

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2065

Vragen van het lid **Claassen** (Groep Markuszower) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de positie van longeviteitsgeneeskunde in het Nederlandse zorgstelsel* (ingezonden 9 april 2026).

Antwoord van Minister **Hermans** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 28 mei 2026). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2025–2026, nr. 1812.

Vraag 1

Bent u bekend met het rapport «The Longevity Shift: A New Era of Physician Engagement in Longevity Medicine» (Ipsos, maart 2026), waaruit blijkt dat artsen in toenemende mate worden geconfronteerd met patiënten die vragen stellen over longeviteitsgeneeskunde, maar dat zij daarvoor onvoldoende zijn opgeleid, en dat bestaande bekostigingsstructuren preventieve en op gezondheidsoptimalisatie gerichte zorg structureel ontmoedigen?

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Deelt u de analyse dat de huidige fee-for-servicebekostiging een structurele drempel opwerpt voor preventieve en longeviteitsgerichte zorg, doordat artsen niet of nauwelijks worden gecompenseerd voor tijdsintensieve consulten bij gezonde patiënten zonder gediagnosticeerde aandoening? Zo ja, welke concrete stappen onderneemt u om dit knelpunt weg te nemen?

Antwoord 2

We hanteren in ons zorgstelsel een vaste volgorde: we kijken eerst of een behandeling of advies tot het verzekerde pakket behoort (de aanspraak). Pas als iets wettelijk verzekerde zorg is, wordt er gekeken naar de manier van betalen (de bekostiging). De Zorgverzekeringswet (Zvw) is een individuele schadeverzekering: vergoeding is alleen mogelijk bij noodzakelijke zorg vanwege ziekte of een verhoogd individueel medisch risico door de aanwezigheid van medische risicofactoren. Bij longeviteitsinterventies is er geen sprake van noodzakelijke geneeskundige zorg en het behoort daarom niet tot het verzekerde pakket. Er is dus is geen aanspraak op deze zorg. In het kader van de Zvw wordt individuele preventie vergoed als het geïndiceerde en/of zorggerelateerde preventie betreft. Voorbeelden hiervan zijn onder meer het programma stoppen met roken, de Gecombineerde

Leefstijlinterventie (GLI) en risicogerichte screening. Longeviteitsinterventies richten zich echter op gezonde mensen die gezond willen blijven. Het kabinet juicht dit toe en zet zich op andere manieren hiervoor in, o.a. via bredere preventie¹.

Voor zorg die buiten het verzekerde pakket valt, geldt dat deze in de private sfeer kan worden aangeboden. In dat geval zijn zorgaanbieders in beginsel vrij om hun eigen tarieven vast te stellen en hierover afspraken te maken met patiënten.

Vraag 3

In hoeverre is longeviteitsgeneeskunde als interventioneel vakgebied geïntegreerd in de basisopleiding en nascholing van huisartsen en medisch specialisten in Nederland? Bent u bereid dit te onderzoeken (met de Minister van OCW) en of de opleidingseisen op dit punt aanvulling behoeven, mede in het licht van de toenemende vraag vanuit de samenleving naar gezondheids-optimalisatie en verlenging van de gezonde levensduur?

Antwoord 3

In Nederland maken preventie en leefstijl reeds onderdeel uit van medische (vervolg)opleidingen en nascholing. Er bestaat echter geen apart erkend vakgebied longeviteitsgeneeskunde. Veldpartijen en opleiders gaan zelf over de inhoud van de opleidingen. Het curriculum moet aansluiten op de toekomst, en dat geven zij zelf vorm.

Vraag 4

Bent u bekend met het signaal uit het rapport dat artsen bij longeviteitsgeneeskunde interventies voorschrijven aan mensen die zich gezond voelen, zonder dat er sprake is van een vastgestelde aandoening, terwijl de standaard van zorg op dit terrein grotendeels ongedefinieerd blijft? Welke rol ziet u voor de overheid bij het ontwikkelen van klinische richtlijnen en evidence-based standaarden voor longeviteitsgerichte preventiezorg, zodat artsen niet zonder professioneel kader opereren?

Antwoord 4

Het kabinet is zich ervan bewust dat binnen de longeviteitsgeneeskunde interventies worden toegepast bij mensen zonder vastgestelde aandoening, terwijl een standaard van zorg op dit terrein nog ontbreekt. De overheid stelt zelf geen medische standaarden op, maar regelt de voorwaarden voor kwaliteit van zorg. Op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatief goede en veilige zorg. Daarnaast is het aan de betrokken organisaties van zorgverleners, (vaak) samen met cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars, om in de professionele standaard of kwaliteitsstandaarden vast te leggen wat goede zorg is.

Vraag 5

Bent u bereid te onderzoeken hoe longeviteitsgerichte preventiezorg binnen de Nederlandse bekostigingssystematiek een structurele plek kan krijgen, bijvoorbeeld via uitkomstbekostiging of een gerichte aanvulling op de Zorgverzekeringswet, naar voorbeeld van ouderenzorgmodellen in Denemarken en Finland.

Antwoord 5

Het kabinet ziet geen reden om te onderzoeken hoe longeviteitsgerichte preventiezorg een structurele plek kan krijgen binnen de Nederlandse bekostigingssystematiek. Zoals hierboven aangegeven valt longeviteitsgerichte preventiezorg niet onder de reikwijdte van de Zvw omdat geen sprake is van noodzakelijke geneeskundige zorg. Alleen als sprake is van een aanspraak in de zin van de Zvw, kan over de vorm van bekostiging worden nagedacht. Het Ipsos-rapport geeft overigens ook aan dat standaarden en evidence nog ontbreken.

¹ Kamerstukken II 2025/26, 36 800 XVI, nr. 191.

Vraag 6

In hoeverre acht u het wenselijk dat longeviteitsgeneeskunde zich, mede door het ontbreken van een vergoedingsstructuur, primair ontwikkelt in de cash-pay en conciergegeneeskunde en daarmee feitelijk voorbehouden blijft aan vermogenden? Welke maatregelen overweegt u om de toegankelijkheid van preventieve longeviteitszorg voor een breed publiek te waarborgen?

Antwoord 6

Het Ipsos-rapport signaleert dat longeviteitsgeneeskunde zich, mede door het ontbreken van een vergoedingsstructuur, ontwikkelt buiten het reguliere zorgstelsel. Dit is een logisch gevolg van het feit dat deze zorg niet voldoet aan de criteria voor collectieve vergoeding binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), namelijk dat sprake moet zijn van medisch noodzakelijke zorg. Dit brengt met zich mee dat bepaalde vormen van zorg alleen toegankelijk zijn voor mensen die deze kosten zelf dragen. Tegelijkertijd geldt dat binnen een solidair zorgstelsel niet alles collectief kan worden vergoed. Juist het maken van scherpe keuzes is noodzakelijk om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en solidariteit van het stelsel als geheel te waarborgen.

Het kabinet zet in op brede toegankelijkheid van bewezen effectieve preventie, bijvoorbeeld via:

- De Samenhangende preventiestrategie
- Wet publieke gezondheid
- Het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA)

Vraag 7

Bent u bereid te bezien hoe longeviteitsgerichte preventiezorg beter kan worden ingebed in bestaande beleidskaders, zoals het Nationaal Preventieakkoord, het Integraal Zorgakkoord en de Wet publieke gezondheid? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 7

Het kabinet richt zich niet als zodanig op longeviteitsgerichte preventiezorg. Wel zet het kabinet in op brede toegankelijkheid van bewezen effectieve preventie. Hiervoor verwijs ik graag naar de beleidsbrief VWS van 24 april 2026².

Vraag 8

Bent u bereid om, in samenwerking met ZonMw, de Gezondheidsraad, beroepsverenigingen en relevante wetenschappelijke instituten, een Nationale Strategie Longeviteitsgeneeskunde te ontwikkelen, met concrete doelstellingen voor de integratie van longeviteitsgerichte preventiezorg in het zorgstelsel, de opleiding van zorgprofessionals, wetenschappelijk onderzoek en de toegankelijkheid van deze zorg voor alle Nederlanders? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 8

Hoewel het Ipsos-rapport wijst op een groeiende belangstelling, benadrukt het ook dat het veld nog in ontwikkeling is en dat standaarden en evidence ontbreken. Om die reden is het kabinet niet voornemens een aparte Nationale Strategie te ontwikkelen.

Vraag 9

Bent u bereid te onderzoeken hoe de bestaande onderzoeksinfrastructuur van onder andere Maastricht University en Maastricht UMC+, waaronder The Maastricht Study met haar grootschalige biobanking en deep phenotyping en het MERLN Institute for Technology Inspired Regenerative Medicine, strategisch kan worden ingezet als nationaal expertisecentrum voor longeviteitsgeneeskunde, door koppeling van biobankdata, biomarkers van biologische veroudering en klinische toepassingen? En hoe deze kennisinfrastructuur structureel kan worden ingebed in de nationale onderzoeks- en zorgagenda?

² Kamerstukken II 2025/26, 36 800 XVI, nr. 191.

Antwoord 9

De inrichting van onderzoeksprogramma's en de positionering van specifieke kennisinstellingen of samenwerkingsverbanden als nationaal expertisecentrum is in de eerste plaats aan de betrokken kennisinstellingen zelf. Universiteiten en universitair medische centra hebben daarbij een eigen verantwoordelijkheid om strategische samenwerkingen aan te gaan, onderzoeksagenda's vorm te geven en consortia te ontwikkelen.

Voor de financiering van wetenschappelijk onderzoek bestaan in Nederland verschillende instrumenten, waaronder competitieve onderzoeksprogramma's van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), ZonMw en Europese onderzoeksfondsen. Onderzoeksinstellingen kunnen binnen deze kaders voorstellen indienen.

Het Ministerie van VWS heeft geen directe rol in het aanwijzen of inrichten van specifieke nationale expertisecentra op het terrein van longeviteitsgeneeskunde. Wel blijft het kabinet via de bredere kennis- en innovatieagenda's aandacht houden voor ontwikkelingen die kunnen bijdragen aan gezondheid, kwaliteit van leven en toekomstbestendige zorg. Daarbij is het van belang dat wetenschappelijke inzichten hun weg vinden naar de praktijk via bestaande samenwerkingsstructuren tussen onderzoek, zorg en maatschappelijke partners.

Vraag 10

Bent u bereid de Kamer te faciliteren met een technische briefing over longeviteitsgeneeskunde, waarbij in samenwerking met ZonMw, de Gezondheidsraad en academische centra de stand van de wetenschap, de klinische toepasbaarheid, de ethische en maatschappelijke implicaties en de mogelijke inbedding in het Nederlandse zorgstelsel integraal worden toegelicht?

Antwoord 10

In bovenstaande beantwoording is uiteengezet hoe gekeken wordt naar de positie van longeviteitsgeneeskunde in het Nederlandse zorgstelsel. Als de Kamer besluit een briefing te organiseren over dit onderwerp dan is het kabinet uiteraard bereid om nadere toelichting te geven.