investeerders die al actief waren in de Amerikaanse gezondheidszorg vonden hun weg naar de Europese zorg, en ook onder Europese investeerders groeide de interesse.

Voortbordurend op de ruimte die de Wzti biedt en het gedogen van kleinschalige commerciële initiatieven, kwam gaandeweg meer beleidsruimte voor winst in de zorg. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen intramurale zorg (verbod op winstuitkeringen) en extramurale zorg (wel ruimte voor winstoogmerk), alsmede tussen niet complexe en complexe zorg, en in de langdurige zorg tussen wonen met en zonder behandeling – waarbij voor niet complexe zorg en zorg zonder behandeling ruimte werd gegeven voor commerciële zorgaanbieders.

Bergman Clinics, van oorsprong een kleinschalige commerciële zorgaanbieder voor cosmetische chirurgie, wordt vaak aangehaald als voorbeeld. In 2015 kreeg de zorginstelling een private equity bedrijf als investeerder. Bergman Clinics is de afgelopen jaren snel gegroeid en het bedrijf heeft een centrale rol gekregen in het bestrijden van wachtlijsten voor niet-complexe electieve zorg. Dit succes heeft de deur opengezet voor andere commerciële zbc's en hun investeerders (Acibadem, Equipe Zorgbedrijven, DC Klinieken), die in toenemende mate concurreren met reguliere ziekenhuizen die geen winst mogen maken. Ook in de ouderenzorg zijn nieuwe ketens van kleinschalige commerciële woonzorg ontstaan met internationale investeerders, waarvan een aantal (Emeis en Korian, beide met een Franse eigenaar) ook in het buitenland een groot aantal zorgvoorzieningen beheren. Zo is Emeis, voorheen bekend als Orpea, in verschillende Europese landen een dominante speler in de ouderenzorg.

Kortom, het beeld is divers – en het hier geschetste overzicht zeker niet uitputtend – maar met een duidelijke trend naar meer invloed van commerciële zorgaanbieders en een grotere rol voor investeerders. De groei van commerciële aanbieders verandert daarmee niet alleen bestaande eigendomsverhoudingen, maar ook de concurrentiedynamiek tussen zorgorganisaties. Wanneer commerciële aanbieders zich concentreren op relatief eenvoudige of winstgevende zorg, kan dit gevolgen hebben voor de bekostiging en organisatie van complexe zorg die achterblijft bij algemene ziekenhuizen.

Maatschappelijk en politiek debat

In de politiek en in het maatschappelijk debat heeft deze ontwikkeling tot verhitte discussies geleid. Deze discussies zijn vaak ingegeven door incidenten waarbij een zorginstelling failliet gaat, of door berichten over winstuitkeringen aan aandeelhouders. Opeenvolgende ministers in de kabinetten-Rutte en het kabinet Schoof spraken zich uit tegen gesignaleerde misstanden, maar waren tegelijkertijd terughoudend in het nemen van maatregelen en benadrukten de positieve kanten. Investeerders en commerciële aanbieders zouden de kennis en het kapitaal brengen om gewenste veranderingen (digitalisering, anders werken) in de zorg mogelijk te maken. Het huidige kabinet-Jetten wil kiezen voor 'verantwoord ondernemerschap' waarbij winstuitkeringen voor álle zorgbedrijven mogelijk worden binnen een strakker kader van regelgeving om uitwassen tegen te gaan. Voordat we op ingaan op dit beleid en een paar kanttekeningen plaatsen, beschrijven we eerst bevindingen uit het onderzoek over de betekenis en invloed van investeerders en commerciële aanbieders op de gezondheidszorg.

Onderzoek naar commerciële zorg

Een groeiende groep politiek economen, sociologen, juristen en gezondheidseconomen houdt zich bezig met onderzoek naar commerciële zorg. Dit onderzoek laat zich grofweg indelen in onderzoek naar financiële actoren en structuren, de praktijken van investeerders en commerciële zorgaanbieders, en de uitkomsten van de zorg in termen van kwaliteit en kosteneffectiviteit.

Het onderzoek naar typering en handelingsrepertoires laat zien dat commercialisering verschillende uitingsvormen heeft (Berardi e.a., 2026). In Nederland wordt van oudsher zorg aangeboden door private bedrijven, met artsen in het management en/of als eigenaar. Bij venture capital en private equity is de link tussen zorgexpertise en eigendom/management doorgeknipt, waarbij institutionele beleggers of particuliere investeerders eigenaar zijn. De focus ligt op het toevoegen van waarde aan de zorginstelling, en vervolgens het onttrekken van waarde uit deze investering (door de instelling met winst te verkopen, of geld te onttrekken ten behoeve van de aandeelhouders). In beide vormen hebben de eigenaren en aandeelhouders grote invloed op het management, waardoor financiële en commerciële belangen kunnen gaan prevaleren boven medische belangen. De zorg is vooral een investeringsobject dat rendement moet opleveren.

Hoe dit rendement wordt gegenereerd laat het onderzoek naar de praktijken van commercialisering zien (Nijboer e.a., 2026). Hier wordt vaak gesproken over een playbook dat wordt gevolgd, waarbij een private equity bedrijf een zorgaanbieder opkoopt en het daarvoor benodigde kapitaal vervolgens op de schuldbalans van de zorgaanbieder zet waardoor deze de duimschroeven moet aandraaien om het hoofd boven water te houden. Dit uit zich in het saneren van de bedrijfsvoering, het werken met minder en goedkoper personeel en het opknippen en uitbreiden van diensten om deze zo voordeling mogelijk te laten vergoeden (via declaraties dan wel eigen betalingen van patiënten). Een voorbeeld hiervan uit de VS is surprise billing, waarbij groepen van ondersteunende medisch specialisten niet langer in dienst zijn van het ziekenhuis maar in een aparte holding of bedrijf zijn ondergebracht waardoor zij apart kunnen declareren voor de verleende diensten. Onderzoek laat zien dat hoe een investeerder zich manifesteert sterk samenhangt met de institutionele context van een zorgstelsel dat meer of minder ruimte laat voor winstbejag (Schuurmans e.a., 2026).

De literatuur over de uitkomsten in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en bestuurbaarheid van zorg geeft een gemengd beeld. Onderzoek in de Verenigde Staten laat zien dat de kwaliteit van zorg soms wordt uitgehold na een overname door private equity, terwijl in andere gevallen de zorg kan verbeteren door een betere toegankelijkheid en efficiëntere aansturing. Voor Europese landen laat recent onderzoek geen grootschalige kwaliteitsverschillen zien tussen private equity, en andere for-profit of non-profit zorg, ook niet als het gaat om toegankelijkheid (Krabbe-Alkemade e.a., 2025). Belangrijk om op te merken is dat dit kan komen doordat het aantal commerciële aanbieders nog relatief gering is waardoor ze nog weinig marktmacht hebben.

Een gereguleerde investeringsmarkt?

Begin juli 2026 presenteerde minister Sterk van VWS plannen voor het omgaan met investeerders commerciële zorgaanbieders. Het uitgangspunt is het stimuleren van verantwoord ondernemerschap door een gelijk speelveld te creëren, prikkels te geven voor zorginnovatie en uitwassen tegen te gaan. De voorgenomen maatregelen moeten onderdeel worden van de nieuwe Wet integere bedrijfsvoering zorginstellingen zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz). Belangrijk element uit de voorgenomen wet is om winstuitkeringen voor álle zorgaanbieders mogelijk te maken, waarmee afstand wordt gedaan van het bestaande uitgangspunt dat op de zorg geen winst mag worden gemaakt. De winstuitkeringen worden aan een nog nader te bepalen maximum percentage gebonden, de zorginstelling moet aan kwaliteitseisen voldoen en er worden zwaardere eisen gesteld aan de bedrijfsvoering en aan de jaarverantwoording die een aanbieder moet afleggen, ook nadat een zorggaanbieder is gestopt (zoals bij een faillissement of overname). Naast deze voorgestelde nieuwe wet krijgt de NZa meer instrumenten om fusies te beoordelen en zo het 'kralen rijgen' (het opkopen van kleine zorginstellingen en die in een keten onderbrengen) aan te pakken. Kortom, het voorgestelde beleid voorziet in een verschuiving naar het reguleren van investeringen en winstuitkeringen.

De reacties zijn gemengd. Sommige actoren menen dat het kabinet hiermee doordringt tot de kern van het investerings- en verdienmodel van financiële investeerders. Hierin lijkt Nederland voorlopig uniek. Anderen zijn kritischer en denken dat investeerders en commerciële aanbieders creatief genoeg zullen zijn om regels te omzeilen. Ook zouden winsten hoog moeten blijven omdat, als de wens is kapitaal aan te trekken, de zorgmarkt voldoende aantrekkelijk dient te zijn voor financiële investeerders. Daarnaast is er vrees voor hogere regeldruk en bijkomende kosten voor alle zorgaanbieders.

Tegelijkertijd raakt de discussie over commerciële zorg aan een fundamenteel economisch vraagstuk. Investeringen kunnen mogelijk bijdragen aan innovatie, schaalvoordelen en capaciteitsuitbreiding, maar alleen wanneer de financiële prikkels in lijn blijven met maatschappelijke doelen. De beleidsuitdaging is om het stelsel zodanig in te richten dat rendement wordt gemaakt met het creëren van maatschappelijke waarde, en niet met het selecteren van winstgevende patiënten, zorgvormen of regio's.

Lessen voor het vervolg

Net als in andere westerse landen worstelen overheden en zorgpartijen met deze nieuwe groep van commerciële actoren. Welke lessen kunnen we voor nu trekken?

Les 1: Voorkomen van overmatige winsten vraagt om een combinatie van regelgeving, toezicht en scherpe bekostiging. Het reguleren van commerciële zorg vraagt om een nieuw handelingsrepertoire voor alle regulerende actoren waarbij er aandacht is voor de juiste prikkels.

Les 2: Stel eisen aan (en monitor de kwaliteit en continuïteit van) zorg door bedrijven met een winstoogmerk. Kijk hierbij niet alleen naar uitkomsten van zorg maar ook naar eventuele overbehandeling en onnodige doorverwijzing. Hier ligt een rol voor de zorgverzekeraars en zorgkantoren, en voor de IGJ.

Les 3: Ontwikkel anticiperend beleid; commerciële partijen zijn creatief in het vinden van mogelijkheden om winsten te maximaliseren. Dit vraagt om een anticiperende overheid die 'het spel' begrijpt en hierop kan inspelen. Dit vereist up-to-date kennis, niet alleen van de zorg maar ook van financiële markten, technologie en vastgoed. Daarbij is meer transparantie over eigendomsstructuren, overnames en investeringsrelaties noodzakelijk om ontwikkelingen tijdig te kunnen signaleren.

Les 4: Werk samen met andere Europese landen. Investeerders en commerciële zorgaanbieders werken over de landsgrenzen heen. Gezamenlijk (beleids)leren, met inachtneming van institutionele verschillen, is ondersteunend in het leren omgaan met commerciële zorg.

Literatuur

Berardi, C., Hellowell, M., & Varkevisser, M. (2026). A typology of private investor-ownership in health service provision and related regulatory frameworks in five countries. *Health Economics Policy and Law*. https://doi.org/10.1017/S1744133125100297

De Brabandere, L., Schuurmans, J., van der Woerd, O., Bal, R., & Wallenburg, I. (2025). Targeting 'average Jane': The co-modification of for-profit nursing home care in the Netherlands. *Social Science & Medicine, 387*, 118712. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118712

Krabbe-Alkemade, Y., Makai, P., Canoy, M., Kemp, R., & Portrait, F. (2025). Market distortions in the Dutch mixed long-term care market: an exploratory analysis. *Health Economics, Policy and Law*, 1-25. https://doi.org/10.1017/S1744133125100248

Nijboer, F., Kuijper, S., White, T., Rowland, P., Linthorst, E. M., Waring, J., & Wallenburg, I. (2026). The assetization of care? A comparative exploration of investor logic in healthcare systems in England, Canada, and the Netherlands. *Health Economics, Policy and Law*, 1-18. https://doi.org/10.1017/S1744133126100498

Schuurmans, J., De Brabandere, L., Castelli, M., Wimmer, S., & Denis, J.-L. (2026). Acting reactively: private investment, controversies and regulatory and policy responses in residential long-term care in Ontario (Canada), Lombardy (Italy), the Netherlands and England (United Kingdom). *Health Economics, Policy and Law*, 1-15. https://doi.org/10.1017/S1744133126100401

Suzuki, E., Paris, V., Joshi, N., & Dedet, G. (2025). *Trends in the financialisation of outpatient care across OECD countries: What do we know?* (OECD Health Working Papers, Issue. https://doi.org/10.1787/f5d88b41-en



5.

Passende zorg vraagt om passend bestuur



5.1 Let's talk politics: het belang van een politiek perspectief op zorg

Hester van de Bovenkamp & Maartje Schermer

Gezondheidszorgsystemen staan in toenemende mate onder druk. Vaak wordt vrij instrumenteel naar deze problemen gekeken en gezocht naar manieren om deze problemen praktisch op te lossen. Als patiënten en mantelzorgers bijvoorbeeld méér voor zichzelf en elkaar zorgen, dan zou de druk op de zorg verminderen en is dat ook nog eens beter voor de autonomie van patiënten en de persoonsgerichtheid van zorg. Win-win. Als we technologie zoals AI inzetten dan kunnen we de zorg efficiënter, sneller én beter maken. Win-win. Als we zorgorganisaties meer laten samenwerken in de regio dan kan zorg beter worden afgestemd en efficiënter worden ingericht. Opnieuw win-win.

De gedachte is dat beleidsproblemen kunnen worden verminderd of zelfs opgelost door betere en slimmere informatie en organisatie, al dan niet gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Maar hoe beleidsproblemen precies worden begrepen en wat de doelen van beleid precies zijn, wordt te weinig besproken. De waardenafwegingen, belangen en machtsverhoudingen die daarbij een rol spelen, blijven daardoor veelal onderbelicht. Dit noemen wij de *politieke dimensie* van zorgbeleid.

Met de term *politiek* verwijzen we hier dus niet naar actoren zoals regeringen, parlementen, kiezers of belangengroepen. Volgens de klassieke definitie gaat politiek over de vraag wie krijgt wat, wanneer en hoe (Lasswell 1936) en wie het daarbij voor het zeggen heeft. Betrokkenen zijn het niet altijd eens zijn over de prioritering en invulling van de beleidsdoelen, noch over de beleidsinstrumenten die daarvoor moeten worden ingezet. Een politiek perspectief richt zich op de expliciete en impliciete waardenoriëntaties in beleid, en de manieren waarop die worden ingezet als rechtvaardiging voor keuzes. Het politiek perspectief richt zich ook op belangen en op de verdeling van lusten en lasten en dus op de consequenties van beleidsmaatregelen, bijvoorbeeld voor de verdeling van zorg en zorgtaken.

Het politieke perspectief richt zich tenslotte op de vraag wie het voor het zeggen heeft als het gaat om de inrichting van de zorg.

Een politiek perspectief biedt ook inzicht in de vraag waarom besluitvorming en implementatie van beleid vaak stroever lopen dan men zou hopen en verwachten. Een politiek perspectief richt namelijk de aandacht op de consequenties voor machtsverhoudingen die gepaard gaan met beleidsverandering, op hoe beleid zich verhoudt tot geïnstitutionaliseerde belangen en op discrepanties tussen de normatieve aannames van beleid en die van partijen in het veld. Een politiek perspectief biedt ook de mogelijkheid om de aandacht voor ongelijkheid tussen burgers te vergroten, iets wat gezien de grote gezondheidsverschillen in de zorg bij uitstek van belang is.

In deze bijdrage laten we zien dat de politieke dimensie een belangrijke rol speelt in (besluitvorming over) gezondheidszorgbeleid. Dat doen we door twee voorbeelden uit te werken van politiek in zorgbeleid: de inzet van digitalisering en AI, en het betrekken van patiënten in besluitvorming. Deze inzichten kunnen helpen om de politieke dimensie expliciet te maken. Daardoor kunnen we discussies bewuster voeren, waarden in beleid beter afwegen en consequenties daarvan beter doordenken.[1]

De inzet van digitalisering en AI

Digitalisering in de zorg wordt meestal instrumenteel bekeken, als oplossing voor de grote problemen waar de zorg tegenaan loopt. Schaarste aan personeel en financiële middelen, een toenemend aantal ouderen en chronisch zieken, groeiende administratiedruk: digitalisering, en vooral AI, lijkt voor alles de *magic bullit*. Digitale technologie wordt daarmee vooral neergezet als een 'tool', een hulpmiddel dat wij inzetten om taken over te nemen, productie te versnellen of efficiëntie te verhogen (CEG 2026). Voorbeelden hiervan zijn de inzet van speech-to-text voor snellere medische dossiervoering, AI-tools voor vroegere en snellere opsporing van ziekten en chatbots en geautomatiseerde berichten om patiënten beter en efficiënter te informeren.

Deze instrumentele manier van kijken plaatst de technologie zelf buiten beeld als het gaat om waarden-afwegingen: AI lijkt een neutraal middel, dat slechts ondersteunend is aan objectieve doelen. Tegelijkertijd worden de doelen van efficiëntie, versnelling en vervanging van menselijke zorg zelf nauwelijks ter discussie gesteld. Digitale technologie is echter niet waarde-neutraal. In voorspellende AI-systemen zit bijvoorbeeld vaak een bias, die niet zelden negatief uitpakt voor mensen in toch al achtergestelde posities. Een Amerikaans algoritme dat bedoeld was om zorgbehoefte vast te stellen en zorg toe te kennen, bleek bijvoorbeeld systematisch zwarte patiënten achter te stellen en onvoldoende zorg te leveren (Obermeyer, Powers et al. 2019). De toepassing van AI en inzet van hybride zorg kán toegang tot zorg en efficiëntie vergroten. Maar in de praktijk blijkt dit ook regelmatig mensen zonder DigiD, met beperkte (digitale) gezondheidsvaardigheden of anderstaligen uit te sluiten. De mogelijke negatieve effecten van deze nieuwe technologieën op gezondheidsongelijkheid in Nederland kunnen niet zomaar worden weggestreept tegen de mogelijke efficiëntiewinst.

Ook wat betreft de doelen die met AI worden nagestreefd is de politieke dimensie in termen van waardenafwegingen zichtbaar. Vaak gaat het om bevorderen van efficiëntie, arbeidsbesparing en bevorderen van zelfredzaamheid. Waarden als zorgzaamheid en werkplezier, gemeenschapszin en solidariteit raken daarmee op de achtergrond. Terwijl sommige beleidsvoorstellen pleiten voor het bevorderen en organiseren van 'samenredzaamheid' is digitalisering in de zorg juist grotendeels gericht op bevorderen van zelfredzaamheid. En terwijl het steeds moeilijker wordt om voldoende personeel te werven en te behouden voor de zorgsector, staan arbeidsvreugde en professionele autonomie niet bovenaan het lijstje waarden waar nieuwe AI-toepassingen aan moeten voldoen, zoals ook betoogd in hoofdstuk 2.5. Efficiëntere planning komt in de praktijk voor zorgverleners vaak neer op zwaardere case-load of vollere schema's. De keuze om als instelling of zorgsysteem te investeren in automatisering en digitalisering in plaats van in menskracht is niet neutraal, noch vanzelfsprekend.

Ook de politieke vraag naar belangen en macht blijft te vaak buiten beeld als het gaat om digitalisering en AI in de zorg. Van wie zijn gezondheidsdata, waarvoor mogen die gebruikt worden en wie heeft daar zeggenschap over? Dat zijn niet louter technische vragen. De European Health Data Space (EHDS) is niet slechts een mooi middel ter verbetering van effectiviteit en doelmatigheid in de zorg, maar schept ook een infrastructuur van rechten en plichten, die nog lang niet uitonderhandeld is.

Wie mag meepraten over besluitvorming is een belangrijke politieke vraag. Bij het ontwikkelen van digitale toepassingen in de zorg zien we steeds vaker dat dit gebeurt in co-creatie, waarbij verschillende partijen – van zorgverleners en patiënten tot IT-ontwikkelaars en designers – samen vormgeven aan nieuwe technologie. Dat is een stap vooruit ten opzichte van top-down ontwikkeling en implementatie. Dit draagt bij aan aansluiting op de behoeften en waarden van gebruikers en daarmee aan daadwerkelijk gebruik. Door al tijdens de ontwikkeling gezamenlijk, vanuit meerdere perspectieven, na te denken en te onderhandelen over de waarden die in technische systemen worden 'ingebouwd' wordt de politieke dimensie zichtbaar gemaakt. Door het organiseren van inspraak en medezeggenschap van betrokkenen wordt ook de invloed van gevestigde machtsstructuren beperkt en wordt de kwaliteit en legitimatie van besluitvorming vergroot.

Op het niveau van het zorgsysteem als geheel loopt politieke deliberatie over de rol van digitalisering en AI echter nog achter. Wezenlijke discussies worden nog onvoldoende gevoerd: wat zijn zinvolle digitale toepassingen en wat niet? Welke vormen van zorg willen we uitbesteden aan geautomatiseerde systemen en welke willen we 'menselijk' houden? Hoeveel bias en risico's op discriminatie in algoritmen vinden we nog acceptabel?

Hoe besluitvorming en beleid meer participatief en democratisch kunnen worden ingericht is zelf ook onderwerp van politiek debat. Wie mag meepraten over een nieuwe AI-tool: alleen artsen of ook verpleegkundigen en patiënten? En waarom vinden we inspraak eigenlijk belangrijk? Ook participatie en inspraak lopen namelijk het risico louter instrumenteel te worden ingezet. Dit punt illustreren we hieronder verder door te kijken naar de participatie en vertegenwoordiging van burgers in besluitvorming in de zorg.

Participatie van burgers en patiënten

Al decennialang wordt gepleit voor meer betrokkenheid van patiënten en cliënten bij besluitvorming in de zorg. Dat pleidooi is nog altijd actueel. Een van de pijlers van Passende Zorg is dat patiënten samen met hun arts bepalen wat de meest passende behandeling is. Om dat te bereiken moeten zowel praktijk als beleid daarop worden ingericht. Dat vraagt niet alleen om ruimte voor

1 Deze bijdrage is deels gebaseerd op Van de Bovenkamp H., Vollaard H. and Bal, R. (to be published). "Why patient involvement remains contested: towards a political perspective."

het perspectief van individuele patiënten, maar ook om structurele inbreng van patiëntperspectieven op collectief niveau.

Tegenwoordig zijn er op allerlei niveaus participatie- en vertegenwoordigingsmogelijkheden voor patiënten en wordt volop geëxperimenteerd met methoden om patiënten te betrekken bij het beleid van zorginstellingen, onderzoeksagenda's en overheidsbeleid (Van de Bovenkamp 2024). Dat blijkt makkelijker gezegd dan gedaan.

Een belangrijke verklaring hiervoor is dat patiëntenparticipatie doorgaans vanuit een instrumenteel perspectief wordt benaderd. Vanuit dit perspectief is de aanname dat participatie vanzelf succesvol wordt wanneer de juiste methoden worden ontwikkeld, praktische barrières worden weggenomen, betrokkenen worden getraind en de ideale randvoorwaarden worden gecreëerd. Deze benadering miskent echter een cruciaal aspect van participatie: het politieke karakter ervan. Participatie is ook onderdeel van een strijd tussen uiteenlopende waarden, doelen en geïnstitutionaliseerde belangen.

Patiëntenparticipatie is neutraal noch eenduidig. Participatie wordt vaak verbonden met waarden als empowerment, democratisering en kwaliteitsverbetering. Maar in de praktijk wordt participatie ook ingezet als instrument om bestaande machtsverhoudingen te beïnvloeden of specifieke belangen te versterken. Zo heeft de overheid de patiëntenbeweging via financiële ondersteuning gestuurd om bepaalde taken uit te voeren die in lijn lagen met haar beleid (Trappenburg 2008). Instrumenteel gebruik van participatie vindt veel breder plaats en regelmatig wordt geconcludeerd dat participatie wordt gebruikt om beleidsbesluiten te legitimeren, zonder dat deelnemers daadwerkelijk invloed kunnen uitoefenen.

Een tweede illustratie van het politieke karakter van participatie is dat de inbreng van patiënten en burgers ingezet wordt in geïnstitutionaliseerde praktijken waar bepaalde belangen, waarden en machtsrelaties al stevig zijn verankerd. Dit verklaart mede waarom participatie niet automatisch leidt tot invloed. Patiënten en burgers brengen vaak andere perspectieven op zorg en ondersteuning naar voren dan professionals en beleidsmakers. Zo wezen patiëntenvertegenwoordigers tijdens de Covid-19-pandemie op de maatschappelijke en persoonlijke gevolgen van beleid en stelden zij de onderliggende waardeoriëntatie daarvan, gericht op het minimaliseren van besmettingen, ter discussie door onder meer aandacht te vragen voor kwaliteit van leven (van de Bovenkamp e.a., 2024). Juist die aanvullende perspectieven vormen een belangrijke rechtvaardiging voor participatie.

Tegelijkertijd betekent dit aanvullende perspectief dat de inbreng van patiënten en burgers kan botsen met die van partijen die beschikken over meer institutionele macht. Zo benadrukten jongeren die participeerden in beleidsvorming van het Toezicht Sociaal Domein waarden als privacy en concrete hulp. Deze waarden stonden op gespannen voet met de uitgangspunten van bestaande toezichtkaders, waarin juist informatiedeling tussen hulpverleners en het zoeken naar 'de vraag achter de vraag' centraal stonden (Rutz, van de Bovenkamp et al. 2018). Wanneer de perspectieven van patiënten en burgers afwijken van dominante opvattingen onder beleidsmakers en professionals, worden zij regelmatig terzijde geschoven. Bestaande machtsverhoudingen maken dat relatief eenvoudig.

Een derde illustratie van het politieke karakter van participatie is dat 'het patiëntenperspectief' mede wordt gevormd door de wijze waarop participatie is georganiseerd. Ook hier spelen machtsverschillen een belangrijke rol. Veelgebruikte vormen van participatie vragen om deelname aan formele besluitvormingstrajecten, met bijbehorende formele en informele regels, procedures en omgangsvormen. Dat stelt aanzienlijke eisen aan deelnemers en sluit bepaalde groepen patiënten en burgers gemakkelijker uit dan andere. Daarnaast zijn binnen de zorg uiteenlopende partijen actief die claimen patiëntbelangen te vertegenwoordigen, waaronder patientenorganisaties, cliëntenraden, professionals en onderzoekers. Deze vertegenwoordigers geven ieder vanuit hun eigen waarden, kennis, ervaringen en opvattingen vorm aan wat zij zien als het relevante patiëntenperspectief. De vraag wie namens patiënten en burgers mag spreken, en wie wordt uitgenodigd aan tafel, is daarmee onvermijdelijk een politieke vraag.

Een politiek perspectief maakt ook zichtbaar waar verbeteringen mogelijk zijn. Zo is het expliciteren van politieke afwegingen gebaat bij het meenemen van diverse stemmen. De diversiteit aan patiëntperspectieven kan beter worden benut door verschillende methoden in te zetten om ervaringen op te halen, juist ook van mensen die minder geneigd of minder goed in staat zijn om deel te nemen aan formele besluitvorming. Daarbij kan worden gedacht aan allerlei manieren om verhalen op te halen zoals observaties, interviews en film, maar ook aan de inzet van informele vertegenwoordigers zoals straatartsen die de verhalen kennen van groepen die anders buiten beeld blijven. Wie participatie serieus neemt als manier om politieke discussies beter te voeren, moet verschillen tussen patiëntperspectieven niet zien als ruis die moet worden weggeorganiseerd, zoals vanuit een instrumentele benadering nog vaak gebeurt. Juist die verschillen maken zichtbaar welke waarden op het spel staan en bieden aanknopingspunten om beleidskeuzes en hun consequenties zorgvuldiger te doordenken.

Conclusies

De voorbeelden van digitalisering en patiëntenparticipatie laten zien dat beleidsdoelen die vaak als vanzelfsprekend of neutraal worden gepresenteerd, in wezen politiek van aard zijn. Ze maken bovendien duidelijk dat het realiseren van beleidsdoelen niet louter een technocratische opgave is, maar onvermijdelijk raakt aan waarden, belangen en machtsverhoudingen.

Een politiek perspectief draagt niet alleen bij aan begrip van beleidsprocessen, maar ook aan kritische reflectie op bestaande aannames en praktijken. Juist in de zorg is dat van groot belang, omdat besluitvorming plaatsvindt binnen een context waarin de belangen groot zijn en machtsongelijkheden een prominente rol spelen. Nu gezondheidszorgsystemen onder druk staan door financiële beperkingen, personeelstekorten en een groeiende zorgvraag, ligt een technocratisch beleidsdiscours op de loer, waarin efficiëntie, expertise en kostenbeheersing centraal komen te staan.

Een politiek perspectief helpt om waarden- en belangenafwegingen zichtbaar te maken en onderwerp te maken van democratisch debat. Dat betekent niet dat waardenconflicten of machtsverschillen kunnen worden opgelost. Vanuit een politiek perspectief zijn deze immers een onvermijdelijk onderdeel van besluitvorming en daarmee ook van besluitvorming over de zorg. Wel kan besluitvorming zorgvuldiger en rechtvaardiger plaatsvinden wanneer structureel aandacht wordt besteed aan deze dimensie. In de casussen die we bespraken valt bijvoorbeeld te denken aan het inbedden van burgerparticipatie op regionaal niveau, een bestuurslaag waar democratische besluitvorming niet geborgd is, met aandacht voor diversiteit in perspectieven. Bij digitalisering is aandacht voor belangen en waarden die onderbelicht blijven van belang, zoals de belangen van achtergestelde groepen en werkplezier van zorgverleners. Ook hier kan het betrekken van zorgverleners, patiënten en mantelzorgers bij het besluiten over en vormgeven van technologie helpen om deze waardenafwegingen beter te doordenken.

Bij dit alles is expliciete aandacht voor machtsverschillen essentieel. In de zorg doen zich dergelijke verschillen op uiteenlopende manieren voor: tussen verzorgenden, verpleegkundigen en artsen, tussen patiënten en zorgverleners, en tussen verschillende groepen patiënten onderling. Juist omdat ongelijkheid in de zorg zulke verstrekkende gevolgen kan hebben voor de kwaliteit en duur van mensenlevens, rust op iedereen die betrokken is bij de vormgeving van toekomstig zorgbeleid de verantwoordelijkheid om beleid niet uitsluitend als een technocratische, maar ook als een politieke kwestie te beschouwen.

Literatuur

CEG (2026). Kunstmatige oplossingen? Kunstmatige oplossingen? Den Haag, CEG - Centrum voor Ethiek en Gezondheid.

Lasswell, H. (1936). Politics: Who gets what, when, how. New York, Peter Smith.

Obermeyer, Z., B. Powers, C. Vogeli and S. Mullainathan (2019). "Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations." Science 366(6464): 447–453.

Rutz, S., H. van de Bovenkamp, S. Buitendijk, P. Robben and A. de Bont (2018). "Inspectors' responses to adolescents' assessment of quality of care: a case study on involving adolescents in inspections." BMC Health Serv Res 18(1): 226.

Van de Bovenkamp, H. (2024). Patientenwetenschappen: verhalen ophalen, vertalen en laten meebepalen. Rotterdam, ESHPM.

Van de Bovenkamp H., Vollaard H. and B. R. (to be published). "Why patient involvement remains contested: towards a political perspective."

5.2 Leiderschap in zorg- en welzijnsnetwerken: van individueel heldendom naar samenspel op hoog niveau

Wilma van der Scheer & Maarten IJzerman

De Nederlandse zorg is in de regel kwalitatief goed en toegankelijk. Dat neemt niet weg dat de sector worstelt met arbeidsmarkttekorten, een toenemende zorgvraag en ongelijke kansen. Bovendien speelt zorg en welzijn zich niet alleen binnen de muren van zorginstellingen af. Ervaren gezondheid is ook een resultaat van (achterblijvende) elementaire voorzieningen zoals wonen en kinderopvang. De druk wordt nog vergroot door groeiende internationale politieke spanningen, die om investeringen in andere domeinen dan de zorg vragen, door migratie en het veranderende klimaat. Daarmee erkennen we dat de zorg onderdeel is van een sociaal systeem waar ook andere sectoren (zoals onderwijs, sociale zaken en economie) een essentiële rol spelen.

Dit vraagt om leiderschap van zorgprofessionals en bestuurders om met elkaar, met burgers én met bestuurders uit andere maatschappelijke sectoren tot nieuwe duurzame aanpakken en omgangsvormen te komen.

Echter, hoeveel kans maakt structureel samenwerken als het stelsel gefragmenteerd is en (super)specialisatie, individuele verantwoordelijkheid en institutionele aansprakelijkheid de leidende principes zijn? Zijn de oproepen tot leiderschap met lef, de IZA-transformatiemiddelen en de opeenvolgende akkoorden voldoende om van een gefragmenteerde zorg- en welzijnssector met eigen kaders, wetten en protocollen te bewegen naar een meer open systeem, waarin samen met burgers, keten- en netwerkpartners gewerkt wordt aan publieke waarden? Wij bespreken deze opgave vanuit het perspectief van: (1) toegankelijke zorg en ervaren gezondheid, (2) passende zorg en de-medicalisering. Vanuit deze perspectieven geven wij richting aan de gedeelde leiderschapsopgave voor de zorg.

Samen, maar wel in een geïnstitutionaliseerd harnas?

1. Toegankelijke zorg en ervaren gezondheid

Goede en toegankelijke gezondheidszorg is een groot goed. Het draagt echter maar voor circa 9% bij aan de ervaren gezondheid (Meulman e.a., 2025). Dat staat in schril contrast met het hebben van een sociaal netwerk, dat voor 29% bijdraagt aan de ervaren gezondheid. Sociale cohesie – prettig samenleven, omkijken naar elkaar – wordt ervaren op het niveau van families, buurten en wijken, niet in de kokers waarin de zorg is georganiseerd (Wmo, Wlz of Zvw). In de Nederlandse zorgakkoorden wordt een eerste belangrijke stap gezet naar een meer gebiedsgerichte benadering van zorgvragen. Voor het bestuur van zorginstellingen betekent dit dat de eigen prestatie niet los kan worden gezien van wat er in wijk en regio gebeurt: de opgave verschuift van het optimaliseren van de eigen productie naar het mede-organiseren van de context waarin gezondheid ontstaat. Dit brengt samenwerkende (netwerk)organisaties wel in een spagaat: de prikkels en verantwoordingslijnen zijn op instellingsniveau vastgelegd, terwijl de maatschappelijke meerwaarde alleen in samenhang kan worden gerealiseerd.

2. Passende zorg en demedicalisering

Meer inzetten op de bepalende sociale factoren van gezondheid betekent dat de dure, specialistische zorg een bescheidener plek zal moeten innemen in ons voorzieningenstelsel. De aandacht van bewindspersonen, beleidsmakers, financiers, maar ook onderzoekers en ondersteuners, zal zich moeten verplaatsen naar het totale palet aan voorzieningen en initiatieven dat nodig is voor een houdbaar zorgstelsel. Juist de niet-geïnstitutionaliseerde partners – de lokaal georganiseerde, informele voorzieningen – hebben een belangrijke rol te spelen in de te realiseren maatschappelijke verandering, zoals initiatieven als *Nederland zorg voor elkaar* laten zien.

De moeilijkheid is dat in de huidige context de niet-geinstitutionaliseerde spelers – zoals mantelzorgers of wijkinitiatieven – buiten beeld blijven. Er vinden wel beleidsexperimenten en pilots plaats met bijvoorbeeld burgerinitiatieven en jongerenraden, maar veelal naast de bestaande structuren. Er is een strikte afbakening van de ruimte om te experimenteren én van de groep die mag deelnemen (Oldenhof e.a., 2022). Ook de vele nieuw ontstane regionale netwerkverbanden bieden vooralsnog niet het antwoord. Zij fungeren nog te vaak als strategisch instrument om de eigen doelen van de netwerkpartners te realiseren, en te weinig als werkplaats voor de vraagstukken die van iedereen en niemand zijn (Van der Woerd e.a., 2024).

Gedeeld leiderschap op alle lagen van het stelsel

Wij stellen dat oplossingen niet liggen in structuurveranderingen alleen. Zij vragen ook om een cultuurverandering, waarbij de weerbaarheid en zorgzaamheid in de samenleving niet als sluitstuk maar als startpunt wordt gezien van verandering. Dit vraagt een beweging van 'heroïsch' leiderschap naar leiderschap als collectief veranderproces – om grens- en domeinoverschrijdend te handelen en om collectieve probleemoplossing (Ospina & Foldy, 2022). Wij duiden dat aan met de term gedeeld leiderschap.

Gedeeld leiderschap gaat over mobiliseren van leiderschap op alle lagen van het zorgstelsel: in de samenleving (tussen formele en informele zorg, tussen zorg en sociaal domein en lokale ondernemers), op werkvloeren (tussen zorgverleners en cliënten/patiënten, tussen zorgverleners onderling en zorgverleners en management/bestuur), tussen organisaties (netwerkvorming) en tussen de verschillende lagen van ons stelsel (overheden en veldpartijen). Het is een manier om grote gedeelde zorgen het hoofd te kunnen bieden, zoals de zorg om de toegankelijkheid van onze zorgvoorzieningen, wat onmiskenbaar een publiek belang is. Het is dus een vraagstuk dat iedereen in Nederland aangaat en niet door één of enkele partijen afgedwongen worden. Het vraagt commitment van alle betrokkenen, op alle lagen van ons zorgstelsel. Maar bovenal om het activeren van de energie om het samen te *willen* doen.

Hierbij past niet een strak georkestreerd proces, met vooraf bepaalde doelen en afspraken over wie waarover mag gaan. Het gaat er juist om de variëteit in de samenleving te benutten, hier ruimte voor te maken en obstakels uit de weg te ruimen. En het leren over en weer te stimuleren. De zorg staat bol van machtige instituties. Voor hen is een schone taak weggelegd om na te gaan hoe zij, als goed georganiseerde partij, dienstbaar kunnen zijn aan deze beweging. Het zoeken is naar *hoe* zij hier invulling aan kunnen geven. Een onderdeel van de opgave is dus ook om dure, specialistische zorg, gerichter in te zetten. Dit vraagt om het vermogen te kunnen onderscheiden waar zorg weinig toevoegt — bijvoorbeeld bij de-intensivering van systeemtherapie in de oncologie (Soon e.a., 2026) — en ook daar professionele eer in te leggen.

Van goede bedoelingen naar collectieve prestatie: drie concrete aanbevelingen

Om een antwoord te geven op de uitdagingen waar wij voor staan, voorzien we drie concrete stappen op respectievelijk (1) de rol en taakinvulling van professionals, bestuur en toezicht, (2) het door instellingen sturen op collectieve prestatie en (3) het ontwerp van de context waarbinnen we dit kunnen doen.

Aanbeveling 1: Investeer in 'samen'-vaardigheden in plaats van individueel presteren

Nu meer zorg multidisciplinair en in netwerken tot stand komt en regionale samenwerking de norm wordt, knelt de manier waarop verantwoordelijkheden en bevoegdheden *verdeeld* zijn tussen professionals, organisaties en informele zorgverleners. Het helpt om de pyramide om te draaien. Begin bij wat er gebeurt in de samenleving, mensen veerkrachtig maakt en bijdraagt aan een meer zorgzame en gezonde samenleving. Kijk vervolgens waar formele en informele zorg (en bijvoorbeeld lokaal ondernemerschap) elkaar ontmoeten en kunnen versterken.

Twee begrippen bieden richting. Reprofessionalisering betekent dat professionals hun kennis en aandacht richten op het leven van de patiënt en zich steeds afvragen welke waarde zorg daadwerkelijk toevoegt. Niet zorg overnemen maar bescheiden toevoegen wordt de norm (Felder e.a., 2022). Deintensivering van therapieën hoort daar ook bij (Soon e.a., 2026). Responsief besturen draait om leiderschap dat het gezamenlijke proces ondersteunt, ruimte geeft aan de expertise van anderen en samenwerking faciliteert. Zo verschuift de focus van individuele prestaties naar collectieve verantwoordelijkheid voor goede zorg (Weenink e.a., 2023). Werkgevers en beroepsverenigingen kunnen hieraan bijdragen door opleidingsbudgetten te verschuiven van individuele weerbaarheid naar teaminterventies. Wetenschappelijke verenigingen en opleidingsinstituten maken dialoog-, verbindings- en procesvaardigheden tot expliciete leerdoelen en onderdeel van opleiding en herregistratie. Bestuurders maken ruimte

voor de praktijk om hun beleid te corrigeren door kortcyclische vormen van evalueren.

Aanbeveling 2: Maak de collectieve prestatie een sturingsprincipe in bestuur en toezicht

Bij gedeeld leiderschap hoort onvermijdelijk ook gedeelde verantwoording: verantwoording die aan het samenwerkingsverband in de regio wordt afgelegd en niet uitsluitend aan de afzonderlijke organisatie (Lee & Ospina, 2022). De prestaties van de afzonderlijke partijen kunnen alleen begrepen worden in het licht van de gezamenlijke prestaties in de regio. Omdat sturings- en verantwoordingsmechanismen daar niet op ingericht zijn, wordt op vele plekken geëxperimenteerd met nieuwe vormen van verantwoorden. De aanbeveling is om zichtbaar te maken wat er gebeurt en belangrijk te maken dát het gebeurt. Bijvoorbeeld door de gedeelde prestaties te verankeren in het toezicht van de instelling, maar hierbij wel een open en onderzoekende houding aan te nemen. Hierbij past een meer kwalitatieve manier van toezichthouden, met aandacht voor de kwaliteit van de relaties oftewel relationele transparantie (inzicht in de machten en krachten die een rol spelen in het netwerk, en die de kwaliteit van de samenwerking beïnvloeden) naast financiële transparantie (inzicht in de omvang van de inzet, de financiële opbrengsten en de bedrijfsrisico's). Ook kan gedacht worden aan horizontaal toezicht. Op landelijk niveau kan gedacht worden aan monitoring via de mid-term review van IZA, waarbij niet alleen oog is voor de eigen bijdrage van partijen maar ook voor de gezamenlijke (regionale) doelrealisatie.

Aanbeveling 3: Investeer in een context die samen leren én presteren ondersteunt

Verkeerde prikkels, gevestigde belangen en ongeschreven omgangsvormen verdwijnen niet door goede intenties. Ze vragen om ondersteunende infrastructuren die het samen leren én presteren ondersteunen. Regionale samenwerkingsverbanden kunnen hiervoor sociaal ontwerpers inzetten, zoals bij complexe ruimtelijke opgaven al gebruikelijk is. Er kan ook ingezet worden op vormen van intervisie en lerende netwerken – reflectieve ruimtes – waarin het gedeelde leiderschap samen wordt onderzocht, invulling en betekenis krijgt. Voor een samenwerkingsverband in de jeugdzorg werd gedeeld leiderschap zo naast een ideaal (morele standaard), ook een organisatieprincipe en manier van omgaan met elkaar (Van der Woerd & van der Scheer, 2025). Het organiseren van een lerend netwerk met en rond mensen met onbegrepen gedrag kan hen helpen bij de uitdagingen waar zij in hun dagelijks leven mee worden geconfronteerd (Van Muijden e.a., 2025). Ook zijn er interessante tools zoals *Zorg in Dialoog* die burger- en patiëntenparticipatie bevorderen, kennisuitwisseling stimuleren en de samenwerking tussen formele en informele partijen ondersteunen. Al deze voorbeelden beogen het op gang brengen van een collectief leerproces; het aanboren, benutten en zichtbaar maken van de in de samenleving aanwezige collectieve vermogens om een collectieve prestatie te leveren.

Literatuur

Felder, M., Kuijper, S., Lalleman, P., Bal, R., & Wallenburg, I. (2022). The rise of the partisan nurse and the challenge of moving beyond an impasse in the (re) organization of Dutch nursing work. *Journal of Professions and Organization, 9*(1), 20–37.

Lee, S., & Ospina, S. M. (2022). A framework for assessing accountability in collaborative governance: A process-based approach. *Perspectives on Public Management and Governance, 5*(1), 63–75.

Meulman, I., Jansen, T., Uiters, E., Cloin, M., Polder, J. & N. Stadhouders (2025) 'Decomposing socioeconomic differences in self-rated health and healthcare expenditure by chronic conditions and social determinants', *International Journal for Equity in Health*, 24(154).

Oldenhof, L., Wehrens, R., & Bal, R. (2022). Dealing with conflicting values in policy experiments: A new pragmatist approach. *Administration & Society, 54*(9), 1736–1766.

Ospina, S. M., & Foldy, E. G. (2022). Collective dimensions of leadership. In A. Farazmand (Ed.), *Global encyclopedia of public administration, public policy, and governance*. Springer.

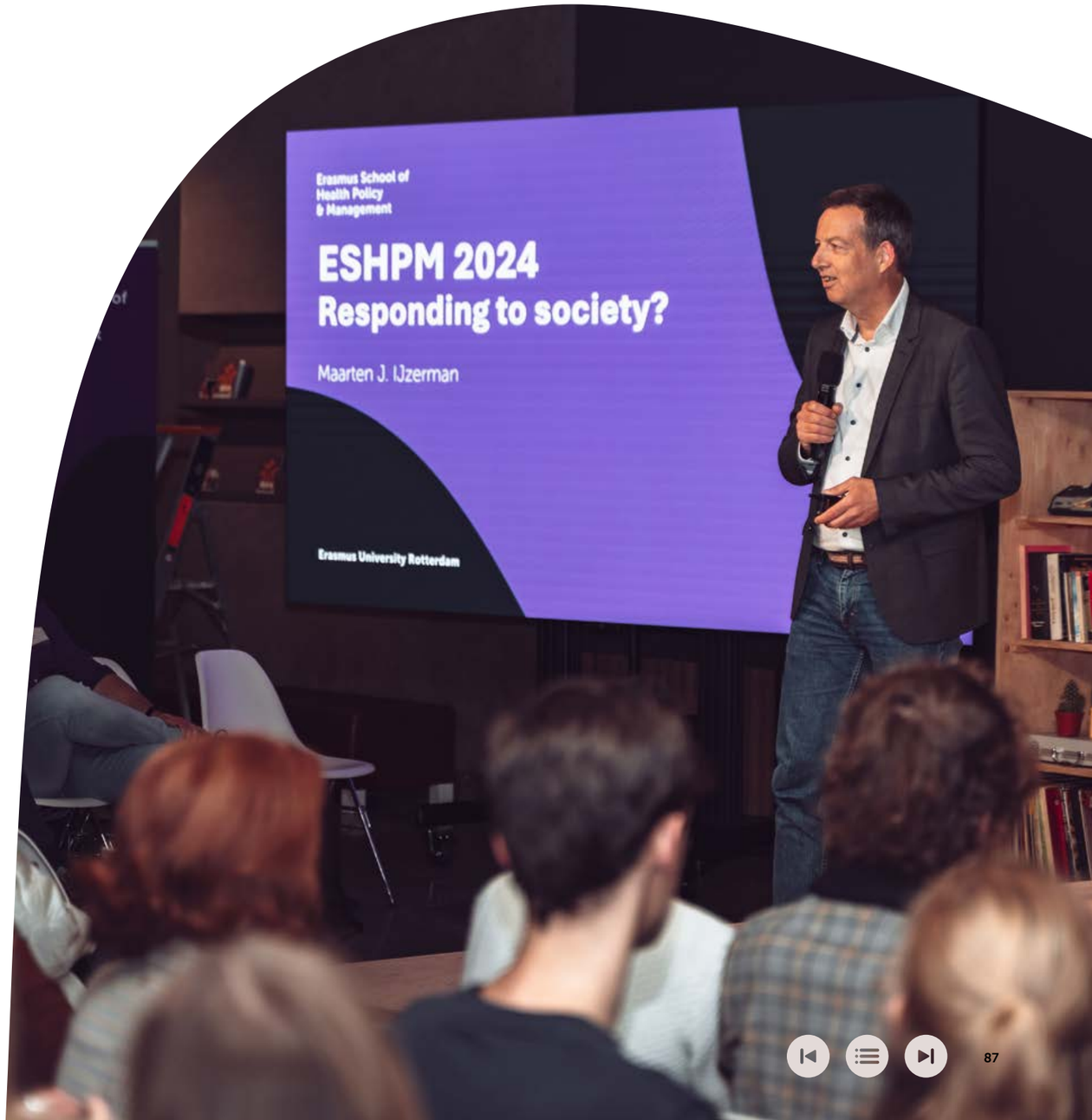
Soon, J. A., Franchini, F., Gourlay, P., IJzerman, M. J., & McArthur, G. A. (2026). Current and emerging opportunities for deintensification of systemic therapies in melanoma: A scoping review. *European Journal of Cancer, 233*, 116132.

Van der Woerd, O. & W. K. van der Scheer (2025). How "shared" leadership comes into being: managers' sensemaking in networked child welfare policy. *International Journal of Public Sector Management* 1–18.

Van der Woerd, O., Wallenburg, I., Van der Scheer, W., & Bal, R. (2024). Regional network-building for complexity: A region-oriented policy response to increasing and varied demands for older person care in the Netherlands. *Public Administration, 102*(2), 461–478.

Van Muijden, T., Steeghs, V., Aspria, M., Bal, R. & Hester van de Bovenkamp (2025) Frontline professionals' experiences of navigating boundaries in a layered care and support system for individuals with complex care needs in the Netherlands Opent extern . *Social Science and Medicine, 366*, 117692

Weenink, Jan-Willem, Jaco Tresfon, Iris van de Voort, Teyler van Muijden, Jaap Hamming, and Roland Bal. 2023. Room for resilience: a qualitative study about accountability mechanisms in the relation between work-as-done (WAD) and work-as-imagined (WAI) in hospitals. *BMC Health Services Research* 23 (1): 1048.



5.3 Naar een passende infrastructuur voor beleidsleren

Roland Bal & Werner Brouwer

Onder beleidsleren verstaan we de mate waarin de overheid in staat is op basis van kennis en ervaring tot nieuw beleid of de aanpassing van bestaand beleid te komen. Die kennis kan voortkomen uit wetenschappelijk onderzoek, toezicht en monitoring maar ook uit ervaringen van uitvoerende partijen of burgers en kan betrekking hebben op zowel de doelen als de instrumenten van beleid. De mate waarin kennis beschikbaar is en kan bijdragen aan beleid is afhankelijk van vele factoren. Zo speelt de aard van het probleem een rol, de mogelijkheid om relevante kennis te vergaren, maar ook overeenstemming over doelen van het beleid, de bredere context, en over het soort kennis dat nodig is om het beleidsvraagstuk gericht en overtuigend te kunnen informeren.

In de Nederlandse gezondheidszorg wordt op verschillende wijzen getracht om voor het beleid, op verschillende niveaus en in verschillende contexten, te leren van praktijk- en wetenschappelijke kennis. Er is een uitgebreide structuur van adviesorganen, een uitgebreid arsenaal aan onderzoeksprogramma's en er zijn verschillende monitors waarin ontwikkelingen binnen deelgebieden van gezondheid en welzijn periodiek worden gerapporteerd. Daarnaast verzamelen externe toezichthouders kennis over het functioneren van de zorg, wordt kennis verzameld via input van beroeps- en brancheorganisaties en worden veelvuldig beleidsevaluaties uitgevoerd.

Ook het onderwijs over de werking van het zorgstelsel (bijvoorbeeld door Erasmus School of Health Policy & Management) kan hierbij een rol spelen, zowel initieel onderwijs als post-initieel. Dat levert professionals met een diepgaande kennis van de werking van ons zorgstelsel, waarvan de invloed en werking niet moet worden onderschat.

Ondanks dat alles blijven er uitdagingen in de praktijk van het beleidsleren en de beleidsrelevante kennisverwerving, juist als het gaat over grotere veranderingen en vraagstukken. Deze uitdagingen hebben vooral betrekking op de fragmentatie van de kennisinfrastructuur en het gebrek aan borging van veranderingen. De oorzaken hiervan, en daarmee ook de oplossingen voor deze situatie, zijn niet eenduidig. Juist nu er grote uitdagingen en vraagstukken liggen over de toekomst van de gezondheidszorg en het zorgstelsel, is het belangrijk ook te investeren in de kennisbasis en het beleidsleren op dit terrein.

Veel problemen in de gezondheidszorg – en zeker de problemen waar deze agenda zich op richt – zijn complex. Er bestaat lang niet altijd politieke overeenstemming over de wenselijke oplossingsrichtingen, ook omdat legitieme doelen met elkaar strijdig kunnen zijn, zoals toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dergelijke complexe vraagstukken laten zich niet makkelijk onderzoeken en uitkomsten van eventueel onderzoek kunnen nog steeds leiden tot maatschappelijke en politieke discussie over welke implicaties zij hebben (Greenhalgh et al. 2023).

Overigens betekent dat niet dat er geen kennis kan worden opgedaan of gebruikt over grotere en complexere vragen. Een voorwaarde voor beleidsleren is dan wel een passende kennisinfrastructuur. Juist in het nadenken over de inrichting van het zorgstelsel, ook in termen van de gelaagdheden binnen dat stelsel en de wisselwerking tussen de lagen en verschillende sectoren, is een kaderstellende visie nodig (Brouwer en Varkevisser 2025). Dat geldt ook voor het nadenken over de benodigde kennis en kennisinfrastructuur. De mate waarin thans relevante kennis bestaat en wordt vergaard, die de grote vraagstukken binnen het zorgstelsel (of zelfs zorgstelsel-overstijgend) kunnen beantwoorden en de mate waarin de overheid die gebruikt en kan gebruiken, blijft een aandachtspunt. Hiervoor zijn meerdere redenen, zoals fragmentatie en een gebrek aan borging. Hieronder gaan we op een aantal aspecten daarvan nader op in en doen we een aantal praktische suggesties en oproepen voor de toekomst.

Problemen met beleidsrelevante kennisvergaring en beleidsleren

Fragmentatie

Aangezien het moeilijk is grote, complexe beleidsvraagstukken als geheel te beschouwen en te onderzoeken, worden ze verdeeld in kleinere deelproblemen. Dat leidt tot fragmentatie. Dergelijke fragmentatie is bijvoorbeeld zichtbaar in de vele programma's bij ZonMw. Neem het programma Passende zorg waarin de komende jaren circa € 300 miljoen wordt besteed aan onderzoek. Ondanks het feit dat rond passende zorg juist wordt gewezen op het belang van intersectorale samenwerkingen (bijvoorbeeld tussen zorg en het sociaal domein), blijft het ZonMw programma beperkt tot zorg die binnen de Zorgverzekeringswet wordt geleverd. Bovendien bestaat dit programma naast programma's rond de vorming van Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden, Palliatieve Zorg, Onbegrepen gedrag en vele andere, waarbij niet altijd duidelijk is hoe die programma's en de uitkomsten daarbinnen met elkaar in verband worden gebracht. Hoewel dit de uitvoerbaarheid van de losse programma's en onderzoeken ten goede kan komen, blijft wel de vraag hoe de hiermee verkregen inzichten uiteindelijk worden samengebracht en in samenhang beleid kunnen informeren. Inzichten uit de honderden projecten binnen één ZonMw programma goed bij elkaar te brengen is al zeer lastig (Wehrens e.a., 2022). Interferenties tussen de verschillende programma's systematisch inzichtelijk maken is nog lastiger. Onderzoek heeft bijvoorbeeld laten zien dat in de praktijk dit soort programma's op elkaar inwerken en elkaar vaak verdringen (Peeters e.a. 2024).

Gebrek aan borging

Een bijkomend probleem is dat projecten gedurende hun looptijd wel kunnen leiden tot (al dan niet gewenste) veranderingen op de werkvloer, maar dat dergelijke effecten daarmee nog niet duurzaam verankerd hoeven te zijn. Vaak is het dan nodig om zaken als financieringsstromen, sturings- en verantwoordingsarrangementen mee te veranderen, iets wat meestal geen onderdeel is van deze programma's. Daarnaast is het de vraag of tijdelijke, kleinschalige projecten kennis genereren die ook breder gedeeld kan worden.

Dit is ook een issue voor de projecten rond het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) en de kennis die daarmee wordt gegenereerd. Er wordt veel geld geïnvesteerd in regionale projecten maar dit gaat niet altijd gepaard met het ontwikkelen van de beleidsmatige randvoorwaarden om die projecten tot duurzame veranderingen te kunnen maken. De kans is daarmee groot dat ook succesvolle projecten niet beklijven, of alleen als ze binnen de huidige financierings- en verantwoordingsarrangementen kunnen werken.

Uit onderzoek weten we dat regionale samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties vaak niet duurzaam wordt opgezet en eindigt nadat de subsidie stopt omdat structurele randvoorwaarden voor borging ontbreken (Petit-Steeghs e.a., 2026). Ook wordt de opgedane kennis vaak niet systematisch gedeeld. Structurele randvoorwaarden voor een duurzame transitie ontbreken daarmee. Beleidsleren ten aanzien domeinoverstijgende problematiek, waar in de zorg juist behoefte aan is, wordt hierdoor gehinderd en bijdragen aan een duurzame transformatie – een belangrijk doel van het IZA – wordt zo onwaarschijnlijker. Ook dit onderstreept weer de noodzaak van een overkoepelende, kaderstellende visie, waarbinnen niet alleen transitieprojecten kunnen worden uitgevoerd maar dat parallel daaraan de randvoorwaarden voor duurzame verandering worden uitgedacht en geïmplementeerd.

Passende kennis en passend instrumentarium?

Een belangrijk onderdeel van het beleid rond passende zorg is het vergoedingenpakket, waarbij het Zorginstituut Nederland bepaalt welke zorg passend is en verzekeraars alleen deze zorg vergoeden. Hierbij bestaan vele uitdagingen. Zo is het voor het Zorginstituut niet eenvoudig in de volle breedte de pakketwaardigheid van verschillende interventies en zorgvormen vast te stellen. Om onderbouwde keuzes te kunnen maken, dienen het instrumentarium van het Zorginstituut en de infrastructuur om de benodigde kennis te vergaren, te worden uitgebreid (Enzing e.a., 2021; zie ook het hoofdstuk over het basispakket in deze agenda). Daarnaast moet worden nagedacht hoe het pakketbeheer zich verhoudt tot richtlijnen (zie ook Hakkaart e.a., 2010 en Zuiderent-Jerak e.a., 2011) en tot besluitvorming in de spreekkamer, temeer omdat onder passende zorg ook persoonsgerichte zorg wordt verstaan.

Een ander punt is dat passende zorg juist ook domeinoverstijgend is. Hoe de onontbeerlijke samenwerking tussen de preventieve, curatieve en langdurige zorg en het sociaal domein vorm moet worden gegeven is een open vraag. Het 'passend' aantonen dat veranderingen daadwerkelijk leiden tot meer passende zorg verdient hierbij ook aandacht.

Wat moet er gebeuren?

Investeer in multidisciplinaire kennis over het zorgstelsel en een samenhangende kennisinfrastructuur

Als eerste benadrukken we hier het belang van voldoende kennis over het zorgstelsel en de werking ervan. Dit is nodig zowel via onderwijs, waarin (toekomstige) beleidsmakers uit verschillende delen en lagen van de gezondheidszorg de werking van ons zorgstelsel en eventuele alternatieven leren kennen en doorgronden, als via onderzoek, waarin kennis wordt opgedaan die onontbeerlijk is voor beleidsleren. Durf daarbij ook te investeren in grotere onderzoeken, bijvoorbeeld naar wijzen waarop in regio's beter aan de randvoorwaarden voor duurzame transities kan worden voldaan en wat de effecten zijn van verschillende nieuwe samenwerkingsvormen. Andere voorbeelden zijn onderzoeken naar alternatieve ordeningsmodellen dan gereguleerde concurrentie voor de (complexe) ggz gezien de toenemende problematiek daar (Schut en Varkevisser, 2026), of in een grootschalig gecontroleerd experiment rond het eigen risico, zoals al eerder bepleit door ESHPM (Van Kleef e.a., 2017). Stel hiervoor, samen met alle betrokken partijen, een nationale onderzoeksagenda op met duidelijke prioriteiten.

Dit helpt om de huidige versnippering van de kennisinfrastructuur tegen te gaan. Er zou meer geïnvesteerd moeten worden in langduriger onderzoeksprogramma's waarin onderzoekers, beleidsmakers en mensen uit de praktijk van zorg en welzijn samen werken aan gedeelde opgaven, waarbij ook burgers en/of patiënten nadrukkelijk betrokken worden. Bij ZonMw zou een meer overkoepelend programma kunnen komen om de inzichten van de verschillende en soms volgtijdelijke deelprogramma's beter te integreren, met het oog op beleidsleren. Het is daarbij van groot belang om de kennisinfrastructuur in het sociaal domein en de langdurige zorg te versterken.

Ontwikkel domeinoverstijgende kaders, instrumenten en monitoring

Borging van organisatie- en domeinoverstijgende vormen van zorg en ondersteuning blijft nu vaak achter omdat sturing en monitoring grotendeels plaatsvindt op het niveau van individuele organisaties. Om de transformatie naar passende zorg mogelijk te maken, is monitoring en evaluatie op het niveau van populaties nodig.

Binnen een aantal sectoren, zoals in de acute zorg en de verloskundige samenwerkingsverbanden, is inmiddels enige ervaring opgedaan met het ontwikkelen van regionale kwaliteitskaders. Die ontwikkeling kan verder worden geëvalueerd en, indien positief, uitgebreid. Het Zorginstituut Nederland zou hier een coördinerende rol in kunnen vervullen, samen met de VNG en het RIVM, om ervoor te zorgen dat ook indicatoren die wijzen op samenhang tussen gezondheidszorg, sociaal domein en preventie worden meegenomen danwel verder worden ontwikkeld. Het mandaat van het Zorginstituut zou kunnen worden uitgebreid om ook uitspraken over WMO-zorg te kunnen doen. Tegelijkertijd zou gewerkt moeten worden aan een versterking van de kennisinfrastructuur in het sociaal domein.

Op basis van deze kwaliteitskaders kunnen ook monitoringssystemen worden ingericht. Het ligt voor de hand deze kwaliteitskaders op regionaal niveau te monitoren, waarbij regio's de ruimte moeten krijgen prioriteiten te stellen, binnen centraal vastgestelde kaders. Ook voor bekostiging kunnen modellen worden ontwikkeld die samenwerking tussen organisaties op regionaal niveau faciliteren (zie ook het hoofdstuk over bekostiging in dit manifest) en die meegenomen worden in de monitoring. Hiervoor zouden bestaande IZA-tafels – regionaal en landelijk – als platform kunnen dienen. Het faciliteren van een goede uitwisseling van ervaringen uit de verschillende regio's, en op basis daarvan bijsturen, is hierbij ook een onderdeel.

Ontwikkel meer responsieve en reflexieve vormen van toezicht en verantwoording

Voor de borging van organisatie- en domeinoverstijgende samenwerking zijn ook andere vormen van verantwoording nodig. Veel vormen van toezicht en verantwoording zijn nu nog gericht op het voldoen aan gedetailleerde regelgeving. Deze vorm van verantwoording is niet geschikt voor de gelaagde, taaie problemen waar de gezondheidszorg voor staat (Grit e.a., 2016). De afgelopen jaren is veel onderzoek gedaan naar meer responsieve en reflexieve vormen van verantwoording (Kok e.a., 2025). Deze bieden ruimte aan uitvoerende organisaties en professionals om samenhangende zorg en ondersteuning te bieden en zich daarvoor op passende manier voor te verantwoorden. Bij deze vorm van verantwoording en toezicht kunnen ervaringen binnen zorg- en ondersteuningspraktijken ook gebruikt worden voor beleidsleren en aanpassing van beleid. De eerdergenoemde kwaliteitskaders kunnen hierin een rol spelen.

Literatuur

Brouwer, Werner, en Marco Varkevisser. 2025. "Om de zorg echt te veranderen is regie van bovenaf nodig." *Zorgvisie* (blog). 13 maart. https://www.zorgvisie.nl/blog/opinie-om-de-zorg-echt-te-veranderen-is-regie-van-bovenaf-nodig/

Enzing, Joos, Saskia Knies, Bert Boer en Werner Brouwer. Broadening the Application of Health Technology Assessment: a worthwhile destination but not an easy ride? Health Economics, Policy & Law 2021; 16(4):440-456

Greenhalgh, Trisha, Eivind Engebretsen, Roland Bal, en Sofia Kjellström. 2023. "Toward a Values-Informed Approach to Complexity in Health Care: Hermeneutic Review." *The Milbank Quarterly* 101 (3): 646-674. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12656

Grit, Kor, Marja Bomhoff, Roland Friele, en Roland Bal. 2016. *Toezicht in onzekere situaties. Op zoek naar een passend toezichtkader in een veranderende gezondheidszorg*. Rotterdam: iBMG.

Hakkaart-Van Roijen, Leona, Siok Tan, Lucas Goossens, Saskia Schawo, Werner Brouwer, Maureen Rutten-van Molken en Frans Rutten. Doelmatigheid in praktijkrichtlijnen voor medicijnen: resultaten van een 'quickscan'. TSG, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2010; 88(4): 172-181

van Kleef, Richard, Joseph Newhouse, en Rudy Douven. 2017. "Pleidooi voor een experiment met eigen risico in de zorg." ESB (4748): 186-188. https://esb.nu/pleidooi-voor-een-experiment-met-eigen-risico-in-de-zorg/.

Kok, Josje, Hester van de Bovenkamp, en Anne Margriet Pot. 2025. "Naar reflexief toezicht als proactieve vorm van maatschappelijke responsiviteit." *Bestuurskunde* 34 (2): 66-81. https://doi.org/10.5553/Bk/092733872025034002005

Peeters, Robin, Daan Westra, Rachel Gifford, en Dirk Ruwaard. 2024. "Wie, wat, waar? De invloed van het Integraal ZorgAkkoord op bestaande regionale netwerken in de zorg." *TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 102 (2): 59-66. https://doi.org/10.1007/s12508-024-00432-2

Petit-Steeghs, Violet, Lizette Krist, Joke van der Meulen, Lia van der Ham, Lotte Smeenk, Maroun Nader, Didier Rammers, Andrew Britt, Karin van Bemmel, Roland Bal, en Hester van de Bovenkamp. 2026. *Eindrapportage BE-grip: van regionale vernieuwing naar landelijke voorwaarden.* ESHPM (Rotterdam).

Schut, Erik en Marco Varkevisser. Gereguleerde marktwerking: geschikt voor de (gehele) ggz? Erasmus School of Health Policy & Management report, July 17, 2026, https://www.eur.nl/en/eshpm/media/2026-09-eindrapport-ggz-eshpm25sep26

Wehrens, Rik, Lieke Oldenhof, en Roland Bal. 2022. "On Staging Work: How Research Funding Bodies Create Adaptive Coherence in Times of Projectification." *Science, Technology & Human Values* 47 (3): 483–516. https://doi.org/10.1177/01622439211005557

Zuiderent-Jerak, Teun, Sonja Jerak-Zuiderent, Hester van de Bovenkamp, Siok Swan Tan, Leona Hakkaart-van Roijen, Werner Brouwer en Roland Bal. Variatie in Richtlijnen; wat is het probleem? iBMG rapport, 2011.



Conclusie

In deze 'agenda voor de zorg' hebben wij in 19 hoofdstukken recent onderzoek vanuit Erasmus School of Health Policy & Management samengevat gericht op de uitdagingen waar het Nederlandse gezondheids(zorg)beleid voor staat. We richtten ons met name op drie thema's, te weten de hardnekkige verschillen in gezondheid, de toegankelijkheid van de zorg en de noodzaak om de Nederlandse gezondheidzorg weerbaarder te maken voor klimaatrisico's en externe dreigingen. In dit concluderend hoofdstuk vatten we de aanbevelingen vanuit de hoofdstukken samen.

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 zorgwerkers

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 arbeidsverschuiving, 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 zorglandschap

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.

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