

Vergaderjaar 2025–2026

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1332

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2 juni 2026

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 1 april 2026 over «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (Kamerstuk 29 689, nr. 1327).

De vragen en opmerkingen zijn op 16 april 2026 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 2 juni 2026 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	3
	Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie	3
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	7
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	7
	Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower	8
II.	Reactie van de Minister	10

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van het «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de begeleidende brief van de Minister. Deze leden danken de NZa voor het inzicht in de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de Minister voor de bijgevoegde brief. Zij hebben hierover enkele vragen.

De leden van de D66-fractie lezen dat de premie voor de basisverzekering in 2025 minder sterk is gestegen dan in voorgaande jaren, mede doordat zorgverzekeraars hun reserves hebben ingezet. Deze leden vragen de Minister hoe zij kijkt naar de houdbaarheid van deze ontwikkeling. Kan de Minister aangeven wat de mogelijke effecten van het verhogen en trancheren van het eigen risico zijn op de premieontwikkeling?

De leden van de D66-fractie lezen de opmerkingen van de NZa over zorgverzekeraars die vanuit hun zorgplicht een verantwoordelijkheid hebben om tijdige toegang tot zorg te waarborgen. Hoe stuurt de Minister momenteel op deze zorgplicht in de ggz? Wat zijn de resultaten daarvan, en wat zijn alternatieve instrumenten die de Minister zou kunnen inzetten om deze impact te vergroten?

De leden van de D66-fractie constateren dat de NZa aangeeft dat zorgverzekeraars nog stappen te zetten hebben in de invulling van hun zorgplicht in de kraamzorg. Deze leden vinden dit zorgelijk, juist omdat de toegankelijkheid van kraamzorg al langere tijd onder druk staat. Wat doet de Minister om zorgverzekeraars nadrukkelijker aan te spreken op hun zorgplicht in de kraamzorg? Hoe neemt de Minister hierin haar stelselverantwoordelijkheid en hoe wordt geborgd dat de uitvoering van deze zorgplicht daadwerkelijk op orde komt? De NZa geeft aan deze ontwikkelingen te blijven volgen. Kan de Minister aangeven hoe zij de Kamer actief zal informeren over de voortgang?

De leden van de D66-fractie lezen dat de NZa constateert dat de contractering in 2025 later tot stand kwam dan in het jaar ervoor. Deze leden vinden dit een zorgelijke ontwikkeling, omdat dit zowel voor zorgaanbieders als voor verzekerden leidt tot onzekerheid over zorgaanbod en vergoeding. Welke mogelijkheden ziet de Minister om te bevorderen dat contractering tijdiger plaatsvindt? Welke rol ziet de Minister hierbij voor zichzelf en de NZa, en acht zij aanvullende maatregelen nodig?

De leden van de D66-fractie lezen dat het aantal polissen hoog blijft, terwijl veel polissen nauwelijks van elkaar verschillen, wat de transparantie voor consumenten niet ten goede komt. Deze leden delen de zorg dat dit het maken van een weloverwogen keuze bemoeilijkt. Welke stappen is de Minister voornemens te zetten om de transparantie van het polisaanbod te verbeteren? Ziet de Minister mogelijkheden om zorgverzekeraars sterker te prikkelen om zich te onderscheiden op relevante aspecten, zoals de mate waarin zij voldoen aan hun zorgplicht?

De leden van de D66-fractie lezen dat de NZa het onwenselijk vindt dat aanvullende verzekeringen worden gekoppeld aan bepaalde basisverzekeringen, omdat dit de keuzevrijheid van consumenten beperkt en kan leiden tot hogere kosten. Hoe beoordeelt de Minister deze analyse van de NZa? Welke vervolgstappen is de Minister bereid te zetten om deze praktijk tegen te gaan en de keuzevrijheid van consumenten te beschermen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de Nederlandse Zorgautoriteit. Ze hebben hierover nog een enkele vraag.

De leden van de VVD-fractie begrijpen dat de beperkte stijging van de zorgpremie te wijten is aan het feit dat zorgverzekeraars hun reserves hiervoor hebben ingezet. Kan de Minister aangeven hoe groot het deel van hun reserves zij hiervoor hebben ingezet, procentueel gezien? In welke mate was de zorgpremie gestegen als zorgverzekeraars geen gebruik hadden gemaakt van hun reserves?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister over het «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Genoemde leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie maken zich zorgen over de medicijntekorten in Nederland. De genoemde leden lezen dat «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.» Kan nader worden toegelicht wat er concreet van zorgverzekeraars wordt verwacht ten aanzien van medicijntekorten. Worden er ook concrete doelen opgesteld ten aanzien van het verminderen van medicijntekorten? Zijn er ook zorgverzekeraars waar de medicijntekorten relatief laag zijn? Zo ja, kan worden toegelicht waarom de medicijntekorten bij die zorgverzekeraars minder problematisch zijn dan bij andere? In hoeverre draagt het preferentiebeleid bij aan deze tekorten?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie maken zich tevens grote zorgen over de tekorten in de kraamzorg. Vooral in kwetsbare wijken zijn de tekorten nijpend. Kan de Minister toelichten of een differentiatiebeleid tussen wijken mogelijk is? Kunnen er verschillende scenario's van minimumtarieven worden geschetst waarbij er vooral wordt ingegaan wat dit betekent voor het aanbod en de impact op de tekorten?

In het onderzoek naar de toegankelijkheid van fysiotherapie worden er geen prognoses gedaan voor de toekomst. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vragen wat de verwachting is van de tekorten en wachtlijsten voor de fysiotherapie over 2, 5 en 10 jaar. Uit een enquête van Fysio-vakbond FDV blijkt namelijk dat 70 procent van de fysiotherapeuten overweegt iets anders te doen¹. Kan ook worden toegelicht hoe dit zich verhoudt tot de beweging naar passende zorg waarin fysiotherapie een steeds belangrijkere rol krijgt?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat de NZa aanraadt om de eerste twintig behandelingen voor chronisch zieken te vergoeden via de basisverzekering. Kan worden toegelicht welke kosten hiermee zijn gepaard en wat de impact is op de gemiddelde zorgpremie per jaar?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat het aantal polissen de laatste jaren niet afneemt, waardoor patiënten met een gigantisch polisaanbod te maken hebben. Kan worden toegelicht welke middelen of maatregelen genomen kunnen worden om het aantal polissen te laten afnemen?

Ten aanzien van de contractering blijkt uit het onderzoek dat het aantal gesloten contracten op 8 december 2025 voor het jaar 2026 in veel sectoren lager is dan vorig jaar. Deze leden vinden dat een zorgelijke ontwikkeling. Kan worden toegelicht waarom dit aantal lager is? Welke stappen gaan de veldpartijen (NZa, zorgverzekeraars, zorgaanbieders) zetten om de contractering voor aankomend jaar eerder rond te hebben?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de Nederlandse Zorgautoriteit en van de aanbiedingsbrief van de Minister. Deze leden lezen in het rapport opnieuw een aantal hardnekkige problemen terug waar patiënten en premiebetalers in de praktijk gewoon last van hebben. De druk op de zorg neemt toe, wachttijden blijven bestaan, de rol van zorgverzekeraars schiet op onderdelen tekort, het polisaanbod blijft onoverzichtelijk en ook de contractering loopt opnieuw achter. De leden van de PVV-fractie vinden dat dit geen papieren problemen zijn, maar zaken die mensen direct raken op het moment dat zij zorg nodig hebben.

De leden van de PVV-fractie lezen dat de NZa van zorgverzekeraars een actievere en meer proactieve rol verwacht bij het signaleren en oplossen van knelpunten. Deze leden vragen de Minister hoe zij dit beoordeelt. Waarom is die actieve opstelling kennelijk nog steeds niet vanzelfsprekend? Hoe kan het dat zorgverzekeraars, terwijl zij binnen dit stelsel juist zo'n belangrijke regierol hebben, op wezenlijke punten nog steeds door de toezichthouder tot extra inzet moeten worden aangespoord?

De leden van de PVV-fractie lezen daarnaast dat in 2025 sprake is geweest van verscherpt toezicht op een zorgverzekeraar vanwege tekortkomingen bij de uitvoering van de zorgplicht in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de medisch-specialistische zorg in een specifieke regio. Deze leden vinden dat een ernstig signaal. Kan de Minister aangeven wat hier precies misging, hoeveel verzekerden hierdoor geraakt zijn en wat dit zegt over de manier waarop de zorgplicht in de praktijk wordt ingevuld? Hoe wordt

¹ AD, 16 juni 2025, «Duizenden fysio's in een jaar tijd gestopt: «Ze kunnen hun boodschappen en hypotheek niet betalen», Duizenden fysio's in een jaar tijd gestopt: «Ze kunnen hun boodschappen en hypotheek niet betalen» | Binnenland | AD.nl

voorkomen dat verzekerden pas merken dat hun zorgverzekeraar tekortschiet als de toezichthouder al heeft moeten ingrijpen?

De leden van de PVV-fractie vinden het ook zorgelijk dat de NZa bij de invulling van de zorgplicht voor generieke geneesmiddelen nog steeds duidelijke verbeterpunten ziet. Deze leden vragen de Minister hoe zij het beoordeelt dat zorgverzekeraars kennelijk nog onvoldoende zicht hebben op de huidige en toekomstige beschikbaarheid van geneesmiddelen en niet altijd tijdig kunnen ingrijpen bij tekorten. Wat betekent dit concreet voor patiënten die afhankelijk zijn van deze middelen? Welke eisen stelt de Minister aan zorgverzekeraars om te zorgen dat mensen niet de dupe worden van tekorten en gebrekkige regie?

De leden van de PVV-fractie lezen verder dat ook de toegankelijkheid van de kraamzorg nog altijd onder druk staat en dat de NZa verwacht dat zorgverzekeraars meer doen om hun zorgplicht op dit punt waar te maken. Deze leden vragen de Minister hoeveel regio's in 2025 met serieuze problemen in de kraamzorg te maken hadden, in hoeveel gevallen minder zorg kon worden geleverd dan normaal en hoe vaak moest worden teruggevallen op een minimumvariant of digitale zorg. Acht de Minister het aanvaardbaar dat juist rond zwangerschap en geboorte zulke structurele knelpunten blijven bestaan?

De leden van de PVV-fractie lezen dat de gemiddelde premie in 2025 uitkwam op 157 euro per maand en dat zorgverzekeraars 0,4 miljard euro uit hun reserves hebben ingezet om de premiestijging te dempen. Deze leden vragen de Minister hoe houdbaar zij dit vindt. Is hier niet gewoon sprake van het tijdelijk dempen van de pijn, terwijl de onderliggende kosten in het stelsel blijven oplopen? Hoe groot acht de Minister het risico dat premiebetalers de komende jaren alsnog met forse premiestijgingen te maken krijgen?

De leden van de PVV-fractie constateren daarnaast dat er in 2025 nog steeds 59 basispolissen zijn, en dat de NZa zelf aangeeft dat veel polissen nauwelijks van elkaar verschillen en dat dit de transparantie niet ten goede komt. Deze leden delen die kritiek. Voor veel mensen is het al lang niet meer duidelijk waar zij precies uit kunnen kiezen en wat nu echt het verschil is tussen al die polissen. Waarom sleept dit probleem al jaren voort? Wat gaat de Minister concreet doen om dit aanbod overzichtelijker en begrijpelijker te maken?

De leden van de PVV-fractie lezen bovendien dat er per 2025 geen restitutiepolissen meer worden aangeboden en dat deze zijn vervangen door combinatiepolissen met vergoedingsbeperkingen. Deze leden vragen de Minister hoe zij deze ontwikkeling beoordeelt. Wat betekent dit voor mensen die juist waarde hechtten aan keuzevrijheid of die afhankelijk zijn van niet-gecontracteerde zorg? Hoeveel verzekerden zijn hierdoor er in de praktijk op achteruitgegaan?

De leden van de PVV-fractie lezen verder dat aanvullende verzekeringen nog steeds worden gekoppeld aan bepaalde basisverzekeringen en dat de NZa dit onwenselijk vindt, omdat dit de keuzevrijheid beperkt en tot hogere kosten kan leiden. Deze leden vragen de Minister waarom deze praktijk nog steeds mogelijk is. Is de Minister bereid te kijken hoe aan deze vorm van koppelverkoop een einde kan worden gemaakt? Is de Minister van mening dat de NZa de mogelijkheid moet krijgen om op te treden tegen ongewenste koppelingen tussen basis- en aanvullende verzekeringen?

De leden van de PVV-fractie vinden het ook zorgelijk dat de contracteergaad op 8 december 2025 in veel sectoren lager lag dan een jaar eerder. Juist in de overstapperiode moeten mensen weten waar zij aan toe zijn. Deze leden vragen de Minister wat dit concreet heeft betekend voor verzekerden. Hoe kan iemand een weloverwogen keuze maken voor een polis indien nog niet duidelijk is of zijn of haar zorgaanbieder wel gecontracteerd zal zijn? Welke maatregelen worden genomen om te voorkomen dat deze onzekerheid zich jaar op jaar blijft herhalen? Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat alle premies bij de start van het overstap-seizoen bekend zijn?

De leden van de PVV-fractie lezen daarnaast dat de NZa relatief veel meldingen heeft ontvangen van ggz-aanbieders over contractvoorstellen van zorgverzekeraars en daarom een toezichtonderzoek is gestart. Deze leden vragen de Minister hoe zij dit beoordeelt, juist in een sector waar de wachttijden al hoog zijn en waar patiënten juist gebaat zijn bij duidelijkheid en continuïteit. Deelt de Minister de opvatting dat onduidelijke of onvoldoende onderbouwde contractvoorstellen de problemen in de ggz alleen maar verder kunnen vergroten?

De leden van de PVV-fractie lezen dat de NZa bij fysiotherapie op dit moment geen acute problemen in de toegankelijkheid ziet, maar wel waarschuwt voor risico's voor de continuïteit van zorg in de toekomst. Deze leden vinden dat een zorgelijk signaal, juist omdat fysiotherapie voor veel mensen belangrijk is om klachten te beperken, zwaardere zorg te voorkomen en zo lang mogelijk mobiel en zelfstandig te blijven. Als de toegankelijkheid onder druk komt te staan, raken de gevolgen patiënten direct. Hoe wil de Minister de toegankelijkheid van fysiotherapie vergroten?

De leden van de PVV-fractie lezen verder dat de resultaten van het onderzoek naar de bruikbaarheid van de informatie op websites van zorgverzekeraars in het voorjaar van 2026 worden gepubliceerd. Deze leden vragen de Minister de Kamer direct na publicatie hierover te informeren, inclusief een reactie op de uitkomsten. Welke maatregelen is de Minister bereid te nemen als uit dat onderzoek blijkt dat de informatie voor consumenten onvoldoende duidelijk of bruikbaar is?

De leden van de PVV-fractie lezen voorts dat de NZa het onderzoek naar de risicoverevening heeft geïntensiveerd en dat een verdiepend onderzoek loopt naar kosten zonder vastgesteld NZa-tarief of prestatie, waardoor de definitieve vaststelling van de verantwoordingsinformatie over 2022 is uitgesteld. Deze leden vragen de Minister hoe ernstig zij dit vindt. Om welke bedragen gaat het precies en welke risico's ziet zij voor de rechtmatigheid en controleerbaarheid van de besteding van collectieve zorgmiddelen?

De leden van de PVV-fractie hebben ook vragen over de transformatiemiddelen. Zij lezen dat voor de periode 2023–2028 1,9 miljard euro beschikbaar is en dat de NZa oordeelt dat deze middelen plausibel zijn besteed en rechtmatig kunnen worden ingebracht. Deze leden merken op dat dit nog niet automatisch betekent dat patiënten daar ook echt verbetering van merken. Kan de Minister daarom concreet aangeven welke aantoonbare resultaten in 2025 met deze middelen zijn bereikt als het gaat om wachttijden, toegankelijkheid, personeel en passende zorg? Hoeveel van deze middelen zijn daadwerkelijk in de zorgpraktijk terechtgekomen en hoeveel zijn opgegaan aan proceskosten, overlegstructuren, monitoring en organisatie?

De leden van de PVV-fractie lezen ten slotte in de beslisnota dat het rapport volgens het ministerie geen nieuwe informatie bevat en dat de Kamer over deze onderwerpen al eerder is geïnformeerd. Deze leden vragen de Minister of dat niet juist onderstreept dat dezelfde problemen rond toegankelijkheid, keuzevrijheid, contractering en transparantie steeds terugkomen, zonder dat mensen daar in de praktijk voldoende verbetering van merken. Kan de Minister per hoofdonderwerp aangeven welke concrete verbetering patiënten en verzekerden in 2026 daadwerkelijk mogen verwachten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de NZa en hebben hierover nog enkele vragen.

Naar aanleiding van paragraaf 2.5 Toegang tot fysiotherapie. De leden van de CDA-fractie lezen dat de NZa (opnieuw) in overweging geeft om de eerste twintig behandelingen voor chronisch zieken te vergoeden via de basisverzekering. Deze leden vragen wat de reactie van de Minister is op deze oproep, die eerder ook door het Zorginstituut Nederland is gedaan en wat de implicaties hiervan zijn.

Naar aanleiding van paragraaf 3 Polismarkt. De leden van de CDA-fractie vragen hoe het komt dat de korting bij een eigen risico van 885 euro per jaar de afgelopen jaren is afgenomen (figuur 1).

Voorts lezen de leden van de CDA-fractie dat het aantal combinatiepolissen is gestegen, met als oorzaak het niet meer aanbieden van restitutiepolissen. Deze leden vragen hoe de Minister hiernaar kijkt. Wat is het verschil tussen een combinatiepolis en een restitutiepolis en hoe sturen zorgverzekeraars via de combinatiepolis op minder niet-gecontracteerde zorg? Wat is daar voor hen het voordeel van een combinatiepolis ten opzichte van de restitutiepolis?

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister met de NZa deelt dat het grote aantal polissen, dat ook niet afneemt, onwenselijk is vanwege de kleine verschillen tussen polissen en het daarmee gepaard gaande gebrek aan transparantie voor verzekerden. Deze leden vragen ook hoe de Minister aankijkt tegen het koppelen van aanvullende verzekeringen aan (duurdere) basisverzekeringen. Deelt de Minister dat dit in het nadeel van verzekerden is en niet past bij de maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Zij hebben hier nog een aantal opmerkingen en een enkele vraag over.

De leden van de SP-fractie lezen dat er in 2025 één zorgverzekeraar onder verscherpt toezicht stond van de NZa vanwege de gebrekkige uitvoering van de zorgplicht op het gebied van de ggz en de medisch specialistische zorg. Zij constateren echter dat de zorgplicht structureel wordt geschonden door meerdere zorgverzekeraars als het gaat om de ggz. De wachtlijsten in de ggz zijn namelijk structureel te lang, waardoor de Treeknormen niet worden gehaald. Zorgverzekeraars hanteren onder tussentijdse nog steeds een inkoopbeleid dat niet is gericht op het maximaal verkorten van de wachtlijst, door bijvoorbeeld omzetplafonds op te

leggen. Waarom grijpt de NZa niet vaker in bij zorgverzekeraars op dit gebied? Welke mogelijkheden heeft de NZa om zorgverzekeraars verantwoordelijk te houden voor het schenden van de zorgplicht?

Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower

De leden van de Groep Markuszower hebben kennisgenomen van het «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de NZa. Deze leden constateren dat het rapport wederom symptomen beschrijft van een stelsel met dieperliggende architectuurproblemen: een zorgplicht die te vrijblijvend wordt ingevuld, een polismarkt die schijnkeuze biedt en een bekostigingssysteem dat preventie actief ontmoedigt. Structurele reparatie vraagt om een eerlijk debat over de prikkels waarop het gehele systeem (verzekeraars, ziekenhuizen en specialisten) feitelijk reageert. Deze leden hebben hierover de volgende vragen en opmerkingen.

Inzake het onderdeel: Zorgplicht: verwachten of handhaven? De leden van de Groep Markuszower constateren dat de NZa bij kraamzorg en geneesmiddelentekorten meerdere jaren achtereen dezelfde verbeterpunten vaststelt, maar zich beperkt tot het uiten van «verwachtingen» en «oproepen». Is de Minister het met deze leden eens dat vrijblijvende taal bij structurele tekortkomingen niet langer passend is? Welke concrete handavingsinstrumenten worden dit jaar daadwerkelijk ingezet en wanneer kan de Kamer de eerste resultaten verwachten?

Genoemde leden merken tevens op dat restitutiepolissen per 2025 volledig zijn verdwenen en dat zorgverzekeraars aanvullende verzekeringen blijven koppelen aan specifieke basispolissen, iets wat de NZa zelf «onwenselijk» noemt. Is de Minister bereid een wettelijk verbod in te voeren op deze koppelverkoop?

Inzake het onderdeel: Preventie en «longevity»: het stelsel beloont ziekte, niet gezondheid. De leden van de Groep Markuszower constateren dat het NZa-rapport opnieuw zwijgt over de structurele rem die de huidige bekostigingsarchitectuur legt op preventie. Dit is geen nieuw inzicht. Uit onderzoek van het Talma-instituut (VU) bleek dat van elke euro bespaard door passende zorg via de risicoverevening slechts circa 24 cent bij de verzekeraar terugvloeit. Gezondheidseconoom Xander Koolman formuleerde het als volgt: een zorgverzekeraar kan nooit meer dan 24 euro investeren om in de toekomst 100 euro aan zorgkosten te besparen, wil hij zijn concurrentiepositie niet schaden. Investeren in preventie is daarmee voor individuele verzekeraars financieel irrationeel, niet omdat bestuurders het niet willen, maar omdat het systeem het afstraft².

Genoemde leden wijzen op het groeiende internationale wetenschappelijke inzicht dat gezondheidszorg fundamenteel moet verschuiven van curatie naar preventie, niet als moreel appel, maar als economische en demografische noodzaak. Arts en longevity-expert dr. Peter Attia (Stanford/Johns Hopkins)³ betoogt in *Outlive: The Science and Art of Longevity* (2023) dat het huidige medische model de vier grote chronische verouderingsziekten (hart- en vaatziekten, kanker, dementie en type 2 diabetes) structureel te laat en te reactief aanpakt. Vroegtijdige screening op biomarkers zoals ApoB-cholesterol, bloeddruk en insulineresistentie kan hart- en vaatziekten, wereldwijd de grootste doodsoorzaak, significant

² Zorgvisie, 26 november 2025, «Risicoverevening hindert zorgverzekeraars in het streven naar passende zorg».

³ Attia, P. & Gifford, B. (2023). *Outlive: The Science and Art of Longevity*. Harmony Books; Milev et al. (2024). «Climbing the longevity pyramid.» *Frontiers in Aging*, 5. DOI: 10.3389/fragi.2024.1495029.

uitstellen of voorkomen. Een review in *Frontiers in Aging* (Milev et al., 2024) bevestigt dat evidence-gedreven preventiestrategieën, inclusief leefstijlinterventies en biomarkermonitoring, de meest kosteneffectieve route zijn om gezonde levensjaren te winnen.

Inzake het onderdeel: Stelselarchitectuur: een systeem dat zichzelf in stand houdt. De leden van de Groep Markuszower stellen een fundamentele vraag, die dit rapport onbeantwoord laat: is het huidige zorgstelsel als geheel nog optimaal ontworpen voor de uitdagingen van de komende decennia, of worden perverse prikkels op systeemniveau structureel gereproduceerd? Genoemde leden verwijzen daarbij naar de economische literatuur over principal-agent problemen in de gezondheidszorg.

Het huidige stelsel kent een gestapeld principal-agent probleem. Zorgaanbieders (de agenten) worden per verrichting betaald, de zogenoemde p×q-bekostiging waardoor zij een financiële prikkel hebben om zo veel mogelijk handelingen te verrichten, ongeacht de gezondheidsuitkomst.⁴ Verzekeraars (als principaal tegenover zorgaanbieders) hebben in theorie belang bij lagere kosten, maar worden via de risicoverevening feitelijk gecompenseerd voor hogere zorguitgaven. De overheid (als principaal tegenover verzekeraars) wil lagere kosten en betere gezondheidsuitkomsten, maar beschikt niet over de informatie en instrumenten om dit effectief te sturen. De uitkomst van dit driedubbele principal-agent probleem is een stelsel dat structureel meer productie, meer behandelingen en hogere kosten genereert dan noodzakelijk is voor de volksgezondheid.

De NZa erkende dit zelf al eerder. Toenmalig bestuursvoorzitter Marian Kaljouw stelde onomwonden dat de zorg «te veel een verdienmodel is geworden» en dat 15 tot 20 procent van de behandelingen niet bewezen effectief is.⁵ Haar opvolger Josefien Kursten formuleerde de logische consequentie van passende zorg nog scherper: «Als mensen minder naar het ziekenhuis gaan, zullen ziekenhuizen moeten afslanken.»

Dit is de kern van het probleem dat dit rapport niet durft te benoemen: een consequente preventieagenda, waarbij een significant deel van patiënten door vroegtijdige interventie niet ziek wordt, ondermijnt de omzetbasis van ziekenhuizen en specialisten die nu juist per verrichting worden betaald. De prikkel om te investeren in preventie en gezondheid bestaat daarmee voor geen enkele actor in het stelsel. Ziekenhuizen worden financieel geraakt als hun patiëntenpopulatie krimpt. Specialist verdienen minder als ze minder behandelen. Verzekeraars profiteren nauwelijks van kostenbesparingen. En de overheid compenseert dit alles via de risicoverevening en de premie.

Genoemde vragen de Minister of zij bereid is een onafhankelijke evaluatie te laten uitvoeren van de fundamentele prikkels in het zorgstelsel, specifiek gericht op de vraag of de huidige combinatie van p×q-bekostiging, risicoverevening en marktwerking compatibel is met een stelsel dat serieus inzet op preventie, longevity en gezondheidswinst in plaats van zorgvolume.⁶ Is de Minister bereid de Kamer voor het einde van 2026 een onderzoeksopdracht voor te leggen die deze vraag beant-

⁴ Eijkenaar & Schut (2015), geciteerd in ESB, «Zorgstelsel gebaat bij verzekeraars opgericht door zorgaanbieders», 24 oktober 2024; NTvG, «Bekostiging van zorgaanbieders», januari 2020.

⁵ NZa-bestuursvoorzitter Kaljouw, NRC Handelsblad (via PraktijkmanagersNetwerk); NZa-directeur Kursten, Zorgvisie, april 2021.

⁶ MedischOndernemen, «Betaling per verrichting geeft een perverse prikkel», 2023; ESB, «Zorgstelsel gebaat bij verzekeraars opgericht door zorgaanbieders», oktober 2024.

woordt, met expliciete aandacht voor alternatieve bekostigingsmodellen zoals populatiebekostiging en value-based healthcare?

Inzake het onderdeel: Financiële verantwoording: openstaand onderzoek. De leden van de Groep Markuszower constateren dat het NZa-onderzoek naar de risicoverevening over 2022 opnieuw is uitgesteld. Wat is de financiële omvang van de posten onder verdiepend onderzoek, en is terugvordering mogelijk als declaraties onrechtmatig blijken? Deze leden vragen tevens of de Minister bereid is de Kamer jaarlijks te informeren over concreet behaalde gezondheidsuitkomsten per zorgverzekeraar met de 1,9 miljard euro aan IZA-transformatiemiddelen en niet slechts over de plausibiliteit van besteding, maar over meetbare gezondheidswinst.

Tot slot vragen deze leden de Minister wanneer de Kamer een beleidsreactie op het NZa-rapport kan verwachten die verder gaat dan het herhalen van bekende doelstellingen en met concrete wetgevingsacties, handhavingsmaatregelen, en een eerlijk antwoord op de vraag of het huidige stelsel structureel geschikt is voor een gezondheidspolitiek die preventie serieus neemt.

II. Reactie van de Minister

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van het «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de begeleidende brief van de Minister. Deze leden danken de NZa voor het inzicht in de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de Minister voor de bijgevoegde brief. Zij hebben hierover enkele vragen.

De leden van de D66-fractie lezen dat de premie voor de basisverzekering in 2025 minder sterk is gestegen dan in voorgaande jaren, mede doordat zorgverzekeraars hun reserves hebben ingezet. Deze leden vragen de Minister hoe zij kijkt naar de houdbaarheid van deze ontwikkeling. Kan de Minister aangeven wat de mogelijke effecten van het verhogen en trancheren van het eigen risico zijn op de premieontwikkeling?

Het kabinet vindt het positief dat eventuele meevallers bij verzekeraars terug worden gegeven aan de premiebetaler via lagere premies. De inzet van reserves vormt echter geen manier om op structurele wijze de premiegroei tegen te gaan. Ook een eenmalige meevaller in het Zorgverzekeringsfonds zoals de meevaller die de premieontwikkeling in 2026 heeft gedempt, is geen manier om op structurele wijze de premiegroei tegen te gaan. Verder volgt de ontwikkeling van de premie de ontwikkeling van de zorguitgaven. De zorguitgaven zullen naar verwachting ook in de komende jaren toenemen door de stijging van de lonen in de zorg, de inflatie en de invloed van de vergrijzing op de zorguitgaven. Hierdoor zal ook de premie moeten stijgen. In het coalitieakkoord heeft dit kabinet maatregelen aangekondigd om het stelsel houdbaar en betaalbaar te houden. Dit doet het kabinet door passende zorg de norm te maken. Ook zal de verhoging van het eigen risico de premie minder hard doen laten stijgen.

Het kabinet is voornemens het verplicht eigen risico per 2027 weer te indexeren met de stijging van de zorguitgaven en daarnaast te verhogen met € 60. Volgens huidige inzichten leidt dit tot een € 57 minder hoge nominale premie. Daarnaast is het kabinet voornemens het verplicht eigen risico per 2028 te trancheren op € 150 per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg. Dit leidt naar verwachting in 2028 tot een € 2 minder hoge nominale premie.

De leden van de D66-fractie lezen de opmerkingen van de NZa over zorgverzekeraars die vanuit hun zorgplicht een verantwoordelijkheid hebben om tijdige toegang tot zorg te waarborgen. Hoe stuurt de Minister momenteel op deze zorgplicht in de ggz? Wat zijn de resultaten daarvan, en wat zijn alternatieve instrumenten die de Minister zou kunnen inzetten om deze impact te vergroten?

Het toezicht op de zorgplicht is in handen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In de ggz zijn lange wachttijden en de NZa heeft in de afgelopen jaren diverse onderzoeken gedaan naar de zorgplicht in de ggz. Recent is er onderzoek afgerond waarin gekeken is of zorgverzekeraars voldoende proactief handelen bij overschrijding van de Treeknormen. Twee zorgverzekeraars zijn hierop aangesproken door de NZa, en bij één zorgverzekeraar is er een periode geweest van verscherpt toezicht. De NZa blijft alert op de rol van zorgverzekeraars in de zorgplicht ggz. Het kabinet blijft in gesprek met de NZa en zorgverzekeraars om de wachtlijsten in de ggz aan te pakken.

Het kabinet is daarnaast stelselverantwoordelijk en zet zich in om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren. Zo zet het kabinet in op het versterken van de mentale veerkracht via de Versterkingsagenda Mentale Gezondheid en ggz. Daarnaast voert het kabinet de afspraken uit het IZA en AZWA uit om de organisatie van ggz-zorg en ondersteuning structureel te verbeteren, onder meer door mentale gezondheidsnetwerken te versterken, verkennende gesprekken in te zetten en exclusiecriteria te beperken. Samen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders ontwikkelen we een routekaart voor de verbetering van de contractering. Het doel is om de randvoorwaarden zodanig te verbeteren dat de contractering en sturing op passende ggz-zorg worden versterkt.

De leden van de D66-fractie constateren dat de NZa aangeeft dat zorgverzekeraars nog stappen te zetten hebben in de invulling van hun zorgplicht in de kraamzorg. Deze leden vinden dit zorgelijk, juist omdat de toegankelijkheid van kraamzorg al langere tijd onder druk staat. Wat doet de Minister om zorgverzekeraars nadrukkelijker aan te spreken op hun zorgplicht in de kraamzorg? Hoe neemt de Minister hierin haar stelselverantwoordelijkheid en hoe wordt geborgd dat de uitvoering van deze zorgplicht daadwerkelijk op orde komt? De NZa geeft aan deze ontwikkelingen te blijven volgen. Kan de Minister aangeven hoe zij de Kamer actief zal informeren over de voortgang?

Het kabinet vindt het belangrijk dat de toegankelijkheid en continuïteit van kraamzorg zoveel als mogelijk geborgd is. Hier zijn in eerste instantie kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars voor verantwoordelijk. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de NZa houden hier toezicht op. Zorgverzekeraars Nederland en Bo geboortezorg pakken hun verantwoordelijkheid. Sinds 2023 hebben zij convenanten afgesloten om de zorg op korte en middellange termijn te borgen. Voor de lange termijn hebben zij een visie en versnellingsagenda opgesteld. Voor een deel van de agenda is € 9,8 miljoen aan IZA-transformatiemiddelen toegekend. Met behulp van deze middelen wordt onder andere aan passende kraamzorg gewerkt door de implementatie van de Kraamzorg landelijke Indicatie methodiek (KLIM). Sinds 1 januari 2026 wordt gewerkt met regionale maatwerkafspraken. In de brief van 3 maart⁷ jongstleden is de inzet van het kabinet op kraamzorg toegelicht. Het kabinet volgt de ontwikkelingen nauwgezet en informeert de Kamer begin 2027 over de kraamzorg.

⁷ Kamerstukken, 2025–26, 32 279, nr. 270.

De leden van de D66-fractie lezen dat de NZa constateert dat de contractering in 2025 later tot stand kwam dan in het jaar ervoor. Deze leden vinden dit een zorgelijke ontwikkeling, omdat dit zowel voor zorgaanbieders als voor verzekerden leidt tot onzekerheid over zorgaanbod en vergoeding. Welke mogelijkheden ziet de Minister om te bevorderen dat contractering tijdiger plaatsvindt? Welke rol ziet de Minister hierbij voor zichzelf en de NZa, en acht zij aanvullende maatregelen nodig?

De NZa heeft in mei 2026 de informatiekaart gepubliceerd met de belangrijkste ontwikkelingen rondom het overstapseizoen 2025/2026. Ten aanzien van de contracteergraad zijn in deze informatiekaart ook de peildata van 22 december en 22 januari opgenomen. Het samenvattend rapport gaat alleen in op de peildatum van 8 december.

In de informatiekaart komt naar voren dat de contractering in 2025 (gericht op 2026) vergelijkbaar is met de contractering in 2024. De stijging ten opzichte van 2023 heeft zich in 2025 grotendeels gestabiliseerd. Vanaf 22 december ontstaat een volledig beeld en zit de contracteergraad in de meeste sectoren, de zbc's uitgezonderd, boven de 90 procent. De meeste overstappers wisselen van zorgverzekeraar tussen kerst en nieuwjaar, wanneer de meeste contracten rond zijn.

De NZa ziet toe op het soepel verlopen van het contracteerproces en heeft hiertoe handvatten opgesteld. Op basis van een uitgebreide evaluatie met betrokken partijen heeft de NZa de Handvatten Zorgcontractering en de Regeling transparantie zorgcontractering Zvw aangepast. Deze nieuwe handvatten zijn ingegaan op 1 maart 2026 en gelden voor het contracteerproces vanaf 2027. De handvatten zijn verduidelijkt en daar waar mogelijk vereenvoudigd met oog voor het beperken van de administratieve lasten. Voor zorgverzekeraars geldt voortaan een maximale reactietermijn van zes weken bij offertes. Hiermee zijn de verplichtingen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders beter in balans. Ook moeten zorgverzekeraars transparant maken hoe hun inkoopbeleid bijdraagt aan hun maatschappelijke opgave, het waarborgen van toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare zorg voor al hun verzekerden. De verwachting is dat deze nieuwe handvatten een positief effect hebben op het contracteerproces.

Het kabinet is daarnaast voornemens een aantal maatregelen te treffen die van invloed zullen zijn op het contracteerproces, zoals beschreven in de beleidsbrief VWS.⁸ Het kabinet zet in op passende zorg als norm, waarbij onder andere de inzet is dat niet gecontracteerde zorg vanaf 2029 niet meer wordt vergoed. Dit zal effect hebben op het contracteerproces.

De leden van de D66-fractie lezen dat het aantal polissen hoog blijft, terwijl veel polissen nauwelijks van elkaar verschillen, wat de transparantie voor consumenten niet ten goede komt. Deze leden delen de zorg dat dit het maken van een weloverwogen keuze bemoeilijkt. Welke stappen is de Minister voornemens te zetten om de transparantie van het polisaanbod te verbeteren? Ziet de Minister mogelijkheden om zorgverzekeraars sterker te prikkelen om zich te onderscheiden op relevante aspecten, zoals de mate waarin zij voldoen aan hun zorgplicht?

Voor 2026 betreft het 58 polissen. Er zijn 10 concerns en dus minder dan 6 polissen per concern. Maar het is wel zo dat het voor verzekerden moeilijk is een verschil te zien tussen bepaalde polissen. Het kabinet vindt dat informatieverstrekking aan verzekerden helder en transparant moet zijn. Het moet bijvoorbeeld duidelijk zijn of het om een natura- of een combinatiepolis gaat of welke vergoeding er wordt gegeven bij niet

⁸ Kamerstukken, 2026/27, 36800 XVI, nr. 191.

gecontracteerde zorg. Hiervoor is de regel informatieverstrekking aan verzekerden door de NZa gemaakt (TH/NR-027 regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten). In deze regeling is ook opgenomen dat een zorgverzekeraar transparant moet zijn over polissen die op elkaar lijken.

De NZa is een onderzoek begonnen naar hoe bruikbaar de informatie voor consumenten was op de websites van zorgverzekeraars tijdens het afgelopen overstapseizoen. Daarbij wordt vooral gekeken naar informatie over het eigen risico, de zorgplicht, (on)gecontracteerde zorg en nagenoeg gelijke polissen, vanuit het perspectief van de consument. De NZa zal de resultaten van dit onderzoek in de loop van 2026 bekend maken. Het kabinet kijkt uit naar de resultaten van het onderzoek. Alle zorgverzekeraars moeten aan de zorgplicht voldoen. Op onderdelen waarop zorgverzekeraars zich wel kunnen onderscheiden, zoals actieve zorgbemiddeling en aandacht voor preventie, profileren zij zich al. Het kabinet onderneemt verder geen actieve stappen om het polisaanbod aan te passen.

De leden van de D66-fractie lezen dat de NZa het onwenselijk vindt dat aanvullende verzekeringen worden gekoppeld aan bepaalde basisverzekeringen, omdat dit de keuzevrijheid van consumenten beperkt en kan leiden tot hogere kosten. Hoe beoordeelt de Minister deze analyse van de NZa? Welke vervolgstappen is de Minister bereid te zetten om deze praktijk tegen te gaan en de keuzevrijheid van consumenten te beschermen?

Het is bekend dat er een aantal aanvullende verzekeringen aan specifieke basisverzekeringen zijn gekoppeld. In 2024 is door zowel de NZa als ACM gevraagd om deze koppeling tegen te gaan.⁹ Hier is in een brief van mijn voorganger op ingegaan.¹⁰ Het standpunt in deze brief, dat er voldoende keuzemogelijkheden voor verzekerden moeten overblijven en dat verzekeraars eigen voorwaarden aan aanvullende verzekeringen mogen stellen, wordt door dit kabinet onderschreven.

Het kabinet zal deze praktijk dus niet actief tegengaan, maar wel aandacht houden voor de ontwikkeling en verlangen dat verzekeraars transparant en duidelijk zijn over de voorwaarden.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de Nederlandse Zorgautoriteit. Ze hebben hierover nog een enkele vraag.

De leden van de VVD-fractie begrijpen dat de beperkte stijging van de zorgpremie te wijten is aan het feit dat zorgverzekeraars hun reserves hiervoor hebben ingezet. Kan de Minister aangeven hoe groot het deel van hun reserves zij hiervoor hebben ingezet, procentueel gezien? In welke mate was de zorgpremie gestegen als zorgverzekeraars geen gebruik hadden gemaakt van hun reserves?

Verzekeraars bepaalden in 2024 de inzet van de reserves voor de premie in 2025.

⁹ Kamerstukken, 2025/26, 29 689, nr. 1252.

¹⁰ Kamerstukken, 2025/26, 29 689, nr. 1295.

Daarom wordt de vergelijking gemaakt tussen de totale reserves in 2024 en de inzet van de reserves voor de premiedemping in 2025. In 2024 hadden verzekeraars in totaal 11,4 mld euro aan reserves. De inzet van 0,4 mld euro bedraagt dan 3,5% van de totale reserves.

Als verzekeraars geen reserves hadden ingezet, dan was de premie in 2025 1 euro per maand hoger geweest. De gemiddelde maandelijkse premie was dan niet met € 11 maar met € 12 gestegen in 2025.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister over het «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Genoemde leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie maken zich zorgen over de medicijntekorten in Nederland. De genoemde leden lezen dat «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.» Kan nader worden toegelicht wat er concreet van zorgverzekeraars wordt verwacht ten aanzien van medicijntekorten Worden er ook concrete doelen opgesteld ten aanzien van het verminderen van medicijntekorten? Zijn er ook zorgverzekeraars waar de medicijntekorten relatief laag zijn? Zo ja, kan worden toegelicht waarom de medicijntekorten bij die zorgverzekeraars minder problematisch zijn dan bij andere? In hoeverre draagt het preferentiebeleid bij aan deze tekorten?

De verwachtingen van de NZa aan zorgverzekeraars voor de invulling van de zorgplicht staan in algemene zin beschreven in de Handvatten Zorgplicht van de NZa.¹¹ Verder heeft de NZa naar aanleiding van haar onderzoek naar de invulling van de zorgplicht voor het onderwerp «geneesmiddelen» bij brief van 5 juni 2025 haar verwachtingen van zorgverzekeraars concreet beschreven.¹² Deze verwachtingen zijn in lijn met de verwachtingen ten aanzien van de zorgplicht in het bijzonder. Daarnaast geldt dat medicijnen vaak onderdeel zijn van zorg waarvoor toegankelijkheidsnormen opgesteld zijn. Het kabinet heeft geen signalen dat geneesmiddelentekorten verzekeren van de ene zorgverzekeraar meer raken dan verzekeren van de andere zorgverzekeraar. Het preferentiebeleid kan effect hebben op de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Het kan bijdragen aan de toegankelijkheid en beschikbaarheid van geneesmiddelen voor de patiënt, maar het kan ook leiden tot een afname van de beschikbaarheid van geneesmiddelen. In de Voortgangsbrief Beschikbaarheid Geneesmiddelen van 1 april 2026 heeft het kabinet de Kamer daarover nader geïnformeerd. Tevens heeft het kabinet de Kamer bij die gelegenheid geïnformeerd over de lopende onafhankelijke evaluatie van het preferentiebeleid, die beoogt meer inzicht te geven in dit effect maar ook in andere effecten van het preferentiebeleid.¹³

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie maken zich tevens grote zorgen over de tekorten in de kraamzorg. Vooral in kwetsbare wijken zijn de tekorten nijpend. Kan de Minister toelichten of een differentiatiebeleid tussen wijken mogelijk is? Kunnen er verschillende scenario's van

¹¹ De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars – Nederlandse Zorgautoriteit

¹² Terugkoppeling onderzoek zorgplicht generieke geneesmiddelen 2025 – Nederlandse Zorgautoriteit.

¹³ Kamerstuk 2025/26, 29477, nr. 969.

minimumtarieven worden geschetst waarbij er vooral wordt ingegaan wat dit betekent voor het aanbod en de impact op de tekorten?

Op dit moment wordt kraamzorg per uur bekostigd. De NZa heeft laten weten dat op basis van de huidige kostprijzen geen differentiatie aangebracht kan worden in de tarifiering van de kraamzorg. Een uur zorg leveren in een kwetsbare wijk kan complexer zijn, maar heeft niet per se een hogere kostprijs. Wel is er ruimte om in de contractering het leveren van zorg in deze wijken aantrekkelijker te maken, bijvoorbeeld met behulp van de max-max tarieven. De toepassing van minimumtarieven in de kraamzorg ligt niet voor de hand. Minimumtarieven worden gebruikt in het geval de macht van de zorgverzekeraars zo hoog is dat druk ontstaat op de prijs en de zorgaanbieder daarvoor beschermd moet worden. Dit probleem speelt niet in de kraamzorg. Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren, juist door het afsluiten van convenanten met de brancheorganisatie van de kraamzorg, laten zien op basis van afspraken hogere tarieven te bieden.

Tegelijkertijd werken kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars aan een experimentele bekostigingsstructuur met de intentie om de huidige bekostiging per uur te vervangen. Hiermee wordt meer rekening gehouden met verschillen in zorgbehoefte tussen verschillende gezinnen.

In het onderzoek naar de toegankelijkheid van fysiotherapie worden er geen prognoses gedaan voor de toekomst. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vragen wat de verwachting is van de tekorten en wachtlijsten voor de fysiotherapie over 2, 5 en 10 jaar. Uit een enquête van Fysio-vakbond FDV blijkt namelijk dat 70 procent van de fysiotherapeuten overweegt iets ander te doen¹⁴. Kan ook worden toegelicht hoe dit zich verhoudt tot de beweging naar passende zorg waarin fysiotherapie een steeds belangrijkere rol krijgt?

Het onderzoek van de NZa bevat enkele prognoses over toekomstig gebruik van fysiotherapie (tot 2040) op basis van demografische ontwikkelingen en de historische trend in zorggebruik. Volgens deze scenario's stijgt het gebruik van fysiotherapie jaarlijks met 0,1–0,8%. Het gaat daarmee om een relatief kleine toename in zorggebruik. Tegelijkertijd plaatst de NZa in haar rapport relevante kanttekeningen bij deze prognoses. Zo zijn de prognoses gebaseerd op zorggebruik en niet de zorgvraag. Daarnaast is uitgegaan van gelijkblijvend beleid. De beweging naar passende zorg is niet meegenomen in de prognoses. Deze beweging kan zowel leiden tot een afname als toename van zorggebruik van fysiotherapie, bijvoorbeeld door meer inzet op zelfredzaamheid (afname) en het ontlasten van bijvoorbeeld de medisch specialist (toename).

De NZa constateert dat er momenteel voldoende eerstelijnsfysiotherapeuten zijn om aan de huidige zorgvraag te voldoen. Tegelijkertijd voorziet de NZa wel risico's die op middellange termijn de sector onder druk kunnen zetten. Knelpunten in de beweging naar passende zorg spelen daarin ook een rol. Fysiotherapeuten zijn een onmisbare schakel in de beweging naar passende zorg. Zij leveren zorg dichtbij huis, ontlasten de huisarts en nemen waar mogelijk zorg over van de tweede lijn. Daarmee dragen zij bij aan het voorkomen van zwaardere en duurdere zorg. In de brief van 26 maart jl. heeft het kabinet gereageerd op het rapport en de aanbevelingen van de NZa.¹⁵ Het kabinet zet in op het versterken in de eerstelijnszorg en passende zorg als norm. Het kabinet verwacht van

¹⁴ AD, 16 juni 2025, «Duizenden fysio's in een jaar tijd gestopt: «Ze kunnen hun boodschappen en hypotheek niet betalen», Duizenden fysio's in een jaar tijd gestopt: «Ze kunnen hun boodschappen en hypotheek niet betalen» | Binnenland | AD.nl.

¹⁵ Kamerstukken 2025/26, 33 578, nr. 176.

zorgaanbieders, zorgprofessionals en verzekeraars dat zij uiteenlopende visies overbruggen door inzet op professionalisering. Daarnaast zet dit kabinet in op structurele monitoring met gebruik van bestaande gegevensbronnen en zo min mogelijk administratieve lasten.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat de NZa aanraadt om de eerste twintig behandelingen voor chronisch zieken te vergoeden via de basisverzekering. Kan worden toegelicht welke kosten hiermee zijn gepaard en wat de impact is op de gemiddelde zorgpremie per jaar?

Het vergoeden van de eerste twintig behandelingen voor aandoeningen opgenomen op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering zal naar verwachting ongeveer € 116 miljoen per jaar kosten. Zonder overige wijzigingen in het basispakket resulteert dit in een toename van de gemiddelde zorgpremie met circa € 4 per jaar.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat het aantal polissen de laatste jaren niet afneemt, waardoor patiënten met een gigantisch polisaanbod te maken hebben. Kan worden toegelicht welke middelen of maatregelen genomen kunnen worden om het aantal polissen te laten afnemen?

Voor 2026 betreft het 58 polissen. Er zijn 10 concerns en dus minder dan 6 polissen per concern. Het is voor verzekerden moeilijk om een verschil te zien tussen bepaalde polissen. Het kabinet vindt dat informatieverstrekking aan verzekerden helder en transparant moet zijn. Het moet bijvoorbeeld duidelijk zijn of het om een natura- of een combinatiepolis gaat of welke vergoeding er wordt gegeven bij ongecontracteerde zorg. Hiervoor is de regel informatieverstrekking aan verzekerden door de NZa gemaakt (TH/NR-027 regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten). In deze regeling is ook opgenomen dat een zorgverzekeraar transparant moet zijn over polissen die op elkaar lijken. De NZa is een onderzoek begonnen naar hoe bruikbaar de informatie voor consumenten was op de websites van zorgverzekeraars tijdens het afgelopen overstapseizoen. Daarbij wordt vooral gekeken naar informatie over het eigen risico, de zorgplicht, (on)gecontracteerde zorg en nagenoeg gelijke polissen, vanuit het perspectief van de consument. De NZa zal de resultaten van dit onderzoek in de loop van 2026 bekend maken. Het kabinet kijkt uit naar de resultaten van het onderzoek.

Ten aanzien van de contractering blijkt uit het onderzoek dat het aantal gesloten contracten op 8 december 2025 voor het jaar 2026 in veel sectoren lager is dan vorig jaar. Deze leden vinden dat een zorgelijke ontwikkeling. Kan worden toegelicht waarom dit aantal lager is? Welke stappen gaan de veldpartijen (NZa, zorgverzekeraars, zorgaanbieders) zetten om de contractering voor aankomend jaar eerder rond te hebben?

De NZa heeft in mei 2026 de informatiekaart gepubliceerd met de belangrijkste ontwikkelingen rondom het overstapseizoen 2025/2026. Ten aanzien van de contracteergraad zijn in deze informatiekaart ook de peildata van 22 december en 22 januari opgenomen, waar het samenvattend rapport alleen ingaat op de peildatum van 8 december.

In de informatiekaart komt naar voren dat de contractering in 2025 (gericht op 2026) vergelijkbaar is met de contractering in 2024. De stijging ten opzichte van 2023 heeft zich in 2025 grotendeels gestabiliseerd. De contractering van de ggz is wat achtergebleven in vergelijking met vorig jaar, met name door discussies over tarieven naar aanleiding van een kostprijsonderzoek dat is uitgevoerd door de NZa. Bij de medisch specialistische zorg (msz) bleef de contractering in het begin van het

seizoen wat achter doordat offertes boven de in het IZA afgesproken tarieven lagen en/of een hogere prijsindex dan de OVA. Vanaf 22 december ontstaat een volledig beeld en zit de contracteergraad in de meeste sectoren, de zbc's uitgezonderd, boven de 90 procent. De meeste overstappers wisselen van zorgverzekeraar tussen kerst en nieuwjaar, wanneer de meeste contracten rond zijn.

De NZa ziet toe op het soepel verlopen van het contracteerproces en heeft hiertoe handvatten opgesteld. Op basis van een uitgebreide evaluatie met betrokken partijen heeft de NZa de Handvatten Zorgcontractering en de Regeling transparantie zorgcontractering Zvw aangepast. Deze nieuwe handvatten zijn ingegaan op 1 maart 2026 en gelden voor het contracteerproces vanaf 2027. De handvatten zijn verduidelijkt en daar waar mogelijk vereenvoudigd met oog voor het beperken van de administratieve lasten. Voor zorgverzekeraars geldt voortaan een maximale reactietermijn van zes weken bij offertes. Hiermee zijn de verplichtingen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders beter in balans. Ook moeten zorgverzekeraars transparant maken hoe hun inkoopbeleid bijdraagt aan hun maatschappelijke opgave, het waarborgen van toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare zorg voor al hun verzekerden. De verwachting is dat deze nieuwe handvatten een positief effect hebben op het contracteerproces.

Het kabinet is daarnaast voornemens een aantal maatregelen te treffen die van invloed zullen zijn op het contracteerproces, zoals beschreven in de beleidsbrief VWS.¹⁶ Het kabinet zet in op passende zorg als norm, waarbij onder andere de inzet is om niet gecontracteerde zorg vanaf 2029 niet meer te vergoeden. Dit zal effect hebben op het contracteerproces.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de Nederlandse Zorgautoriteit en van de aanbiedingsbrief van de Minister. Deze leden lezen in het rapport opnieuw een aantal hardnekkige problemen terug waar patiënten en premiebetalers in de praktijk gewoon last van hebben. De druk op de zorg neemt toe, wachttijden blijven bestaan, de rol van zorgverzekeraars schiet op onderdelen tekort, het polisaanbod blijft onoverzichtelijk en ook de contractering loopt opnieuw achter. De leden van de PVV-fractie vinden dat dit geen papieren problemen zijn, maar zaken die mensen direct raken op het moment dat zij zorg nodig hebben.

De leden van de PVV-fractie lezen dat de NZa van zorgverzekeraars een actievere en meer proactieve rol verwacht bij het signaleren en oplossen van knelpunten. Deze leden vragen de Minister hoe zij dit beoordeelt. Waarom is die actieve opstelling kennelijk nog steeds niet vanzelfsprekend? Hoe kan het dat zorgverzekeraars, terwijl zij binnen dit stelsel juist zo'n belangrijke regierol hebben, op wezenlijke punten nog steeds door de toezichthouder tot extra inzet moeten worden aangespoord?

Het is niet zo dat zorgverzekeraars niet actief zijn. Maar voor zorgverzekeraars geldt – net als voor aanbieders, maar ook voor de overheid – dat een meer proactieve rol gewenst is. In de afgelopen jaren zijn er zorgakkoorden afgesloten waarin iedere partij aangezet wordt tot bepaalde acties. In het coalitieakkoord wordt ook ingegaan op de rol van de zorgverzekeraar en wat er verwacht wordt. Dergelijke ontwikkelingen moeten door alle partijen omarmd en gestimuleerd worden. En het is goed dat er een toezichthouder is die bekijkt of partijen voldoende inzet plegen.

¹⁶ Kamerstukken 2026/27, 36 800 XVI, nr. 191.

De leden van de PVV-fractie lezen daarnaast dat in 2025 sprake is geweest van verscherpt toezicht op een zorgverzekeraar vanwege tekortkomingen bij de uitvoering van de zorgplicht in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de medisch-specialistische zorg in een specifieke regio. Deze leden vinden dat een ernstig signaal. Kan de Minister aangeven wat hier precies misging, hoeveel verzekerden hierdoor geraakt zijn en wat dit zegt over de manier waarop de zorgplicht in de praktijk wordt ingevuld? Hoe wordt voorkomen dat verzekerden pas merken dat hun zorgverzekeraar tekortschiet als de toezichthouder al heeft moeten ingrijpen?

Het toezicht op de zorgplicht is in handen van de NZa. De NZa onderzocht de grootste zorgverzekeraar in vier regio's met wachttijden boven de Treeknormen voor de geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg. Uit het onderzoek bleek dat er verbetermogelijkheden zijn voor alle zorgverzekeraars bij het uitvoeren van de zorgplicht.

Daarbij handelt de NZa vanuit het publieke belang van een toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede gezondheidszorg. De verwachtingen ten aanzien van zorgverzekeraars in het kader van de zorgplicht heeft de NZa nader geduid in «De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars».

Idealiter wordt voorkomen dat verzekerden gevolgen ondervinden van tekortschietende invulling van de zorgplicht. Daarom wordt ingezet op vroegsignalering, transparantie over wachttijden, monitoring en het tijdig aanspreken van zorgverzekeraars door de NZa. Formele interventies door de toezichthouder zijn nadrukkelijk bedoeld als laatste stap wanneer eerdere bijsturing onvoldoende effect heeft.

De leden van de PVV-fractie vinden het ook zorgelijk dat de NZa bij de invulling van de zorgplicht voor generieke geneesmiddelen nog steeds duidelijke verbeterpunten ziet. Deze leden vragen de Minister hoe zij het beoordeelt dat zorgverzekeraars kennelijk nog onvoldoende zicht hebben op de huidige en toekomstige beschikbaarheid van geneesmiddelen en niet altijd tijdig kunnen ingrijpen bij tekorten. Wat betekent dit concreet voor patiënten die afhankelijk zijn van deze middelen? Welke eisen stelt de Minister aan zorgverzekeraars om te zorgen dat mensen niet de dupe worden van tekorten en gebrekkige regie?

De NZa ziet inderdaad mogelijkheden tot verbetering van de inzet van zorgverzekeraars. Net als in andere zorgsectoren verwacht de NZa ook in de geneesmiddelensector dat zorgverzekeraars de regie nemen. Zorgverzekeraars moeten zorgen dat ze meer en scherper inzicht krijgen in de zorgvraag en in de beschikbare hoeveelheid geneesmiddelen. Dat is nodig om tijdig in te kunnen grijpen, bijvoorbeeld in geval van een dreigend tekort. Het kabinet beschouwt het als een positieve ontwikkeling dat de NZa meer duidelijkheid over de rol en de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars schept en verwacht van zorgverzekeraars dat die daar invulling aangeven. Van alle stakeholders mag verwacht worden dat zij het maximale doen om de beschikbaarheid van geneesmiddelen te waarborgen, ook van zorgverzekeraars. De NZa heeft het kabinet laten weten dat zorgverzekeraars sinds het verschijnen van de resultaten van het onderzoek, afgelopen zomer, inderdaad stappen hebben gezet. Zorgverzekeraars kijken naar de mogelijkheden die er nog zijn om de beschikbaarheid van generieke geneesmiddelen te bevorderen. Bijvoorbeeld door hun informatieposities onderling te delen. Voor het daadwerkelijk structureel verbeteren van de beschikbaarheid van geneesmiddelen dienen echter alle stakeholders zich in te zetten. Daarom zijn er met alle betrokken partijen, waaronder ook de zorgverzekeraars, in het Aanvullend

Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) afspraken gemaakt om de beschikbaarheid van geneesmiddelen te verbeteren.¹⁷

De leden van de PVV-fractie lezen verder dat ook de toegankelijkheid van de kraamzorg nog altijd onder druk staat en dat de NZa verwacht dat zorgverzekeraars meer doen om hun zorgplicht op dit punt waar te maken. Deze leden vragen de Minister hoeveel regio's in 2025 met serieuze problemen in de kraamzorg te maken hadden, in hoeveel gevallen minder zorg kon worden geleverd dan normaal en hoe vaak moest worden teruggevallen op een minimumvariant of digitale zorg. Acht de Minister het aanvaardbaar dat juist rond zwangerschap en geboorte zulke structurele knelpunten blijven bestaan?

Kraamzorgorganisaties werken met elkaar samen in regionaal verband, in kraamzorg samenwerkingsverbanden (KSV's). Op basis van navraag bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Bo geboortezorg ontstaat het volgende beeld. In totaal zijn er 41 KSV-regio's. Op basis van declaratiedata uit Vektis komt naar voren dat er in 2025 in totaal tien regio's met krapte waren. In die regio's werken zorgverzekeraars en aanbieders aan de inzet van interventies om de regionale problemen het hoofd te bieden. Hierbij kan gedacht worden aan wachtlijstcoördinatie, partuspools, een kraamcentrum of zo nodig extra opleiden. Daarnaast zijn er negen KSV-regio's waar er nog geen optimale verdeling is van de schaarse zorg. Daar worden gesprekken gevoerd over de precieze situatie en wordt in het gesprek bepaald of aanvullende interventies nodig zijn. Bo geboortezorg hanteert een normenkader continuïteit kraamzorg in tijden van krapte.¹⁸ Dit zijn afspraken die gericht zijn op het als regio in zijn geheel afschalen naar minimale zorg en daarmee het verdelen van de uren over alle cliënten. Uit een inventarisatie in het voorjaar van 2025 onder de wachtlijstcoördinatoren van de KSV-regio's bleek dat in 25 regio's sprake was van code rood. Bij de meeste tussen april en oktober.

Op dit moment wordt kraamzorg thuis geïndiceerd volgens het landelijk indicatieprotocol (2008), waarbij kraamvrouwen gemiddeld 49 uur geïndiceerd krijgen met een minimum van 24 uur. Digitale kraamzorg wordt altijd aanvullend ingezet op fysieke kraamzorg en gemiddeld nog minder dan 1 uur per cliënt. Bo geboortezorg laat weten dat uit de kwaliteitsverantwoording 2025 van kraamzorgaanbieders naar voren komt dat 33 procent van de 154.491 cliënten minder uren kraamzorg hebben ontvangen dan geïndiceerd, zonder dat zij dat zelf wilden. Voor 18 procent van de cliënten geldt dat zij minder uren ontvingen op eigen verzoek. Met betrekking tot bieden van minimale zorg volgt dat 20 procent van 143.104 cliënten, minimale zorg heeft ontvangen.

Het kabinet vindt het van belang dat iedereen die dat nodig heeft toegang heeft tot passende kraamzorg. Het kabinet hecht daarom ook veel waarde aan de implementatie van de Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek (KLIM). Ook zetten kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraars belangrijke stappen om de duurzame toegankelijkheid van kraamzorg voor iedereen die dit nodig heeft te verbeteren. De inzet van het kabinet voor de kraamzorg is uiteengezet in de brief van 3 maart jl.

De leden van de PVV-fractie lezen dat de gemiddelde premie in 2025 uitkwam op 157 euro per maand en dat zorgverzekeraars 0,4 miljard euro uit hun reserves hebben ingezet om de premiestijging te dempen. Deze leden vragen de Minister hoe houdbaar zij dit vindt. Is hier niet gewoon

¹⁷ Kamerbrief aanbieding Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) | Kamerstuk | rijksoverheid.nl

¹⁸ Bo Geboortezorg, 25 april 2024, Normenkader Continuïteit kraamzorg in tijden van krapte V1.3.

sprake van het tijdelijk dempen van de pijn, terwijl de onderliggende kosten in het stelsel blijven oplopen? Hoe groot acht de Minister het risico dat premiebetalers de komende jaren alsnog met forse premiestijgingen te maken krijgen?

Het klopt dat verzekeraars een euro uit de reserve alleen kunnen inzetten om de premie eenmalig te dempen. De inzet van reserves vormt inderdaad geen manier om op structurele wijze de premieontwikkeling tegen te gaan. Het kabinet vindt het wel positief dat verzekeraars een teveel aan reserves teruggeven aan de premiebetaler via lagere premies. Ook een eenmalige meevaller in het Zorgverzekeringsfonds zoals de meevaller die de premieontwikkeling in 2026 heeft gedempt, is geen manier om op structurele wijze de premiegroei tegen te gaan. De ontwikkeling van de premie volgt de ontwikkeling van de zorguitgaven. De zorguitgaven zullen naar verwachting ook in de komende jaren toenemen door de stijging van de lonen in de zorg, de inflatie en de invloed van de vergrijzing op de zorguitgaven. Hierdoor zal ook de premie moeten stijgen.

In het coalitieakkoord heeft het kabinet maatregelen aangekondigd om de zorg houdbaar en betaalbaar te houden. Dit doet het kabinet door passende zorg de norm te maken. Ook zal de verhoging van het eigen risico de premie minder hard doen laten stijgen.

De leden van de PVV-fractie constateren daarnaast dat er in 2025 nog steeds 59 basispolissen zijn, en dat de NZa zelf aangeeft dat veel polissen nauwelijks van elkaar verschillen en dat dit de transparantie niet ten goede komt. Deze leden delen die kritiek. Voor veel mensen is het al lang niet meer duidelijk waar zij precies uit kunnen kiezen en wat nu echt het verschil is tussen al die polissen. Waarom sleept dit probleem al jaren voort? Wat gaat de Minister concreet doen om dit aanbod overzichtelijker en begrijpelijker te maken?

Voor 2026 betreft het 58 polissen. Er zijn 10 concerns en dus minder dan 6 polissen per concern. Het is wel zo dat het voor verzekerden moeilijk is een verschil te zien tussen bepaalde polissen. Het kabinet vindt dat informatieverstrekking aan verzekerden helder en transparant moet zijn. Het moet bijvoorbeeld duidelijk zijn of het om een natura- of een combinatiepolis gaat of welke vergoeding er wordt gegeven bij ongecontracteerde zorg. Hiervoor is de regel informatieverstrekking aan verzekerden door de NZa gemaakt (TH/NR-027 regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten). In deze regeling is ook opgenomen dat een zorgverzekeraar transparant moet zijn over polissen die op elkaar lijken. De NZa is een onderzoek begonnen naar hoe bruikbaar de informatie voor consumenten was op de websites van zorgverzekeraars tijdens het afgelopen overstapseizoen. Daarbij wordt vooral gekeken naar informatie over het eigen risico, de zorgplicht, (on)gecontracteerde zorg en nagenoeg gelijke polissen, vanuit het perspectief van de consument. De NZa zal de resultaten van dit onderzoek in de loop van 2026 bekend maken. Het kabinet kijkt uit naar de resultaten van het onderzoek.

De leden van de PVV-fractie lezen bovendien dat er per 2025 geen restitutiepolissen meer worden aangeboden en dat deze zijn vervangen door combinatiepolissen met vergoedingsbeperkingen. Deze leden vragen de Minister hoe zij deze ontwikkeling beoordeelt. Wat betekent dit voor mensen die juist waarde hechtten aan keuzevrijheid of die afhankelijk zijn van niet-gecontracteerde zorg? Hoeveel verzekerden zijn hierdoor er in de praktijk op achteruitgegaan?

Het kabinet vindt het belangrijk dat verzekerden toegang hebben tot passende zorg als dat nodig is. Een zorgverzekeraar heeft in het geval van een naturapolis de plicht om ervoor te zorgen dat zijn verzekerden tijdige, bereikbare en kwalitatief goede zorg krijgen. Deze zorgplicht omvat alle zorg van het basispakket. Een zorgverzekeraar moet dus voor het gehele basispakket voldoende zorg contracteren. En hij moet een verzekerde bemiddelen naar een alternatieve zorgaanbieder als die verzekerde met zijn of haar zorgvraag niet snel genoeg bij een bepaalde gecontracteerde aanbieder terecht kan. Zorgverzekeraars bieden naturapolissen aan met een ruime keuze aan zorgaanbieders. Verzekerden die uit veel zorgverleners willen kiezen kunnen voor zo'n polis kiezen.

Zoals ook aangekondigd in de beleidsbrief van 24 april is het kabinet voornemens de ruimte voor niet-passende zorg te verkleinen.¹⁹ Voor zorgverzekeraars is de contractering het belangrijkste instrument om niet-passende, ondoelmatige en daarmee onnodig dure zorg te vermijden, en daarmee ook een onnodig groot beroep op de schaarse tijd van zorgverleners te voorkomen. Voor de verzekerde stond bij een restitutiepolis tegenover het voordeel van volledige vergoeding van alle zorg bij alle zorgaanbieders het nadeel dat de verzekeraar ten behoeve van de verzekerde minder goed op de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid kan sturen, met als mogelijk gevolgen hogere zorgkosten, een hogere premie en minder doelmatige inzet van schaarse zorgcapaciteit, wat de toegankelijkheid van zorg onder druk zet. Zorgverzekeraars moeten kunnen sturen op het zorgaanbod om te kunnen waarborgen dat passende zorg nu en in de toekomst toegankelijk is. Daarom wil het kabinet stoppen met de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. In dit licht staat het kabinet niet negatief tegenover het verdwijnen van de restitutiepolis.

De leden van de PVV-fractie lezen verder dat aanvullende verzekeringen nog steeds worden gekoppeld aan bepaalde basisverzekeringen en dat de NZa dit onwenselijk vindt, omdat dit de keuzevrijheid beperkt en tot hogere kosten kan leiden. Deze leden vragen de Minister waarom deze praktijk nog steeds mogelijk is. Is de Minister bereid te kijken hoe aan deze vorm van koppelverkoop een einde kan worden gemaakt? Is de Minister van mening dat de NZa de mogelijkheid moet krijgen om op te treden tegen ongewenste koppelingen tussen basis- en aanvullende verzekeringen?

Het is bekend dat er een aantal aanvullende verzekeringen aan specifieke basisverzekeringen zijn gekoppeld. In 2024 is door zowel de NZa als ACM gevraagd om deze koppeling tegen te gaan.²⁰ Hier is in een brief van mijn voorganger op ingegaan.²¹ Het standpunt in deze brief is dat verzekeraars eigen voorwaarden aan aanvullende verzekeringen mogen stellen, dit is immers een vrije markt. Bovendien zijn er nog steeds voldoende keuzemogelijkheden voor verzekerden. Het kabinet onderschrijft dit standpunt en zal deze praktijk dus niet actief tegengaan, maar wel aandacht houden voor de ontwikkeling en verlangen dat verzekeraars transparant en duidelijk zijn over de voorwaarden.

De leden van de PVV-fractie vinden het ook zorgelijk dat de contracteergraad op 8 december 2025 in veel sectoren lager lag dan een jaar eerder. Juist in de overstapperiode moeten mensen weten waar zij aan toe zijn. Deze leden vragen de Minister wat dit concreet heeft betekend voor verzekerden. Hoe kan iemand een weloverwogen keuze maken voor een

¹⁹ Kamerstukken 2026/27, 36 800 XVI, nr. 191.

²⁰ Kamerstukken, 2025/26, 29 689, nr. 1252.

²¹ Kamerstukken, 2025/26, 29 689, nr. 1295.

polis indien nog niet duidelijk is of zijn of haar zorgaanbieder wel gecontracteerd zal zijn? Welke maatregelen worden genomen om te voorkomen dat deze onzekerheid zich jaar op jaar blijft herhalen? Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat alle premies bij de start van het overstap-seizoen bekend zijn?

De NZa heeft in mei 2026 de informatiekaart gepubliceerd met de belangrijkste ontwikkelingen rondom het overstapseizoen 2025/2026. Ten aanzien van de contracteergraad zijn in deze informatiekaart ook de peildata van 22 december en 22 januari opgenomen, waar het samen-vattend rapport alleen ingaat op de peildatum van 8 december.

In de informatiekaart komt naar voren dat de contractering in 2025 (gericht op 2026) vergelijkbaar is met de contractering in 2024. De stijging ten opzichte van 2023 heeft zich in 2025 grotendeels gestabiliseerd. Vanaf 22 december ontstaat een volledig beeld en zit de contracteergraad in de meeste sectoren, de zbc's uitgezonderd, boven de 90 procent. De meeste overstappers wisselen van zorgverzekeraar tussen kerst en nieuwjaar, wanneer de meeste contracten rond zijn.

Om een weloverwogen keuze te maken voor een zorgverzekeringspolis is het belangrijk dat verzekerden goed geïnformeerd zijn over de vergoeding van zorg. De zorgverzekeraar moet daarom aan zijn verzekerden inzicht geven in de hoogte van de vergoeding voor de zorg. Met behulp van kernboodschappen lichten zorgverzekeraars aan (potentiële) verzekerden de status van de contractering toe, maar belangrijker nog, lichten zij met de kernboodschappen toe in hoeverre de zorg bij een aanbieder volledig wordt vergoed onafhankelijk van de contractstatus.

Op basis van deze kernboodschappen is in de overstapperperiode voor de verzekerden duidelijk of zij wel of geen recht hebben op volledige vergoeding van de zorg als zij naar een bepaalde zorgaanbieder willen. Voorafgaand aan het overstapseizoen hebben IZA partijen aanvullende afspraken gemaakt met betrekking tot de informatievoorziening vanuit zorgaanbieders richting verzekerden. Er zijn afspraken gemaakt over het eenduidig informeren van (toekomstige) patiënten via de website van zorgaanbieders, waarbij actief verwezen wordt naar de online zorgzoekers van zorgverzekeraars. Hiermee worden door zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders de verzekerden/patiënten op uniforme wijze geïnfor-meerd.

Het kabinet is daarnaast voornemens een aantal maatregelen te treffen die van invloed zullen zijn op het contracteerproces, zoals beschreven in de beleidsbrief VWS.²² Het kabinet zet in op passende zorg als norm, waarbij onder andere de inzet is om niet gecontracteerde zorg vanaf 2029 niet meer te vergoeden. Dit zal effect hebben op het contracteerproces.

De leden van de PVV-fractie lezen daarnaast dat de NZa relatief veel meldingen heeft ontvangen van ggz-aanbieders over contractvoorstellen van zorgverzekeraars en daarom een toezichtonderzoek is gestart. Deze leden vragen de Minister hoe zij dit beoordeelt, juist in een sector waar de wachttijden al hoog zijn en waar patiënten juist gebaat zijn bij duidelijkheid en continuïteit. Deelt de Minister de opvatting dat onduidelijke of onvoldoende onderbouwde contractvoorstellen de problemen in de ggz alleen maar verder kunnen vergroten?

²² Kamerstukken 2026/27, 36 800 XVI, nr. 191.

Contractvoorstellen moeten duidelijk en goed onderbouwd zijn. Daarom is het belangrijk dat de NZa scherp toeziet op de transparantie van het contracteringsproces en de informatievoorziening aan verzekerden. De NZa doet dit via de Regeling transparantie zorgcontractering Zvw, die beoogt de transparantie voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars te vergroten. Daarmee wordt bevorderd dat verzekerden tijdig – namelijk bij de keuze voor een zorgverzekering – inzicht hebben in het gecontracteerde zorgaanbod en de gevolgen voor de vergoeding van zorg.

De leden van de PVV-fractie lezen dat de NZa bij fysiotherapie op dit moment geen acute problemen in de toegankelijkheid ziet, maar wel waarschuwt voor risico's voor de continuïteit van zorg in de toekomst. Deze leden vinden dat een zorgelijk signaal, juist omdat fysiotherapie voor veel mensen belangrijk is om klachten te beperken, zwaardere zorg te voorkomen en zo lang mogelijk mobiel en zelfstandig te blijven. Als de toegankelijkheid onder druk komt te staan, raken de gevolgen patiënten direct. Hoe wil de Minister de toegankelijkheid van fysiotherapie vergroten?

De NZa constateert dat er op dit moment geen acuut toegankelijkheidsprobleem is binnen de fysiotherapie. Tegelijkertijd voorziet de NZa risico's die op middellange termijn de toegankelijkheid sector onder druk kunnen zetten. Die signalen neemt het kabinet serieus. In de brief van 26 maart jl. heeft het kabinet gereageerd op het rapport en de aanbevelingen van de NZa. Het kabinet zet in op het versterken van de eerstelijnszorg en passende zorg als norm.²³ Daarbij verwacht het kabinet van zorgaanbieders, zorgprofessionals en verzekeraars dat zij uiteenlopende visies overbruggen door verdere professionalisering, wat bijdraagt aan een toekomstbestendige en daarmee toegankelijke sector. Daarnaast zet het kabinet in op structurele monitoring van de marktomstandigheden, met gebruik van bestaande gegevensbronnen en zo min mogelijk administratieve lasten, zodat tijdig kan worden bijgestuurd wanneer de toegankelijkheid onder druk dreigt te komen.

De leden van de PVV-fractie lezen verder dat de resultaten van het onderzoek naar de bruikbaarheid van de informatie op websites van zorgverzekeraars in het voorjaar van 2026 worden gepubliceerd. Deze leden vragen de Minister de Kamer direct na publicatie hierover te informeren, inclusief een reactie op de uitkomsten. Welke maatregelen is de Minister bereid te nemen als uit dat onderzoek blijkt dat de informatie voor consumenten onvoldoende duidelijk of bruikbaar is?

De Kamer ontvangt de resultaten van het onderzoek na publicatie. Vanuit het kabinet zal ook een reactie volgen op de uitkomsten.

De leden van de PVV-fractie lezen voorts dat de NZa het onderzoek naar de risicoverevening heeft geïntensiveerd en dat een verdiepend onderzoek loopt naar kosten zonder vastgesteld NZa-tarief of prestatie, waardoor de definitieve vaststelling van de verantwoordingsinformatie over 2022 is uitgesteld. Deze leden vragen de Minister hoe ernstig zij dit vindt. Om welke bedragen gaat het precies en welke risico's ziet zij voor de rechtmatigheid en controleerbaarheid van de besteding van collectieve zorgmiddelen?

Het kabinet is blij met de rol die de NZa als onafhankelijke toezichthouder vervult in het zorgstelsel. De NZa heeft daarbij als toezichthouder de mogelijkheid om, indien nodig, haar jaarlijks toezichtsonderzoek te verdiepen. De NZa heeft het later opleveren van de uitkomsten van haar

²³ Kamerstukken 2025/26, 33 578, nr. 176.

toezichtsonderzoek 2025 met het Ministerie van VWS en de ketenpartijen afgestemd. Omdat het verdiepend onderzoek van de NZa nog niet is afgerond kan nog niets gezegd worden over de bevindingen. Het kabinet wacht de resultaten van het verdiepend onderzoek van de NZa af.

De leden van de PVV-fractie hebben ook vragen over de transformatiemiddelen. Zij lezen dat voor de periode 2023–2028 1,9 miljard euro beschikbaar is en dat de NZa oordeelt dat deze middelen plausibel zijn besteed en rechtmatig kunnen worden ingebracht. Deze leden merken op dat dit nog niet automatisch betekent dat patiënten daar ook echt verbetering van merken. Kan de Minister daarom concreet aangeven welke aantoonbare resultaten in 2025 met deze middelen zijn bereikt als het gaat om wachttijden, toegankelijkheid, personeel en passende zorg? Hoeveel van deze middelen zijn daadwerkelijk in de zorgpraktijk terechtgekomen en hoeveel zijn opgegaan aan proceskosten, overlegstructuren, monitoring en organisatie?

De kosten van impactvolle transformaties worden door de zorgaanbieders volgens het verantwoordingskader van de NZa verantwoord en aan de zorgverzekeraars wordt gevraagd om de kosten te toetsen op plausibiliteit. De NZa beoordeelt jaarlijks of zij kan komen tot een bestuurlijk rechtsoordeel dat de kosten van de impactvolle transformaties, die gefinancierd zijn met de transformatiemiddelen, plausibel zijn. Veel projecten lopen pas vanaf 2025 en er zijn daarmee nog weinig harde cijfers over impact en effecten op het zorggebruik. De Kamer wordt wel reeds via voortgangsrapportages en jaarlijkse «monitoring van de beweging» geïnformeerd over de voortgang van het IZA. In de Kamerbrief van 9 april jl. is toegelicht dat met de totstandkoming van het AZWA de komende periode wordt benut om tot een geïntegreerde IZA/AZWA-monitor te komen.²⁴

De leden van de PVV-fractie lezen ten slotte in de beslisnota dat het rapport volgens het ministerie geen nieuwe informatie bevat en dat de Kamer over deze onderwerpen al eerder is geïnformeerd. Deze leden vragen de Minister of dat niet juist onderstreept dat dezelfde problemen rond toegankelijkheid, keuzevrijheid, contractering en transparantie steeds terugkomen, zonder dat mensen daar in de praktijk voldoende verbetering van merken. Kan de Minister per hoofdonderwerp aangeven welke concrete verbetering patiënten en verzekerden in 2026 daadwerkelijk mogen verwachten?

Het klopt dat het rapport geen nieuwe informatie bevat omdat het een samenvatting is van de activiteiten en publicaties van de NZa over 2025. In 2025 gepubliceerde onderzoeksresultaten zijn in 2025 al richting de kamer gestuurd.

De NZa heeft de Handvatten Zorgcontractering en de Regeling transparantie zorgcontractering Zvw aangepast. De nieuwe regels, die gelden voor het contracteerproces vanaf 2027, verduidelijken en vereenvoudigen het proces en beperken administratieve lasten. Zo geldt voor zorgverzekeraars voortaan een maximale reactietermijn van zes weken bij offertes en moeten zij transparanter zijn over hoe hun inkoopbeleid bijdraagt aan toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare zorg. De verwachting is dat dit het contracteerproces verbetert.

Verder hanteren zorgverzekeraars kernboodschappen waarmee ze aan (potentiële) verzekerden de status van de contractering toelichten, maar belangrijker nog in hoeverre de zorg bij een aanbieder volledig wordt

²⁴ Kamerstukken 2025/26, 31 765, nr. 976.

vergoed onafhankelijk van de contractstatus. Het is ook van belang dat zorgaanbieders (toekomstige) patiënten goed informeren over de status van de contractering. Aan de IZA-thematafel Contractering, is afgesproken dat zorgaanbieders (toekomstige) patiënten via hun website eenduidig informeren en actief verwijzen naar de online zorgzoekers van zorgverzekeraars. Deze afspraken zijn in het Bestuurlijk Overleg IZA in september 2025 bekrachtigd en zullen dus effect hebben tijdens het overstapseizoen van dit jaar.

Het kabinet is daarnaast voornemens een aantal maatregelen te treffen die van invloed zullen zijn op het contracteerproces, transparantie en toegankelijkheid zoals beschreven in de beleidsbrief VWS.²⁵ Het kabinet zet in op passende zorg als norm, waarbij onder andere niet gecontracteerde zorg niet meer vergoed wordt.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de NZa en hebben hierover nog enkele vragen.

Naar aanleiding van paragraaf 2.5 Toegang tot fysiotherapie. De leden van de CDA-fractie lezen dat de NZa (opnieuw) in overweging geeft om de eerste twintig behandelingen voor chronisch zieken te vergoeden via de basisverzekering. Deze leden vragen wat de reactie van de Minister is op deze oproep, die eerder ook door het Zorginstituut Nederland is gedaan en wat de implicaties hiervan zijn.

In de reactie op het eindrapport over het marktonderzoek fysiotherapeutische zorg van de NZa heeft het kabinet een reactie gegeven.²⁶ Het kabinet onderkent dat opname van de eerste twintig behandelingen voor aandoeningen opgenomen op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering in het basispakket kan bijdragen aan een stevigere positie van de fysiotherapeutische sector binnen het zorgstelsel. Op dit moment zijn geen middelen beschikbaar op de VWS-begroting voor een uitbreiding met de eerste twintig behandelingen. Het kabinet voert deze uitbreiding daarom niet door.

Naar aanleiding van paragraaf 3 Polismarkt. De leden van de CDA-fractie vragen hoe het komt dat de korting bij een eigen risico van 885 euro per jaar de afgelopen jaren is afgenomen (figuur 1).

Zorgverzekeraars bepalen zelf de korting die zij aan verzekerden willen geven als ze kiezen voor een hoger vrijwillig eigen risico. De reden voor de daling van de korting ligt waarschijnlijk in de verbetering van het risicovereveningsmodel. In de afgelopen jaren is de overcompensatie voor (jonge) gezonde verzekerden afgenomen. Het is voor zorgverzekeraars daardoor minder interessant geworden om zich op deze doelgroep te richten. En het is juist de groep overstappers, die gezond is en gevoelig is voor een grotere korting op het vrijwillig eigen risico. Sinds de invoering van de verbeteringen is er een afname van de korting op het vrijwillig eigen risico te zien.

Voorts lezen de leden van de CDA-fractie dat het aantal combinatiepolissen is gestegen, met als oorzaak het niet meer aanbieden van restitutiepolissen. Deze leden vragen hoe de Minister hiernaar kijkt. Wat is het verschil tussen een combinatiepolis en een restitutiepolis en hoe sturen

²⁵ Kamerstukken 2026/27, 36 800 XVI, nr. 191.

²⁶ Kamerstukken 2025/26, 33 578, nr. 176.

zorgverzekeraars via de combinatiepolis op minder niet-gecontracteerde zorg? Wat is daar voor hen het voordeel van een combinatiepolis ten opzichte van de restitutiepolis?

Een restitutiepolis en een combinatiepolis verschillen voornamelijk in de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Een restitutiepolis biedt verzekerden in beginsel vrije keuze van zorgaanbieder, ook wanneer deze geen contract heeft met de zorgverzekeraar. De kosten worden daarbij vergoed tot het wettelijk of marktconforme tarief.

Een combinatiepolis is, zoals de naam aangeeft, een combinatie van een restitutiepolis en een naturapolis. Voor bepaalde vormen van zorg geldt een marktconforme vergoeding, ook wanneer de zorg wordt geleverd door een niet-gecontracteerde aanbieder (restitutie). Voor andere vormen van zorg, vaak in de ggz of wijkverpleging, geldt bij niet-gecontracteerde zorg een lagere vergoeding dan marktconform (natura). Daarmee worden verzekerden gestimuleerd gebruik te maken van gecontracteerde zorgaanbieders.

Voor zorgverzekeraars is de contractering het belangrijkste instrument om niet-passende, ondoelmatige en daarmee onnodig dure zorg te vermijden, en daarmee ook een onnodig groot beroep op de schaarse tijd van zorgverleners te voorkomen. Voor de verzekerde stond bij een restitutiepolis tegenover het voordeel van volledige vergoeding van alle zorg bij alle zorgaanbieders het nadeel dat de verzekeraar ten behoeve van de verzekerde minder goed op de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid kan sturen, met als mogelijk gevolg hogere zorgkosten, een hogere premie en minder doelmatige inzet van schaarse zorgcapaciteit, wat de toegankelijk van zorg onder druk zet.

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister met de NZa deelt dat het grote aantal polissen, dat ook niet afneemt, onwenselijk is vanwege de kleine verschillen tussen polissen en het daarmee gepaard gaande gebrek aan transparantie voor verzekerden. Deze leden vragen ook hoe de Minister aankijkt tegen het koppelen van aanvullende verzekeringen aan (duurdere) basisverzekeringen. Deelt de Minister dat dit in het nadeel van verzekerden is en niet past bij de maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars?

Voor 2026 betreft het 58 polissen. Er zijn 10 concerns en dus minder dan 6 polissen per concern. Het is wel zo dat het voor verzekerden moeilijk is een verschil te zien tussen bepaalde polissen. Het kabinet vindt dat informatieverstrekking aan verzekerden helder en transparant moet zijn. Het moet bijvoorbeeld duidelijk zijn of het om een natura- of een combinatiepolis gaat of welke vergoeding er wordt gegeven bij ongecontracteerde zorg. Hiervoor is de regel informatieverstrekking aan verzekerden door de NZa gemaakt (TH/NR-027 regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten). In deze regeling is ook opgenomen dat een zorgverzekeraar transparant moet zijn over polissen die op elkaar lijken. De NZa is een onderzoek begonnen naar hoe bruikbaar de informatie voor consumenten was op de websites van zorgverzekeraars tijdens het afgelopen overstapseizoen. Daarbij wordt vooral gekeken naar informatie over het eigen risico, de zorgplicht, (on)gecontracteerde zorg en nagenoeg gelijke polissen, vanuit het perspectief van de consument. De NZa zal de resultaten van dit onderzoek in de loop van 2026 bekend maken. Het kabinet kijkt uit naar de resultaten van het onderzoek.

Het is bekend dat er een aantal aanvullende verzekeringen aan specifieke basisverzekeringen zijn gekoppeld. In 2024 is door zowel de NZa als ACM gevraagd om deze koppeling tegen te gaan.²⁷ Hier is in een brief van mijn voorganger op ingegaan.²⁸ Het standpunt in deze brief is dat verzekeraars eigen voorwaarden aan aanvullende verzekeringen mogen stellen, dit is immers een vrije markt. Bovendien zijn er nog steeds voldoende keuzemogelijkheden voor verzekerden. Het kabinet onderschrijft dit standpunt en zal deze praktijk dus niet actief tegengaan, maar wel aandacht houden voor de ontwikkeling en verlangen dat verzekeraars transparant en duidelijk zijn over de voorwaarden.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Zij hebben hier nog een aantal opmerkingen en een enkele vraag over.

De leden van de SP-fractie lezen dat er in 2025 één zorgverzekeraar onder verscherpt toezicht stond van de NZa vanwege de gebrekkige uitvoering van de zorgplicht op het gebied van de ggz en de medisch specialistische zorg. Zij constateren echter dat de zorgplicht structureel wordt geschonden door meerdere zorgverzekeraars als het gaat om de ggz. De wachtlijsten in de ggz zijn namelijk structureel te lang, waardoor de Treeknormen niet worden gehaald. Zorgverzekeraars hanteren onder-tussen nog steeds een inkoopbeleid dat niet is gericht op het maximaal verkorten van de wachtlijst, door bijvoorbeeld omzetplafonds op te leggen. Waarom grijpt de NZa niet vaker in bij zorgverzekeraars op dit gebied? Welke mogelijkheden heeft de NZa om zorgverzekeraars verantwoordelijk te houden voor het schenden van de zorgplicht?

De NZa ziet toe op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars en beschikt daarbij over verschillende instrumenten, variërend van aanwijzingen en verscherpt toezicht tot het opleggen van een last onder dwangsom. Wanneer signalen bestaan dat verzekerden niet tijdig passende zorg ontvangen, onderzoekt de NZa of zorgverzekeraars voldoende inspanningen leveren om aan hun zorgplicht te voldoen. Daarbij kijkt de NZa niet alleen naar wachttijden, maar ook naar de inspanningen die zorgverzekeraars verrichten op het gebied van zorgbemiddeling, regionale samenwerking en contractering.

Tegelijkertijd is in de ggz sprake van een structurele mismatch tussen de zorgvraag en het beschikbare zorgaanbod, met name voor mensen met ernstige en complexe psychische problematiek. Dat ontslaat zorgverzekeraars niet van hun zorgplicht, maar maakt wel dat de oplossing breder is dan handhaving alleen. Daarom wordt samen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders gewerkt aan maatregelen om het zorgaanbod beter aan te laten sluiten op de zorgvraag.

Samen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders ontwikkelen we een routekaart voor de inzet van omzetplafonds in de contractering. Doel is om deze richter en effectiever toe te passen én om de sturing op passende ggz-zorg te versterken. Daarbij zorgen we voor duidelijke randvoorwaarden op het gebied van informatievoorziening, kwaliteit, aanspraken en alternatieve sturingsinstrumenten. In lijn met de afspraken uit het AZWA moet dit ertoe leiden dat het zorgaanbod beter aansluit bij

²⁷ Kamerstukken 2023/24, 29 689, nr. 1252.

²⁸ Kamerstukken 2024/25, 29 689, nr. 1295.

de zorgvraag en dat zorgverzekeraars hun zorgplicht goed kunnen vervullen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower

De leden van de Groep Markuszower hebben kennisgenomen van het «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2025» van de NZa. Deze leden constateren dat het rapport wederom symptomen beschrijft van een stelsel met dieperliggende architectuurproblemen: een zorgplicht die te vrijblijvend wordt ingevuld, een polismarkt die schijnkeuze biedt en een bekostigingssysteem dat preventie actief ontmoedigt. Structurele reparatie vraagt om een eerlijk debat over de prikkels waarop het gehele systeem (verzekeraars, ziekenhuizen en specialisten) feitelijk reageert. Deze leden hebben hierover de volgende vragen en opmerkingen.

Inzake het onderdeel: Zorgplicht: verwachten of handhaven? De leden van de Groep Markuszower constateren dat de NZa bij kraamzorg en geneesmiddelentekorten meerdere jaren achtereen dezelfde verbeterpunten vaststelt, maar zich beperkt tot het uiten van «verwachtingen» en «oproepen». Is de Minister het met deze leden eens dat vrijblijvende taal bij structurele tekortkomingen niet langer passend is? Welke concrete handhavinginstrumenten worden dit jaar daadwerkelijk ingezet en wanneer kan de Kamer de eerste resultaten verwachten?

Het klopt dat de NZa in haar brief over de beschikbaarheid van generieke geneesmiddelen en kraamzorg in eerste instantie heeft opgeroepen tot verbetering.²⁹ De oproep in de brief moet echter niet als vrijblijvend worden gezien. Het onderzoek is onderdeel van een reeks thema-onderzoeken naar de zorgplicht. De NZa gebruikt deze uitkomsten om voor haar toezicht- en handhavingstaken een overkoepelend beeld te krijgen van de inspanningen die zorgverzekeraars leveren op zorgplicht om zo patronen in beeld te brengen. Indien nodig intervenueert de NZa gericht.

De inzet van handhavinginstrumenten binnen het toezicht is primair aan de NZa als onafhankelijke toezichthouder. Het kabinet treedt niet in individuele toezicht- of handavingsbesluiten. De NZa beschikt in algemene zin over een breed palet aan instrumenten, variërend van aanwijzingen en verscherpt toezicht tot lasten onder dwangsom en bestuurlijke boetes. Welke instrumenten in concrete gevallen worden ingezet, hangt af van de aard en ernst van de signalen en is aan de toezichthouder zelf.

Genoemde leden merken tevens op dat restitutiepolissen per 2025 volledig zijn verdwenen en dat zorgverzekeraars aanvullende verzekeringen blijven koppelen aan specifieke basispolissen, iets wat de NZa zelf «onwenselijk» noemt. Is de Minister bereid een wettelijk verbod in te voeren op deze koppelverkoop?

Het is bekend dat er een aantal aanvullende verzekeringen aan specifieke basisverzekeringen zijn gekoppeld. In 2024 is door zowel de NZa als ACM gevraagd om deze koppeling tegen te gaan.³⁰ Hier is in een brief van mijn voorganger op ingegaan.³¹ Het standpunt in deze brief is dat verzekeraars eigen voorwaarden aan aanvullende verzekeringen mogen stellen, dit is immers een vrije markt. Bovendien zijn er nog steeds voldoende

²⁹ Terugkoppeling onderzoek zorgplicht generieke geneesmiddelen 2025 – Nederlandse Zorgautoriteit.

³⁰ Kamerstukken, 2025/26, 29 689, nr. 1252.

³¹ Kamerstukken, 2025/26, 29 689, nr. 1295.

keuzemogelijkheden voor verzekerden. Het kabinet onderschrijft dit standpunt en zal deze praktijk dus niet actief tegengaan, maar wel aandacht houden voor de ontwikkeling en verlangen dat verzekeraars transparant en duidelijk zijn over de voorwaarden.

Inzake het onderdeel: Preventie en «longevity»: het stelsel beloont ziekte, niet gezondheid. De leden van de Groep Markuszower constateren dat het NZa-rapport opnieuw zwijgt over de structurele rem die de huidige bekostigingsarchitectuur legt op preventie. Dit is geen nieuw inzicht. Uit onderzoek van het Talma-instituut (VU) bleek dat van elke euro bespaard door passende zorg via de risicoverevening slechts circa 24 cent bij de verzekeraar terugvloeit. Gezondheidseconoom Xander Koolman formuleerde het als volgt: een zorgverzekeraar kan nooit meer dan 24 euro investeren om in de toekomst 100 euro aan zorgkosten te besparen, wil hij zijn concurrentiepositie niet schaden. Investeren in preventie is daarmee voor individuele verzekeraars financieel irrationeel, niet omdat bestuurders het niet willen, maar omdat het systeem het afstraft³².

Genoemde leden wijzen op het groeiende internationale wetenschappelijke inzicht dat gezondheidszorg fundamenteel moet verschuiven van curatie naar preventie, niet als moreel appel, maar als economische en demografische noodzaak. Arts en longevity-expert dr. Peter Attia (Stanford/Johns Hopkins)³³ betoogt in Outlive:

The Science and Art of Longevity (2023) dat het huidige medische model de vier grote chronische verouderingsziekten (hart- en vaatziekten, kanker, dementie en type 2 diabetes) structureel te laat en te reactief aanpakt. Vroegtijdige screening op biomarkers zoals ApoB-cholesterol, bloeddruk en insulineresistentie kan hart- en vaatziekten, wereldwijd de grootste doodsoorzaak, significant uitstellen of voorkomen. Een review in Frontiers in Aging (Milev et al., 2024) bevestigt dat evidence-gedreven preventie-strategieën, inclusief leefstijlinterventies en biomarkermonitoring, de meest kosteneffectieve route zijn om gezonde levensjaren te winnen.

Inzake het onderdeel: Stelselarchitectuur: een systeem dat zichzelf in stand houdt. De leden van de Groep Markuszower stellen een fundamentele vraag, die dit rapport onbeantwoord laat: is het huidige zorgstelsel als geheel nog optimaal ontworpen voor de uitdagingen van de komende decennia, of worden perverse prikkels op systeemniveau structureel gereproduceerd? Genoemde leden verwijzen daarbij naar de economische literatuur over principal-agent problemen in de gezondheidszorg.

Allereerst werkt het kabinet in het hier en nu aan de uitvoering van onze beleidsbrief voor de gezondste generatie ooit en passende zorg als dat nodig is.³⁴ Daarnaast treft het kabinet voorbereidingen voor de instelling van de Staatscommissie Zorg, in lijn met het coalitieakkoord en de eerder aangenomen motie Krul c.s. die de regering verzoekt om voorbereidingen te treffen voor een staatscommissie voor een toekomstbestendige en weerbare inrichting van het Nederlandse zorgstelsel.³⁵ Het kabinet streeft ernaar de Kamer voor de zomer te informeren over een voorstel voor de invulling daarvan.

³² Zorgvisie, 26 november 2025, «Risicoverevening hindert zorgverzekeraars in het streven naar passende zorg».

³³ Attia, P. & Gifford, B. (2023). Outlive: The Science and Art of Longevity. Harmony Books; Milev et al. (2024). «Climbing the longevity pyramid.» Frontiers in Aging, 5. DOI: 10.3389/fragi.2024.1495029.

³⁴ Kamerstukken 2026/27, 36 800 XVI, nr. 191.

³⁵ Kamerstukken 2024/45, 36 600 XVI, nr. 69.

Het huidige stelsel kent een gestapeld principal-agent probleem. Zorgaanbieders (de agenten) worden per verrichting betaald, de zogenoemde p×q-bekostiging waardoor zij een financiële prikkel hebben om zo veel mogelijk handelingen te verrichten, ongeacht de gezondheidsuitkomst.³⁶ Verzekeraars (als principaal tegenover zorgaanbieders) hebben in theorie belang bij lagere kosten, maar worden via de risicoverevening feitelijk gecompenseerd voor hogere zorguitgaven. De overheid (als principaal tegenover verzekeraars) wil lagere kosten en betere gezondheidsuitkomsten, maar beschikt niet over de informatie en instrumenten om dit effectief te sturen. De uitkomst van dit driedubbele principal-agent probleem is een stelsel dat structureel meer productie, meer behandelingen en hogere kosten genereert dan noodzakelijk is voor de volksgezondheid.

De NZa erkende dit zelf al eerder. Toenmalig bestuursvoorzitter Marian Kaljouw stelde onomwonden dat de zorg «te veel een verdienenmodel is geworden» en dat 15 tot 20 procent van de behandelingen niet bewezen effectief is.³⁷ Haar opvolger Josefien Kursten formuleerde de logische consequentie van passende zorg nog scherper: «Als mensen minder naar het ziekenhuis gaan, zullen ziekenhuizen moeten afslanken.»

Dit is de kern van het probleem dat dit rapport niet durft te benoemen: een consequente preventieagenda, waarbij een significant deel van patiënten door vroegtijdige interventie niet ziek wordt, ondermijnt de omzetbasis van ziekenhuizen en specialisten die nu juist per verrichting worden betaald. De prikkel om te investeren in preventie en gezondheid bestaat daarmee voor geen enkele actor in het stelsel. Ziekenhuizen worden financieel geraakt als hun patiëntenpopulatie krimpt. Specialist verdienen minder als ze minder behandelen. Verzekeraars profiteren nauwelijks van kostenbesparingen. En de overheid compenseert dit alles via de risicoverevening en de premie.

Genoemde vragen de Minister of zij bereid is een onafhankelijke evaluatie te laten uitvoeren van de fundamentele prikkels in het zorgstelsel, specifiek gericht op de vraag of de huidige combinatie van p×q-bekostiging, risicoverevening en marktwerking compatibel is met een stelsel dat serieus inzet op preventie, longevity en gezondheidswinst in plaats van zorgvolume.³⁸ Is de Minister bereid de Kamer voor het einde van 2026 een onderzoeksopdracht voor te leggen die deze vraag beantwoordt, met expliciete aandacht voor alternatieve bekostigingsmodellen zoals populatiebekostiging en value-based healthcare?

Allereerst werkt het kabinet in het hier en nu aan de uitvoering van onze beleidsbrief voor de gezondste generatie ooit en passende zorg als dat nodig is.³⁹ Daarnaast treft het kabinet voorbereidingen voor de instelling van de Staatscommissie Zorg, in lijn met het coalitieakkoord en de eerder aangenomen motie Krul c.s. die de regering verzoekt om voorbereidingen te treffen voor een staatscommissie voor een toekomstbestendige en weerbare inrichting van het Nederlandse zorgstelsel.⁴⁰ Het kabinet streeft ernaar de Kamer voor de zomer te informeren over een voorstel voor de invulling daarvan.

³⁶ Eijkenaar & Schut (2015), geciteerd in ESB, «Zorgstelsel gebaat bij verzekeraars opgericht door zorgaanbieders», 24 oktober 2024; NTvG, «Bekostiging van zorgaanbieders», januari 2020.

³⁷ NZa-bestuursvoorzitter Kaljouw, NRC Handelsblad (via PraktijkmanagersNetwerk); NZa-directeur Kursten, Zorgvisie, april 2021.

³⁸ MedischOndernemen, «Betaling per verrichting geeft een perverse prikkel», 2023; ESB, «Zorgstelsel gebaat bij verzekeraars opgericht door zorgaanbieders», oktober 2024.

³⁹ Kamerstukken 2026/27, 36 800 XVI, nr. 191.

⁴⁰ Kamerstukken 2024/45, 36 600 XVI, nr. 69.

Inzake het onderdeel: Financiële verantwoording: openstaand onderzoek. De leden van de Groep Markuszower constateren dat het NZa-onderzoek naar de risicoverevening over 2022 opnieuw is uitgesteld. Wat is de financiële omvang van de posten onder verdiepend onderzoek, en is terugvordering mogelijk als declaraties onrechtmatig blijken? Deze leden vragen tevens of de Minister bereid is de Kamer jaarlijks te informeren over concreet behaalde gezondheidsuitkomsten per zorgverzekeraar met de 1,9 miljard euro aan IZA-transformatiemiddelen en niet slechts over de plausibiliteit van besteding, maar over meetbare gezondheidswinst.

Het kabinet is blij met de rol die de NZa als onafhankelijke toezichthouder vervult in het zorgstelsel. De NZa heeft daarbij als toezichthouder de mogelijkheid om, indien nodig, haar jaarlijks toezichtsonderzoek te verdiepen. De NZa heeft het later opleveren van de uitkomsten van haar toezichtsonderzoek 2025 met het Ministerie van VWS en de ketenpartijen afgestemd. Omdat het verdiepend onderzoek van de NZa nog niet is afgerond kan nog niets gezegd worden over de bevindingen. Het kabinet wacht de resultaten van het verdiepend onderzoek van de NZa af.

Veel projecten lopen pas vanaf 2025 en er zijn daarmee nog weinig harde cijfers over impact en effecten op het zorggebruik. De Kamer wordt wel reeds via voortgangsrapportages en jaarlijkse «monitoring van de beweging» geïnformeerd over de voortgang van het IZA. In de Kamerbrief van 9 april jl is toegelicht dat met de totstandkoming van het AZWA de komende periode wordt benut om tot een geïntegreerde IZA/AZWA-monitor te komen.⁴¹

Tot slot vragen deze leden de Minister wanneer de Kamer een beleidsreactie op het NZa-rapport kan verwachten die verder gaat dan het herhalen van bekende doelstellingen en met concrete wetgevingsacties, handhavingsmaatregelen, en een eerlijk antwoord op de vraag of het huidige stelsel structureel geschikt is voor een gezondheidspolitiek die preventie serieus neemt.

Allereerst werkt het kabinet in het hier en nu aan de uitvoering van onze beleidsbrief voor de gezondste generatie ooit en passende zorg als dat nodig is.⁴²

Daarin worden een aantal maatregelen voorgesteld ten behoeve van preventie. Zo zet het kabinet in op extra aandacht voor een kansrijke start voor kinderen, mentale gezondheid, sport en bewegen, verminderen van middelengebruik onder jongeren en betere, toegankelijke jeugdhulp. Verder investeert het kabinet in laagdrempelige medische preventie, zoals het verhogen van de vaccinatiegraad en deelname aan bevolkingsonderzoeken, én in een betere voorbereiding van de zorg op toekomstige crises en pandemieën.

Daarnaast treft het kabinet voorbereidingen voor de instelling van de Staatscommissie Zorg, in lijn met het coalitieakkoord en de eerder aangenomen motie Krul c.s. die de regering verzoekt om voorbereidingen te treffen voor een staatscommissie voor een toekomstbestendige en weerbare inrichting van het Nederlandse zorgstelsel.⁴³ Het kabinet streeft ernaar de Kamer voor de zomer te informeren over een voorstel voor de invulling daarvan.

⁴¹ Kamerstukken 2025/26, 31 765, nr. 976.

⁴² Kamerstukken 2026/27, 36 800 XVI, nr. 191.

⁴³ Kamerstukken 2024/45, 36 600 XVI, nr. 69.