

Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025

Hoe voerden zorgverzekeraars de Zorgverzekeringswet (Zvw) uit in 2025?



17 maart 2026

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1 Inleiding	5
2 Zorgplicht en toegankelijkheid	6
2.1 Verscherpt toezicht bij zorgverzekeraar om zorgplicht	6
2.2 Invulling zorgplicht generieke geneesmiddelen	6
2.3 Invulling zorgplicht in de kraamzorg	7
2.4 Invulling zorgplicht gedwongen opnamen	8
2.5 Toegang tot fysiotherapie	8
2.6 Regionale samenwerking bij Mentale Gezondheidsnetwerken	9
3 Polismarkt	10
3.1 Zorgpremie	10
3.2 Veranderingen in polisaanbod 2025	11
3.3 Aanvullende verzekeringen	11
4 Zorginkoop en transparantie	12
4.1 Contracteerproces 2025-2026	12
4.2 Onderzoek informatieverstrekking tijdens overstapperiode	12
4.3 Evaluatie Handvatten en regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw	12
5 Financiële verantwoording	14
5.1 Onderzoek risicoverevening	14
5.2 Verantwoordingskader Transformatieplannen	14

Samenvatting

Zorgverzekeraars spelen een cruciale rol binnen het Nederlandse zorgstelsel. Bij de uitvoering van hun taken dienen zorgverzekeraars zich onder meer te houden aan de Zorgverzekeringswet (Zvw), waarop de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) toezicht houdt. In dit rapport brengen wij verslag uit over de manier waarop zorgverzekeraars de Zvw 2025 hebben uitgevoerd, gebaseerd op onze eigen onderzoeksresultaten. We richten ons op de volgende onderwerpen:

- zorgplicht en toegankelijkheid
- polismarkt
- zorginkoop en transparantie
- financiële verantwoording

Zorgplicht en toegankelijkheid

In Nederland wordt zorg steeds schaarser door toenemende vraag, vergrijzing, innovatie, en personeelstekorten. Dat leidt in sommige plekken en/of sectoren tot langere wachttijden. Zorgverzekeraars dragen de verantwoordelijkheid om hun zorgplicht te waarborgen, wat in het geval van een natura-aanspraak inhoudt dat zij ervoor moeten zorgen dat hun verzekerden toegang hebben tot zorg binnen een redelijke tijd en afstand. Die zorg moet voldoen aan de wettelijke kwaliteitseisen. We hebben in 2025 onderzocht hoe zorgverzekeraars deze zorgplicht uitvoeren in verschillende zorgsectoren. Zo zien wij bij de invulling van zorgplicht voor kraamzorg en geneesmiddelen dat er verbeterpunten zijn in de werkwijze van zorgverzekeraars. Wij verwachten van zorgverzekeraars een meer proactieve rol om knelpunten tijdig te signaleren, op te lossen en bij te sturen. Daarnaast hebben we in 2025 nauwlettend toezicht gehouden op een zorgverzekeraar die niet volledig voldeed aan een aanwijzing uit 2024 met betrekking tot de zorgplicht. In december 2025 hebben we dit verscherpt toezicht opgeheven, omdat de zorgverzekeraar de openstaande punten uit de aanwijzing voldoende had opgevolgd. We blijven de invulling van de zorgplicht door de zorgverzekeraars in algemene zin volgen via ons reguliere toezicht.

Polismarkt

De NZa monitort de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg door onderzoek te doen en toezicht te houden op de zorgverzekeringsmarkt. In 2025 was de gemiddelde zorgpremie 157 euro per maand. Dit was een minder sterke stijging dan in voorgaande jaren. Zorgverzekeraars zetten reserves in om de premiestijging te beperken. Het aantal aangeboden polissen bleef in 2025 gelijk ten opzichte van 2024, namelijk 59 polissen. We beschouwen het aanbod aan zorgverzekeringen die niet of nauwelijks van elkaar verschillen, als ongewenst, aangezien dit de transparantie voor consumenten niet bevordert. Daarnaast werden restitutiepolissen vervangen door combinatiepolissen. Volgens zorgverzekeraars was dit vanwege de hoge kosten van declaraties voor niet-gecontracteerde zorg.

Zorginkoop en transparantie

De NZa houdt toezicht op de transparantie van het zorginkoopproces en de informatie die zorgverzekeraars aan consumenten verstrekken. In het contracteerproces voor 2025-2026 was op peildatum 8 december 2025 de contracteergraad in veel sectoren lager dan vorig jaar in dezelfde periode (peildatum 8 december 2024). Alleen bij de instellingen in de wijkverpleging die face-to-face zijn gecontracteerd, was een hoger percentage gecontracteerd op 8 december 2025 ten opzichte van 2023 en 2024. Daarnaast onderzocht de NZa de bruikbaarheid van de informatie op websites van zorgverzekeraars tijdens de overstapperiode, zodat consumenten weloverwogen keuzes kunnen

maken. De resultaten volgen in het voorjaar van 2026. In 2025 werd ook een evaluatie uitgevoerd van de Handvatten Contractering en Transparantie en de Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw. Deze documenten zijn aangepast en geactualiseerd.

Financiële verantwoording

Zorgverzekeraars moeten controleren of zorgdeclaraties voldoen aan de wettelijke eisen (Zvw en Wet marktordening gezondheidszorg, Wmg) om fouten te voorkomen en de zorgkosten betaalbaar te houden. In 2025 heeft de NZa het onderzoek naar de risicoverevening geïntensiveerd. Alle zorgverzekeraars en hun accountants zijn onderzocht, met extra aandacht voor risicovolle posten zoals specifieke declaratiecodes, buitenlandse zorgkosten en kosten zonder vastgesteld NZa-tarief. Naar deze laatste categorie loopt een verdiepend onderzoek, waardoor de definitieve vaststelling van de verantwoordingsinformatie over het jaar 2022 is uitgesteld tot het voorjaar van 2026. Daarnaast is voor de transformatiemiddelen uit het Integraal Zorgakkoord een verantwoordingskader ontwikkeld. Onderzoeken over 2023, 2024 en 2025, laten zien dat de transformatiemiddelen bij alle zorgverzekeraars plausibel zijn besteed en rechtmatig kunnen worden ingebracht in de risicoverevening.

Na de inleiding op de volgende pagina gaan we uitgebreider in op de verschillende thema's.

1 Inleiding

Zorgverzekeraars hebben een spilfunctie in het Nederlandse zorgstelsel en vervullen een belangrijke maatschappelijke rol. Ze onderhandelen namens hun verzekerden met zorgaanbieders over de kwaliteit, omvang en prijs van de in te kopen zorg. Bij de uitvoering van hun taken moeten zorgverzekeraars zich onder meer houden aan de Zvw. De NZa houdt hier toezicht op. In dit samenvattend rapport - zoals bedoeld in artikel 24 van de Wmg - doen wij verslag van de wijze waarop zorgverzekeraars de Zvw in 2025 hebben uitgevoerd. We baseren ons hierbij op de onderzoeken die we hebben gedaan.

Rol zorgverzekeraars

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is verplicht om een zorgverzekering af te sluiten. Zorgverzekeraars bieden een scala aan zorgpolissen voor deze verplichte basisverzekering waaruit verzekerden kunnen kiezen. Met de zorgverzekering kunnen verzekerden zorg (vergoed) krijgen wanneer zij dat nodig hebben. De zorgplicht van zorgverzekeraars houdt immers in dat een verzekerde de zorg krijgt (in geval van natura-aanspraken), of vergoeding van de kosten van zorg en desgevraagd zorgbemiddeling (in het geval van restitutie-aanspraken), waar hij behoefte aan heeft en wettelijk aanspraak op maakt. Zorgverzekeraars zetten zich in voor kwalitatief goede en toegankelijke zorg tegen een betaalbare prijs, door afspraken te maken met zorgaanbieders over inkoopvoorwaarden. Daarmee vervullen zorgverzekeraars een spilfunctie in het voeren van regie op een toekomstbestendig en passend zorgaanbod – op lokaal, regionaal en landelijk niveau.

In het najaar kan iedereen kiezen voor een (nieuwe) zorgverzekering. Om een goede keuze te kunnen maken, is het belangrijk dat zorgverzekeraars informatie geven die duidelijk, actueel en bruikbaar is. Zorgverzekeraars moeten iedereen voor de basisverzekering accepteren, ongeacht leeftijd, leefstijl, inkomen of ziektehistorie. Ook mogen ze voor dezelfde polis geen verschillende premies hanteren. Deze acceptatieplicht (artikel 3) en het verbod op premiedifferentiatie (artikel 17) zijn bij wet geregeld in de Zvw. Nadat de verzekerde zorg heeft ontvangen, krijgt de verzekerde of zijn zorgverzekeraar hiervoor een rekening. Zorgverzekeraars controleren of de ten laste van de zorgverzekering gedeclareerde zorg aan de geldende voorwaarden voldoet.

Toezicht NZa

De NZa ziet toe op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Om te beoordelen of zorgverzekeraars zich houden aan hun verplichtingen vanuit de Zvw, Wmg en regelgeving die hieruit voortvloeit, voeren wij onderzoeken en acties uit. Door middel van analyses prioriteren we onze aanpak van problemen in de zorg. Daarnaast reageren we op actualiteiten en op meldingen die we krijgen van inwoners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Naast ons toezicht op de naleving door zorgverzekeraars van bepalingen op grond van de Zvw en Wmg, richten we ons ook vanuit een breder perspectief op specifieke maatschappelijke thema's op het vlak van toegankelijke, betaalbare en passende zorg voor inwoners.

In onderstaande hoofdstukken lichten we toe wat we in onze onderzoeken hebben geconstateerd als het gaat om de thema's zorgplicht en toegankelijkheid, de polismarkt, de zorginkoop en transparantie, en tot slot de financiële verantwoording door zorgverzekeraars.

2 Zorgplicht en toegankelijkheid

De wettelijke zorgplicht van zorgverzekeraars speelt een belangrijke rol bij het toegankelijk houden van zorg. De zorgplicht is een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar tegenover zijn verzekerden. Dit betekent in geval van een natura-aanspraak (zoals die voorkomt bij een naturapolis of een combinatiepolis) dat verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moeten hebben tot de zorg uit het basispakket of overige diensten waar de verzekerde aanspraak op heeft. Die zorg moet voldoen aan de wettelijke kwaliteitseisen. Zorgverzekeraars moeten daarvoor voldoende zorg inkopen en pro-actief de zorglevering (laten) organiseren. Zorgplicht betekent in geval van verzekerde prestaties in restitutievorm (zoals die voorkomen bij een restitutiepolis of een combinatiepolis) dat verzekerden recht hebben op de vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten en ook, desgevraagd, zorgbemiddeling. Wat wij van zorgverzekeraars verwachten bij de uitvoering van hun zorgplicht, beschrijven we in de 'Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw' en het document 'de zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars'.

2.1 Verscherpt toezicht bij zorgverzekeraar om zorgplicht

De NZa heeft in 2025 in een traject van verscherpt toezicht nauwgezet gevolgd hoe een zorgverzekeraar de openstaande punten van een niet volledig opgevolgde aanwijzing op het gebied van zorgplicht oppakte. Dit ging over de sectoren geestelijke gezondheidszorg (ggz) en medisch specialistische zorg (msz) in een specifieke regio. Op 18 december 2025 publiceerden we de conclusie dat we het verscherpt toezicht op de uitvoering van de zorgplicht door de zorgverzekeraar is opgeheven. De reden hiervoor was dat de nog openstaande punten uit de aanwijzing van 4 maart 2024 voldoende waren opgevolgd. De ingezette veranderingen blijven wij volgen via het reguliere toezicht.

De NZa onderzocht eerder in 2023 en 2024 in vier regio's met wachttijden boven de Treeknormen voor de ggz en msz de inspanningen van de grootste zorgverzekeraar in die regio. Uit dit onderzoek bleek dat er verbetermogelijkheden waren voor alle onderzochte zorgverzekeraars bij het uitvoeren van hun zorgplicht. De grootste verbeterpunten waren (1) het in beeld krijgen van de knelpunten in het aanbod, (2) de acties die zij daarop nemen en het evalueren en bijstellen van deze acties. Wij verwachtten dat de onderzochte zorgverzekeraars zich op de genoemde punten verbeteren.

2.2 Invulling zorgplicht generieke geneesmiddelen

Tekorten aan geneesmiddelen kunnen een grote impact hebben op patiënten en hun naasten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar heeft de verantwoordelijkheid om vanuit zijn zorgplicht mensen op tijd te helpen aan de juiste medicijnen. Daarom onderzocht de NZa de inspanningen van zorgverzekeraars op hun zorgplicht om mensen tijdig te helpen aan de juiste geneesmiddelen.

Wij zien dat zorgverzekeraars op een paar punten hun werkwijze kunnen verbeteren. We verwachten van zorgverzekeraars een proactieve houding als regisseur en dat zij zich binnen hun mogelijkheden tot het uiterste inspannen om aan de zorgplicht te voldoen. Om die regierol goed te kunnen oppakken, is verbetering nodig van hun inzicht in huidige en toekomstige vraag en aanbod van generieke geneesmiddelen die mensen bij de apotheek kunnen krijgen. We verwachten van een zorgverzekeraar dat hij dit inzicht heeft en op tijd kan ingrijpen waardoor een tekort aan medicijnen sneller kan worden

opgelost of zelfs kan worden voorkomen. Zorgverzekeraars zijn voor dit verbeterde inzicht afhankelijk van anderen. Daarom roepen wij onder andere fabrikanten, apotheken en overheidsinstanties op om zorgverzekeraars te helpen aan informatie zodat zij tot een goed totaalbeeld komen. We verwachten van zorgverzekeraars dat zij het initiatief nemen om samen met de betrokken partijen vooruit te kijken naar mogelijke situaties.

In deze brief hebben we toegelicht wat we van zorgverzekeraars verwachten als het gaat om de uitvoering van hun zorgplicht. De bevindingen zijn teruggekoppeld naar de individuele zorgverzekeraars en wij gaan ervan uit dat zij ermee aan de slag gaan. Het is aan zorgverzekeraars zelf om – binnen de wettelijke kaders - te bepalen hoe zij ervoor gaan zorgen dat mensen in Nederland tijdig de geneesmiddelen krijgen die zij nodig hebben. Wij hebben zorgverzekeraars gevraagd ons te informeren over de voortgang. In deze brief koppelden we onze reactie hierop terug. Wij moedigen zorgverzekeraars aan om de ingezette beweging door te zetten om de beschikbaarheid van generieke geneesmiddelen te bevorderen en blijven de voortgang volgen in ons toezicht op de zorgplicht.

2.3 Invulling zorgplicht in de kraamzorg

De toegang tot kraamzorg staat al enkele jaren onder druk. Vooral in de zomerperiode is het in sommige regio's steeds lastiger om kraamzorg te regelen voor vrouwen die dat nodig hebben. Naast een collectieve aanpak van zorgverzekeraars en (bij de branchevereniging aangesloten) zorgaanbieders om de toegankelijkheid in de kraamzorg te borgen, is het van belang dat de zorgverzekeraar zich vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid inspant voor de toegankelijkheid van de kraamzorg. De NZa onderzocht daarom de inspanningen van zorgverzekeraars op hun zorgplicht voor de kraamzorg. Zorgverzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht de verantwoordelijkheid om te borgen dat hun verzekerden steeds tijdig toegang hebben tot de juiste kraamzorg. Hoewel we zagen dat zorgverzekeraars hierin stappen zetten en er plannen klaarlag, verwachtten we over het algemeen dat zij meer aandacht besteden aan de uitvoering. We verwachten van een zorgverzekeraar dat hij inzicht heeft in de (toekomstige) zorgvraag, zorgt dat het aanbod toegankelijk is en mogelijke knelpunten hierin signaleert. Dit inzicht gebruikt hij om vooruit te kijken om mogelijke gevolgen voor kraamvrouwen te bepalen en op zoek gaat naar manieren om dit op te lossen. De zorgverzekeraar evalueert zijn aanpak en stuurt waar nodig bij. Verschillende zorgverzekeraars verbeterden al hun algemene interne processen en controles om de zorgplicht beter na te komen, waaronder op de kraamzorg. Een aantal zorgverzekeraars heeft hierin nog stappen te zetten. Onze algemene terugkoppeling hebben we gepubliceerd. We verwachten dat zorgverzekeraars met de aan hen teruggekoppelde individuele beoordeling aan de slag gaan en blijven dit volgen.

Landelijke aanpak

De toegankelijkheid van de kraamzorg staat in Nederland al langere tijd onder druk. In het vervolg op het convenant van 2023 hebben Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Bo Geboortezorg voor 2024-2025 het eerder gesloten convenant aangescherpt om de toegankelijkheid van de kraamzorg ook voor die jaren zo hoog mogelijk te houden. Onderdeel van dat convenant is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de kraamzorguren zo goed mogelijk spreiden over de kraamvrouwen voor de regio's waar schaarste heerst, zodat in ieder geval de minimaal 24 uur kraamzorg, en zo nodig digitale zorg, geboden kan worden. Ook is er een opleidingsfonds ingericht waarmee meer kraamverzorgenden opgeleid kunnen worden. Daarnaast hebben ZN en Bo Geboortezorg een gezamenlijke toekomstvisie opgesteld en gekoppeld aan een uitvoeringsagenda om de sector toekomstbestendig te maken. Samen met ZN, Bo Geboortezorg, het ministerie van VWS, het Zorginstituut en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) blijft de NZa hierbij betrokken.

2.4 Invulling zorgplicht gedwongen opnamen

De NZa onderzocht of zorgkantoren en zorgverzekeraars hun zorgplicht nakomen voor mensen die met spoed onvrijwillig worden opgenomen in een zorginstelling. Het gaat om mensen die een crisismaatregel of een inbewaringstelling krijgen opgelegd omdat zij een gevaar vormen voor zichzelf of hun omgeving. De opname van deze mensen moet binnen 24 uur worden geregeld en duurt maximaal 3 dagen. Er zijn landelijke afspraken gemaakt voor deze crisiszorg. Tijdens ons onderzoek hebben we schriftelijke informatie opgevraagd, zijn we op controlebezoeken geweest en hebben we gezamenlijke bijeenkomsten gehouden. Deze informatie hebben we verwerkt in een beoordelingskader om tot een oordeel te komen. Uit het onderzoek blijkt dat de vraag naar crisisplekken de afgelopen 5 jaar zeer stabiel is en dat er voldoende crisisplekken beschikbaar zijn. We concluderen dat zorgkantoren en zorgverzekeraars voldoende regie nemen om deze zorg goed te organiseren en daarmee voldoen aan hun zorgplicht.

2.5 Toegang tot fysiotherapie

De NZa heeft onderzoek gedaan naar het functioneren van de markt voor paramedische zorg met bijzondere aandacht voor het borgen van de toegankelijkheid hiervan nu en in de toekomst. Het is de eerste in een reeks onderzoeken naar de paramedische sector. Er volgen nog onderzoeken naar logopedie, ergotherapie, oefentherapie en diëtiek. Deze onderzoeken doen we op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport na signalen van problemen in de sector, waaronder lange wachttijden, hoge uitstroomcijfers onder zorgaanbieders, onvrede over de hoogte van vergoedingen en het contracteerproces. De onderzoeken moeten een beter beeld geven van de marktontwikkelingen en de achterliggende oorzaken van de signalen van druk op de toegang tot paramedische zorg.

Op basis van het Marktonderzoek Fysiotherapeutische Zorg concluderen we dat er geen acute signalen van verminderde toegankelijkheid zijn en er geen structurele problemen zichtbaar zijn in de zin van lange wachttijden, slechte bereikbaarheid of beperkt beschikbare aanbod. Voor de meeste hulpvragen kunnen mensen snel bij een fysiotherapeut in de wijk terecht. Tegelijkertijd wijzen onderliggende trends op een toekomstig risico voor de continuïteit van zorg. Fysiotherapie heeft een belangrijke rol in het voorkomen van zwaardere zorg, het ontlasten van huisartsen en het versterken van zelfredzaamheid van patiënten. Om ervoor te zorgen dat de zorg ook in de toekomst beschikbaar blijft, is gezamenlijke inzet nodig van fysiotherapeuten en zorgverzekeraars en moeten bepaalde keuzes binnen het stelsel overwogen worden.

Een mogelijke keuze is volgens ons om de eerste twintig behandelingen voor chronisch zieken te vergoeden via de basisverzekering. Hiermee worden financiële drempels weggenomen voor chronisch zieken, kunnen fysiotherapeuten een betekenisvollere bijdrage leveren aan de beweging naar passende zorg en krijgen zij daarmee een stevigere rol binnen het zorgstelsel. Deze overweging geven we mee aan de politiek. Uit ons marktonderzoek blijkt verder dat er een effectievere samenwerking in de sector nodig is. Dit geldt niet alleen tussen zorgaanbieders onderling, maar ook tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en hun branchevertegenwoordigers. Primair ligt de verantwoordelijkheid bij de veldpartijen zelf om gezamenlijk tot afspraken te komen. We doen de oproep aan fysiotherapeuten en zorgverzekeraars om werk te maken van het verbeteren van de samenwerking. Daarnaast stellen we voor om periodiek te blijven monitoren hoe de sector ervoor staat, zodat er tijdig ondersteund en ingegrepen kan worden als dat nodig is.

2.6 Regionale samenwerking bij Mentale Gezondheidsnetwerken

In 2025 heeft de NZa een onderzoek uitgevoerd naar de uitvoering van de regioplannen op het onderwerp Mentale gezondheid. Dit thema is in alle regioplannen die in 2024 zijn gepubliceerd als prioritaire opgave opgenomen. Wij hebben in zes regio's gesprekken gevoerd over de vorming van Mentale gezondheidsnetwerken (MGN), een belangrijk onderdeel van de beoogde transformaties vanuit het Integraal Zorgakkoord en het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord. De zorgverzekeraars hebben bij de realisatie van de verschillende afspraken een belangrijke rol.

Het doel van het MGN is mensen met een hulpvraag eerder en op passende wijze te helpen. Wij hebben met de partijen die samen dit MGN vormen, afzonderlijk gesproken (huisartsen, ggz-kerninstellingen, en sociaal werk-organisaties). Ook hebben we met de meest betrokken zorgverzekeraar en gemeente gesproken. De gespreksronde in de regio's hebben we afgesloten met een gezamenlijke dialoogsessie.

Op hoofdlijnen zagen wij dat de urgentie in alle regio's door alle partijen wordt gevoeld om samen te werken aan oplossingen voor de hoge ggz-zorgvraag en de wachtlijsten. Ook deelt men het inzicht dat er grote kansen liggen in het sociaal domein om de zorgvraag te voorkomen of om mensen die mentaal lijden op andere wijze verder te helpen in het leven. Het MGN kan daarin een goede rol vervullen, blijkt uit pilots, als het goed wordt aangesloten op de lokale context en prioriteiten.

De domeinoverstijgende samenwerking in het MGN stelt partijen in het implementatieproces voor veel uitdagingen op het gebied van de financiering en bekostiging, in de organisatorische randvoorwaarden en in het samenwerkingsproces. In ons rapport geven we hier inzicht in. De samenwerkende regionale en landelijke partijen moeten samen tot oplossingen komen. De zorgverzekeraars hebben hierin een actieve rol vervuld. We verwachten van de zorgverzekeraars dat ze dat blijven doen, vanuit de zorgplicht voor tijdige en passende zorg voor verzekerden geredeneerd, waaraan een effectief MGN een bijdrage kan leveren.

3 Polismarkt

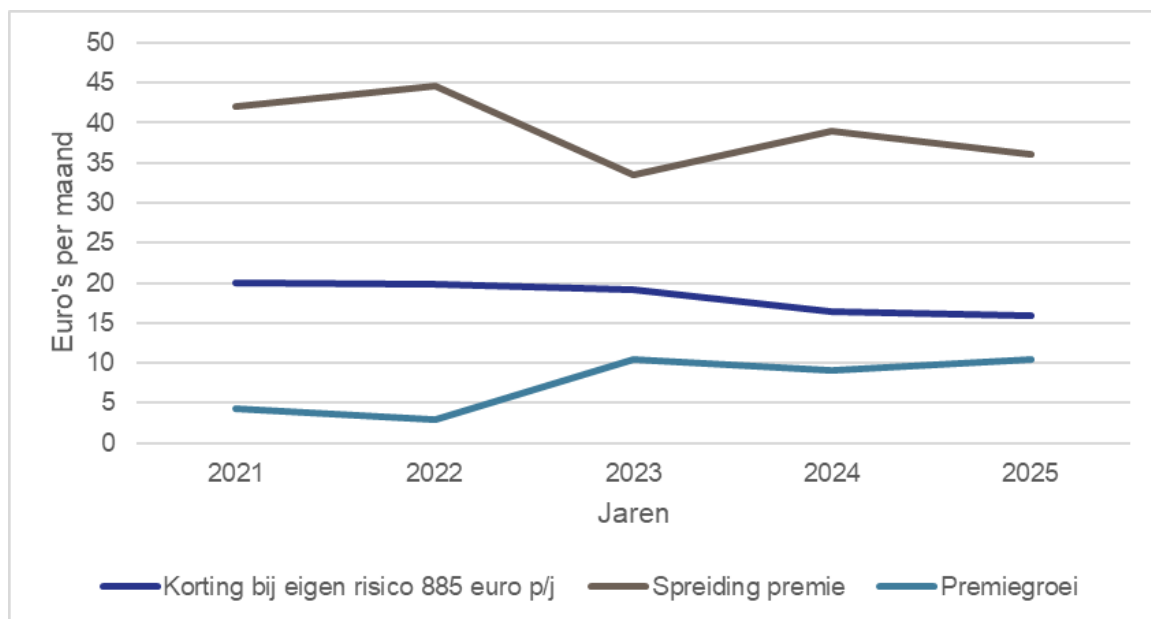
Een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt is belangrijk voor solidariteit en vertrouwen in de zorg. Daarom houdt de NZa toezicht op en doet zij onderzoek naar de zorgverzekeringsmarkt. Zo kijken we naar het polisaanbod en de informatie die zorgverzekeraars aan consumenten verstrekken. Om een goed geïnformeerde (zorg)keuze te kunnen maken, is het noodzakelijk dat zorgverzekeraars consumenten bruikbare keuze-informatie bieden. Dat is het hele jaar relevant, maar in het bijzonder wanneer consumenten voor een polis kunnen kiezen.

We benoemen hieronder de belangrijkste ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt over het jaar 2025 en de uitvoering ervan door zorgverzekeraars. Deze informatie is ook te vinden in de drie informatiekaarten zorgverzekeringen die we hierover publiceerden in [december 2024](#), [mei 2025](#) en [december 2025](#). De nieuwe informatiekaart volgt eind mei 2026.

3.1 Zorgpremie 2025

In 2025 was de (ongewogen) gemiddelde premie 157 euro per maand. De zorgpremie is minder hard gestegen dan de afgelopen jaren. Voor 2025 hebben zorgverzekeraars 0,4 miljard euro van hun reserves ingezet om de premiestijging te dempen. Voor 2024 was dit 0,2 miljard. Zorgverzekeraars mogen jaarlijks zelf bepalen of, en hoeveel, reserves zij inzetten.

Figuur 1. Zorgpremie korting, spreiding en groei



Bron: NZa

Figuur 1 gaat in op de premieontwikkeling van de afgelopen jaren. Deze cijfers zijn een ongewogen gemiddelde van alle aangeboden polissen. Zo zien we dat het verschil tussen de laagste en de hoogste premie van 2024 naar 2025 licht is gedaald.

3.2 Veranderingen in polisaanbod 2025

In 2025 bieden tien concerns met twintig zorgverzekeraars 59 polissen aan. Het totaal aanbod van polissen is gelijk aan dat in 2024. Tabel 1 laat 37 naturapolissen en 22 combinatiepolissen in 2025 zien. Per 2025 worden er geen restitutiepolsen meer aangeboden. Deze polissen zijn vervangen door combinatiepolissen met gecontracteerde zorg en een vergoedingsbeperking. Zorgverzekeraars gaven aan dat de hoge kosten van declaraties voor met name niet-gecontracteerde wijkverpleging en ggz, waardoor de restitutiepolsen te duur werden, hiervan de oorzaak zijn. Er is daardoor een toename in het aantal combinatiepolissen zichtbaar.

Tabel 1. Ontwikkeling van het polisaanbod over de jaren 2022-2025

Type zorgpolissen	2022	2023	2024	2025
Natura	37	37	36	37
Combinatie	12	16	19	22
Restitutie	11	7	4	0
Totaal	60	60	59	59

Bron: NZa

Het totaal aantal polissen neemt de laatste jaren niet af. Wij vinden dit een ongewenste ontwikkeling, omdat dit grote aanbod aan polissen de transparantie van het polisaanbod niet verbetert. Het is aan zorgverzekeraars om te zorgen voor bruikbare informatie, zodat consumenten weloverwogen kunnen kiezen voor een zorgverzekering. Dit onderdeel is meegenomen in ons onderzoek naar de bruikbaarheid van informatie voor consumenten op de websites van zorgverzekeraars afgelopen overstapperiode (zie hoofdstuk 4.2 Onderzoek informatieverstrekking tijdens overstapperiode).

3.3 Aanvullende verzekeringen

Ziektekostenverzekeraars bieden in 2025 166 aanvullende verzekeringen aan (exclusief mondzorgverzekeringen). We hebben beperkte toezichtbevoegdheden op het gebied van de aanvullende verzekeringen. Zorgverzekeraars zijn vrij om zelf de dekking, de premiestelling en het acceptatiebeleid in te vullen. Wel zien we dat zorgverzekeraars hun aanvullende verzekeringen nog steeds koppelen aan bepaalde basisverzekeringen. Dit vinden wij onwenselijk, omdat hiermee de keuzevrijheid van consumenten wordt beperkt. Daarnaast leidt het tot hogere kosten voor de consument, gezien een aanvullende verzekering soms alleen gecombineerd kan worden met een duurdere basisverzekering. We roepen zorgverzekeraars op om hun maatschappelijke verantwoordelijkheid te nemen en om te stoppen met handelingen die niet in het belang zijn van de consument.

4 Zorginkoop en transparantie

Via de zorginkoop regelen zorgverzekeraars dat hun (natura)verzekerden de zorg krijgen die zij nodig hebben. Die zorg moet wel passend zijn. In de contracten met zorgaanbieders hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om afspraken te maken over de prijs, het volume, de beschikbaarheid, kwaliteit en de organisatie van passende zorg. Zorgverzekeraars kunnen zich met een goede zorginkoop onderscheiden van concurrenten. De NZa houdt toezicht op de transparantie van het zorginkoopproces en de informatieverstrekking door zorgverzekeraars aan consumenten.

4.1 Contracteerproces 2025-2026

Net als in de vorige overstapperperiode is de voortgang van de contractering en de vergoeding tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook in dit jaar door ons gevolgd. Voor consumenten is het belangrijk om te weten of zij de zorg volledig krijgen vergoed wanneer zorgaanbieder en zorgverzekeraar nog in onderhandeling zijn over een contract. De verzekerde kan tussen 12 november en 31 december een zorgverzekering opzeggen en heeft dan nog een maand om een nieuwe zorgverzekering af te sluiten.

De informatiekaart van december 2025 laat zien dat het aantal gesloten contracten in 2025 voor het contractjaar 2026 in veel sectoren lager is dan vorig jaar in dezelfde periode met peildatum 8 december. Alleen bij de instellingen in de wijkverpleging die face-to-face zijn gecontracteerd zien we een afwijkend beeld, op 8 december in 2025 is er een hoger percentage gecontracteerd dan in 2023 en 2024. Daarnaast hebben we afgelopen overstapperperiode relatief veel meldingen ontvangen van ggz-aanbieders over de contractvoorstellen van zorgverzekeraars. Als gevolg daarvan zijn wij een toezichtonderzoek gestart naar de totstandkoming en onderbouwing van tarieven bij contractvoorstellen van zorgverzekeraars voor de geestelijke gezondheidszorg. Wij beoordelen niet inhoudelijk de contractvoorstellen, maar kijken of de tarieven bij de contractvoorstellen van zorgverzekeraars voldoende toegelicht worden zoals de Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw verlangt.

De eerstvolgende informatiekaart Zorgverzekeringen gaat nader in op het contracteerproces 2025-2026.

4.2 Onderzoek informatieverstrekking tijdens overstapperperiode

Het is aan zorgverzekeraars om te zorgen voor bruikbare informatie en een overzichtelijk polisaanbod zodat consumenten een weloverwogen keuze voor hun zorgverzekering kunnen maken. Daarom hebben wij afgelopen overstapeseizoen gekeken in hoeverre de informatie op de websites van zorgverzekeraars bruikbaar is voor consumenten. Met dit onderzoek zetten we het perspectief van de consument centraal. De inzichten uit het onderzoek vormen de basis om ons toezicht scherper in te richten. De resultaten van dit onderzoek publiceren wij dit voorjaar op onze website.

4.3 Evaluatie Handvatten en regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw

Begin 2025 is een uitgebreide evaluatie uitgevoerd naar onze Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg en Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw (Regeling). In het

verdere jaar hebben wij de ontvangen reacties op de vragenlijst geanalyseerd, gewogen, en waar mogelijk verwerkt. De nieuwe versies van de Handvatten en Regeling hebben wij begin 2026 gepubliceerd.

Er zijn in de Handvatten inhoudelijke wijzigingen doorgevoerd, de tekst is op verschillende onderdelen verduidelijkt en vereenvoudigd en de naam is veranderd naar Handvatten Zorgcontractering. Ook is de opbouw van de Handvatten aangepast, waardoor sommige passages een andere plek hebben gekregen. Parallel is de Regeling herzien vanwege de nauwe verwevenheid met de Handvatten. De Regeling heeft een nieuwe naam gekregen, namelijk de Regeling Transparantie zorgcontractering Zvw. In de Regeling zijn ook enkele inhoudelijke aanpassingen doorgevoerd. De nieuwe Handvatten zijn vastgesteld per 1 maart 2026. De geactualiseerde Regeling geldt voor alle contracten die ingaan vanaf 1 januari 2027.

5 Financiële verantwoording

Als een verzekerde zorg heeft gehad, krijgt de zorgverzekeraar daarvan de rekening. Via de verzekerde of rechtstreeks van de zorgaanbieder. Zorgaanbieders moeten de geleverde zorg correct in rekening brengen. Zorgverzekeraars hebben de taak om te controleren of de declaratie voor zorg ten laste van de zorgverzekering voldoet aan de voorwaarden die de Zvw en de Wmg stellen, fouten op te sporen en zo nodig te laten herstellen door de zorgaanbieder. Dit is belangrijk om de collectieve zorgkosten en de premie voor de basisverzekering betaalbaar te houden.

5.1 Onderzoek risicoverevening

De NZa heeft het jaarlijkse onderzoek uitgevoerd naar de juistheid van de door zorgverzekeraars in 2025 aangeleverde verantwoordingsinformatie over 2024, 2023 en 2022 voor de risicoverevening. De verantwoordingsinformatie bestaat onder andere uit jaarstaten met informatie over declaraties, opgaven verzekerdenstanden en diverse bestanden met specifieke records voor de bepaling van vereveningsparameters, zoals farmaciekostengroepen en diagnosekostengroepen. Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) stelt onder meer op basis van deze informatie de hoogte van de bijdragen vast die de zorgverzekeraars ontvangen vanuit de risicoverevening.

We hebben in 2025 ervoor gekozen ons onderzoek naar de risicoverevening te intensiveren. Dit betekent dat we bij ons onderzoek in 2025 bij iedere zorgverzekeraar en diens accountantskantoor onderzoek hebben uitgevoerd. Ook hebben we meer risico's in het onderzoek betrokken dan in het verleden het geval was. Het gaat hier om risico's zoals gebruik van specifieke declaratiecodes voor fysiotherapie, kosten in het buitenland en de inbreng van (lumpsum) (zorg)kosten waarvoor we geen tarief/prestatie hebben afgegeven.

Het onderzoek is nog niet afgerond. De bevindingen ten aanzien van (zorg)kosten zonder tarief/prestatie hebben geleid tot een verdiepend onderzoek. We verwachten het onderzoek in het voorjaar van 2026 te kunnen afronden in plaats van 1 december 2025. Dit betekent ook dat het Zorginstituut de definitieve vaststelling van de bijdrage 2022 moet uitstellen.

5.2 Verantwoordingskader Transformatieplannen

Om impactvolle transformaties naar passende zorg te bevorderen, is in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afgesproken dat een bedrag van € 1,9 miljard aan transformatiemiddelen beschikbaar is voor de periode 2023-2028. We geven desgevraagd de beschikking af waarmee de bedragen aan transformatieplannen kunnen worden uitgekeerd. We hebben in samenwerking met ZN en in afstemming met het ministerie van VWS en het Zorginstituut een verantwoordingskader ontwikkeld met als doel om de voorwaarden te schetsen waaraan de verantwoording van transformatiemiddelen dient te voldoen.

Het verantwoordingskader is bedoeld om op een adequate manier verantwoording af te leggen aan het publiek, met zo min mogelijk administratieve lasten. De transformatiemiddelen zijn geen reguliere zorggelden. Voor de reguliere zorggelden gelden controle- en verantwoordingsregimes waar aantoonbaarheid van formele rechtmatigheid, feitelijke levering en gepast gebruik van zorg op individueel patiëntniveau de basis vormen. Dat is nadrukkelijk niet het geval voor afspraken die horen bij de transformatiemiddelen. In het kader van het IZA hebben partijen afgesproken dat de beoordeling van de transformatieplannen een eenvoudig proces dient te zijn zonder onnodige administratieve lasten. Uiteraard geldt voor transformatiemiddelen wel dat deze besteed moeten zijn voor het doel

waaraan ze zijn toegekend en dat er aantoonbaar afgesproken resultaten zijn behaald en inspanningen zijn verricht.

Op hoofdlijnen wordt in de verantwoording van transformatiemiddelen gevraagd dat bij de beoordeling van het betreffende transformatieplan gebruik is gemaakt van het door het Bestuurlijk Overleg IZA vastgestelde beoordelingskader, dat er een begroting en kostenregistratie is, dat de initiatiefnemers verenigd zijn in een stuurgroep, en dat er - afhankelijk van de omvang van het transformatieplan - een (half)jaarlijkse of een kwartaalmonitoring is. Voor transformatieplannen met een omvang van meer dan 40 miljoen euro wordt daarnaast een rapport van feitelijke bevindingen van een externe accountant gevraagd van deelnemers met een aandeel van meer dan 2,5 miljoen euro.

De NZa geeft elk jaar een bestuurlijk rechtsoordeel bij de jaarstaat van de zorgverzekeraar, waarin we verklaren of de kosten van prestaties Zvw juist (rechtmatig) zijn. Ook geven we elk jaar een oordeel over de financiële rechtmatigheid van de kosten van de Wlz. Voor specifiek de transformatiemiddelen geldt dat die kosten geen onderdeel uitmaken van de beoordeling van de jaarstaat door de accountant, maar dat we een oordeel afgeven over de plausibiliteit van de kosten. Als deze kosten naar ons oordeel plausibel zijn, kunnen deze rechtmatig worden ingebracht in de risicoverevening (Zvw) of rechtmatig voor de Wlz worden verantwoord. We baseren ons oordeel op de in het toezicht waargenomen uitvoering in de praktijk van het verantwoordingskader.

We hebben in het voorjaar van 2025 onderzoek gedaan over de jaren 2023 en 2024. Voor die plannen is beoordeeld of het verantwoordingskader juist is toegepast en of de onderliggende stukken (zoals bestuursverklaring en rapport van feitelijke bevindingen) onderbouwen dat de transformatiemiddelen plausibel besteed zijn. De onderzoeken hebben geleid tot verbetermaatregelen bij de zorgverzekeraars. In het najaar van 2025 is de opvolging daarvan beoordeeld en daarmee zijn de kosten voor 2023 en 2024 voor alle zorgverzekeraars plausibel bevonden. Ook hebben we op verzoek van de zorgverzekeraars ons onderzoek over het jaar 2025 naar voren gehaald en in 2025 uitgevoerd. De uitkomst van ons onderzoek is dat de bedragen die tot dan toe toegekend waren voor de transformatieplannen, plausibel zijn en rechtmatig kunnen worden ingebracht.



Newtonlaan 1-41 • 3584 BX Utrecht • Postbus 3017 • 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 • E info@nza.nl • www.nza.nl