

From: EK-postbus <postbus@eerstekamer.nl>
Date: Thursday, November 13, 2025, 10:36 AM
To: EK-postbus <postbus@eerstekamer.nl>
Subject: FW: Stand van de Jeugdzorg 2025: Een terugblik op 10 jaar decentralisatie

Attachments:

Stand van de jeugdzorg.pdf

Onderwerp: Stand van de Jeugdzorg 2025: Een terugblik op 10 jaar decentralisatie

Some people who received this message don't often get email from 5.1.2.e@jeugdautoriteit.nl. [Learn why this is important](#)

Geachte heer/mevrouw,

Vandaag publiceren wij de [Stand van de Jeugdzorg 2025](#). Dit is de laatste Stand die de [Jeugdautoriteit](#) (JA) uit zal brengen nu definitief bekend is dat de taken van de JA per 1.1.2026 overgaan naar de NZa. Het rapport biedt een overzicht over de ontwikkelingen van de Jeugdzorg over de afgelopen 10 jaar.

Mocht daar in de Eerste Kamer behoefte aan zijn, dan zijn we uiteraard bereid tot een technische briefing of andere vorm van kennisoverdracht.

Gebruik en kosten van jeugdzorg

Binnen de sector is nog steeds veel steun voor het idee achter de decentralisatie: organiseer de jeugdzorg zo dicht mogelijk bij huis. Maar in de praktijk lukt het nog onvoldoende om problemen integraal aan te pakken, en is de regeldruk onverminderd hoog. Net als het beroep op jeugdzorg, al zien we dat de groeiende vraag is afgevlakt. Een goede beweging om op voort te bouwen.

Door de marktwerking is het aantal jeugdzorgaanbieders exponentieel gegroeid. Veel hiervan bieden lichte jeugdzorg, zoals hulp bij opvoeding, stress of dagbesteding. De cijfers laten zien dat het gebruik van lichte zorg de afgelopen tien jaar fors is toegenomen, terwijl het gebruik van zware zorg niet of nauwelijks is afgenomen. Al met al zijn sinds de decentralisatie de kosten van de jeugdzorg meer dan verdubbeld.

Doorbreek de patronen

In de [Stand van de Jeugdzorg](#) signaleert de JA drie patronen die vooruitgang belemmeren: we maken geen keuzes, we blijven op elkaar wachten en we voeren het ongemakkelijke gesprek niet. Een voorbeeld: lichte jeugdzorg wordt vaak ingezet wanneer andere oplossingen beter zouden passen. Problemen die bijvoorbeeld veroorzaakt worden door prestatiedruk, geldzorgen in het gezin of problemen met school vragen vaak meer om sociale oplossingen in de buurt, op school, thuis of in het netwerk.

Dit onderwerp vraagt dus om duidelijke keuzes en het durven voeren van lastige gesprekken. En hoewel de discussie over jeugdzorg vaak draait om geld en systemen, liggen de grootste uitdagingen in het tekort aan personeel en de hoge verwachtingen van de jeugdzorg vanuit de samenleving. Deze Stand van de Jeugdzorg is bedoeld als appèl aan bestuurders, beleidsmakers, professionals, gemeenten en burgers. Maak keuzes, voer het ongemakkelijke gesprek en wacht niet op elkaar. Er verandert pas echt iets als we samen in beweging komen.

Nieuwe rol NZa

Vanaf 1 januari worden de taken van de JA belegd bij de [Nederlandse Zorgautoriteit](#) (NZa). De NZa wil een waardige sparringpartner zijn in het jeugdveld. Samen met de collega's van de JA wordt op dit moment hard gewerkt aan de overgang van taken en mensen, een goede voorbereiding op de nieuwe taken en een zorgvuldige start. De NZa gaat daarvoor ook graag in gesprek met partijen in de sector. Komend jaar zal in het teken staan van kennismakingen en gesprekken met aanbieders, gemeenten, regio's en andere partijen in de sector. En waar mogelijk dus ook met leden van Tweede Kamer.

Met vriendelijke groet,

Namens 5.1.2.e – directeur-bestuurder van de Jeugdautoriteit

Voor meer informatie kunt u terecht bij ondergetekende.

5.1.2.e

Strategisch adviseur externe betrekkingen



T 5.1.2.e

E 5.1.2.e [@jeugdautoriteit.nl](mailto:5.1.2.e@jeugdautoriteit.nl)

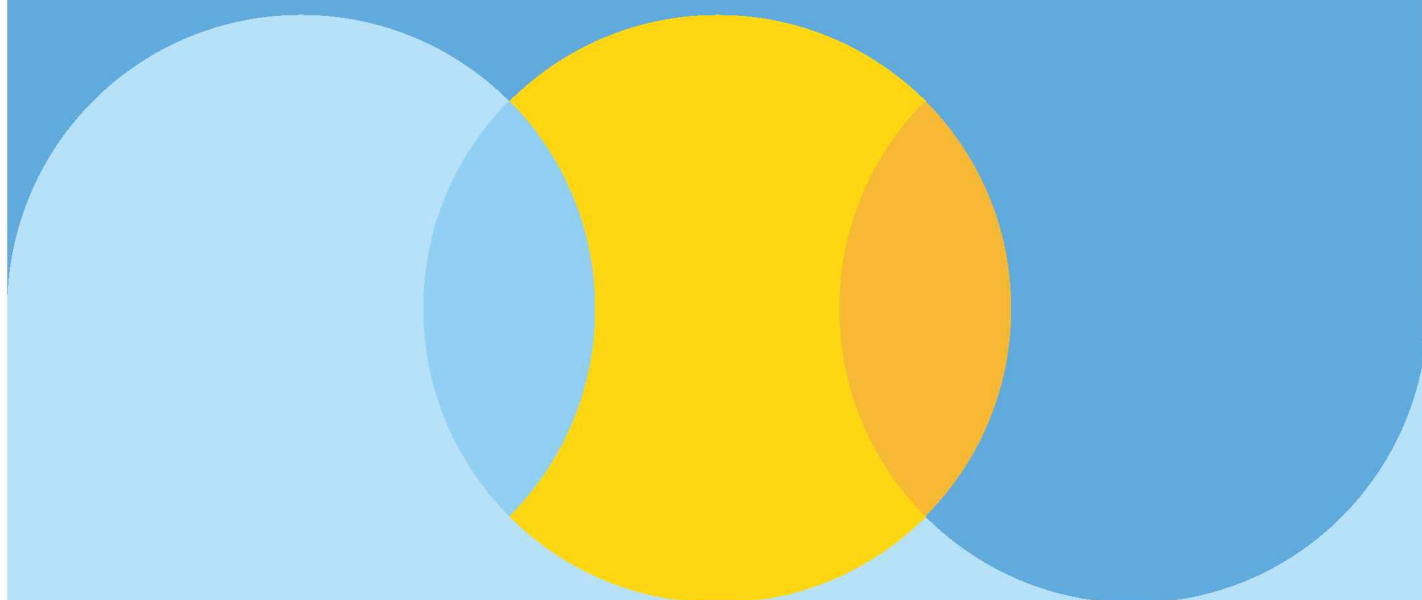


[Abonneer je op de JA Nieuwsbrief](#) en ontvang het laatste nieuws en achtergrondverhalen over de voorgenomen overgang van jeugdtaken naar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De Staat aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The State accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

Stand van de zorg 2025



2 oktober 2025

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1 Toegankelijke en betaalbare zorg vraagt om koersvastheid van toekomstige kabinetten	5
1.1 Toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg zijn kwetsbaar	6
1.2 Zorgvraag is niet hetzelfde als hulpvraag	6
1.3 Benut de kracht van de samenleving en de zorg	6
1.4 Zet in op een duurzame meerjarige koers	7
1.5 Inzet van ons allemaal	7
2 Zorg in beeld	9
2.1 Gezondheidszorg in beweging	10
2.1.1 Een toenemende en veranderende zorgvraag	10
2.1.2 Binden, boeien en behouden van zorgprofessionals	12
2.1.3 Conclusie: een zorgstelsel in transitie	12
2.2 Verregaand samenwerken	13
2.2.1 Integrale acute ouderenzorg	13
2.2.2 Mentale gezondheidsnetwerken	17
2.2.3 Palliatieve zorg	21
2.2.4 Samenwerking zorg en ondersteuning	24
2.3 Sectorspecifieke ontwikkelingen	26
2.3.1 Langdurige zorg	26
2.3.2 Kortdurende zorg	30
2.3.3 Medisch-specialistische zorg en dure geneesmiddelen	33
2.3.4 Farmaceutische zorg in de eerste lijn	35
2.3.5 Acute zorg	38
2.3.6 Geestelijke gezondheidszorg	40
2.3.7 Forensische zorg	43
2.3.8 Huisartsenzorg	45
2.3.9 Wijkverpleging	49
2.3.10 Paramedische zorg	52
2.3.11 Geboortezorg	54
2.3.12 Mondzorg	57

Voorwoord

Toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg zijn van onschatbare waarde in onze samenleving. Wij en onze collega's zijn er trots op hier elke dag weer een bijdrage aan te mogen leveren. De kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg is hoog. Tegelijkertijd mogen we onszelf niet rijk rekenen. Want zorgprofessionals, zorginkopers, beleidsmakers, bestuurders en veel inwoners van Nederland weten ook: de veranderende zorgvraag en de tekorten op de arbeidsmarkt vragen om anders kijken, anders werken en anders organiseren. Veel initiatieven hiertoe komen al van de grond. Het recent gesloten Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en het Hoofdlijnakkoord Ouderenzorg (HLO) markeren dit.

In deze Stand van de zorg beschrijven wij hoe de toegang tot en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg ervoor staat, waar al goede veranderingen plaatsvinden en wat belangrijke aandachtspunten zijn voor de komende tijd. Wij doen de oproep aan de politiek en het nieuwe kabinet voor een koersvast en meerjarig beleid, waarin de kracht van de samenleving wordt verbonden met zorg en ondersteuning voor iedereen die dat nodig heeft. Alleen zo kunnen initiatieven die hieraan bijdragen tot volle bloei komen en duurzaam worden verankerd in de praktijk en ons zorgstelsel.

Als Nederlandse Zorgautoriteit blijven wij intensief samenwerken met de praktijk, burgerinitiatieven en andere overheidspartijen om verandering te ondersteunen en te verankeren. In deze Stand van de zorg leest u hoe we dat doen. Met steeds een duidelijke ambitie voor ogen: mensen in staat stellen een betekenisvol leven te leiden. Want toegankelijke en betaalbare zorg en ondersteuning staan niet op zichzelf, maar zijn dienend aan een krachtige samenleving waarin iedereen kan meedoen.



Geranne Engwirda
Voorzitter Raad van Bestuur



Karina Raaijmakers
Lid Raad van Bestuur

Bron foto's: 5.1.2.e

1 Toegankelijke en betaalbare zorg vraagt om koersvastheid van toekomstige kabinetten



Elke dag zetten 1,7 miljoen professionals en 5 miljoen mantelzorgers zich in voor zorg en welzijn van ons allemaal. Deze mensen zijn onmisbaar voor Nederland. Want toegankelijke en betaalbare zorg en ondersteuning zijn cruciaal om inwoners in staat te stellen een betekenisvol leven te leiden. Maar ondanks alle inzet en de vele innovaties van de afgelopen jaren richting passende zorg, blijft de toegang tot zorg en ondersteuning kwetsbaar. Dit vraagt om een duurzame koers in de politiek. Een koers die de kracht van de samenleving verbindt met zorg en ondersteuning voor iedereen die dat nodig heeft. Alleen zo kunnen initiatieven die hieraan bijdragen tot volle bloei komen en duurzaam worden verankerd in de praktijk en het zorgstelsel.

1.1 Toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg zijn kwetsbaar

Net als vorig jaar signaleren we dat de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg onder druk staan. Zo stonden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) vorig jaar ruim 100.000 mensen op een wachtlijst, waarvan meer dan 62.500 langer dan de maximale toegestane wachttijd. Naar schatting hadden 45.000 tot 194.000 mensen geen huisarts. Naar schatting ging 23% van de mensen niet jaarlijks naar de tandarts in verband met de kosten. En had 46% van de mensen in 2024 te maken met medicijntekorten. Daarnaast blijft de druk op zorgprofessionals toenemen. En dat heeft direct effect op de toegankelijkheid van zorg. Het ziekteverzuim in de zorgsector ligt structureel hoog: in 2024 gemiddeld rond de 7,8%, met pieken boven de 8% in 2025. Vooral langdurig verzuim neemt toe. Steeds meer zorgprofessionals gaan met pensioen, terwijl de absolute instroom in opleidingen afneemt. Ook de uitstroom is zorgwekkend: 21% van de zorgprofessionals overweegt binnen een jaar de zorg te verlaten.

1.2 Zorgvraag is niet hetzelfde als hulpvraag

De toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en ondersteuning staan onder druk door onder meer het toenemend aantal ouderen, het toenemend aantal diagnose -en behandelmogelijkheden en de krapte op de arbeidsmarkt. Daarnaast groeit het besef dat zorg niet altijd het antwoord hoeft te zijn op vragen die wel vaak in de gezondheidszorg terecht komen. Denk aan problemen die veroorzaakt worden door eenzaamheid, ingrijpende gebeurtenissen in het leven, geldzorgen of problemen met werk of wonen. Een antwoord vanuit de zorg kan voor deze vragen zelfs averechts werken op kwaliteit van leven, omdat zo voorbij wordt gegaan aan de dieperliggende oorzaken van problemen van mensen. Dit benadrukt het belang om hulpvragen en samenlevingsvraagstukken breder te benaderen dan alleen vanuit de zorg. Het vraagt om een aanpak waarbij geredeneerd wordt vanuit de mens en diens omgeving. Het startpunt is wat voor iemand zelf belangrijk is in het leven, ofwel een betekenisvol leven. En wat dat is, is voor iedereen anders.

1.3 Benut de kracht van de samenleving en de zorg

Om hulpvragen beter aan het licht te krijgen en juist te beantwoorden, is het belangrijk om de kracht van de samenleving en de zorg beter te benutten. Het potentieel van initiatieven hiervoor is groot. Bijvoorbeeld lokale en gemeenschapsinitiatieven zoals in Zorgzame buurten met dorpsondersteuners of krachtenbinders. Denk hierbij aan initiatieven waarbij inwoners, al dan niet ondersteund door professionals, buurtcentra opzetten waarin zij elkaar helpen. Door samen te tuinieren, samen te eten of elkaar op weg te helpen met bijvoorbeeld boodschappen doen. Deze initiatieven dragen bij aan de sociale cohesie, regie over het eigen leven en het creëren van een omgeving waarin iedereen een betekenisvol leven kan leiden. En ook binnen de wijkverpleging, het sociaal domein en

huisartsenpraktijken wordt intensief samengewerkt om tijd en aandacht te geven aan wat voor inwoners belangrijk is om een betekenisvol leven te kunnen leiden. Voorbeelden hiervan zijn het Verkennd gesprek in de huisartsenpraktijk, meer tijd voor de patiënt, preventie in de wijk en bruggenbouwers tussen het sociaal domein en zorgdomein.

1.4 Zet in op een duurzame meerjarige koers

Veel partijen zijn al jaren intensief bezig met het ontwikkelen, evalueren en opschalen van (potentieel) impactvolle initiatieven die sectoren en domeinen overstijgen. Er worden goede stappen gezet. Maar we signaleren dat het nog onvoldoende lukt om impactvolle initiatieven duurzaam te verankeren in de samenleving en indien nodig in het zorgstelsel. Daarmee lopen we het risico dat initiatieven die bijdragen aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en ondersteuning, niet landelijk worden opgeschaald en geborgd. En dat we daarmee blijven hangen in een ontwikkelmodus in plaats van een duurzame verandering.

Om tot brede implementatie en borging te komen, is een duurzame koers vanuit landelijke politiek en overheid nodig. Wij roepen op om verder te kijken dan de waan van de dag en ook verder dan de horizon van de tot nu toe gesloten akkoorden. De uitdagingen vragen om een meerjarige koers die de kracht van de samenleving verbindt met zorg en ondersteuning voor iedereen die dat nodig heeft. En ruimte geeft aan impactvolle initiatieven om zich duurzaam te verankeren in de samenleving. Bijvoorbeeld door in te zetten op passende wet- en regelgeving die samenwerking over domeinen heen ondersteunt. En het mogelijk maakt voor professionals om écht te werken vanuit de mens met een hulpvraag, in plaats vanuit de aandoening of het systeem. Maar ook door afscheid te nemen en af te bouwen van dat wat niet meer past of verandering in de weg staat.

1.5 Inzet van ons allemaal

Om toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg voor alle inwoners van Nederland te bewaken, is naast een duurzame meerjarige koers voortdurende verbetering van organisatie van zorg nodig. Er wordt binnen de zorg met veel energie geïnnoveerd om de zorg slimmer en anders te organiseren. In deze Stand van de Zorg doen we in aansluiting hierop per zorgsector concrete oproepen om de organisatie van zorg te verbeteren. De komende jaren is volle inzet nodig om te zorgen voor toegankelijke en betaalbare zorg en ondersteuning voor iedereen die dat nodig heeft. Inzet van ons allemaal!

En wat wij doen als Nederlandse Zorgautoriteit?

Als Nederlandse Zorgautoriteit is het onze missie om de zorg in Nederland toegankelijk en betaalbaar te houden. Daarmee dragen we bij aan een samenleving waarin iedereen een betekenisvol leven kan leiden en we zorgen voor elkaar. Het is onze overtuiging dat tijdige toegang tot passende zorg niet afhankelijk mag zijn van iemands inkomen, gezondheid, achtergrond of situatie. Daar zetten wij ons iedere dag voor in. Een solidair zorgstelsel is daarbij ons uitgangspunt. Als belangenbehartiger van de samenleving zijn wij opgericht om in te grijpen als dat uitgangspunt in gevaar komt. Dat doen we door regels te maken als dat nodig is. Toezicht te houden en zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders aan hun verantwoordelijkheid te houden. En het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gevraagd en ongevraagd te adviseren op basis van marktanalyses, evaluaties en onderzoek. Deze taken en instrumenten zijn zo belangrijk, dat ze wettelijk zijn vastgelegd.

Als het gaat over de benodigde verandering zoals we die schetsen in de Stand van de zorg, dan vraagt dat ook van ons dat we hier actief aan bijdragen. Dit doen we door, waar nodig, de bekostiging aan te passen door bestaande prestaties te verruimen en nieuwe prestaties toe te voegen of door het starten van experimenten binnen onze beleidsregel kleinschalige innovatie. In de komende jaren gaan we onze inzet versterken op het gericht ondersteunen van het beter benutten van impactvolle vernieuwingen ('game changers') die het verschil maken als opschaling lukt. Onze focus daarbij is om deze oplossingen met goede prikkels duurzaam te verankeren in het zorgstelsel, waarbij we ook aandacht hebben voor afbouw van datgene wat verandering in de weg staat. Denk hierbij aan initiatieven die zorgen voor minder arbeidsinzet, die focus hebben op bijdragen aan een betekenisvol leven, gezondheid en preventie. Ook domeinoverstijgend organiseren van zorg met inclusie van het welzijnswerk, zelfzorg en informele zorg hoort hierbij. Daarbij hebben we telkens aandacht voor groepen in kwetsbare situaties en luisteren we naar de zachte stemmen in het gesprek over onze zorg van de toekomst.

We werken veel samen met partners in de praktijk en met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorginstituut Nederland en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Dit betekent dat we gezamenlijk impactvolle innovaties identificeren, wegen en vervolgens werken aan duurzame verankering. Ieder vanuit zijn eigen rol, maar met een gedeeld doel. Onze overtuiging is dat intensieve samenwerking de sleutel is tot toegankelijke en betaalbare zorg en ondersteuning, die mensen nodig hebben voor een betekenisvol leven.

2 Zorg in beeld



2.1 Gezondheidszorg in beweging

De Nederlandse gezondheidszorg is volop in beweging. Organisaties in zorg en welzijn, professionals, inwoners, gemeenten en zorgverzekeraars ondersteund door de overheid spannen zich in om de zorg van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar te houden. We schetsen in deze paragraaf de belangrijkste uitdagingen en bewegingen die we zien de gezondheidszorg. In de sectorbeschrijvingen zien we deze uitdagingen en de gevolgen daarvan specifiek voor de betreffende sector terugkomen.

In het kort:

- In 2025 is ruim 20% van de Nederlanders 65+; hierdoor neemt het absoluut aantal chronische ziekten en dementie toe, wat leidt tot een hogere en complexere zorgvraag.
- Oudere generaties willen zorg en preventie die aansluiten bij hun individuele wensen en gericht is op betekenisvol leven.
- Mensen in hogere sociaaleconomische klassen leven tot 24 jaar langer in goede gezondheid dan mensen in lagere klassen; chronische ziekten verminderen levenskwaliteit en vergroten zorgbehoefte.
- Zorg verschuift van ziekenhuis naar huis of wijk, preventie richt zich steeds meer collectief op leefomgeving, en regionale netwerken versterken samenwerking tussen zorg, welzijn en informele zorg.
- Hoge werkdruk, uitstroom en vergrijzing bedreigen de beschikbaarheid van zorgprofessionals; zeggenschap, regionale samenwerking en taakverschuiving vergroten behoud en werkplezier.
- Digitale monitoring, gegevensuitwisseling en AI-toepassingen ondersteunen efficiëntere zorg, verminderen personeelstekorten en maken langer zelfstandig wonen mogelijk.

2.1.1 Een toenemende en veranderende zorgvraag

Nederland vergrijsd in hoog tempo. In 2025 zal meer dan één op de vijf Nederlanders 65 jaar of ouder zijn. Dit zorgt voor een toename van ouderdomsziekten. De zorgvraag groeit mee, vooral door het toenemende aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen en dementie. In 2022 telden we al 5,7 miljoen mensen met twee of meer chronische ziekten. En in 2023 was het aantal mensen met dementie opgelopen tot 277.000, van wie het merendeel thuis woont. Deze groeiende groep steeds ouder wordende Nederlanders heeft andere wensen en verwachtingen van zorg en preventie dan de generaties voor hen en dat vraagt om maatwerk passend bij individuele behoeften. Daarnaast zal het zorggebruik bij alle leeftijdsgroepen toenemen door technologische ontwikkelingen en nieuwe behandelmethoden.

Daarbij groeit in de samenleving ook het besef dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte. Mensen willen niet alleen gezond zijn, maar vooral betekenisvol leven. Dit zie je bijvoorbeeld terug in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg, waarin organisaties inzetten op wat iemand nodig heeft om van waarde te kunnen zijn.

De verschillen zijn groot: mensen in de hoogste sociaaleconomische klasse leven gemiddeld acht jaar langer en zelfs 24 jaar langer in goede gezondheid dan mensen in de laagste klasse. Een hogere chronische ziektelast bij lagere inkomensklassen leidt tot een lagere levensverwachting en is voor 60% te verklaren door een sneller verouderingsproces dat al op vroege leeftijd begint. Chronische ziekten leiden tot langdurige zorgbehoeften en verminderde levenskwaliteit.

Zorg anders organiseren voor meer mensgerichte en geïntegreerde zorg

Een oplossingsrichting voor de toenemende en veranderende zorgvraag ligt in een andere manier van organiseren en verlenen van zorg. Er wordt volop geïnnoveerd in de dagelijkse praktijk om de zorg beter aan te laten sluiten op het dagelijks leven van mensen en hun behoefte aan regie, nabijheid en afstemming. Drie hoofdbewegingen waarin veel kansen gezien worden zijn: ziekenhuiszorg verplaatsen naar dichtbij huis, meer inzet op collectieve preventie, en de kracht van de regio benutten.

Ziekenhuiszorg verplaatsen naar dichtbij huis

We zien steeds meer initiatieven die zorg verplaatsen van het ziekenhuis naar thuis of dichtbij huis. Denk aan de wijkkliniek voor acute ouderenzorg. Ouderen met een laag complexe medische zorgvraag worden niet langer in het ziekenhuis opgenomen, maar worden behandeld in combinatie met herstel in een wijkkliniek. Ook wordt geïnvesteerd in digitale monitoring, de inzet van technologie en kunstmatige intelligentie, en gegevensuitwisseling waardoor beter zorg op afstand verleend kan worden en er beter kan worden samengewerkt. Kunstmatige intelligentie en digitale gegevensuitwisseling bieden enorme kansen, bijvoorbeeld op het gebied van samenwerking.

Van individuele naar collectieve preventie

Preventie is een breed begrip dat zich kan richten op gezondheidsbevordering, het verminderen van symptomen bij ziekte of gezondheidsproblemen, of het voorkomen van verdere negatieve effecten van gediagnosticeerde ziektes en gezondheidsproblemen. Over het algemeen worden er twee strategieën voor preventie onderscheiden, namelijk individuele en collectieve preventie. Individuele preventie is gericht op het individu, terwijl collectieve preventie zich richt op groepen of de hele bevolking. Steeds meer ontwikkelt preventie zich van individuele interventies naar collectieve en leefomgeving-gerichte aanpakken. Een goed voorbeeld hiervan is het landelijke actieprogramma Kansrijke Start. In meer dan 250 gemeenten wordt samengewerkt tussen zorgprofessionals, gemeenten en het sociaal domein om ouders en kinderen een gezonde, veilige start te geven. Een ander voorbeeld is de buurt als ecosysteem waarin (maatschappelijke) zorg eenvoudiger, integraal en op buurtniveau is georganiseerd. Samen zorgen voor elkaar en collectieve preventie zijn hierin belangrijke elementen. Er is een sterk samenspel tussen inwonersinitiatieven, informele zorg en formele zorg, georganiseerd vanuit de leefgemeenschap en aansluitend op 'het gewone leven'.

De kracht van regionale netwerken

Het samenspel tussen zorg, welzijn en informele zorg krijgt steeds meer vorm in regionale netwerken en wijkgerichte samenwerkingsverbanden. Binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de aanvullende afspraken in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) wordt er gewerkt aan beter toezicht, heldere verantwoordelijkheden en een gedeeld commitment.

Ons toezicht en dat van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd laat zien dat bepaalde zorg –zoals kraamzorg in de zomer en complexe ggz– onder druk staat. We zien hier positieve beweging. In steeds meer regio's nemen zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen verantwoordelijkheid voor kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Met regionale transformatieplannen worden nieuwe samenwerkingsverbanden opgezet die moeten leiden tot verbeterde toegankelijkheid. En daarbinnen zien we steeds meer innovaties gericht op het samenspel tussen zorg, welzijn en informele zorg.

2.1.2 Binden, boeien en behouden van zorgprofessionals

De zorg draait op mensen. Alleen met voldoende mensen kunnen we de zorg toegankelijk houden. Al jaren zien we een oplopend personeelstekort en hoge werkdruk. In 2025 zal de grijze druk naar verwachting oplopen tot 35,5%; dat betekent dat er per 100 personen in de werkzame leeftijd (20 tot en met 64 jaar) zo'n 35 65-plussers zijn. Steeds meer zorgprofessionals gaan met pensioen, terwijl de absolute instroom in opleidingen afneemt. Ook de uitstroom is zorgwekkend: 21% van de zorgprofessionals overweegt binnen een jaar de zorg te verlaten.

Toch is er ook hier volop beweging. Er wordt hard gewerkt aan het binden, boeien en behouden van zorgprofessionals. Zeggenschap blijkt daarbij een sleutelbegrip: hoe meer professionals het gevoel hebben invloed te hebben op hun werk, hoe kleiner de kans dat ze vertrekken. Ook initiatieven zoals regionaal werkgeverschap en taakverschuiving bieden perspectief op meer werkplezier, minder werkdruk en behoud van waardevolle kennis en kunde.

Het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) zet hoog in op het beperken van arbeidstekort. Volgens KPMG kunnen deze maatregelen in het meest optimistische scenario het tekort tot 2028 met 91 duizend werknemers verminderen. De grootste winst in het verminderen van het arbeidstekort zit in het langer thuis laten wonen van ouderen door zelfredzaamheid en eigen regie te versterken, met goede ondersteuning voor de mantelzorger. Al-toepassingen zoals spraakgestuurde dossiervoering kunnen daarbij eveneens duizenden zorgmedewerkers ontlasten is de verwachting.

PwC Strategy& berekende dat inzet op integrale zorg het verwachte personeelstekort in 2032 met 31 tot 62 procent kan terugdringen; een besparing van 65.000 tot 130.000 extra benodigde zorgmedewerkers.

2.1.3 Conclusie: een zorgstelsel in transitie

Organisaties in zorg en welzijn, professionals, inwoners, gemeenten en zorgverzekeraars ondersteund door de overheid spannen zich in om de zorg van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar te houden. Er gebeurt veel. Nu is het tijd om door te zetten en bewezen effectieve innovaties op te schalen en te borgen.

2.2 Verregaand samenwerken

Verregaande samenwerking tussen sectoren en domeinen wordt steeds belangrijker om de zorg toegankelijk te houden. Wij ondersteunen deze beweging. Hieronder lichten wij vier samenwerkingen uit die bijdragen aan toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en ondersteuning. We beperken ons hier tot vier samenwerkingen, maar er bestaan uiteraard veel meer sector- en domeinoverstijgende netwerken die bijdragen aan toegankelijke en betaalbare zorg.

2.2.1 Integrale acute ouderenzorg

Wat is integrale acute ouderenzorg?

Integrale acute ouderenzorg richt zich op ouderen met een kwetsbare gezondheid. Door verminderd functioneren van meerdere lichaamsfuncties zijn zij gevoeliger voor stressfactoren zoals verlies of het tijdelijk wegvallen van een mantelzorger. Veel ouderen met kwetsbaarheid belanden hierdoor op de spoedeisende hulp (SEH) of de huisartsenpost (HAP) en/of in het ziekenhuis, waar de zorg vaak niet goed aansluit bij hun behoeften. Dit vergroot het risico op functionele achteruitgang en nieuwe zorgvragen. Wij zetten in op een integrale en regionale aanpak van acute ouderenzorg om deze crisissituaties te voorkomen, of tijdig thuis of dichtbij huis op te vangen.

In het kort:

- Het gebruik van acute zorg stijgt door de vergrijzing.
- Het is belangrijk om acute zorgvragen zoveel mogelijk te voorkomen, of thuis of dichtbij huis op te vangen. Onze huidige organisatie van zorg is hier nog onvoldoende op ingericht.
- Veelbelovende innovaties zouden in samenhang met elkaar moeten worden ontwikkeld.
- Wij zetten ons de komende jaren in om integrale acute ouderenzorg te stimuleren.

Ontwikkelingen in de acute ouderenzorg

Sinds 2017 daalt het gebruik van HAP en SEH door 75-plussers. Toch stijgt het aandeel 65-plussers op de SEH naar verwachting van 35% in 2019 naar 42% in 2030, als gevolg van vergrijzing. De uitkomsten van acute zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid zijn vaak slechter dan verwacht. Door atypische klachten wordt de urgentie van hun zorgvraag niet altijd herkend, wat leidt tot langere opnames, overdiagnostiek, over- of onderbehandeling en complicaties. Zo ervaart 30% van de 70-plussers na ziekenhuisopname nieuwe beperkingen in het dagelijks functioneren, en overlijdt 33% binnen een jaar na een SEH-bezoek.

Om dit te keren is een andere inrichting van het acute zorglandschap nodig. Er zijn meerder innovaties die daaraan bijdragen; deze zijn gebundeld in het model voor integrale acute ouderenzorg.

Innovaties in de acute ouderenzorg

Samenwerking tussen huisarts, SO en VS in de eerste lijn

Proactieve zorg thuis vraagt om nauwe en interdisciplinaire samenwerking tussen huisarts, specialist ouderengeneeskunde (SO) en verpleegkundig specialist (VS). In paragraaf 2.3.2 bespreken we hoe de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp) en specifiek twee nieuwe prestaties binnen de gzsp dit ondersteunen.

Acuut wijkteam

Steeds meer regio's zetten acute wijkteams in, die snel inzetbare, onplanbare zorg leveren in de wijk. ActiZ, V&VN, Zorgverzekeraars Nederland en Zorgthuis.nl publiceerden in 2019 het Gezamenlijk kader toekomstbestendige wijkverpleging, waarin versterking van onplanbare nachtzorg als prioriteit is benoemd. Afgesproken is dat zorgaanbieders deze zorg tussen 23:00 en 07:00 uur gezamenlijk, efficiënt en kwalitatief verantwoord organiseren binnen hun regio. Wij faciliteren deze zorg via met de prestatie Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht-, en weekendzorg.

GEM-team op de SEH

Steeds meer SEH's werken met Geriatric Emergency Medicine (GEM)-teams. Nadat de SEH-verpleegkundige kwetsbaarheid identificeert, voert de VS een Comprehensive Geriatric Assessment uit en bespreekt behandelwensen met de patiënt en familie. Het GEM-team beoordeelt daarnaast de medicatie en coördineert de nazorg. De inzet van het GEM-team is mogelijk binnen de bestaande bekostiging.

Anderhalvelijnszorg thuis

Initiatieven zoals het 'ziekenhuis op wielen' brengen medisch-specialistische zorg naar huis of naar de huisartsenpraktijk. De VS voert diagnostiek en behandeling zelfstandig uit. Wij maken de declaratie van deze zorg mogelijk met de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten. Momenteel vindt onderzoek plaats naar de effectiviteit van deze innovatie en vindt een verdere verkenning plaats richting structurele bekostiging.

Wijkkliniek en kortdurende zorg

Een wijkkliniek combineert medisch-specialistische zorg voor ouderen met vroege revalidatie, gericht op herstel en behoud van functioneren. Interdisciplinaire teams leveren persoonsgerichte zorg in een prikkelarme, herstelgerichte omgeving. Ook andere vormen van kortdurende zorg zoals eerstelijnsverblijf (elv) en geriatrische revalidatiezorg (grz) vormen een essentieel onderdeel van integrale acute ouderenzorg. In paragraaf 2.3.2 gaan we hier dieper op in.

Integrale spoedzorg

Een mooi voorbeeld van integrale spoedzorg is het Centrum Acute Zorg (CAZ) in Zoetermeer, waar de HAP, SEH, dienstapotheek, het transferpunt, acute wijkteams en multifunctionele bedden samen worden gebracht in één centrum. Om deze integrale vorm van spoedzorg passend te bekostigen werken wij samen met de betrokken partijen aan het vormgeven van een experiment met integrale bekostiging via de beleidsregel Innovatie.

Regionale zorgcoördinatie

Regionale zorgcoördinatie zorgt dat patiënten direct door de juiste zorgverlener geholpen worden, zonder onnodige inzet van ambulance of SEH. Zorgverleners krijgen snel inzicht in beschikbare plekken, waardoor capaciteit beter wordt benut. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken om regionale zorgcoördinatie landelijk te dekken. Ambulancediensten krijgen daarbij een bredere rol met meer triage en behandeling aan huis. Wij hebben in 2023 en 2024 geadviseerd over de mogelijkheden om zorgcoördinatie te financieren binnen de huidige bekostiging, en de mogelijkheden om zorgcoördinatie structureel te bekostigen via budgetbekostiging.

Figuur 1 Innovaties gebundeld in het model voor integrale acute ouderenzorg van het Amsterdam UMC



Naar toekomstbestendige acute ouderenzorg

Deze innovaties tonen dat er een sterke beweging is ingezet richting integrale ouderenzorg. Wij nemen het voortouw in het opschalen van impactvolle initiatieven. We werken samen met zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan kennisdeling, passende bekostiging en structurele inbedding in het zorglandschap. Om écht impact te maken, is het cruciaal dat deze initiatieven niet als losse projecten blijven staan, maar in samenhang met elkaar worden ontwikkeld. Alleen zo kunnen acute zorgvragen bij ouderen vaker worden voorkomen of tijdig thuis of dichtbij huis worden opgevangen.

“Om écht impact te maken, is het van belang dat deze initiatieven niet als losse projecten blijven bestaan, maar in samenhang met elkaar worden ontwikkeld.”

Dit vraagt om intensieve samenwerking; zowel landelijk (met onder andere zorgverzekeraars, Zorginstituut Nederland, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, branche- en beroepspartijen) als regionaal (tussen onder andere zorgaanbieders). Wij nemen hierin een actieve rol. Tot slot biedt integrale ouderenzorg kansen voor verpleegkundig specialisten en physician assistants. Daarom zetten we ons in om taakherschikking verder te faciliteren.

Meer lezen:

- [Perceptions of Frail Older Adults on Contributing Factors Causing the Onset of Crises Leading to Hospital Admissions: A Qualitative Study](#)
- [Meer ouderenzorgkennis nodig op de spoedeisende hulp](#)
- [Outcomes as experienced by older patients after hospitalisation: satisfaction, acceptance, frustration and hope—a grounded theory study](#)
- [Older patients' perspectives on factors contributing to frequent visits to the emergency department: a qualitative interview study](#)
- [Kerncijfers Acute Zorg 2017-2023](#)
- [Kamerbrief over beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg](#)
- [Older patients with nonspecific complaints at the Emergency Department are at risk of adverse health outcomes](#)
- [Physical Resilience in Daily Functioning Among Acutely Ill Hospitalized Older Adults: The Hospital-ADL Study](#)
- [Major adverse cardiovascular events in older emergency department patients presenting with non-cardiac medical complaints](#)
- [Rapport Vernieuwing van de acute ouderenzorg](#)
- [SKILZ Publicatie handreiking Proactieve zorgplanning in de langdurige zorg](#)
- [Prestatie- en tariefbeschikking verpleging en verzorging](#)
- [Handboek Geriatric Emergency Medicine \(GEM\)](#)
- [Platform Zorgmasters Praktijkvoorbeeld | Wondzorg en dermatologie: Ziekenhuis op wielen](#)
- [Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten](#)
- [Het Integraal Zorgakkoord \(IZA\)](#)
- [Handvatten voor financiering van een zorgcoördinatiecentrum \(zcc\) per 2024](#)
- [Advies Budgetbesteding zorgcoördinatie](#)
- ['Guiding Principles for Transformation Towards Integrated Acute Care for Older Adults Close to Home: Lessons from Nine Dutch Regional Partnerships. A Realist Evaluation', Kroeze, E.D., Hoitinga, G., Smorenburg, S.M., MacNeil Vroomen, J.L., van Vught, A.J.A.H. and Buurman, B.M. \(2025\)](#)
- [NZa webpagina Taakherschikking \(Medisch-specialistische zorg\)](#)
- [Trends acute zorg: minder ouderen naar de huisartsenpost en spoedeisende hulp](#)
- [De NZa ondersteunt innovaties die bijdragen aan passende zorg](#)
- [De NZa zet zich in voor een passende organisatie van zorg in regionale zorgnetwerken](#)
- [De NZa monitort en faciliteert taakherschikking binnen de medisch-specialistische zorg](#)

2.2.2 Mentale gezondheidsnetwerken

Wat is een Mentaal gezondheidsnetwerk?

Een Mentale gezondheidsnetwerk (MGN) is een samenwerkingsverband tussen huisartsen, het sociaal domein en de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in een regio. Het doel van een MGN is om mensen met mentale klachten sneller en meer op maat te helpen. Uit onderzoek blijkt dat een deel van de wachtenden voor ggz beter geholpen kunnen worden buiten de ggz, met een juiste triage, verwijzing en een Verkenkend gesprek. Denk bijvoorbeeld aan mensen die kampen met psychische klachten door schulden, gebrek aan goede huisvesting, rouw of eenzaamheid. Die zijn vaak sneller en beter geholpen door ondersteuning vanuit het sociaal domein of het eigen netwerk.

In een MGN wordt daarom vanuit verschillende disciplines gekeken naar wat mensen met mentale klachten nodig hebben om het leven weer ten volle aan te kunnen. Hierin wordt geredeneerd vanuit het individu en wat voor hem of haar belangrijk is. Zo kan escalatie van problemen en onnodige instroom in de (s)ggz worden voorkomen. MGN zijn een belangrijk onderdeel in het Integraal Zorg Akkoord (IZA), het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA), het interparlementaire beleidsonderzoek mentale gezondheid en het actieplan mentale gezondheid en GGZ.

In het kort:

- Mentale gezondheidsnetwerken zijn samenwerkingsverbanden in een regio met als doel om mensen met mentale klachten beter, sneller en meer op maat te helpen.
- Er wordt op een constructieve wijze samengewerkt tussen huisartsen, het sociaal domein en de geestelijke gezondheidszorg (ggz).
- Betaaltitels voor de functies van het Mentale gezondheidsnetwerk zijn opgesteld en beschikbaar voor partijen om te gebruiken.
- Partijen in de regio's zien de meerwaarde van het Mentale gezondheidsnetwerk in en zijn bezig met goede lokale inpassing. De meeste hiervan zitten nog in de plan- of organisatiefase.
- We zien dat er hard gewerkt wordt om landelijke dekking te halen per 1 januari 2026. We benadrukken de urgentie van dit vraagstuk met begrip voor de complexiteit van het opschalen.

Welke vier functies heeft een Mentaal gezondheidsnetwerk?

Elk Mentale gezondheidsnetwerk heeft vier functies:

- het biedt verkennende gesprekken
- onderhoudt een 'transfermechanisme'
- zorgt voor informatie over wachttijden en aanbod in sociaal domein en ggz en
- organiseert domeinoverstijgend casusoverleg.

Het Verkenkend gesprek is als instrument toegevoegd aan het palet van de huisarts voor mensen met mentale klachten, maar bij wie nog niet duidelijk is of en welke hulp het meest passend is. Bij het Verkenkend gesprek wordt door de persoon om wie het gaat, een ggz-professional en een expert uit het sociaal domein, afgewogen welke inzet nodig is om de (onderliggende) vraag adequaat te behandelen. Bij een transfermechanisme geven aanbieders elkaar inzicht in de aantallen en soorten zorgvragers die op hun afzonderlijke wachtlijsten staan. Ook wordt er gezamenlijk bekeken hoe vraag en aanbod beter bij elkaar gebracht kunnen worden om zo te komen tot daadwerkelijk overdracht tussen aanbieders van wachtende personen. De informatievoorziening over wachttijden en aanbod is een functie waarmee wachtlijsten en wachttijden voor zorg en ondersteuning in de regio transparant worden gemaakt. Inzicht in de urgentie van de zorgvragen is hier onderdeel van. Het domeinoverstijgend casusoverleg is een

overleg over individuele personen. Deze worden anoniem besproken. De inzet op verbeterd inzicht in regionale wachttijden en het domeinoverstijgend casusoverleg moeten bijdragen aan betere door – en uitstroom (transferoverleg) in de keten van zorg en ondersteuning en het terugdringen van wachttijden in de ggz.

Urgentie

Bijna de helft (48%) van alle Nederlanders krijgt ooit te maken met mentale klachten. Volgens het NEMESIS-onderzoek steeg de 12-maands prevalentie van psychische aandoeningen van 17,4% (2007–2009) naar 26,1% (2019–2022). De stijging is het sterkst onder jongvolwassenen (18–34 jaar) en mensen die in stedelijke gebieden wonen. Onder andere toenemende individualisering, druk via sociale media, hoge prestatiedruk, woningnood en klimaatstress worden hiervan als mogelijke oorzaken gezien. Bij ouderen is de toename beperkter, mogelijk omdat zij minder geraakt worden door deze maatschappelijke ontwikkelingen.

In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is al een tijd sprake van té lange wachttijden. In alle regio's en voor alle hoofddiagnosegroepen liggen de gemiddelde wachttijden boven de Treeknorm. De wachttijd neemt toe naarmate de problematiek complexer is, zeker als er sprake is van ernstige psychische aandoeningen in combinatie met andere problemen (zoals een verstandelijke beperking). Dit is zorgelijk: mensen moeten kunnen rekenen op goede en betaalbare zorg als zij dat nodig hebben. Lange wachttijden veroorzaken gevoelens van wanhoop, angst, frustratie en verergering van klachten bij mensen. Ook naasten ervaren stress en soms slaapproblemen. Als dit gebeurt, dan kan er uiteindelijk een langer ggz-traject nodig zijn dan in eerste instantie nodig was.

Ontwikkeling van Mentale gezondheidsnetwerken

Er zijn op dit moment 47 Mentale gezondheidsnetwerken (in wording) verspreid door het land. Er zijn verschillende landelijke monitors uitgevoerd gericht op de implementatie-ontwikkelingen. De algemene conclusie is dat meerwaarde zeker wordt ingezien van het MGN, maar de meeste regio's nog in de plan- of organisatiefase zitten. Veel regio's bieden al verkennende gesprekken aan. Ook wordt domeinoverstijgend casusoverleg in de meeste MGN's al gevoerd. Het transfermechanisme is in de meeste regio's nog in opkomst en wordt in meer dan helft van de MGN's al aangeboden. Informatievoorziening over wachttijden aan aanbod in het netwerk is het minst ver ontwikkeld als functie van het MGN.

Het inrichten van een Mentaal gezondheidsnetwerk vraagt veel tijd en capaciteit. Er is soms een spanningsveld tussen de lokale uitvoering en bovenregionale afspraken. De dagelijkse praktijk van uitvoering is complex en sluit niet altijd aan bij de landelijke beleidsvoornemens. Vooral de technische en organisatorische inbedding, aansluitend op de lokale situatie, nemen meer tijd in beslag. Wij vinden het belangrijk om de Mentale gezondheidsnetwerken goed te volgen en lessen te leren en te delen over de implementatie, zodat de netwerken voortvarend worden uitgebouwd en structureel worden geborgd. Zo bouwen we met elkaar aan een mentaal gezonde samenleving.

Het indienen van voor financiering benodigde transformatieplannen verloopt in goede samenwerking tussen partners in het netwerk, maar de goedkeuring van de plannen wordt als weerbarstig ervaren vanuit Mentale gezondheidsnetwerken in wording. Dit is bespreekbaar gemaakt aan de IZA thematafel 'Contractering'. Zolang de financiële structuur niet geborgd is, blijft implementatie kwetsbaar en afhankelijk van tijdelijk commitment.

Welke oplossingen zien wij voor bovengenoemde problemen?

Wij maken deel uit van de thematafel 'Verbeteren samenwerking huisarts, ggz en sociaal domein', waar het Mentale gezondheidsnetwerken als onderwerp op de agenda staat. Daarnaast nemen wij deel aan het landelijk programmteam Mentale gezondheidsnetwerken. In het afgelopen jaar hebben wij daarnaast een advies uitgebracht het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gegeven over de bekostiging van het Verkennend gesprek en de overige functies van het Mentale gezondheidsnetwerk. Hierin hebben wij geadviseerd om de bekostiging van het Verkennend gesprek eerst via een experiment vorm te geven. Dit betreft een vierjarig experiment dat vanuit ons in samenwerking met het ministerie van VWS en het programmteam gemonitord wordt om daarna vast te kunnen stellen welke structurele bekostiging het meest passend is. Voor de drie overige functies van het mentale gezondheidsnetwerk kan gebruik gemaakt worden van de nieuwe betaaltitel Patiëntengroepsgebonden Afstemming over Zorg (PGGAZ).

Verder houden wij gespreksrondes in zes regio's met als doel inzicht krijgen in de vorming van de mentale gezondheidsnetwerken. Wij gaan na welke successen, kansen en knelpunten er worden ervaren en hoe landelijke partijen regio's mogelijk verder kunnen helpen. Er worden vijf gesprekken per regio gevoerd (met ggz, huisartsen, welzijnswerk, verzekeraar, gemeente). Een eerste inzicht is dat er overeenstemming is over de meerwaarde van MGN-vorming en de betekenis van het Verkennend gesprek voor mensen (pilots). We zien ook dat binnen de MGN variatie is in de vormgeving. Daarnaast zien we dat het nog veel vergt om het MGN-model verder uit te bouwen en in te regelen: men staat op verschillende plekken in het land nog aan het begin van het vormgeven van deze netwerken.

Wat is er nodig voor toekomstbestendige mentale gezondheidsnetwerken?

Het is noodzakelijk om de samenwerking tussen huisarts, ggz en sociaal domein die in de regio's op gang is gekomen, verder te faciliteren en samen met inwoners verantwoordelijkheid te nemen voor een mentaal gezonde samenleving. Daarbij is ruimte voor eigen oplossingen (lokaal maatwerk) nodig. Met alle partijen zal gewerkt moeten worden om te bespreken en bewerkstelligen hoe het tempo kan worden verhoogd zodat de beoogde resultaten gehaald worden. De betrokken partijen zien landelijke sturing niet als knellend, maar als faciliterend, mits die is gericht op werkbaarheid en niet op (te) strakke kaders. Om de constructieve samenwerking met alle partijen te behouden en bevorderen, zal in het vervolg daarop met de partijen een duidelijke governance ingericht moeten worden, in afstemming of aanhakend bij andere ontwikkelingen in regio's.

'Passende mentale zorg vraagt om regionale samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid waarbij de persoon centraal staat en niet het systeem.'

Meer lezen:

- [Werkwijze Mentale Gezondheidsnetwerken](#)
- [Inzet mentale gezondheid & ggz](#)
- [Paradigm shift in Dutch Mental Health Care: An explorative study on the transition to Mental Health Centers](#)
- [Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies \(NEMESIS\), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic](#)
- [Global Increases in Individualism](#)
- [Influence of social media on mental health: a systematic review](#)

- [Cross-National Time Trends in Adolescent Mental Well-Being From 2002 to 2018 and the Explanatory Role of Schoolwork Pressure](#)
- [Informatiekaart Wachttijden en wachtplekken ggz \(oktober 2024\)](#)
- [Rapport Algemene Rekenkamer: Geen plek voor grote problemen. Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz](#)
- [An umbrella review of candidate predictors of response, remission, recovery, and relapse across mental disorders](#)
- [Rapport Nivel: Ondersteuning tijdens ggz-wachttijd kan beter door samenwerking tussen huisartsenpraktijk, ggz, sociaal domein en informele zorg](#)
Nieuwsbericht Nederlandse Zorgautoriteit: [Passende bekostiging NZa ondersteunt het Verkennend Gesprek](#)
- [Kamerbrief Actieprogramma mentale gezondheid en ggz deel 1](#)
- [Webpagina De Juiste Zorg op de Juiste Plek: Beleidsregel PatiëntenGroepsgebonden Afstemming binnen Zvw-verzekerde Zorg](#)
- [Beleidsregel experiment Deelname ggz aan Verkennend gesprek](#)
- [Advies bekostiging verkennend gesprek en overige functies mentale gezondheidsnetwerk](#)
- [Aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal'](#)

2.2.3 Palliatieve zorg

Wat is palliatieve zorg?

Palliatieve zorg is bedoeld voor mensen met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Het doel is om patiënten en hun naasten in de laatste levensfase zo goed mogelijk te ondersteunen en lijden te voorkomen of te verlichten. Vaak loopt deze zorg naast de behandeling van de ziekte, vooral in het begin van de palliatieve fase. Het uitgangspunt is altijd dat de zorg en ondersteuning bijdragen aan kwaliteit van leven en sterven. In 2023 overleden in Nederland ongeveer 169.000 mensen. Bij ongeveer 112.000 van hen kwam het overlijden niet onverwacht. Dat betekent dat zo'n twee derde van de overledenen tot de palliatieve populatie behoort en baat kan hebben bij passende palliatieve zorg.

In het kort:

- Palliatieve zorg is erop gericht om patiënten en hun naasten in de laatste levensfase zo goed mogelijk te ondersteunen en lijden te voorkomen of te verlichten.
- De toekomstverkenning van het RIVM benadrukte opnieuw de urgentie van toegankelijke en goed georganiseerde palliatieve zorg, mede gezien de demografische en maatschappelijke uitdagingen.
- In 2025 is er een nieuwe betaaltitel geïntroduceerd voor proactieve zorgplanning in ziekenhuizen. Hiermee kunnen ziekenhuizen tijd en ruimte vrijmaken voor gesprekken over wensen en doelen in de laatste levensfase.
- In samenwerking met ZonMw zijn drie bekostigingsexperimenten gestart die zich bezighouden met alternatieve bekostiging van palliatieve zorg om beter aan te sluiten bij het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- We zien dat er eensgezindheid is over het organiseren van palliatieve zorg dwars door sectoren en domeinen heen. Laten we dit vasthouden en gezamenlijk verder brengen.

Ontwikkelingen in de palliatieve zorg

De afgelopen jaren is er veel aandacht voor palliatieve zorg. Er zijn tal van initiatieven en programma's die passende palliatieve zorg faciliteren en stimuleren. Deze inzet is hard nodig, want de zorgvraag groeit en wordt complexer, terwijl de beschikbare menskracht juist afneemt.

Palliatieve zorg beperkt zich niet tot één setting of beroepsgroep. Het is een vorm van integrale, domeinoverstijgende zorg: vrijwel alle sectoren en domeinen van zorg en welzijn spelen een rol. Goede palliatieve zorg vraagt om samenwerking tussen instellingen, disciplines en financiers. Daarmee sluit het nauw aan bij bredere vraagstukken zoals gegevensuitwisseling en samenwerking over instelling- en sectorgrenzen heen.

Ondanks de uitdagingen, zijn er ook kansen. In de regio's wordt met veel energie gewerkt aan nieuwe manieren om palliatieve zorg toekomstbestendig te organiseren. Wij ondersteunen dit door hiervoor passende bekostiging te ontwikkelen, zodat regionale transities goed van de grond kunnen komen.

Urgentie

Zoals we eerder beschreven in deze Stand van de Zorg 2025, worden de zorgvragen steeds complexer. Dat komt vooral door de vergrijzing en het toenemende aantal mensen met chronische ziekten, zoals dementie. Volgens de toekomstverkenning palliatieve zorg van het RIVM verdubbelt het aantal 75-plussers tussen 2023 en 2040 van 1,6 naar 3,2 miljoen. Ook neemt het aantal sterfgevallen toe. Naar

verwachting overlijden in 2050 ruim 200.000 mensen per jaar, waarvan ongeveer 80% palliatieve zorg nodig heeft.

Tegelijkertijd neemt het aantal mantelzorgers af. Waar nu gemiddeld nog 1,2 mantelzorgers per oudere beschikbaar zijn, daalt dit naar 0,4 in de toekomst. Ook in de professionele zorg spelen grote uitdagingen, bijna een derde van het verpleeg- en verzorgend personeel is ouder dan 55 jaar en zal binnen enkele jaren met pensioen gaan. Bovendien kiezen steeds minder mbo- en hbo-studenten voor een opleiding in zorg en welzijn.

De gevolgen zijn groot. Burgers kunnen moeite krijgen om tijdig passende palliatieve zorg te vinden. Daardoor zullen vaker crisissituaties thuis ontstaan, net als onnodige ziekenhuisopnames, en overlijdens op een plek die niet aansluit bij de wensen van de patiënt. Vooral kwetsbare groepen zonder netwerk of gezondheidsvaardigheden lopen extra risico om tussen de wal en het schip te raken.

Welke oplossingen zien wij?

Wij werkten het afgelopen jaar samen met onder meer Palliatieve Zorg Nederland (PZNL) en brancheorganisaties aan verschillende oplossingsrichtingen. Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste ontwikkelingen:

- **Proactieve zorgplanning in ziekenhuizen**

In de medisch-specialistische zorg is een nieuwe prestatie ontwikkeld voor proactieve zorgplanning. Vanaf 2025 kunnen ziekenhuizen hiermee tijd en ruimte vrijmaken voor gesprekken over wensen en doelen in de laatste levensfase. Om zorgverleners hierbij te ondersteunen organiseerden we samen met PZNL een implementatiewebinar.

- **Experimenten met alternatieve bekostiging**

In 2024 startten drie experimenten met alternatieve bekostiging in de palliatieve zorg. Het doel is te onderzoeken of alternatieve manieren van bekostiging bijdragen aan betere en duurzamere palliatieve zorg. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars krijgen in deze experimenten ruimte om samen nieuwe zorgpaden én bijpassende bekostiging te ontwikkelen en te implementeren.

- **Ontwikkelingen in de hospicezorg**

Ook in de hospicezorg zijn stappen gezet. Het bekostigingssysteem is verduidelijkt. Na een uitspraak van het Zorginstituut Nederland worden alle high care hospices en palliatieve units bekostigd via de prestatie eerstelijnsverblijf palliatief terminale zorg. Het tarief hiervoor is per 2025 herijkt. Bijna-thuishuizen blijven vallen onder de bekostiging van de wijkverpleging. Daarnaast loopt het landelijke project 'Versterken Hospicezorg', waarin aanbevelingen uit het HOPEVOL-onderzoek (zoals tijdige verwijzing en een vierdimensionaal individueel zorgplan) breed worden toegepast.

- **Informatiekaart palliatieve zorg**

In het najaar van 2025 publiceren wij de eerste informatiekaart palliatieve zorg. Deze kaart biedt inzicht in het zorggebruik en de kosten in de laatste levensfase in de periode 2018–2023. Het laat zien waar het verbeterpotentieel zit: bij welke aandoeningen de hoogste kosten ontstaan, in welke sectoren de meeste zorg wordt geleverd en waar intensieve zorg mogelijk niet passend is. Voor zorgaanbieders en beleidsmakers vormt dit een vertrekpunt voor verdere analyse en dialoog, en een handvat om gericht beleid te ontwikkelen op die plekken waar de impact het grootst kan zijn.

- **Regionale transformatie**

Binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA) ligt de nadruk op regionale samenwerking. In het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) ondersteunt PZNL, samen met Gupta, regio's bij het maken van transformatieplannen. Deze plannen zijn gericht op de implementatie van het kwaliteitskader palliatieve zorg: zorg dicht bij de patiënt, betere samenwerking in de keten en het voorkomen van onnodige medische zorg. Inmiddels zijn meerdere plannen goedgekeurd en hebben wij beschikkingen afgegeven voor de uitvoering. Deze IZA-transformatietrajecten vormen een belangrijke stap naar structurele passende palliatieve zorg in de regio.

- **Politieke aandacht**

Palliatieve zorg kreeg in 2024 ook veel politieke aandacht. Er verscheen een aparte Kamerbrief, er vond een plenair Kamerdebat plaats, en er werd een motie (Bushoff) aangenomen om proactieve zorgplanning ook in de huisartsenzorg structureel te verankeren. De bedoeling is dit per 2027 te realiseren.

‘We zien dat er eensgezindheid is over het organiseren van palliatieve zorg dwars door sectoren en domeinen heen.’

Wat is er in nodig voor toekomstbestendige palliatieve zorg?

Om de palliatieve zorg in de toekomst toegankelijk en passend te houden, moeten overheid en werkveld samen optrekken. Politieke regie kan hierbij helpen. Het is een gezamenlijke opgave om dit te realiseren. Wij vinden de palliatieve zorg een belangrijk thema en zetten ons hier intensief voor in: als reguleerder, toezichthouder, aanjager en verbinder.

Om de gezamenlijke opgave te verwezenlijken, zien wij de volgende prioriteiten:

- 1 Structurele verankering van proactieve zorgplanning in alle sectoren.
- 2 Actieve ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers, inclusief respijtzorg.
- 3 Investerings in deskundigheid en werkplezier van zorgprofessionals.
- 4 Toename van passende voorzieningen, zoals hospicebedden en thuisondersteuning in de laatste levensfase.
- 5 Bevorderen van samenwerking en regionale regie, ook in de bekostiging en contractering.
- 6 Verbeteren van de gegevensuitwisseling tussen de verschillende sectoren en domeinen.

We zien dat er eensgezindheid is op het organiseren van palliatieve zorg dwars door sectoren en domeinen heen. Laten we dit vasthouden en gezamenlijk verder brengen.

Meer lezen:

- Palliatieve zorg in 2050: Drie toekomstscenario's (rapport RIVM)
- Samen beslissen en proactieve zorgplanning
- Proactieve zorgplanning in het ziekenhuis: hoe organiseer je dat?
- Project 'Versterken Hospicezorg'
- Experimenten met alternatieve bekostiging palliatieve zorg
- Nationaal Programma Palliatieve Zorg II
- Registreren en declareren hospicezorg
- Kamerbrief van stand van zaken palliatieve zorg
- Motie Palliatieve zorg en stervensbegeleiding
- Debat over palliatieve zorg en stervensbegeleiding
- Nederlandse Zorgautoriteit: palliatieve zorg

2.2.4 Samenwerking zorg en ondersteuning

Zorgen voor elkaar

Onze samenleving draait op verbondenheid. Zorgen voor elkaar versterkt welzijn en sluit aan bij positieve gezondheid: zingeving, sociale relaties en eigen regie. In 2024 werkten ruim 1,7 miljoen mensen in de zorg en boden 5 miljoen Nederlanders informele hulp. Samenwerking tussen professionele hulpverleners en mantelzorgers, familie, buren en vrijwilligers wordt steeds belangrijker door langer thuis wonen, persoonsgerichte zorg, arbeidsmarkttekorten en vergrijzing. Goede samenwerking bevordert continuïteit en kwaliteit, voorkomt overbelasting en sluit aan bij behoeften. Initiatieven zoals familieparticipatie op de Intensive Care (IC), betrokkenheid in verpleeghuizen en zorgzame buurten laten zien hoe dit in de praktijk werkt.

In het kort:

- Verbondenheid binnen de samenleving draagt bij aan toegankelijke zorg.
- Miljoenen professionals en informele zorgverleners leveren hierin een belangrijke bijdrage.
- De noodzaak tot samenwerking neemt toe door maatschappelijke ontwikkelingen zoals vergrijzing en personeelstekorten.
- Diverse initiatieven tonen hoe samenwerking de kwaliteit en continuïteit van zorg kan versterken.
- Wij richten ons op het wegnemen van belemmeringen, het opschalen van initiatieven en het bevorderen van adaptief beleid.

Ontwikkelingen en innovaties

De samenwerking tussen zorg en ondersteuning is niet nieuw. Zeker niet rondom mensen met een intensieve zorgbehoefte in de thuissituatie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan zorg rondom mensen met dementie, Parkinson of kindzorg. Mantelzorg speelt hierin een essentiële rol. Het gaat vaak om naasten, zoals partners, kinderen of buren, die dagelijks helpen met boodschappen, medicatie, zorgorganisatie en administratie, persoonlijke verzorging of 'er zijn'. Deze inzet is onmisbaar en vormt een waardevolle aanvulling op de formele zorg, zoals wijkverpleging.

Naast de thuissituatie zien we ook in ziekenhuizen steeds meer samenwerking tussen formele zorg en informele zorg. Het meest intensief is dit op kinderafdelingen. Bijvoorbeeld bij de transitie care unit (TCU). Een overbruggingsplek, waar ouders leren en getraind worden om de zorg voor hun kind met chronische complexe aandoeningen thuis te leveren. Maar dit gebeurt in toenemende mate ook op andere plekken, zoals de IC, met initiatieven zoals familieparticipatie. Concepten als het samenzorgoverleg in het ziekenhuis en de mantelzorgacademies bereiden zich uit.

Daarnaast zien we in verschillende woonvormen intensieve vormen van samenwerking tussen formele en informele zorg. Een manier van integratie tussen formele en informele zorg gebeurt bij woon- en zorgcentrum Humanitas Deventer. Hier wonen studenten in het verpleeghuis. Zij dragen 30 uur per maand bij aan een warm en sociaal woonklimaat. Bij SlowCare ligt de nadruk op integratie met de wijk: cliënten drinken koffie met buurtgenoten, maken samen muziek en halen lege flessen op bij ouderen in de buurt. Dit soort initiatieven bevorderen sociale verbinding, bieden cliënten betekenisvolle activiteiten en ontlasten tegelijkertijd de formele zorg.

Uitdagingen

Mantelzorg is al lange tijd een belangrijke vorm van informele zorg. De druk op mantelzorgers neemt echter toe; 16% voelt zich structureel overbelast. Richting 2040 stijgt de behoefte aan mantelzorg, maar het aanbod groeit niet evenredig mee. Daarnaast weten we ook dat informele zorgverlening grenzen kent en dat het een andere manier van werken van professionele zorg vraagt. Informele zorgverleners zijn bijvoorbeeld vooral bereid om ondersteunende taken en in mindere mate zorgtaken uit te voeren. Daarnaast weten we ook dat erkenning van informele zorg belangrijk is. Dat betekent heldere afspraken over regie en samenwerking, een gelijkwaardige positie voor informele zorg, en aandacht voor hun administratieve belasting. Tot slot vraagt samenwerken ook van de professionele zorg een andere manier van werken. Hiertoe zijn allerlei tools en handvatten ontwikkeld.

‘Echte samenwerking in de zorg begint thuis, waar inwoners samen dagelijks het fundament leggen voor goede, mensgerichte zorg en ondersteuning.’

Wat staat ons te doen?

Zowel vanuit de zorgsector zelf als vanuit de samenleving worden stappen gezet om het samenspel tussen zorg en ondersteuning te verstevigen. In de verschillende programma's en zorgakkoorden van de ouderenzorg (WOZO, HLO) is hiervoor specifieke aandacht. Wij sluiten we hierop aan en gaan ons de komende jaren extra inzetten om deze groeiende beweging te ondersteunen en helpen met opschalen. Hiervoor zoeken wij de samenwerking met andere overheidspartijen actief omdat we alleen samen, ieder vanuit een eigen rol, deze beweging kunnen verankeren in de samenleving.

Meer lezen:

- Movisie - Ongeorganiseerde vrijwillige zorg: wat weten we over deze hulp?
- Mantelzorgers zijn vier uur per week belast met regelkolder
- EFFAMPART project: Familieparticipatie op de Intensive Care
- Erasmus MC Sophia – Samenzorg: De beste zorg geven we samen
- Maastricht UMC – Academie voor zelfzorg
- Humanitas - Woonstudenten
- SlowCare: Zorg kan anders
- Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040
- Who is responsible for providing care? Investigating the role of care tasks and past experiences in a cross-sectional survey in the Netherlands
- Variety in carers' views regarding care responsibilities from an intersectional perspective
- Inspiratiesheets: tips en tools voor het samenwerken met én voor mantelzorgers
- Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)
- Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO)
- Adviezen NZa ondersteunen regionale samenwerking in de zorg | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit

2.3 Sectorspecifieke ontwikkelingen

2.3.1 Langdurige zorg

De langdurige zorg bestaat uit drie deelsectoren: de gehandicaptenzorg (ghz), verpleging en verzorging (V&V) en de langdurige geestelijke gezondheidszorg (ggz). Langdurige zorg is van grote waarde voor mensen die dagelijks intensieve zorg en ondersteuning nodig hebben. Tegelijkertijd staat de langdurige zorg onder druk door demografische ontwikkelingen, personeelstekorten, tekort aan passende woonvoorzieningen en toenemende uitgaven. Voor een toekomstbestendige langdurige zorg – en om passende langdurige zorg te kunnen bieden – zijn domeinoverstijgende samenwerking, maatwerk en innovatie nodig.

In het kort:

- Wij steunen de beweging die met het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) wordt ingezet.
- Voor de V&V zien we dalende wachtlijsten in combinatie met lege plekken in verpleeghuizen. Daarnaast zien we een minder sterke groei in het aantal zorgindicaties ten opzichte van voorgaande jaren. Deze trend zijn we aan het onderzoeken.
- Het tekort aan deskundig personeel en passende, stabiele woonvoorzieningen blijft een grote zorg.
- We maken ons zorgen over de continuïteit van langdurige zorg. Wanneer zorgaanbod wegvalt door bijvoorbeeld faillissementen, is er geen alternatief beschikbaar.

Ontwikkelingen in de langdurige zorg

Net als vorig jaar maken we ons grote zorgen over het aanbod van tijdige, passende en stabiele zorg voor de meest kwetsbare patiënten. Vooral in de ghz en ggz is er een tekort aan deskundig personeel en passende, stabiele woonvoorzieningen. De zorg is nog groter voor complexe doelgroepen, zoals ouder wordende cliënten in de ghz en ggz. Door instabiliteit in de (zorg)omgeving wordt hun zorgvraag complexer dan nodig. Daarnaast kan het mogelijk wegvallen van zorgaanbod door bijvoorbeeld faillissementen effect hebben op de continuïteit van de zorg, omdat er geen alternatief zorgaanbod beschikbaar is.

Dit is anders voor de sector V&V. Daar zien we juist dalende wachtlijsten en een minder sterke groei in het aantal zorgindicaties ten opzichte van voorgaande jaren. Daarnaast zijn er signalen dat er bij een deel van de zorgaanbieders sprake is van leegstand. Het RIVM doet in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderzoek naar vraaguitval in de ouderenzorg thuis en in het verpleeghuis. Wij zijn, samen met andere organisaties, bij dit onderzoek betrokken. Voor V&V-clënten die zorg met verblijf ontvangen, lijkt de zorg in elk geval tot 2028 voldoende geborgd te zijn. Daarna wordt borging minder zeker. Dit komt voornamelijk door het arbeidstekort en door vastgoed dat niet meer aan de actuele eisen en verwachtingen voldoet.

‘We onderzoeken met het veld hoe we in de bekostiging recht kunnen doen aan de complexiteit van zorg voor specifieke doelgroepen.’

Verder zien we binnen de langdurige zorg steeds meer focus op specifieke doelgroepen, zoals cliënten met multiproblematiek. De bekostiging van de zorg voor deze specifieke doelgroepen past niet altijd binnen het huidige bekostigingssysteem voor de langdurige zorg. Daarom zijn wij de zorgbehoefte van specifieke cliëntengroepen beter gaan definiëren. Samen met het veld onderzoeken we hoe we in de bekostiging recht kunnen doen aan de complexiteit van zorg voor specifieke doelgroepen. Dit sluit aan

bij het streven naar passende zorg en domeinoverstijgende samenwerking. Maar maatwerk in beleid en bekostiging heeft ook een keerzijde: het stelsel wordt complexer. We krijgen te maken met afbakeningsvraagstukken en versnippering in aanspraak, bekostiging, levering en afstemming van zorg. Ook levert een complexer systeem meer administratieve lasten op. Daarom is het belangrijk om tot een bekostigingssysteem te komen dat enerzijds voldoende de mogelijkheid biedt om maatwerk te leveren aan specifieke doelgroepen en anderzijds het zorgstelsel niet onnodig complex maakt en geen onnodige administratieve lasten oplevert.

Passende en tijdige zorg voor Wlz-cliënten

We vinden het belangrijk dat elke cliënt in de Wet langdurige zorg (Wlz) tijdige en passende zorg ontvangt. Zorgkantoren en zorgverzekeraars gebruiken daarom het Early Warning System (EWS). Hiermee kunnen zij tijdig signaleren wanneer de continuïteit van zorg bij een zorgaanbieder in gevaar komt. We hebben de afspraken hierover met zorgkantoren en zorgverzekeraars geëvalueerd. We zien dat we in 2024 en 2025 meer EWS-meldingen hebben ontvangen dan in 2023. Ook wordt er tijdiger gemeld. Daarom bekrachtigen we de eerder gemaakte afspraken.

De zorgplicht van Wlz-uitvoerders moet ervoor zorgen dat verzekerden de zorg krijgen die zij nodig hebben – nu en in de toekomst. Voor het organiseren van passende zorg moeten Wlz-uitvoerders inzicht krijgen in de toekomstige zorgvraag en het aanbod. Hierover hebben wij verschillende rapporten uitgebracht, waaronder ons Samenvattend rapport Uitvoering Wet langdurige zorg. Deze hebben geleid tot een maatschappelijke en politieke discussie over wat nodig is om inzicht te krijgen in wachtlijsten en het aanbod van passende en kwalitatief goede zorg. Wij hebben aangegeven dat zorgkantoren zich hiervoor moeten inspannen. Wij blijven erop toezien dat zij dit ook doen. Om de zorg goed aan te laten sluiten op de cliënt is daarnaast domeinoverstijgende samenwerking nodig. De Wet Domeinoverstijgende Samenwerking (DOS) maakt het voor zorgkantoren mogelijk om hierop in te zetten.

‘Zorgkantoren moeten zich inspannen om inzicht te krijgen in wachtlijsten en het aanbod van passende en kwalitatief goede zorg.’

Vanuit onze rol als reguleerder dragen we bij aan tijdige en passende zorg door ervoor te zorgen dat de tarieven kostendekkend en passend zijn. Naar aanleiding van onze kostprijsonderzoeken, voeren we per 2026 een aantal wijzigingen door in de regelgeving voor de langdurige zorg. Het wordt bijvoorbeeld mogelijk om te differentiëren in de bekostiging voor cliënten met een verstandelijke beperking die zeer intensieve begeleiding, behandeling en zorg nodig hebben (cliënten met een VG7-indicatie).

Om ervoor te zorgen dat zorgaanbieders zich meer op de zorg kunnen richten, werken wij actief aan het verminderen van de regeldruk in de Wlz. Zo experimenteren wij in de Wlz met een nieuwe manier van verantwoorden die gericht is op simpel en zinnig verantwoorden. De resultaten van dit experiment zijn veelbelovend. We zien een groter lerend vermogen, vermindering van administratieve lasten en radicale keuzes in de ICT. Ook ontstaat er meer inzicht in de kwaliteit van zorg doordat zorgaanbieders intern kunnen kijken hoe verschillende locaties en afdelingen scoren op bijvoorbeeld uitgifte van medicatie of het actualiseren van een zorgplan. Daarnaast zetten we in op geautomatiseerde gegevensuitwisseling. In het project KIK-V (Keteninformatie Kerngegevens Verbeteren) werken we samen met onze ketenpartners aan een systeem voor geautomatiseerde data-uitwisseling.

Houdbare langdurige zorg, ook in de toekomst

Samen met het Centraal Administratie Kantoor (CAK), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en het Zorginstituut Nederland (ZIN), werken we aan het beter organiseren van de zorgcapaciteit. In de Werkagenda Langdurige zorg focussen we niet alleen op meer zelf, thuis en digitaal, maar ook op het bieden van hulp bij verdelingsvraagstukken in de regio's met krapte. Hierbij wordt voorrang gegeven aan de meest kwetsbaren. Ook voor de langdurige ggz is er een werkagenda opgesteld. De drie actielijnen hierin zijn: beter zicht op de doelgroep, verbeteren van de ondersteuning en passende ondersteuning in complexe situaties. De samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland, de Vereniging Nederlandse Gemeenten, Valente, de Nederlandse ggz en MIND wordt daarmee voortgezet. Deze partijen waren ook betrokken bij eerdere bestuurlijke afspraken. Wij monitoren ggz-behandelingen en stimuleren de beweging naar passende ondersteuning en zorg voor mensen met een langdurige psychische aandoening.

We zien dat zorgaanbieders en zorgkantoren vanuit hun rol ook kunnen bijdragen aan een houdbare langdurige zorg. Zorgaanbieders hebben bijvoorbeeld een belangrijke rol in het borgen van goed werkgeverschap. Zij kunnen zorgen voor flexibele zorg op maat die op de lange termijn stabiel is. Zorgkantoren moeten er alles aan doen om ervoor te zorgen dat cliënten tijdig passende zorg van goede kwaliteit ontvangen. Niet alleen nu, maar ook in de toekomst. Bijvoorbeeld door te zorgen voor accuratere wachtlijsten en meer inzicht in de (toekomstige) zorgvraag en het beschikbare aanbod. Daarnaast kunnen zorgkantoren sturen op een goede aansluiting tussen zorgvraag en -aanbod. Bijvoorbeeld door gedifferentieerde inkoop en door tijdig te handelen als zorgaanbieders financiële problemen hebben.

‘Ouderen moeten erop kunnen rekenen dat zorg en ondersteuning voor hen beschikbaar is wanneer zij die nodig hebben.’

Ouderen vormen een grote groep binnen de V& ^{5.1.2.e} deze groep verdient de toegankelijkheid van zorg blijvende aandacht. Zij moeten erop kunnen rekenen dat zorg en ondersteuning voor hen beschikbaar is wanneer zij die nodig hebben. Kwaliteit van bestaan staat hierbij voorop. Daarom tekenden het ministerie van VWS en zorgpartijen op 10 juli 2025 het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO). De belangrijkste doelen van het HLO zijn het aanpakken van het arbeidsmarkttekort en het borgen van de toegankelijkheid van zorg voor de meest kwetsbare ouderen. In het HLO is een samenhangend pakket van afspraken vastgesteld die bijdragen aan de toekomstbestendigheid van onze ouderenzorg. Het gaat daarbij om concrete afspraken voor de periode 2025-2028 die voorzien in het versterken van *reablement* en mantelzorgondersteuning. Ook wordt een aanpassing van de Wlz voorbereid. Met deze aanpassing blijft het verpleeghuis toegankelijk voor de meest kwetsbare patiënten en wordt er voor Wlz-zorg buiten het verpleeghuis meer ruimte gecreëerd voor maatwerk.

Ook zijn er in het HLO afspraken gemaakt over de verkenning van mogelijke aanpassingen op langere termijn (vanaf 2028) in de ondersteuning en zorg voor ouderen. Deze ondersteuning en zorg zijn nu versnipperd georganiseerd over verschillende zorgwetten. Met als gevolg dat het voor ouderen lastig kan zijn om hun weg te vinden tussen de verschillende zorgloketten. In navolging van het regeerprogramma is in het HLO afgesproken dat het ministerie van VWS een verkenning start naar het beter op elkaar afstemmen en mogelijk samenvoegen van zorgwetten. Wij steunen de beweging die met het HLO wordt ingezet. Met adviezen, bekostiging, toezicht en monitoring dragen wij actief bij aan het realiseren van de afspraken uit het HLO. Dat doen wij samen met de betrokken partijen: het ministerie van VWS en de gezamenlijke overheidspartijen het CAK, de IGJ, het CIZ en ZIN.

Meer lezen:

- [Dashboard Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn](#)
- [Monitoring Langdurige Zorg – Vergelijking met andere publicaties binnen het thema Uitgaven en volume](#)
- [Monitor Toegankelijkheid van zorg \(22 juli 2025\)](#)
- Nieuwsbericht NZa: [Budget voor langdurige zorg in 2025 voldoende](#)
- [Samenvattend rapport Uitvoering Wet langdurige zorg \(2023-2024\)](#)
- Nieuwsbericht Zorgvisie.nl: [Early Warning System: vijftien aanbieders langdurige zorg trokken aan de bel](#)
- Specifieke uitkering domeinoverstijgend samenwerken: [de Wet Domeinoverstijgende Samenwerking \(DOS\)](#)
- [Informatiekaart wijzigingen regels langdurige zorg \(2026\)](#)
- [Differentiatie bekostiging VG7-prestaties \(april 2025\)](#)
- Webpagina [Programma Keteninformatie Kerngegevens Verbeteren \(KIK-V\)](#)
- Nieuwsbericht NZa: [Overheidsorganisaties slaan handen ineen voor toekomstbestendige langdurige zorg](#)
- Brief regering: [Actieplan en werkagenda langdurige ggz \(Wlz/Wmo\)](#)
- [Monitor: ggz-behandeling voor mensen met een GGZ-Wonen zorgprofiel](#)
- [Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg \(HLO\)](#)
- Nieuwsbericht NZa: [Zorgplicht wordt nageleefd bij gedwongen opnamen](#)
- Nieuwsbericht NZa: [Zorgkantoren zijn aan zet voor passende zorg vv4-cliënten](#)
- Nieuwsbericht NZa: [Focus op lange termijn nodig voor passende zorg aan kwetsbare patiënten](#)

Op de hoogte blijven van het laatste nieuws rondom de langdurige zorg? [Meld u dan nu aan](#) voor onze nieuwsbrief langdurige zorg.

Zie ook: [Kerncijfers langdurige zorg](#) | [Langdurige zorg](#) | [Nederlandse Zorgautoriteit](#)

2.3.2 Kortdurende zorg

Kortdurende zorg is een belangrijk onderdeel van de zorgketen voor mensen met een kwetsbare gezondheid. Onder kortdurende zorg vallen drie vormen van zorg: het eerstelijnsverblijf (elv), de geriatrische revalidatiezorg (grz) en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp). Kortdurende zorg draagt bij aan passende zorg en voorkomt onnodige en ongewenste ziekenhuisopnames. Als een ziekenhuisopname toch nodig is, ondersteunt kortdurende zorg het herstel na ontslag. Zo draagt kortdurende zorg ertoe bij dat kwetsbare mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Om de cruciale rol van de kortdurende zorg voor mensen met een kwetsbare gezondheid te ondersteunen is het belangrijk dat beroeps- en branchepartijen gezamenlijk een breed gedragen visie ontwikkelen voor passende (kortdurende) zorg.

In het kort:

- Kortdurende zorg draagt bij aan passende zorg en helpt mensen met een kwetsbare gezondheid langer thuis te blijven wonen.
- Per 1 januari 2025 hebben wij binnen de gzsp de bekostiging voor trajectzorg per maand en per drie maanden mogelijk gemaakt.
- We streven ernaar om per 1 januari 2027 het experiment met een modulaire bekostiging van revalidatie- en herstellzorg te starten. We gaan dan werken met één bekostiging voor het elv, de grz en laagcomplex medisch-specialistische zorg.
- De potentie van deze zorgvorm wordt nog niet volledig benut: de vraag naar kortdurende zorg stijgt, terwijl het zorggebruik gelijk blijft.

Ontwikkelingen in de kortdurende zorg

We verwachten dat de vraag naar kortdurende zorg toeneemt door de dubbele vergrijzing en het beleid om ouderen langer thuis te laten wonen. Tegelijkertijd zien we dat het daadwerkelijke gebruik de afgelopen jaren niet is gestegen, mede door COVID-19 en krapte op de arbeidsmarkt. Ook zien we dat de uitstroom vanuit de grz en het elv vaak vastloopt door wachttijden voor Wlz-zorg (de Wet langdurige zorg) opname, wijkverpleging of noodzakelijke woningaanpassingen via de Wet maatschappelijke ondersteuning. Hierdoor wordt de potentie van kortdurende zorg nog niet volledig benut.

Tegelijkertijd zien we mooie initiatieven die de kortdurende zorg verbeteren. Per 1 januari 2025 is de aanspraak voor grz veranderd en is het mogelijk om ambulante grz direct in te zetten, zonder voorafgaande opname in een instelling. Dit verkort of voorkomt een opname in een instelling. Ook ontstaan er initiatieven waarin ziekenhuiszorg en kortdurende zorg worden samengevoegd, zoals de wijkkliniek. Daarnaast zijn er verschillende initiatieven die vanuit de gzsp thuis aanvullende geneeskundige zorg bieden aan kwetsbare patiënten.

Passende bekostiging van kortdurende zorg

Nieuwe modulaire bekostiging voor revalidatie- en herstellzorg

Op dit moment werken we met verschillende vormen van bekostiging voor de revalidatie- en herstellzorg. Dit maakt het systeem onnodig complex. Daarom hebben we samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, beroeps- en branchepartijen onderzocht hoe de bekostiging eenvoudiger kan en tegelijkertijd goed kan aansluiten op de praktijk.

Op basis van ons onderzoek concluderen we dat een modulaire bekostiging het beste past bij deze zorg. Hierbij werken we met verschillende modules. Er is een module voor het verblijf, die aangevuld

kan worden met verschillende behandelmodules. Hierdoor kan zorg beter afgestemd worden op de behoeften van de patiënt. Afhankelijk van de zorgvraag kunnen verschillende modules worden ingezet. Zo kan een specialist ouderengeneeskunde of een gedragsdeskundige meer zorg bieden in de eerste dagen, waardoor een patiënt misschien eerder naar huis kan en er sneller capaciteit ontstaat voor nieuwe patiënten die acuut zorg nodig hebben. Ook biedt het modulaire systeem de ruimte om nieuwe zorgvormen – zoals wijkklinieken – op te nemen in de bekostiging.

‘Het doel van modulaire bekostiging is dat zorg beter afgestemd kan worden op de behoeften van de patiënt.’

De modulaire bekostiging start naar verwachting als experiment in 2027 en loopt voor vijf jaar naast de huidige bekostiging. We evalueren het experiment samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, beroeps- en branchepartijen. Daarna bepalen we of we het systeem na vijf jaar structureel kunnen inzetten.

Bekostiging voor zorgtraject kwetsbare patiënten per 2025

Per 1 januari 2025 hebben we de bekostiging voor trajectzorg aan kwetsbare patiënten mogelijk gemaakt binnen de gzsp. Eerder kon de inzet van de specialist ouderengeneeskunde (SO) in de thuissituatie alleen per uur gedeclareerd worden. Nu kan dat per maand of per drie maanden. Dit verlaagt de administratiedruk. Trajectbekostiging ondersteunt de inzet van de SO wanneer kwetsbare patiënten langer zorg nodig hebben. Patiënten krijgen zo passende zorg in hun eigen omgeving. Daarnaast versterkt trajectbekostiging de positie van de SO in de eerstelijnszorg en biedt het meer ruimte voor afstemming en coördinatie van zorg. Als dat nodig is, kan de SO de regie van de huisarts ook (tijdelijk) overnemen.

Benut het potentieel van kortdurende zorg

Kortdurende zorg is een cruciaal onderdeel van de zorg voor mensen met een kwetsbare gezondheid. Het helpt hen langer thuis te blijven wonen en draagt bij aan passende zorg. Daarom is het belangrijk om het volledige potentieel van kortdurende zorg beter te benutten. De nieuwe modulaire bekostiging voor revalidatie- en herstellzorg kan hier een belangrijke bijdrage aan leveren. Ook de inzet van directe ambulante grz helpt de zorg toegankelijk te houden, net als de aanvullende geneeskundige zorg thuis vanuit de gzsp.

‘Kortdurende zorg is een cruciaal onderdeel van de zorg voor mensen met een kwetsbare gezondheid. Benut het potentieel beter.’

Ondanks de essentiële rol van deze sector voor toekomstbestendige zorg, zien we dat in zorgakkoorden en plannen voor de eerste lijn beperkt aandacht is voor de kortdurende zorg. Juist nu is het belangrijk dat beroeps- en branchepartijen gezamenlijk een breed gedragen visie ontwikkelen voor passende (kortdurende) zorg voor mensen met een kwetsbare gezondheid. Dit vraagt om een integrale blik op het hele zorgpad. Daarnaast is er meer personele capaciteit nodig van de SO, verpleegkundig specialist en physicians assistent. De Handreiking Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen van Verenso is een stap in de goede richting. Hiermee dragen zij bij aan een sterkere positie van de specialist ouderengeneeskunde in het zorgveld.

Meer lezen:

- [Zorginstituut Nederland: Kortdurende zorg in de Zvw en Wlz opnieuw ontleed, Verduidelijking en advies](#)
- [Intermediate Care, Clinical and Economic Outcomes](#)
- [Providing effective and preferred care closer to home: a realist review of intermediate care](#)
- [Defining the characteristics of intermediate care models including transitional care](#)
- Website Planbureau voor de Leefomgeving: [Zelfstandig thuis op hoge leeftijd](#)
- [Patients come with two garbages full of problems and we have to sort them](#)
- [Toolkit de Wijkkliniek](#)
- [Experiment nieuwe bekostiging revalidatie- en herstelzorg](#)
- Nieuwsbericht NZa: [Bekostiging ondersteunt zorg op maat voor kwetsbare patiënten](#)
- Nieuwsbericht NZa: [Meer passende zorg door nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf](#)
- [Beleidsregel experiment revalidatie- en herstelzorg](#)
- [Avoiding Hospital Admissions and Delayed Transfers of Care by Improved Access to Intermediate Care](#)
- [Verenso: Handreiking Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen](#)

Zie ook: [Kerncijfers kortdurende zorg](#) | [Kortdurende zorg](#) | [Nederlandse Zorgautoriteit](#)

2.3.3 Medisch-specialistische zorg en dure geneesmiddelen

We stimuleren en faciliteren de beweging richting passende medisch-specialistische zorg (msz). De msz staat echter onder druk. Dit komt onder andere door schaarste, toenemende wachtlijsten en hogere werkdruk. Geld dat we besteden aan dure geneesmiddelen kunnen we niet besteden aan andere zorg. Dit besef heeft invloed op de keuzes die gemaakt worden binnen de msz.

In het kort:

- Om de toegankelijkheid van de msz te borgen, stimuleren en faciliteren wij de beweging naar passende msz. Dit doen we onder andere met bekostigingsinitiatieven.
- Inzicht in de toegankelijkheid van de msz is belangrijk. Hierover, en specifiek over actieve zorgbemiddeling, zijn afspraken gemaakt in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA).
- Binnen een solidair zorgstelsel moet zorg waarde toevoegen aan de gezondheid van mensen en tegen een redelijke prijs beschikbaar zijn. Dit geldt ook voor geneesmiddelen.
- We versterken onze samenwerking met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS), het Zorginstituut Nederland (ZIN), de Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ) om naast de bekostiging ook te kijken naar oplossingen in de contractering.

Ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg en dure geneesmiddelen

We staan als samenleving voor een grote uitdaging om het medisch-specialistisch zorglandschap toekomstbestendig te houden. De vraag naar zorg neemt sneller toe dan het aanbod. We worden steeds ouder en er zijn meer chronisch zieken. Tegelijkertijd zijn er niet genoeg zorgprofessionals om deze uitdagingen het hoofd te bieden. Hierdoor staan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de msz onder druk. We zien dat er veel mooie initiatieven zijn om de zorg toegankelijk te houden door het bieden van passende zorg. Het lukt alleen nog niet altijd om hier duurzaam afspraken over te maken. In de gesprekken die we voeren met het veld, horen we dat passende zorg niet altijd lonend is, omdat dit vaak samen gaat met een verlies van inkomen. Bijvoorbeeld omdat passende zorg leidt tot minder productie. Samen met het veld kijken we hoe wij de beweging richting passende zorg toch kunnen stimuleren en faciliteren.

Medisch-specialistische zorg die betaalbaar en toegankelijk is

We stimuleren en faciliteren de beweging richting passende msz onder andere met bekostigingsinitiatieven. Dit hebben we gedaan voor het meedenkadvies, proactieve zorgplanning, samen beslissen en registratiemogelijkheden voor klinisch verloskundigen. Daarnaast hebben we met brancheverenigingen in een gezamenlijke werkagenda msz afspraken gemaakt over de bekostiging van de msz. Het doel hiervan is om te kijken hoe de bekostiging kan bijdragen aan het verkleinen van de zorgkloof. In de werkagenda hebben we afgesproken dat we toewerken naar meer ruimte en minder detail in de bekostiging.

‘We werken toe naar meer ruimte en minder detail in de bekostiging.’

Daarnaast is er meer inzicht nodig in de toegankelijkheid van de msz. Om dit te realiseren moeten zorgaanbieders samenwerken. De regionale zorgcapaciteit moet transparant zijn én er moet inzicht zijn in het aantal wachtenden. In het AZWA zijn afspraken over gemaakt over actieve bemiddeling. Ook het anders organiseren van zorg – onder andere door concentratie en spreiding – draagt bij aan de beweging richting passende msz. Afspraken hierover zijn opgenomen in het Integraal Zorgakkoord

(IZA). Om deze beweging naar passende zorg te faciliteren, publiceerden wij in 2024 een [kader voor regionale impactanalyses](#) en een overzicht van de huidige volumes van hoogcomplexiteit zorg.

Ook passende zorg kost geld. We zien dat de uitgaven aan apothekerszorg en geneesmiddelen [stijgen](#). Met name [monopoliegeneesmiddelen](#) zijn heel duur. De verwachting is dat de uitgaven de komende jaren zullen blijven stijgen. De overheid heeft te weinig grip op de prijzen van en uitgaven aan monopoliegeneesmiddelen. Wij vinden dat zorg waarde moet toevoegen aan de gezondheid van mensen en tegen een redelijke prijs beschikbaar moet zijn. Dit is belangrijk voor de solidariteit van ons zorgstelsel. Daarom werken we samen met de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en het ZIN aan de beweging naar maatschappelijk aanvaardbare prijzen en uitgaven aan geneesmiddelen ([MAUG](#)). Hierbij is een rol weggelegd voor de overheid. Uit [onderzoek van het Radboudumc](#) blijkt dat er een breed draagvlak is om kritisch te kijken naar de prijzen van dure geneesmiddelen. Deelnemers vinden het belangrijk dat de overheid 'nee' durft te zeggen tegen een fabrikant die vasthoudt aan een te hoge prijs.

We zetten in op samenwerking om de zorgkloof te verkleinen

De beweging maken naar passende zorg en het verkleinen van de zorgkloof kunnen we niet alleen. Hiervoor moeten we kijken naar de verschillende systeemlagen. Daarom werken we aan een nauwere samenwerking met het ministerie van VWS, het ZIN en de IGJ. De focus ligt op de bekostiging, maar we zien dat contractering ook een krachtig instrument is. Bekostiging en contractering zijn met elkaar verbonden en moeten gezien worden in samenhang met elkaar. Belemmeringen door bekostiging kunnen worden opgelost in de contractering en andersom. De uitdaging is het toekomstbestendig en landelijk toepasbaar maken van oplossingen in de contractering. Samen kijken we hoe wij hieraan kunnen bijdragen.

Meer lezen:

- [Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'](#)
- [Zorginstituut Nederland: Passende zorgpraktijken](#)
- [Passende bekostiging in de msz](#)
- [Samen beslissen en proactieve zorgplanning](#)
- [5.1.2.e impactanalyse concentratie en spreiding medisch specialistische zorg](#)
- Nieuwsbericht NZa: [Nederland betaalt lang hoge prijzen voor dure geneesmiddelen](#)
- [MAUG](#)
- Radboudumc: [Burgerraadpleging Dure Geneesmiddelen](#)

Op de hoogte blijven van het laatste nieuws rondom de medisch-specialistische zorg? [Meld u dan nu aan](#) voor onze nieuwsbrief medisch-specialistische zorg.

Zie ook:

[Kerncijfers msz | Medisch-specialistische zorg | Nederlandse Zorgautoriteit](#)
[Kerncijfers geneesmiddelenzorg | Geneesmiddelenzorg | Nederlandse Zorgautoriteit](#)

2.3.4 Farmaceutische zorg in de eerste lijn

Farmaceutische zorg in de eerste lijn wordt ook wel 'extramurale farmacie' genoemd. Extramurale geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die op recept van een arts verkrijgbaar zijn bij de apotheek. De beschikbaarheid van geneesmiddelen blijft een punt van zorg. We zien dat het aantal meldingen van verwachte leveringsproblemen voor geneesmiddelen afneemt, maar het aantal meldingen blijft hoog. Alleen door nauwe samenwerking tussen landen en betrokken partijen kan de beschikbaarheid van medicijnen op de korte en lange termijn worden gegarandeerd.

In het kort:

- De beschikbaarheid van geneesmiddelen blijft een groot aandachtspunt. In 2024 werden bijna 4.800 verwachte leveringsproblemen gemeld.
- Onder regie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werken we aan een toekomstvisie voor passende extramurale farmaceutische zorg.
- Europese samenwerking is nodig voor meer transparantie en betere beschikbaarheid van medicijnen.

Ontwikkelingen in de farmaceutische zorg

De beschikbaarheid van geneesmiddelen blijft een punt van zorg. We zien dat het aantal meldingen van verwachte leveringsproblemen voor geneesmiddelen sinds 2023 afneemt, maar hoog blijft. In 2024 werden er bijna 4.800 verwachte leveringsproblemen gemeld, ongeveer 200 minder dan in 2023. Dit komt mogelijk door een afname in het aantal zekerheidshalve meldingen. Leveringsproblemen ontstaan vaak door productieproblemen. Bedrijven zijn wettelijk verplicht om mogelijke leveringsproblemen minimaal twee maanden van tevoren te melden bij het Meldpunt geneesmiddelentekorten en -defecten. Het is belangrijk om te weten dat niet elke melding daadwerkelijk leidt tot een tekort. Hoewel sommige tekorten snel worden opgelost, kunnen andere langer duren. In 57 procent van de gevallen duurt het gemiddeld tien weken voordat een tekort is verholpen. In 2024 had 46% van de mensen te maken met medicijntekorten. Tekorten ontstaan vooral wanneer zorgverzekeraars een preferentiebeleid hanteren en alleen het goedkopere voorkeursgeneesmiddel vergoeden. Wij hebben onderzoek gedaan naar de inspanningen van zorgverzekeraars om de toegang tot generieke geneesmiddelen te borgen. Op een aantal vlakken kunnen zorgverzekeraars hun werkwijze verbeteren.

Samen met apothekers, voorschrijvers, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en andere overheidspartijen werken we aan een toekomstvisie voor passende extramurale farmaceutische zorg. Onder regie van het ministerie van VWS onderzoeken we onder andere of de huidige organisatie van de farmaceutische zorg passend en toekomstbestendig is. De distributie van geneesmiddelen en het leveren van farmaceutische zorg zijn nu met elkaar verweven. Dit kan de rol van de apotheker als zorgverlener en medicatiespecialist belemmeren. De apotheker is namelijk (financieel) afhankelijk van het verstrekken van geneesmiddelen. Het minderen en stoppen van medicatiegebruik is een belangrijk onderdeel van gepast medicatiegebruik. Op dit moment is inzetten op gepast medicatiegebruik nog onvoldoende lonend.

Ondanks dat de beschikbaarheid van apotheekzorg gewaarborgd blijft, zien we dat de druk op apothekers toeneemt. In 2024 gaven we 5,7 miljard euro uit aan extramurale geneesmiddelen die worden vergoed. Deze uitgaven stijgen jaarlijks sinds 2021. Het aantal apotheken blijft wel stabiel en er zijn geen signalen van structurele beschikbaarheidsproblemen.

Meer leveringszekerheid voor de patiënt

Wanneer de toegankelijkheid van essentiële geneesmiddelen verder onder druk komt te staan, kan dit leiden tot ernstige risico's voor de volksgezondheid. Om de impact van tekorten te beperken, is sinds 2023 een verplichte voorraadnorm ingevoerd. Groothandelaren moeten minimaal twee weken voorraad aanhouden. Deze maatregel moet helpen om leveringsonderbrekingen te beperken en patiënten en zorgverleners te beschermen. Daarnaast heeft in 2024 toenmalig minister Dijkstra aangekondigd dat het preferentiebeleid per 2025 wordt aangepast. Leveringszekerheid gaat zwaarder meewegen in de keuze voor preferente geneesmiddelen. Het opheffen of aanpassen van het huidige preferentiebeleid kan leiden tot hogere kosten, maar draagt mogelijk ook bij aan een verminderd risico op tekorten. De politiek moet de afweging maken tussen kostenbeheersing en het waarborgen van leveringszekerheid.

Een aanpak voor geneesmiddelentekorten die verder reikt dan de nationale grenzen

Geneesmiddelentekorten zijn een complex probleem dat niet alleen Nederland raakt, maar wereldwijd speelt. Veel partijen zijn hierbij betrokken, zoals fabrikanten, apothekers, artsen, zorgverzekeraars en patiënten. Samenwerking en een aanpak die verder reikt dan de nationale grenzen zijn dan ook nodig om tot een oplossing te komen. De toekomstbestendigheid van de extramurale farmaceutische zorg hangt ook samen met de betaalbaarheid. Daarom is het ook van belang om uitgaven te beheersen.

‘Vanwege de wereldwijde afhankelijkheden, vraagt dit probleem om een brede Europese aanpak.’

De Europese Unie ontwikkelt nieuwe regels om tekorten beter te voorkomen. Vanwege de wereldwijde afhankelijkheden, vraagt dit probleem om een brede Europese aanpak. De nieuwe maatregelen moeten zorgen voor meer transparantie in de productie en levering van medicijnen. Ook versterken de maatregelen de samenwerking tussen lidstaten. Daarnaast werkt het ministerie van VWS samen met apothekers, voorschrijvers, zorgverzekeraars, patiënten en overheidspartijen aan een toekomstvisie voor de extramurale farmaceutische zorg. Alleen door nauwe samenwerking tussen landen en betrokken partijen kan de beschikbaarheid van medicijnen op de korte en lange termijn worden gegarandeerd.

Meer lezen:

- Website Zorginstituut Nederland: [Geneesmiddelen \(Zvw\)](#)
- Gupta Strategists: [Grip op toenemende geneesmiddeltekorten](#)
- Nieuwsbericht NZa: [Verbeteringen mogelijk voor zorgplicht op geneesmiddelen](#)
- Nieuwsbericht IGJ: [Meer overheidsmaatregelen tegen medicijntekorten in 2024](#)
- Nieuwsbericht CBG: [Europees platform voor monitoring van tekorten operationeel](#)
- De Staat van Volksgezondheid en Zorg: [Geneesmiddelen: uitgaven extramuraal](#)
- De Staat van Volksgezondheid en Zorg: [Geneesmiddelen: gebruik generieke geneesmiddelen extramuraal](#)
- De Staat van Volksgezondheid en Zorg: [Openbare apotheken](#)
- Nieuwsbericht IGJ: [Toezicht aanhouden geneesmiddelenvoorraden](#)
- Kamerbrief over tijdpad verbetering preferentiebeleid geneesmiddelen
- International Pharmaceutical Federation: [FIP Statement of policy on medicines shortages](#)
- European Commission: [Commission proposes new rules to ensure stable supply of critical medicines](#)

Zie ook: [Kerncijfers geneesmiddelenzorg](#) | [Geneesmiddelenzorg](#) | [Nederlandse Zorgautoriteit](#)

2.3.5 Acute zorg

De vraag naar acute zorg stijgt. Dit komt onder andere door de bevolkingsgroei, vergrijzing en een toename in de complexiteit van zorg. Er zijn meer chronisch zieken en patiënten met meerdere aandoeningen. Tegelijkertijd is er een tekort aan zorgpersoneel en dus schaarste in het aanbod van acute zorg. Het acute zorgaanbod moet anders worden georganiseerd. Regionale samenwerking is van belang om te voorkomen dat de acute zorg verder onder druk komt te staan.

In het kort:

- Intensieve samenwerking binnen de acute zorgketen en binnen de regio's is nodig om de acute zorg toegankelijk te houden.
- Op basis van de regionale zorgvraag en zorgaanbod werken de ROAZ-regio's (het Regionaal Overleg Acute Zorgketen) aan een toekomstbestendig en passend aanbod van acute zorg.
- Betere digitale gegevensuitwisseling en datagedreven organisatie van zorg helpen bij het bieden van passende acute zorg.

2.3.5.1. Ontwikkelingen in de acute zorg

De toegankelijkheid en bereikbaarheid van acute zorg staat al enkele jaren onder druk. Dit kan leiden tot een verminderde kwaliteit van zorgkwaliteit, verslechtering van patiëntenuitkomsten en verhoogde werkdruk voor zorgprofessionals. Dit laatste kan weer leiden tot stress, verzuim en zelfs uitstroom. We zien dat de belangen in de acute zorg soms tegenstrijdig zijn. Om de nabijheid en beschikbaarheid van spoedeisende hulp overal te garanderen, is het van belang dat zoveel mogelijk spoedeisende hulp (SEH) locaties worden opengehouden. Tegelijkertijd is dit door het huidige zorgpersoneelstekort een grote uitdaging.

Regionale samenwerking is van belang om te voorkomen dat de acute zorg verder onder druk komt te staan. We willen voorkomen dat niet-acute zorg moet wijken voor acute zorg, waardoor wachtlijsten voor niet-acute zorg oplopen. Op basis van de regionale zorgvraag en zorgaanbod werken de tien ROAZ-regio's aan een toekomstbestendig en passend aanbod van acute zorg in de regio.

'Regionale samenwerking is van belang om te voorkomen dat de acute zorg verder onder druk komt te staan.'

2.3.5.2. Budgetbekostiging voor de acute zorg

In opdracht van het ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hebben wij dit jaar een uitvoeringsadvies uitgebracht voor het invoeren van budgetbekostiging voor de SEH en acute verloskunde (deel 1 en deel 2). Bij budgetbekostiging spreken ziekenhuizen en zorgverzekeraars een vast budget af waardoor deze zorg beschikbaar blijft, ongeacht hoeveel zorg zij leveren. Wij geven onder andere advies voor de invoering van budgetbekostiging voor de SEH per 2027 en voor een groeipad richting de toekomst. Op dit moment werken we nog aan een uitvoeringsadvies voor budgetbekostiging voor de Intensieve Care (IC). Dit verwachten we eind 2025 op te leveren. Met budgetbekostiging wil het ministerie van VWS meer financiële zekerheid geven aan kleinere ziekenhuizen, samenwerken makkelijker maken in de acute zorgketen, marktwerking verminderen en de toegankelijkheid van acute zorg in de regio verbeteren.

2.3.5.3. Toekomstbestendige acute zorg

Om de toenemende zorgvraag te kunnen blijven beantwoorden moet het zorgaanbod anders worden georganiseerd. Daarom is het belangrijk dat de ROAZ-regio's de transformatie naar een toekomstbestendig en passend aanbod van acute zorg doorzetten en dat zorg *daar* wordt georganiseerd waar de zorgvraag ligt. Datagedreven organisatie van zorg is daarbij belangrijk. Beter inzicht in data over de actueel beschikbare zorgcapaciteit draagt bij aan een soepele in-, door- en uitstroom van patiënten. Daarnaast is het belangrijk om het zorgaanbod te organiseren vanuit samenwerking binnen de gehele acute zorgketen.

Daarbij draagt de implementatie van zorgcoördinatie in elke regio bij aan de toegankelijkheid van zorg. Dit middel maakt het mogelijk om de juiste zorg op de juiste plek te bieden en te sturen op capaciteit in de regio. De beweging naar wendbaar werken en flexibele inzet van zorgprofessionals ('mens volgt werk') kan helpen om het werkplezier te verhogen, personeel te behouden en efficiënter in te zetten. Een passende bekostiging van acute zorg en zorgcoördinatie kunnen deze beweging stimuleren op een manier die aansluit bij de behoeften van het werkveld.

Meer lezen:

- [Brief van de minister van VWS over beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg](#)
- Nieuwsbericht NZa: [Adviezen NZa ondersteunen regionale samenwerking in de zorg](#)
- [Rapport uitvoeringsadvies budgetbekostiging SEH en AV deel 1](#)
- [Rapport uitvoeringsadvies budgetbekostiging SEH deel 2](#)
- Website de Juiste Zorg op de Juiste Plek: [Zorgcoördinatie](#)
- Federatie Medisch Specialisten: [Visiedocument Acute Zorg](#)
- Skipr: ['Flexibiliteit is sleutel tot duurzame intensieve zorg'](#)
- Nieuwsbericht NZa: [Transitie acute zorg mogelijk door ondersteuning in bekostiging](#)

Zie ook: [Kerncijfers acute zorg](#) | [Acute zorg](#) | [Nederlandse Zorgautoriteit](#)

2.3.6 Geestelijke gezondheidszorg

Uit de Monitor Toegankelijkheid van zorg blijkt dat de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg (ggz) niet is verbeterd. Wachttijden blijven in veel regio's te lang. Daarbij moeten cliënten met de meest ingewikkelde zorgvragen het langst wachten. Een goede doorstroom naar de best passende hulp is dan ook noodzakelijk om wachttijden te verminderen en de ggz toegankelijk en betaalbaar te houden voor alle inwoners van Nederland.

In het kort:

- In Stand van de zorg 2024 benoemden we drie aandachtsgebieden: wachttijden, regionale samenwerking en zorgvraagtypering. Het afgelopen jaar zijn op deze gebieden concrete stappen gezet.
- We zien dat het zorgprestatie-model alle middelen biedt om goede afspraken te maken voor de ggz. Het is nu aan verzekeraars en aanbieders om goed in te kopen.
- De focus ligt momenteel op de implementatie van het zorgprestatie-model in regio's. Daarnaast willen we inzicht krijgen in wat landelijk nog nodig is om het model te verbeteren.
- Gerichtte maatregelen per cliëntdoelgroep zijn nodig voor duurzame, toegankelijke en passende zorg voor alle doelgroepen. Dit vraagt om sector- en domeinoverstijgende samenwerking.

Ontwikkelingen in de ggz

De mensen die ggz zorg het hardst nodig hebben, moeten het langst wachten. Er is dan ook een breed gedeelde overtuiging dat de ggz anders georganiseerd moet worden. Daarom is het belangrijk om onderscheid te maken tussen verschillende cliëntgroepen en zorgaanbieders te belonen die zorg dragen voor cliënten met de meest complexe zorgvraag. Zo kunnen we ervoor zorgen dat de kloof tussen zorgvraag en capaciteit niet nog groter wordt en zorgkosten niet verder stijgen. Dit moet in ieder geval zo zijn voor de mensen met de meest complexe problematiek. Geestelijke gezondheidszorg moet er zijn om (verergering van) psychische problematiek te voorkomen en het voor mensen met zware problematiek mogelijk maken om een betekenisvol leven te leiden.

In 2024 deden we onderzoek naar de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Na afronding van de nacontrole van dit onderzoek, concluderen we dat één zorgverzekeraar verbeteringen moet doorvoeren om volledig aan de aanwijzing te voldoen. Deze verbeteringen raken onder andere de wachttijden binnen de ggz. Daarom hebben wij voor het eerst verscherpt toezicht ingesteld en gaat de zorgverzekeraar een vervolgtraject in.

'Het Verkennend gesprek stimuleert de samenwerking tussen het sociaal domein, de huisartsenzorg en de ggz.'

In Stand van de zorg 2024 constateerden we dat er te vaak mensen in de ggz belanden die ook, of soms zelfs beter, geholpen kunnen worden buiten de ggz. Per 2025 hebben we de bekostiging van deelname aan het Verkennen gesprek door de ggz-professional mogelijk gemaakt. Deze bekostiging stimuleert regionale samenwerking tussen het sociaal domein, de huisartsenzorg en de ggz. Daarnaast bevordert het de doorstroom van cliënten naar de zorg die zij nodig hebben om invulling te geven aan een betekenisvol leven.

We vinden het belangrijk om te meten hoe effectief ons beleid is. Daarom hebben we de bekostiging in de ggz via het zorgprestatie-model geëvalueerd en we zien dat het werkt. Samen met alle partijen is een regulier onderhoudsproces ingericht waaruit blijkt dat er geen grote wijzigingen meer nodig zijn. Ook

blijven we de zorgvraagtypering verder ontwikkelen. Zorgvraagtypering is een hulpmiddel voor het gesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Om de tarieven beter aan te laten sluiten op de sectoren ggz en forensische zorg (fz) hebben we deze herijkt en aangepast.

‘Gerichte maatregelen per cliëntdoelgroep zijn nodig om duurzame, toegankelijke en passende zorg mogelijk te maken voor alle doelgroepen.’

IBO mentale gezondheid en ggz: Uit balans

Op 3 oktober 2025 is het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) mentale gezondheid ‘Uit balans’ gepubliceerd. Hierin wordt een grondige analyse gegeven van de kernoorzaken die leiden tot problemen in het mentale gezondheidsbeleid en het stelsel van ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problemen. In het IBO worden oplossingsrichtingen in vier bouwblokken voorgesteld: voorkomen, prioriteren, sturen en verbeteren. De problemen in het mentale gezondheidsbeleid en stelsel zijn urgent. Daarom roepen wij op om niet te besparen, maar te kijken naar budgetneutrale opties voor een pakket aan maatregelen. Op de langere termijn bieden wij graag onze hulp aan om mee te denken over meer fundamentele hervormingen van het stelsel, met als doel ondersteuning en zorg bij psychische klachten te verbeteren.

Passendere hulp en meer inzicht in wachttijden

We zien dat cliënten met veelvoorkomende psychische stoornissen soms te lang worden behandeld. Voor hen en mensen met een lichte zorgvraag is er mogelijk passendere hulp dan de gespecialiseerde ggz. Bijvoorbeeld passende zorg vanuit eigen omgeving of het sociaal domein. De ggz kan dan gericht ingezet worden voor de mensen die die zorg het hardst nodig hebben. Zo kunnen we voorkomen dat duurzame en toegankelijke ggz voor alle bewoners van Nederland verder in gevaar komt.

Daarnaast is de beweging ingezet naar het vergroten van de kwaliteit van leven van de cliënt. Genezen is niet meer het belangrijkste doel. In plaats daarvan ligt de focus op het krijgen van ondersteuning bij maatschappelijk herstel. Inzicht in de zorgvraag is hiervoor belangrijk. We zien dat de ggz nu nog veel ketengestuurd wordt en cliënten vaak over één kam worden geschoren. Dit draagt eraan bij dat cliënten met de meest ingewikkelde zorgvragen het moeilijkst in zorg komen.

Verder is het belangrijk om beter inzicht te krijgen in de actuele wachttijden in de ggz. Om de kwaliteit van de wachttijdendata te verbeteren werken wij samen met verschillende partijen, waaronder zorgverzekeraars, zorgaanbieders, Vektis en de Nederlandse ggz. Samen met hen werken wij aan het gebruik van declaratiedata als bron voor wachttijdendata. Daarnaast ontwikkelen we een openbaar dashboard dat actuele ggz-wachttijdgegevens op één plek samenbrengt. Het dashboard geeft een actueel beeld van de wachttijden in de ggz en vormt de basis voor het gesprek over het verbeteren van toegang tot de ggz. We streven ernaar het dashboard in het najaar van 2025 te publiceren.

Samenwerking en een domeinoverstijgende visie

De instrumenten die wij in samenwerking met verschillende partijen hebben ontwikkeld, moeten nu worden gebruikt om het goede gesprek te voeren en afspraken met elkaar te maken. Zorgverzekeraars hebben een regierol in het toekomstbestendig maken van de ggz. Wij monitoren of de zorgverzekeraar deze regierol pakt, hoe partijen de instrumenten gebruiken en of dit het gewenste effect heeft voor de sector.

Om een breed draagvlak te creëren voor het gebruik en verder ontwikkelen van de zorgvraagtypering, stimuleren wij de samenwerking tussen het veld, de wetenschap en de overheid. Afspraken zoals uit het [Integraal Zorgakkoord](#) (IZA) en het [Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord](#) (AZWA) waarin bekostiging een waardetoevoegende rol speelt pakken we op en geven we een plek in het zorgprestatiemodel. Consistentie in de uitvoering van het afgesproken beleid is hiervoor een randvoorwaarde. Vanuit de politiek hebben we daarvoor een sector- en domeinoverstijgende visie nodig voor 2040, die de samenwerking tussen sectoren en domeinen bevordert.

Meer lezen:

- [Monitor toegankelijkheid van zorg](#)
- Nieuwsbericht NZa: [NZa: wachttijden ggz blijven lang](#)
- [Kerncijfers ggz](#)
- [Stand van de zorg 2024](#)
- [Kamerbrief Actieprogramma mentale gezondheid en ggz deel 1](#)
- SiRM: [Samen onze ambitie op cruciale ggz realiseren](#)
- AZW: [De Staat van de arbeidsmarkt geestelijke gezondheidszorg 2024](#)
- Nieuwsbericht NZa: [NZa treedt op tegen zorgverzekeraars voor niet nakomen zorgplicht](#)
- Nieuwsbericht NZa: [Zorgverzekeraar onder verscherpt toezicht wegens zorgplicht](#)
- Nieuwsbericht NZa: [Passende bekostiging NZa ondersteunt het Verkennend gesprek](#)
- Nieuwsbericht NZa: [GGZ-partijen verder met verbetering zorgvraagtypering](#)
- Trimbos Instituut: [In de wachtstand](#)
- IGJ: [Toezicht op aanpak wachttijden ggz](#)

Op de hoogte blijven van het laatste nieuws rondom de ggz? [Meld u dan nu aan](#) voor onze nieuwsbrief ggz.

Zie ook: [Kerncijfers ggz](#) | [Geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) en forensische zorg \(fz\)](#) | [Nederlandse Zorgautoriteit](#)

2.3.7 Forensische zorg

Het aantal tbs-patiënten blijft groeien, terwijl de forensische zorg (fz) kampt met aanhoudende tekorten. Tbs-klinieken hebben zowel een tekort aan beschikbare bedden als een tekort aan personeel. Terugkeer naar de maatschappij is lastig door een tekort aan plaatsen in forensisch beschermd wonen. Om fouten en fraude te voorkomen is een wetswijziging van de Wet forensische zorg nodig.

In het kort:

- Met de introductie van het Volledig pakket thuis (vpt) kunnen patiënten in de laatste fase van hun behandeling forensische zorg krijgen in een begeleide thuissetting. Dit helpt de patiënt en bevordert de doorstroom.
- Structurele capaciteitsproblemen leiden tot een tekort aan beschikbare bedden in tbs-klinieken. Hierdoor verblijven patiënten noodgedwongen langer in ongeschikte omgevingen, zoals detentie.
- Signaaldeling over risicovolle situaties tussen ons en Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) is nog steeds niet mogelijk. Hierdoor kunnen fouten en fraude onvoldoende aangepakt worden.

Ontwikkelingen in de forensische zorg

Forensische zorg vraagt om een balans tussen veiligheid en herstel. Duurzame bekostiging en passende zorg zijn nodig om kwetsbare mensen én de samenleving perspectief te bieden. Maar we zien dat de fz al langere tijd kampt met structurele capaciteitsproblemen. Het aantal beschikbare bedden in tbs-klinieken schiethet tekort. Hierdoor verblijven patiënten noodgedwongen langer in ongeschikte omgevingen, zoals detentie. Tegelijkertijd durven zorgaanbieders niet uit te breiden uit vrees voor toekomstige leegstand. Daarbovenop werkt een hardnekkig personeelstekort als rem op de hele keten. Hierdoor loopt de zorg vast en groeien de wachttijden.

‘Forensische zorg vraagt om een balans tussen veiligheid en herstel.’

Eind 2024 hebben we de tarieven voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en fz voor 2022 en 2023 met terugwerkende kracht aangepast. Dit deden we vanwege een ophoging van het aandeel indirecte tijd. De aanpassing volgde uit een uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB).

Betere in-, door- en uitstroommogelijkheden voor tbs-patiënten

Om het groeiend aantal tbs-patiënten een plek te bieden in een geschikte omgeving is een uitbreiding nodig van 200 bedden, verspreid over instellingen met verschillende beveiligingsniveaus. Om dit mogelijk te maken, wordt er door het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) en DJI gewerkt aan een vorm van beschikbaarheidsfinanciering, waarbij wij meedenken over hoe dit in de bekostiging kan landen. Hierbij ontvangen zorgaanbieders ook financiering voor bedden bij tijdelijke leegstand.

Maar alleen het uitbreiden van de instroomcapaciteit is niet voldoende. We zetten ook in op het verbeteren van de door- en uitstroom van patiënten. Per 2024 is het Volledig pakket thuis (vpt) in de forensische zorg geïntroduceerd. Hiermee kunnen patiënten in de laatste fase van hun behandeling forensische zorg krijgen in een begeleide thuissetting. Dit kan bijvoorbeeld een speciaal appartement vanuit de zorgaanbieder zijn, waar de patiënten aan het eind van hun traject naartoe kunnen verhuizen voordat ze echt naar huis gaan. Dit maakt de overstap van de kliniek naar de maatschappij kleiner. Op dit moment wordt er gekeken naar lichtere varianten van het Volledig pakket thuis, die makkelijker en flexibeler toegepast kunnen worden. Het Volledig pakket thuis draagt niet alleen bij aan de doorstroom

van patiënten, maar ook aan een snellere en beter begeleide uitstroom. Dit verlicht de druk op de klinische behandelcapaciteit.

Investeer in duurzame uitbreiding van capaciteit

Voor toekomstbestendige zorg is het essentieel om het huidige tekort aan behandelplekken op te lossen en te investeren in duurzame uitbreiding van capaciteit. Tegelijkertijd moet er aandacht zijn voor het personeelstekort. Als er meer bedden zijn, is er ook meer personeel nodig.

Het Volledig pakket thuis draagt bij aan de door- en uitstroom van patiënten. Dit geldt ook voor de ontwikkeling van lichtere varianten van het pakket. Daarnaast is een nauwe samenwerking tussen zorgaanbieders en gemeenten nodig om passende huisvesting te realiseren. Dit kan de terugkeer van patiënten naar de maatschappij verder ondersteunen.

Om de forensische zorg betaalbaar en toegankelijk te houden vinden wij het tot slot belangrijk om fouten en fraude effectief te voorkomen. Hiervoor is een wetswijziging van de Wet forensische zorg (Wet FZ) nodig. Op dit moment is signaaldeling tussen ons en DJI namelijk niet mogelijk binnen de forensische zorg. Hier hadden wij ook al aandacht voor in Stand van de Zorg [2023](#) en [2024](#). Nog steeds ontvangen we informatie over risicovolle situaties waarbij mogelijk onjuiste declaraties een rol spelen. We werken momenteel samen met de DJI en het ministerie van JenV om deze wetswijziging door te voeren. Dit is een tijdrovend proces waar we graag een versnelling in willen maken.

Meer lezen:

- [Kamerbrief Voortgang forensische zorg](#)
- [Informatiekaart toelichting beleid en regels geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg 2024](#)
- [Informatiekaart toelichting beleid en regels geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg 2025](#)
- [Vragen en antwoorden over het zorgprestatiemodel](#)
- [Aanbiedingsbrief Beantwoording vragen forensische zorg en elektronische detentie](#)
- Nieuwsbericht NZa: [NZa publiceert aangepaste tarieven voor de ggz en fz](#)

Op de hoogte blijven van het laatste nieuws rondom de forensische zorg? [Meld u dan nu aan](#) voor onze nieuwsbrief forensische zorg.

2.3.8 Huisartsenzorg

De huisartsenzorg staat voor grote uitdagingen en is vaak onderwerp van het politieke debat. We zetten in op het borgen van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Het verstevigen van de persoonlijke continuïteit staat hierbij centraal. Met het uitrollen van de Visie Eerstelijnszorg 2030 wordt ingezet op een sterke, goed functionerende eerstelijnszorg – een randvoorwaarde voor het borgen van de toegankelijkheid van huisartsenzorg. Individuele belangen en wet- en regelgeving mogen deze noodzakelijke transitie niet belemmeren.

In het kort:

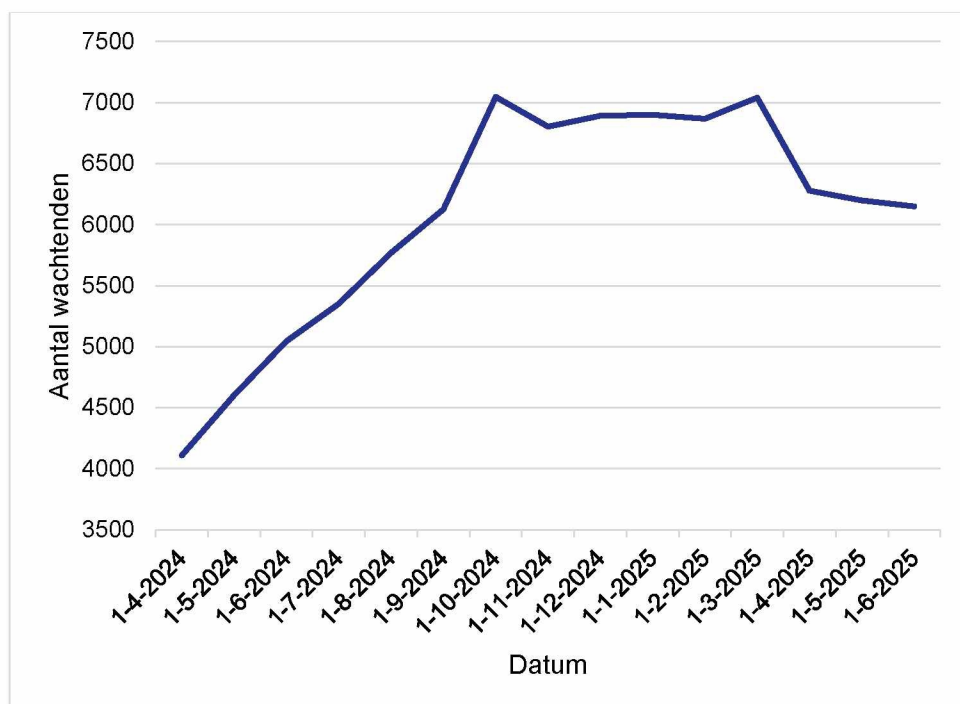
- De toegankelijkheid van huisartsenzorg staat onder druk. Hierdoor is persoonlijke continuïteit niet gegarandeerd.
- Er is werk aan de winkel, binnen en buiten de huisartsensector. Om de uitdagingen in de huisartsenzorg aan te pakken is het versterken van de organisatie van eerstelijnszorg een randvoorwaarde.

Toegankelijkheid huisartsenzorg onder druk

De toegankelijkheid van huisartsenzorg staat al langere tijd onder druk. Uit onderzoek blijkt dat persoonlijke continuïteit, het hebben van een vaste huisarts die je kent en volgt, bijdraagt aan een langer leven. Door de druk op de huisartsenzorg is dit niet meer vanzelfsprekend. De Algemene Rekenkamer concludeert in haar rapport Focus op huisartsentekort dat er sprake is van een landelijk tekort aan huisartsen(zorg) en verwacht dat dit tekort de komende jaren verder zal stijgen. Op basis van de beschikbare data kunnen we niet vaststellen of er sprake is van een landelijk huisartsentekort of een spreidingsvraagstuk. Uit het focusonderzoek van De Algemene Rekenkamer blijkt wel dat naar schatting 45.000 tot 194.000 mensen geen huisarts hebben. Uit registraties van zorgverzekeraars blijkt dat er in december 2024 6.892 mensen actief op zoek waren naar een huisarts en er geen konden vinden. Een mogelijke verklaring voor dit grote verschil in aantallen is dat veel mensen niet weten dat zij hun zorgverzekeraar kunnen benaderen voor wachttijdbemiddeling.

Verzekerden moeten erop kunnen vertrouwen dat ze tijdig de zorg krijgen die zij nodig hebben. Ook in tijden waarin de druk op de zorg groot is. Zorgverzekeraars spelen hierin een grote rol. Wij houden toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. In onze monitors Toegankelijkheid van Zorg schetsen we drie keer per jaar een beeld van de huidige stand en toegankelijkheid van zorg. De wachtlijsten in de huisartsenzorg zijn ook in deze monitors opgenomen. Deze zijn gebaseerd op de registraties van zorgverzekeraars. In juni 2025 hebben 6.194 verzekerden die op een wachtlijst staan zich bij de zorgverzekeraar gemeld. Dit zijn er 1.104 meer dan een jaar geleden. Enschede, Hendrik-Ido Ambacht, Steenwijkerland, Purmerend, Goes en Waddinxveen zijn de zes gemeentes met de hoogste wachtlijsten voor huisartsenzorg in het tweede kwartaal van dit jaar.

Landelijke trend aantal wachtenden huisartsenzorg



Borging persoonlijke continuïteit

Voor goede toegang tot zorg is het essentieel dat alle inwoners in Nederland ingeschreven staan bij een vaste huisarts of huisartsenpraktijk. In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn daarom een aantal doelen vastgelegd. Een van deze doelen is dat het aantal mensen zonder huisarts eind 2028 is gedaald naar nul. Ook moeten er dan meer huisartsen zijn die met een vaste patiëntenpopulatie werken. Het streven van huisartsen is dat iedere inwoner van Nederland in 2035 een vertrouwd huisartsenteam dichtbij huis heeft. Daarbij willen ze zorg kunnen blijven leveren volgens de vier kernwaarden: persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk. Dit hebben zij vastgelegd in hun Visie Huisartsenzorg 2035. Centraal in de visie staat het belang van persoonlijke continuïteit. Uit tal van onderzoeken blijkt dat persoonlijke continuïteit leidt tot minder sterfte, snellere herkenning van ziekten, meer zorg op maat, betere therapietrouw, minder overdiagnostiek en overbehandeling, minder verwijzingen en minder ziekenhuisopnames. Kortom: persoonlijke continuïteit leidt tot passende zorg.

Eén manier om persoonlijke continuïteit te borgen is praktijkhouderschap, maar ook in andere arbeidsvormen kan persoonlijke continuïteit worden geborgd. Dat biedt perspectief. Uit het onderzoek van de Algemene Rekenkamer blijkt namelijk dat het aandeel praktijkhouders weliswaar is afgenomen, maar dat het aantal huisartsen in Nederland in de afgelopen 25 jaar fors is gestegen: van ongeveer 8.600 in 2000 tot ongeveer 14.300 in 2024. Het borgen van persoonlijke continuïteit gaat in de kern over patiënthouderschap: de langdurige verbondenheid van een zorgverlener met een patiënt. Dit is dan ook waar het AZWA op inzet.

Een randvoorwaarde is dat de zorg toegankelijk en van goede kwaliteit is en blijft, ook op langere termijn. Samen met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) hebben wij daarom onderzoek gedaan naar de kansen en risico's van bedrijfsketens en de manier waarop zij de huisartsenzorg organiseren. Het afgelopen jaar hebben we gezien dat wanneer de focus ligt op kostenbesparing en groei, dit schrijnende gevolgen kan hebben voor de persoonlijke zorg van patiënten. De aanbevelingen

uit ons rapport zijn nog steeds actueel. Over de opvolging van een aantal aanbevelingen zijn in het AZWA concrete afspraken gemaakt. Zo wordt op dit moment onderzocht hoe de vier kernwaarden van de huisartsenzorg vertaald kunnen worden naar werkbare en toetsbare uitgangspunten of normen. Daarnaast vindt er momenteel in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een evaluatie plaats naar de casus Co-Med. De resultaten daarvan verwachten we dit najaar binnen te hebben.

‘Een sterke eerste lijn is een randvoorwaarde voor het borgen van continue en persoonsgerichte huisartsenzorg.’

Samenwerken aan toegankelijke, persoonsgerichte en continue huisartsenzorg

Het borgen van de toegankelijkheid van persoonsgerichte en continue huisartsenzorg vraagt om actie binnen de huisartsenzorg. Mentale gezondheidsnetwerken zijn hier een voorbeeld van. Hierin is ook een rol voor de huisartsenzorg weggelegd, onder andere bij het Verkennd gesprek. Daarnaast zijn in het AZWA afspraken gemaakt om een landelijk systeem te realiseren dat inzicht geeft in welke huisartsenpraktijken plek hebben voor nieuwe patiënten. Met behulp van dit systeem kunnen patiënten bij verhuizing ‘ruilen’ van praktijk. Ook wordt onderzocht welke mogelijkheden er zijn om actiever te sturen op spreiding van huisartsen over het land. Daarnaast nemen huisartsen, Regionale Huisartsenorganisatie (RHO's) en zorgverzekeraars gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid en continuïteit van huisartsenzorg binnen elke regio duurzaam te borgen. Dit vraagt om gerichte investeringen. Denk aan het oplossen van knelpunten rondom het werven, behouden en ondersteunen van praktijkhoudende huisartsen. Maar ook het starten, overnemen of uitbreiden van praktijken. Of het introduceren van innovatieve vormen van werken in de regio. Daarvoor is (financieel) maatwerk nodig.

Ook buiten de huisartsenzorg is er werk aan de winkel. De huisarts kan het immers niet alleen. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) constateert in haar advies ‘De basis op orde’ dat een sterke, goed functionerende eerstelijnszorg van groot belang is voor de samenleving. Met het uitrollen van de Visie eerstelijnszorg 2030 wordt daar dan ook op ingezet. Dat is belangrijk, want ‘de eerstelijnszorg vormt het eerste, laagdrempelige aanspreekpunt waartoe burgers zich zonder verwijzing kunnen wenden met vragen over gezondheid en ziekte. Een goed functionerende eerstelijnszorg regelt dat mensen op het passende moment, niet te vroeg of te laat, een beroep doen op complexe en duurdere zorg of via de sociale kaart naar niet-zorgorganisaties worden doorverwezen.’ Juist daarom is het van belang dat deze transitie naar een sterke eerstelijnszorg breed wordt ingezet én gedragen. En dat deze in de komende jaren wordt bestendigd in Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV).

Meer lezen:

- Algemene Rekenkamer: Focus op huisartsentekort
- Monitors toegankelijkheid van zorg
- IGJ en NZa: De opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg
- Kamerbrief over tijdlijn van gebeurtenissen in de casus Co-Med
- RVS: De basis op orde - Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg
- Ineen: Visie eerstelijnszorg 2030: blijvend goede zorg dicht bij huis

Op de hoogte blijven van het laatste nieuws rondom de huisartsenzorg? Meld u dan nu aan voor onze nieuwsbrief huisartsenzorg.

2.3.9 Wijkverpleging

De druk op de wijkverpleging blijft groeien. Het is dan ook noodzakelijk dat we de wijkverpleging passend bekostigen en het vak aantrekkelijk houden. Ook is het zorgelijk dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders de beweging naar passende zorg niet lijken te maken. Om fouten en fraude in de sector gericht aan te pakken, is het nodig dat de politiek duidelijke keuzes maakt over toetredingsdrempels. Daarnaast roepen we het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de politiek op om gedifferentieerd reguleren binnen de Wet marktordening gezondheidszorg mogelijk te maken.

In het kort:

- De toegankelijkheid van de wijkverpleging staat onder druk.
- Niet-gecontracteerde zorg lijkt niet de beweging naar passende zorg te maken.
- Strengere toetredingsdrempels voor nieuwe zorgaanbieders zijn nodig om misbruik van wijkverplegingsgelden tegen te gaan.
- Nieuwe zorgakkoorden dragen bij aan het oplossen van aanhoudende arbeidsproblematiek in de wijkverpleging.
- Inzet van digitale zorg kan de sector veel opleveren en de kwaliteit en toegankelijkheid van de wijkverpleging verbeteren.

Ontwikkelingen in de wijkverpleging

We zien dat de arbeidsmarktproblematiek in de wijkverpleging blijft bestaan. Er is meer uitstroom dan instroom van zorgprofessionals, waardoor het tekort aan wijkverpleegkundigen blijft groeien. Bovendien neemt de vraag naar wijkverpleging toe. Dit komt niet alleen door de vergrijzing, maar ook doordat we er als maatschappij op inzetten dat mensen steeds langer thuis blijven wonen en sneller naar huis gaan na een ziekenhuisopname. Deze noodzakelijke ontwikkeling zet de toegankelijkheid van de wijkverpleging onder druk. Dit betekent dat het voor inwoners van Nederland moeilijker wordt om een aanbieder te vinden die de zorg kan verlenen die nodig is. Hierdoor blijven mensen soms juist langer in het ziekenhuis dan nodig, raakt mantelzorg overbelast of moet zorg (tijdelijk) verspreid worden over verschillende zorgaanbieders. Daarom zijn we blij met twee onlangs gesloten akkoorden: het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO). Deze maken bij- en nascholing van verzorgenden en verpleegkundigen toegankelijker.

Ook zijn er relatief veel niet-gecontracteerde aanbieders in de wijkverpleging. Hier zijn verschillende redenen voor. De aanbieder heeft bijvoorbeeld een andere opvatting over wat passende zorg is of geeft aan dat de voorwaarden in het contract het leveren van passende zorg in de weg staan. Ook zijn er (nieuwe) aanbieders die met een innovatief concept werken. Verzekeraars willen deze nieuwe zorg (nog) niet contracteren, omdat het zich nog moet bewijzen.

‘Het is zorgelijk dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders de beweging naar passende zorg niet lijken te maken.’

Niet-gecontracteerde zorg mist een doelmatigheidsprikkel en kan minder goed gecontroleerd worden op rechtmatigheid en kwaliteit. Een deel van de niet-gecontracteerde wijkverpleging lijkt hierdoor minder bezig met het sturen op zelfredzaamheid (passende zorg) en meer met het klantperspectief.

De wijkverpleging is al jaren op rij de sector waarover we de meeste signalen van fouten en fraude registreren. Dit komt onder andere doordat misbruikers van wijkverplegingsgelden (te) gemakkelijk een nieuw bedrijf kunnen starten. Daarom is de sector al een aantal jaar een prioriteit van de Taskforce

integriteit zorg (TIZ). Een vorm van zorgfraude is spookzorg, waarbij zorg wordt gedeclareerd die niet daadwerkelijk is geleverd. Verder zien we in de wijkverpleging verschillende complexe bedrijfsconstructies, zoals onderaannemerschap. Bij onderaannemerschap declareren gecontracteerde partijen de zorg die namens hen geleverd is door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (een zogeheten onderaannemer). Het gevolg en risico hiervan is dat de zorg die geleverd wordt via onderaannemers uit ons zicht blijft.

De zorgprofessional en cliënt centraal in de wijkverpleging

Om de toegang tot wijkverpleging nu en in de toekomst te borgen, moeten we het vak aantrekkelijker maken, administratieve lasten verlagen en meer uitgaan van wat cliënten écht nodig hebben. Hiervoor moeten we investeren in:

- zelfredzaamheid van cliënten
- preventie
- professionalisering van het vak
- innovatie en digitalisering
- kwaliteit van zorg
- regionale samenwerking
- een bekostiging die dit mogelijk maakt

Integrale prestaties dragen hieraan bij. Dit bekostigingsmodel levert relatief lage administratieve lasten op en stimuleert samenwerking. Daarnaast ondersteunt het zelfredzaamheid, preventie en professionele autonomie en draagt het daarmee bij aan de toegankelijkheid van de wijkverpleging

‘Om de toegang tot verbeteren moeten we het vak aantrekkelijker maken, administratieve lasten verlagen en meer uitgaan van wat cliënten nodig hebben.’

In het Integraal Zorgakkoord (IZA), het AZWA en Wonen en in Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) zijn daarnaast afspraken gemaakt over passende hybride zorg. Het uitgangspunt hierbij is: digitaal als het kan en fysiek als het moet. We werken aan een advies over een passende structurele bekostiging die het mogelijk maakt om digitale zorg in te zetten in de gehandicaptenzorg, verpleegzorg en wijkverpleging. We verwachten dit advies in 2026 op te leveren. In dit advies gaan we ook in op onze voorspellingen over de ingeboekte besparingen door het ministerie van VWS.

Om fouten en fraude in de wijkverpleging aan te pakken, zijn er strengere toetredingsdrempels nodig voor nieuwe zorgaanbieders en scherpere regels voor onderaannemerschap. Dit kan niet-gecontracteerde zorgaanbieders ook stimuleren om de beweging te maken naar passende zorg.

Toekomstbestendige wijkverpleging door standaardisatie, differentiatie en toetredingsdrempels

Samen met de sector hebben we het afgelopen jaar afspraken gemaakt over een nieuwe samenwerking tussen alle veldpartijen. Het doel van deze samenwerking is enerzijds de professionalisering van het verpleegkundig proces en anderzijds om tot een goed onderbouwde bekostiging te komen. We roepen veldpartijen met urgentie op om – onder leiding van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) – de verslaglegging van het verpleegkundig proces te standaardiseren.

Integrale prestaties dragen – in combinatie met een contract en zorginhoudelijke informatie – bij aan een betere doelmatigheid en kwaliteit van zorg. Daarom zien wij gedifferentieerd reguleren in de sector als noodzakelijke oplossing. Dat wil zeggen dat gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg verschillend worden gereguleerd. We roepen het ministerie van VWS en de politiek op om dit binnen de Wet marktordening gezondheidszorg mogelijk te maken.

Om fouten en fraude in de sector gericht aan te pakken, is het nodig dat de politiek duidelijke keuzes maakt over toetredingsdrempels. Er moeten onder andere heldere kwaliteitscriteria komen, die passende zorg stimuleren. Samen met onze TIZ-partners hebben we hier concrete handreikingen voor gedaan. Wij vinden het positief dat het ministerie van VWS op dit moment onderzoekt hoe zij de toetredingsdrempels kan uitbreiden naar onderaannemers. Ook zijn we blij dat zij mogelijk wil maken dat de NZa bevoegdheden krijgt om op te treden tegen spookzorg.

Meer lezen:

- [Prognosemodel Zorg en Welzijn](#)
- Panteia: [De situatie op de arbeidsmarkt in de wijkverpleging](#)
- [Kamerbrief over onderzoek oorzaken van de onderschrijding van het budgettair kader wijkverpleging](#)
- [Kamerbrief over alternatieve invulling voor ombuiging «subsidie bij- en nascholing medisch specialisten»](#)
- [Uitvoeringsadvies Integrale prestaties verpleging en verzorging wijkverpleging](#)
- [Taskforce integriteit zorg](#)
- [Experiment integrale prestaties wijkverpleging](#)
- [Kamerbrief over Versterking Eerstelijnszorg](#)
- [Kamerbrief over Verzamelbrief Eerstelijnszorg](#)
- [Jaarbrief aanpak zorgfraude van de Taskforce Integriteit Zorgsector](#)

Op de hoogte blijven van het laatste nieuws rondom de wijkverpleging? [Meld u dan nu aan](#) voor onze nieuwsbrief wijkverpleging.

Zie ook: [Kerncijfers wijkverpleging](#) | [Wijkverpleging](#) | [Nederlandse Zorgautoriteit](#)

2.3.10 Paramedische zorg

Voor patiënten met COPD, een longziekte waarbij de longen zijn beschadigd, is de aanspraak per 2025 verruimd. Door deze aanpassing kunnen we onderzoeken of we de beweging naar passende fysio- en oefentherapeutische zorg kunnen stimuleren met andere vormen van bekostiging. De toegankelijkheid van de eerstelijnszorg staat onder toenemende druk. Paramedische zorgverleners spelen een belangrijke rol in de transitie naar passende zorg. Zij kunnen onder andere de sterk groeiende zorgvraag in de eerste lijn opvangen. Hiermee kan in sommige gevallen de vaak duurdere tweedelijnszorg voorkomen worden. Met ons onderzoek naar de paramedische zorgmarkten en een bekostigingsexperiment, bieden wij de politiek de mogelijkheid om besluiten te nemen op basis van feiten en een goede analyse.

In het kort:

- De beperkte vergoeding van paramedische zorg leidt tot een verminderde financiële toegankelijkheid voor mensen met een chronische aandoening.
- Voor patiënten met COPD is de aanspraak per 2025 verruimd. Hierdoor kunnen we voor deze patiëntgroep experimenteren met passende bekostiging. Samen met veldpartijen zetten wij ons maximaal in om in 2026 te starten met een experiment bundelbekostiging voor fysio- en oefentherapie voor COPD-patiënten.
- Naar aanleiding van signalen over knelpunten en op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), doen wij onderzoek naar het functioneren van de paramedische zorgmarkten.

Ontwikkelingen paramedische zorg

Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft in 2025 een advies uitgebracht over uitbreiding van de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie. Hierin adviseren zij het ministerie van VWS om de aanspraak nu niet aan te passen, onder andere omdat een breed gedragen kwaliteitskader voor fysio- en oefentherapie ontbreekt. Wij maken ons zorgen over wat dit betekent voor de ontwikkeling naar passende zorg. De beperkte aanspraak in de fysio- en oefentherapie belemmert op dit moment namelijk de sectoroverstijgende organisatie en bekostiging van (integrale) zorg. Dit maakt het voor de eerste- en tweedelijnszorg moeilijker om de beweging te maken naar passende zorg via integrale bekostiging. Daarbij maakt de beperkte vergoeding van fysio- en oefentherapie deze zorg financieel minder toegankelijk voor mensen met een chronische aandoening. Hierdoor is er een kans dat patiënten deze zorg mijden of uitstellen, of kiezen voor een duurdere vorm van zorg die wel vergoed wordt.

Voor patiënten met COPD is de aanspraak per 2025 verruimd. Door deze aanpassing kunnen we onderzoeken of we de beweging naar passende fysio- en oefentherapeutische zorg kunnen stimuleren met andere vormen van bekostiging. Op dit moment werken we samen met verschillende partijen aan een bekostigingsexperiment in de vorm van bundelbekostiging. Bij bundelbekostiging wordt een totaalpakket aan fysio- en oefentherapeutische zorg voor een bepaalde diagnose, behandeling of (deel) van een zorgtraject bekostigd. Voor patiënten kan dit leiden tot meer passende zorg, relevante gezondheidswinst en beter functioneren. Voor zorgaanbieders biedt deze vorm van bekostiging de ruimte om de zorg anders te organiseren. Zij kunnen meer maatwerk bieden en de zorg beter afstemmen met de patiënt en andere zorgverleners. Ook hebben zij meer ruimte voor innovatie en mogelijk meer werkplezier.

‘Bundelbekostiging kan leiden tot meer passende zorg en biedt zorgaanbieders de ruimte om de zorg anders te organiseren.’

Functioneren paramedische zorgmarkten

In de paramedische zorgsectoren gelden vrije tarieven. Dat betekent dat wij deze tarieven niet reguleren. Het is aan de zorgaanbieders en zorgverzekeraars om samen tot prijsafspraken te komen. Naar aanleiding van signalen binnen de paramedische sector (hoge uitstroomcijfers in de fysiotherapie, lange wachtlijsten in de logopedie, onvrede over de hoogte van vergoedingen en onvrede over het contracteerproces) en de [motie van Kamerlid Krul](#), doen we onderzoek naar het functioneren van de paramedische zorgmarkten. In dit onderzoek kijken we naar de sectoren fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, oefen therapie en diëtetiek. We kijken onder andere naar de relatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, de arbeidsmarktdynamiek en financiële prikkels. In het bijzonder kijken we of de toegankelijkheid van zorg nu en in de toekomst geborgd wordt.

We zijn gestart met de fysiotherapeutische zorgmarkt. In onze [tussenrapportage](#) stellen wij dat er op de korte termijn geen toegankelijkheidsproblemen in de fysiotherapie zichtbaar zijn. Als het gaat om ontwikkelingen die wijzen op toegankelijkheidsrisico's op de (middel)lange termijn, laat de tussenrapportage een gemengd beeld zien. De eindrapportage van het onderzoek naar de fysiotherapeutische zorgmarkt publiceren we eind 2025. Hierin nemen we minimumtarieven mee als een van de mogelijk interventies. In onze analyse besteden we nadrukkelijk aandacht aan proportionaliteit, uitvoerbaarheid, handhaafbaarheid en risico's van het gekozen instrumentarium. Dit doen we omdat de inzet van minimumtarieven een ingrijpend beleidsinstrument is met verstrekken de gevolgen. In het eerste kwartaal van 2026 starten wij met het onderzoek naar de andere paramedische zorgsectoren.

Rol paramedie bij de transitie naar passende zorg

We verwachten dat de paramedische zorg een rol kan spelen in de transitie naar passende zorg. Het doel van [paramedische zorg](#) is vaak niet het genezen van de patiënt, maar het helpen van de patiënt bij het dagelijks functioneren en het verbeteren van de kwaliteit van leven. Patiënten kunnen deze zorg vaak dichtbij huis krijgen. Paramedici werken bijvoorbeeld samen met de patiënt aan het verbeteren van de mobiliteit, zelfredzaamheid, communicatie of voeding. Hiermee kan paramedische zorg bijdragen aan het voorkomen van (verergering van) gezondheidsproblemen. Om de rol van paramedische zorg in de transitie van passende zorg beter te onderbouwen, doen we onderzoek naar de paramedische zorgmarkten. Daarnaast kijken we met ons bekostigingsexperiment hoe we de zorg anders kunnen organiseren. De uitkomsten van ons onderzoek en het experiment rondom bundelbekostiging bieden de politiek de mogelijkheid om besluiten te nemen op basis van feiten en een goede analyse.

Meer lezen:

- [Visie Eerstelijnszorg 2030](#)
- Rapport Zorginstituut Nederland: [Passende zorg voor fysiotherapie en oefen therapie](#)
- Advies NZa: [Passende bekostiging van eerstelijns fysiotherapie en oefen therapie](#)
- [Webpagina Zorgbundels](#)
- [Motie van 5.1.2.e](#)
- Nieuwsbericht NZa: [Tussenrapportage onderzoek NZa: toegang tot fysiotherapie lijkt voldoende](#)
- Website Patiëntenfederatie Nederland: [Paramedische zorg](#)

Zie ook: [Kerncijfers paramedische zorg](#) | [Paramedische zorg](#) | [Nederlandse Zorgautoriteit](#)

2.3.11 Geboortezorg

De druk op de geboortezorg neemt toe door personeelstekorten. Hierdoor kunnen cliënten niet altijd de zorg ontvangen die zij nodig hebben. Eerstelijns verloskundigen ervaren extra werkdruk vanwege het gebrek aan capaciteit in de kraamzorg en in het ziekenhuis. Deze schaarste vraagt om een andere organisatie van zorg en een toekomstbestendige visie op de hele geboortezorg. Om zorgmijding bij kwetsbare zwangeren te voorkomen, vragen we de politiek om de eigen bijdrage voor kraamzorg te herzien.

In het kort:

- Wij hebben de kostprijsonderzoeken voor de verloskunde en de kraamzorg afgerond. De tarieven worden per 2026 aangepast. Dit draagt bij aan een kostendekkende vergoeding van geboortezorg.
- Om de toegankelijkheid van de kraamzorg te borgen, werken kraamzorgorganisaties en zorgverzekeraars aan een gezamenlijke visie en een agenda om deze visie te implementeren.
- Wij werken aan de ontwikkeling van een bekostiging voor Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV) om de regionale samenwerking nog verder te verbeteren.

Personeelskrapte in de geboortezorg

Bij de geboortezorg zijn verschillende disciplines betrokken. Van de eerstelijns verloskundige en kraamverzorgende tot de klinisch verloskundige, gynaecoloog, huisarts en kinderarts. Door de oplopende personeelstekorten in de kraamzorg komt de toegankelijkheid van de geboortezorg steeds verder onder druk te staan. Wij houden de krapte in de kraamzorg al langere tijd in de gaten en doen onderzoek naar de toegankelijkheid van de kraamzorg. We zien bijvoorbeeld dat de werkgebieden van kraamzorgorganisaties kleiner worden. Dit betekent dat er in bepaalde regio's onvoldoende of geen dekking van kraamzorg meer is. Ook zien we dat veel kraamverzorgenden werken in een zzp-constructie. Dit draagt bij aan de personeelsproblemen van kraamzorgaanbieders en maakt het voor hen steeds moeilijker om cliënten de zorg te bieden die zij nodig hebben. Deze knellende toegankelijkheid is van structurele aard en vraagt om een toekomstgerichte visie en een andere organisatie van zorg.

Daarom hebben brancheorganisaties Bo Geboortezorg en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) vorig jaar een nieuw convenant afgesloten. De afspraken in dit convenant lopen door in 2025. Een van de concrete afspraken is dat de beschikbare capaciteit bij nijpende schaarste zorgvuldig gespreid wordt. Verzekerden die zijn bevallen, moeten kunnen rekenen op minimaal 24 uur kraamzorg. Daarnaast hebben de partijen een opleidingsfonds ingericht. Hierdoor kunnen meer leerling-kraamverzorgenden aan de opleiding beginnen.

Door personeelskrapte in de tweedelijnszorg kunnen ziekenhuizen niet al hun verloskamers open houden. Hierdoor is de mogelijkheid om te bevallen in het ziekenhuis niet meer vanzelfsprekend. Dit heeft ook gevolgen voor de werkdruk van de eerstelijns verloskundigen. Uit een peiling van Nivel blijkt dat eerstelijns verloskundigen met een eigen praktijk werkweken maken van gemiddeld 60 uur. Voor verloskundigen in loondienst is dat gemiddeld 44 uur. Zij moeten vaak snel oplossingen zoeken tijdens een bevalling. Daarnaast moeten zij door het tekort aan kraamverzorgenden vaak meer zorg leveren.

‘Om de geboortezorg toegankelijk te houden, moet de zorg anders georganiseerd worden.’

Passende geboortezorg

Om de uitdagingen waar de geboortezorg voor staat aan te kunnen, is het van cruciaal belang dat het veld een gezamenlijke visie ontwikkelt. Voor de kraamzorg ligt deze visie er inmiddels. Bo Geboortezorg en ZN zetten zich in om de knelpunten in de sector voor de lange termijn aan te pakken. Daarbij is voortdurende inzet van zowel aanbieders als verzekeraars noodzakelijk om de doelen uit de visie te behalen. Kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten regionaal goede afspraken maken om kraamvrouwen tijdig bij een kraamzorgaanbieder te plaatsen. Begin dit jaar riepen wij zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders dan ook op om goede afspraken te maken voor de zomerpiek van 2025. Goede samenwerking is nodig om aanstaande ouders ook in de zomerperiode van passende kraamzorg te kunnen voorzien. Ook riepen wij zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders op om ouders tijdig te informeren over eventuele krapte en welke zorg zij wel of niet kunnen ontvangen.

Daarnaast hebben wij dit jaar een kostprijsonderzoek uitgevoerd voor de kraamzorg en eerstelijns verloskunde. Naar aanleiding van ons onderzoek hebben wij de tarieven herijkt. De herijking draagt bij aan een kostendeekkende vergoeding van geboortezorg. In samenwerking met verzekeraars en andere sectorpartijen ontwikkelen we daarnaast een bekostiging voor VSV om samenwerking binnen de regio's verder te verbeteren en integrale zorglevering te bevorderen. Verder faciliteren we meerdere experimenten (onder andere rondom substitutie naar de eerste lijn) in de geboortezorg om de zorglevering te transformeren. Tot slot onderzochten we op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de mogelijkheden voor het invoeren van budgetbekostiging voor de acute verloskunde. In oktober 2025 verwachten we de uitkomsten van het vervolgonderzoek.

Andere organisatie van geboortezorg

Om de toegankelijkheidsproblemen op te lossen moet de zorg anders geleverd worden. Beroeps- en brancheverenigingen moeten hun leden helpen zich anders te organiseren, zodat zorgaanbieders de werkdruk beter kunnen verdelen. Vooral in de tweede lijn moet goed onderscheid gemaakt worden tussen zorg die bijdraagt aan de toegankelijkheid en zorg die onnodig druk legt op de toegankelijkheid. Hiervoor zijn de sector en verzekeraars gezamenlijk aan zet – via de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg.

Om echt verschil te maken, moet de focus meer komen te liggen op preventie en het voorkomen van zorg. Dit vermindert de druk op de tweedelijns zorg. Vooral voor het groeiende aantal zwangeren in een kwetsbare situatie is preventie en het voorkomen van zorg van belang. Het is cruciaal dat gezinnen de zorg krijgen die zij nodig hebben om in de eerste 1000 dagen na conceptie een kansrijke start te maken. Een gezonde start kan een leven lang positieve effecten hebben op de gezondheid en kansen van een kind. Op de lange termijn legt dit minder druk op de zorg. De politiek kan hier een concrete rol in spelen door de eigen bijdrage in de kraamzorg te herzien, zodat niet juist de gezinnen in de kwetsbaarste situaties het meest moeten betalen voor kraamzorg. Hoewel we verwachten dat kwetsbare gezinnen meer uren kraamzorg nodig hebben, blijkt uit onderzoek dat kwetsbare gezinnen juist weinig of zelfs helemaal geen kraamzorg afnemen.

Meer lezen:

- NZa: Kansen voor verbetering bij zorgplicht op kraamzorg | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit
- Samen de zwangere centraal laten staan
- Zorgverzekeraars Nederland: Zorgverzekeraars en kraamzorgorganisaties bundelen krachten in convenant voor kraamzorg Nederland
- Cijfers uit de Nivel-registratie van verloskundigen

- Website [Kansrijke start](#)
- ZonMw: [Kwetsbare zwangere heeft informatie op maat over kraamzorg nodig](#)
- NZa rapport [Uitvoeringsadvies budgetbekostiging SEH en Acute Verloskunde](#)

Zie ook: [Kerncijfers geboortezorg](#) | [Geboortezorg](#) | [Nederlandse Zorgautoriteit](#)

2.3.12 Mondzorg

Door een tekort aan personeel komt de toegankelijkheid van de mondzorg verder onder druk te staan. Daarnaast is zorgmijding nog steeds een serieus probleem in de mondzorg. Om de toegankelijkheid van de mondzorg te borgen, hebben wij onderzocht of de tarieven in de mondzorg nog passend zijn. Verder is het belangrijk dat de politiek de adviezen opvolgt van het Capaciteitsorgaan als het gaat om het aantal opleidingsplaatsen voor tandartsen en mondhygiënist.

In het kort:

- Vergrijzing en beperkte opleidingscapaciteit zorgen voor druk op het aantal aanbieders.
- 23% van de volwassen vermijdt de tandarts vanwege de kosten.
- In 2026 dalen de tarieven in de mondzorg naar aanleiding van ons kostprijsonderzoek.

Ontwikkelingen in de mondzorg

Al langere tijd zijn er zorgen over een tekort aan personeel in de mondzorg. Hierdoor komt de toegankelijkheid van de mondzorg onder druk te staan. In sommige regio's ligt de druk hoger dan in andere. We verwachten niet dat deze druk de komende jaren gaat afnemen. Voor 2030 gaat ongeveer 20% van de huidige tandartsen met pensioen. Daartegenover stromen er jaarlijks 260 nieuwe tandartsen in, terwijl het Capaciteitsorgaan een jaarlijkse instroom van 375 tandartsen adviseert. Door vergrijzing is er bovendien een toenemende vraag naar mondzorg. Er zijn nog geen signalen dat patiënten op grote schaal lang moeten wachten voordat ze bij de tandarts terecht kunnen.

Daarnaast is zorgmijding nog steeds een serieus probleem in de mondzorg. Uit onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat ongeveer 23% van de volwassenen een tandartsbezoek uitstelt vanwege de kosten. Vooral in huishoudens met een lagere welvaart komt dit vaak voor. Dat baart ons zorgen. Ook omdat zorgmijding bij ouders kan leiden tot zorgmijding bij kinderen. De kans hierop is groter als ouders niet weten dat mondzorg onder de 18 wel wordt vergoed uit de basisverzekering.

‘Zorgmijding bij ouders kan leiden tot zorgmijding bij kinderen.’

Aanpak mijding van mondzorg vanwege de kosten

In 2024 en 2025 hebben wij onderzocht of de tarieven in de mondzorg nog passend zijn. Per 1 januari 2026 dalen de maximumtarieven voor tandheelkunde met -1,12% en die voor orthodontie met -11,18%. Deze daling in kosten maakt de mondzorg financieel toegankelijker. Daarnaast zijn er verschillende initiatieven van zorgverzekeraars, gemeenten en (individuele) zorgaanbieders die een bezoek aan de tandarts financieel toegankelijker maken voor mensen met een smalle beurs.

Op initiatief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is daarnaast een traject gestart om ervoor zorgen dat meer kinderen van jonge leeftijd naar de tandarts gaan. Bijvoorbeeld door mondzorgcoaches in te zetten in de jeugdgezondheidszorg (consultatiebureau en schoolarts). Deze mondzorgcoaches kunnen:

- ouders erop wijzen dat mondzorg voor kinderen tot 18 jaar verzekerd wordt uit de basisverzekering en dat zij hiervoor geen eigen risico betalen;
- ouders informatie geven over het belang van mondverzorging bij jonge kinderen en ze helpen om de mondgezondheid van hun kind op orde te brengen en houden;

- ouders helpen om hun kind in te schrijven bij een tandartspraktijk en mee te nemen naar afspraken.

We zijn met veldpartijen in gesprek over hoe dit eruit gaat zien en hoe we dit gaan bekostigen.

Borging toegankelijkheid mondzorg

Tussen 2019 en 2021 hebben we samen met het veld zeven ambities geformuleerd voor de mondzorg. Eén van die ambities is dat de toegankelijkheid van de mondzorg op lange termijn geborgd moet zijn. Dat vraagt om inzet van beroepsverenigingen, cliënten- en patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en van ons. Maar het vraagt ook om inzet vanuit het ministerie van VWS en de politiek.

Het tekort aan personeel in de sector hangt namelijk niet alleen samen met de vergrijzing in Nederland. De afgelopen jaren zijn er structureel minder tandartsen opgeleid dan het Capaciteitsorgaan adviseert. Het is belangrijk dat de politiek de adviezen opvolgt van het Capaciteitsorgaan als het gaat om het aantal opleidingsplaatsen voor tandartsen en mondhygiënisten. Dit kan een grote bijdrage leveren aan het oplossen van het personeelstekort in de mondzorg.

Meer lezen:

- [NT/Dentz: Tandartsen die de komende jaren met pensioen gaan](#)
- [Staat van de mondzorg: Verhouding vraag-aanbod: tandartsratio](#)
- [Staat van de mondzorg: Wachttijden in de tandartspraktijken](#)
- [CBS: Mensen met lage welvaart ervaren minder kans op goede zorg](#)
- [Ambities mondzorg 2019-2021](#)
- [KNMT: Proef: mondzorgcoach op het consultatiebureau](#)
- [Capaciteitsorgaan: Capaciteitsplan 2024-2027](#)

Op de hoogte blijven van het laatste nieuws rondom de mondzorg? [Meld u dan nu aan](#) voor onze nieuwsbrief mondzorg.

Zie ook: [Kerncijfers mondzorg](#) | [Mondzorg](#) | [Nederlandse Zorgautoriteit](#)

2.3.13 Zorgverzekeringsmarkt en polisaanbod

In Nederland kunnen we ieder jaar kiezen voor een zorgverzekering die bij onze persoonlijke situatie past. Dat is een belangrijk uitgangspunt van ons zorgverzekeringsstelsel. Wij zien toe op het contracteerproces en een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt. We monitoren belangrijke trends en ontwikkelingen en zien dat het kiezen voor een polis niet eenvoudig is. Zorgverzekeraars hebben de belangrijke maatschappelijke rol om dit proces te vereenvoudigen. Ook de politiek kan hieraan bijdragen, namelijk door te onderzoeken of een aanvullend verbod op keuzerestricties in de basispolis voor de toegang tot aanvullende pakketten wenselijk is.

In het kort:

- We zien dat zorgverzekeraars geen restitutiepolicen meer aanbieden. Het aantal polissen en het aantal mensen dat kiest voor een andere polis is vrij stabiel gebleven.
- De contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders verliep vlotter dan een jaar eerder. Ook was de informatie van zorgverzekeraars over de status van de contractering duidelijker.
- Het valt ons op dat het polisaanbod nog te onoverzichtelijk is door polissen die nagenoeg gelijk zijn.
- Sommige zorgverzekeraars koppelen hun aanvullende verzekeringen nog steeds aan de basisverzekering. Dit ondanks eerdere oproepen van ons en de Autoriteit Consument & Markt (ACM) om hiermee te stoppen.

Ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt

Het is belangrijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders een soepel contracteerproces doorlopen, zodat consumenten tijdig weten waar ze aan toe zijn. Het afgelopen contracteerseizoen (2024) zagen we dat het contracteerproces vlotter verliep dan voorgaande jaren. Ook boden zorgverzekeraars duidelijkere informatie over de status van de contractering. Dit helpt de consument bij het maken van een weloverwogen keuze voor een nieuwe polis. Wij blijven inzetten op tijdige contractering door waar nodig onze regels en de Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg aan te passen. Daarvoor hebben we begin 2025 een evaluatie uitgezet. De uitkomsten hiervan gebruiken we om waar nodig aanscherpingen en verduidelijkingen aan te brengen in de regels en richtlijnen.

Zet het consumentenbelang voorop

We zien ook dat keuzes van zorgverzekeraars niet altijd in het belang van de consument zijn. Al jaren blijkt dat het voor de consument moeilijk is om een voor een passende zorgpolis te kiezen. Uit ons gezamenlijke onderzoek met ACM in 2024 kwam dit ook naar voren. Als mensen geen weloverwogen keuze kunnen maken voor een polis, kan dit leiden tot onnodige of onverwachte kosten. Bijvoorbeeld omdat er een goedkoper alternatief bestaat of door bijbetalingen bij ongecontracteerde zorg. In onze informatiekaart zorgverzekeringen constateren wij dat zorgverzekeraars een aantal keuzes maken die niet in het algemeen consumentenbelang zijn en die de solidariteit en transparantie van de polismarkt aantasten. Als toezichthouder zijn wij hier kritisch op. Zo zagen we in het overstapseizoen van 2024 dat het polisaanbod nog steeds te weinig onderscheidend is. Daarnaast blijven zorgverzekeraars hun aanvullende verzekeringen koppelen aan de basisverzekering. Zo maken zij de toegang tot de aanvullende verzekering afhankelijk van welke basisverzekering de verzekerde heeft. Hierdoor zijn consumenten soms onnodig duurder uit. Ook zagen we dat sommige zorgverzekeraars de premies van hun aanvullende verzekeringen later bekendmaakten dan die van de basisverzekeringen.

‘We zien dat keuzes van zorgverzekeraars niet altijd in het belang van de consument zijn.’

Tot slot zien we al drie jaar een premiestijging die grotendeels wordt veroorzaakt door een aanzienlijke stijging van de zorgkosten. Meer informatie over ontwikkelingen op de polismarkt is terug te vinden in onze informatiekaarten [Zorgverzekeringen 2024](#) en [Zorgverzekeringen 2025](#).

Vereenvoudig het keuzeproces

Het kiezen voor een polis is niet eenvoudig. Er komt veel informatie op mensen af, het is niet altijd duidelijk wat de keuzemogelijkheden zijn en niet iedereen beschikt over dezelfde kennis en vaardigheden. Wij vinden het belangrijk dat hier oog voor is in het zorgverzekeringsaanbod en de informatievoorziening eromheen. Zorgverzekeraars hebben een belangrijke maatschappelijke rol voor hun verzekerden, onder andere omdat zij de zorg voor hun verzekerden inkopen. We zouden graag zien dat zorgverzekeraars hun maatschappelijke taak beter oppakken en meer doen om consumenten te helpen een weloverwogen keuze te maken. Hier zijn nog de nodige stappen in te zetten. Het is aan zorgverzekeraars om:

- tijdig duidelijke informatie aan te bieden;
- aanvullende verzekeringen niet te koppelen aan bepaalde basisverzekeringen;
- tot een overzichtelijk polisaanbod te komen waar echt uit te kiezen valt.

Een aanvullend verbod op keuzerestricties in de basispolis voor de toegang tot aanvullende pakketten lijkt ons wenselijk. Wij kijken naar de politiek om de mogelijkheden hiervoor te onderzoeken.

Meer lezen:

- Nieuwsbericht NZa: [Aanbod zorgverzekeringen niet altijd in belang consument](#)
- [Informatiekaart Zorgverzekeringen 2025](#)
- Nieuwsbericht NZa: [Vlotte start contractering, geen restitutiepolissen: zo zit het dit overstapseizoen](#)
- [Informatiekaart Zorgverzekeringen 2024](#)
- Nieuwsbericht NZa: [Kiezen zorgverzekering nog steeds moeilijk voor consument](#)
- ACM en NZa: [Rapport Polisverschillen en consumentenkeuzes in de zorgverzekeringsmarkt](#)

Zie ook: [Kerncijfers zorgverzekeraars](#) | [Zorgverzekeraars](#) | [Nederlandse Zorgautoriteit](#)



Newtonlaan 1-41 ▪ 3584 BX Utrecht ▪ Postbus 3017 ▪ 3502 GA Utrecht

T **5.1.2.e** ▪ **5.1.2.e** @nza.nl ▪ www.nza.nl