

TALMA CONGRES 2026 · VU AMSTERDAM

Zorg onder druk

Barrières voor optimale toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg begrijpen en beslechten

De Nederlandse zorg staat voor grote uitdagingen. Dubbele vergrijzing, toenemende zorgvraag en structurele personeelsschaarste zetten de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg onder druk. In een prikkelend Lagerhuisdebat, interactieve werkvormen en plenaire lezingen gaan we op zoek naar onverwachte antwoorden.

DATUM	30 juni 2026
TIJD	09:30 – 17:30 uur
LOCATIE	Vrije Universiteit Amsterdam De Boelelaan 1105, Amsterdam
TAAL	Nederlands (plenaire sessie deels Engels)
GEORGANISEERD DOOR	Talma Instituut Vrije Universiteit Amsterdam

09:30
Opening

Blok 1
Parallelsessies

Blok 2
Parallelsessies

Blok 3
Parallelsessies

Plenair
Internationale sessie

17:30
Afsluiting

PROGRAMMA — PARALLELSESSIES

Drie blokken met vier parallelsessies van elk 30 minuten. Per sessie: 15 min. onderzoek + 15 min. co-creatie met de zaal. Kies per blok één sessie.

Blok 1

4 parallelsessies · elk 30 minuten

#	Centrale vraag	Toelichting
1.1	Hoe krijgen volumenormen betekenis in de uitvoering van zorg, en hoe vormen ze een strategisch instrument binnen zorgnetwerken?	Zowel in Nederland als in Londen (UK) worden volumenormen gebruikt om perspectieven op samenwerking te ondersteunen. Naarmate zorgpaden complexer en minder eenduidig zijn te definiëren, nemen discussies over volumenormen toe. Daarmee worden volumenormen niet alleen een technisch sturingsmiddel, maar ook een onderwerp van onderhandeling. Deze dynamiek heeft directe implicaties voor de actuele beleids- en samenwerkingsvraagstukken in de zorgsector.
1.2	Onder welke voorwaarden kan onderzoek effectief bijdragen aan duurzame beleidsverandering?	Talma-onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van wachttijdinformatie in de GGZ leidde tot brede bestuurlijke en politieke reacties en aanpassingen in de dataverzameling. Deze sessie richt zich niet op sturingsinstrumenten zelf, maar op de vraag hoe empirisch onderzoek beleidsprocessen beïnvloedt. Welke factoren bepalen of inzichten daadwerkelijk leiden tot structurele verandering, in plaats van tijdelijke aandacht? Aan de hand van de GGZ-casus analyseren we de interactie tussen onderzoek, toezichthouders en politiek, en bespreken we wat nodig is om impact te bestendigen binnen het zorgstelsel.
1.3	Wanneer draagt organisatieverandering in de zorg daadwerkelijk bij aan verbetering?	In de zorgsector wordt verandering vaak gepresenteerd als magische oplossing voor uiteenlopende problemen, waarbij transitie een doel op zich wordt. Dit geloof in de intrinsieke waarde van verandering leidt echter regelmatig tot onbedoelde en ongewenste effecten. Vanuit veranderkundig onderzoek wordt een kritischer perspectief geboden in de vorm van lessen over wanneer dominante veranderconcepten — zoals inspraak, harmonisatie, technologie of doorpakken — juist niet werken. Deze benadering nodigt uit tot reflectie op wanneer verandering daadwerkelijk bijdraagt aan verbetering.
1.4	Hoe wegen zorginkopers de spanning tussen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit — en sluit dat aan bij wat burgers willen?	Zorginkoop vereist een voortdurende afweging tussen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit, waarbij personeelskrapte en budgettaire beperkingen de spanning vergroten. Via serious games is onderzocht hoe zorginkopers deze afruil vormgeven binnen de GGZ en welke rol concurrentie daarbij speelt. De bevindingen worden gespiegeld aan de voorkeuren van burgers en patiënten uit een keuze-experiment en bieden zo inzicht in de mate waarin zorginkoop aansluit bij de maatschappelijke voorkeuren.

Blok 2

4 parallelsessies · elk 30 minuten

#	Centrale vraag	Toelichting
2.1	Aan welke eisen moet een prognosemodel voldoen om tijdig te kunnen sturen op de zorgplicht?	In co-creatie met zorgverzekeraars wordt deze vraag aan de hand van drie casussen beantwoord: kraamzorg, geneesmiddelenvoorziening en ggz. De prognosestelling verschilt sterk per sector: voor kraamzorg volstaat een relatief eenvoudig model, terwijl bij geneesmiddelen en ggz zowel aanbod- als vraaggedrag reageren op de beschikbaarheid van zorg. Dit roept fundamentele vragen op over de duiding en handhaafbaarheid van de zorgplicht binnen het huidige zorgstelsel.
2.2	Werkt concurrentie bij geneesmiddelen zoals verwacht — en wat betekent dat voor de betaalbaarheid van zorg?	Wat gebeurt er met prijzen als het patent op een geneesmiddel afloopt? Onze analyse laat zien dat de prijs van zo'n middel sterk daalt (tot circa 95%). Tegelijkertijd blijven vergelijkbare middelen die nog onder patent vallen juist even duur of worden zelfs duurder. Opvallend is dat dit niet leidt tot een verschuiving naar het goedkopere alternatief. Dit roept de vraag op of concurrentie in deze markt wel werkt zoals vaak wordt aangenomen. Wat betekent dit voor beleid, zorginkoop en de betaalbaarheid van geneesmiddelen?
2.3	Wat bepaalt of digitale middelen daadwerkelijk bijdragen aan betere zorg?	Digitale middelen worden met hoge verwachtingen ingezet in de zorg om zowel afstemming als klinische besluitvorming te verbeteren. Analyse van een Virtual Ward laat zien hoe digitale platforms de interactie tussen zorgverleners ondersteunen, terwijl toepassing van AI inzicht biedt in de ondersteuning van behandelbeslissingen. Beide vormen van digitale ondersteuning blijken nauw verweven met bestaande zorgprocessen. De wisselwerking tussen sociale en technische aspecten bepaalt in sterke mate de effectiviteit van deze middelen en is cruciaal voor het realiseren van duurzame verbeteringen in de organisatie en uitvoering van zorg.
2.4	Hoe kunnen we praktijkvariatie systematisch in kaart brengen en koppelen aan passende zorg?	Grote praktijkvariatie kan wijzen op niet-passende zorg, maar het systematisch duiden ervan is complex. Een nieuw analysekader combineert data uit de eerste en tweede lijn en stepped care om praktijkvariatie structureel zichtbaar te maken. Toepassing op bekkenbodempzorg laat zien hoe verschillen in verwijspatronen, behandelkeuzes en zorgactiviteiten tussen regio's en ziekenhuizen herleidbaar worden. Deze aanpak biedt concrete aanknopingspunten voor het bevorderen van passende zorg binnen diverse zorgpaden.

Blok 3

4 parallelsessies · elk 30 minuten

#	Centrale vraag	Toelichting
3.1	Wat verandert er daadwerkelijk in de zorg wanneer AI wordt ingevoerd?	Het debat over AI in de zorg wordt gedomineerd door zowel optimistische verwachtingen als fundamentele zorgen, terwijl de dagelijkse praktijk achterblijft bij beide perspectieven. De aandacht wordt verschoven van abstracte beloften naar concrete implementaties op de werkvloer. Daarbij staat centraal wat er daadwerkelijk verandert wanneer AI wordt ingezet: in werkprocessen, professionele autonomie en de relatie tussen zorgverleners en patiënten. Aan de hand van zes praktijkgerichte lessen wordt inzicht geboden in hoe AI betekenis krijgt voorbij het gepolariseerde debat.
3.2	Hoe verloopt samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten — ook als partijen dat niet willen?	Bij de hervorming van de langdurige zorg (HLZ) moesten zorgverzekeraars en gemeenten intensief samenwerken ("collaborative governance"). In de praktijk komt bij dergelijke samenwerkingsopgaven een terugkerend patroon naar voren: partijen ervaren eerst overweldiging door beleidsopgaven, waarna zij zich proberen te positioneren maar een beperkt gevoel van regie over de gehele situatie voelen en vervolgens de situatie herdefiniëren om de eigen visie te versterken ("uncollaborative behaviour"). Er is dus sprake van "uncollaborative behaviour" binnen "collaborative governance". Dit patroon is breed herkenbaar en relevant voor beleidsprocessen zoals het IZA.
3.3	Hoe kunnen partijen in de zorg effectief sturen zonder gedeelde doelen?	De verbetering van zorg voor kwetsbare ouderen vraagt om inzicht in hoe betrokken partijen strategisch op elkaar reageren. Analyse van een meerjarig actieonderzoek laat zien hoe huisartsen, wijkverpleegkundigen, gemeenten en zorgverzekeraars hun posities bepalen en beïnvloeden. Vanuit deze dynamiek is het concept van empathisch positioneren ontwikkeld: het expliciet begrijpen van eigen belangen, die van anderen en de mogelijke overlap daartussen. Deze benadering verschilt fundamenteel van samenwerken rond gedeelde doelen en biedt nieuwe perspectieven voor besluitvorming en sturing in de zorg.
3.4	Onder welke omstandigheden zijn mannen en jongeren bereid bij te dragen aan de zorg voor mensen met dementie?	De zorg voor mensen met dementie wordt in Nederland grotendeels gedragen door vrouwen, die gemiddeld 39 uur per week mantelzorg verlenen. In het licht van langer zelfstandig wonen is verbreding van deze ondersteuning noodzakelijk. Via keuze-experimenten is geanalyseerd onder welke omstandigheden mannen en jongeren bereid zijn laagintensieve zorgtaken en sociale ondersteuning te bieden. Factoren zoals arbeidsflexibiliteit en financiële zekerheid blijken daarbij bepalend en bieden aanknopingspunten voor beleid gericht op duurzame ondersteuning van ouderen thuis.

PLENAIRE SESSIE

INTERNATIONAAL · DEELS IN HET ENGELS

In hoeverre kan informatieverstrekking aan verzekerden bijdragen aan betere sturing op zorggebruik?

Zwitserse ervaringen laten zien dat proactieve en gepersonaliseerde informatieverstrekking aan individuele verzekerden kan functioneren als een effectief en kostenefficiënt sturingsinstrument. Vanaf 1 juli a.s. is het Zwitserse zorgverzekeraars wettelijk toegestaan om individuele verzekerden gericht te informeren. De vraag is in hoeverre en onder welke voorwaarden deze aanpak toepasbaar is binnen de Nederlandse context, specifiek in de GGZ. Daarbij staan de mogelijkheden voor verzekeraars centraal om met gerichte informatie het zorggebruik te beïnvloeden, zonder afbreuk te doen aan toegankelijkheid en keuzevrijheid — en welke beleidsmatige randvoorwaarden daarvoor nodig zijn.

Aanmelden voor het Talma Congres 2026
30 juni 2026 · 09:30–17:30 · Vrije Universiteit Amsterdam

form.jotform.com/261054324601344