

Tweede Kamer der Staten-Generaal
Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

datum
voor informatie
onderwerp

Utrecht, 3 juni 2025
Tom Schoen t.schoen@patientenfederatie.nl
Commissiedebat Zorgverzekeringsstelsel 19 juni 2025

Geachte leden van de commissie VWS,

Op 19 juni aanstaande spreekt u over het Zorgverzekeringsstelsel. Patiëntenfederatie Nederland en Ieder(in) geven u in deze brief graag een aantal belangrijke verbeterpunten mee.

1. Zorgverzekering kiezen

Voor patiënten en mensen met een chronische aandoening zijn vaa meerdere aspecten belangrijk bij de keuze voor een zorgpolis. Zoals verschillen in preferentie- en machtigingenbeleid, hulpmiddelenreglementen of de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. De veelvoud aan zorgpolissen die veel op elkaar lijken¹ maakt die keuze niet makkelijk. Uit onderzoeken van Nivel² en de Patiëntenfederatie³ blijkt dat mensen lang vaak geen idee hebben voor welk type polis ze kiezen. Zo weet bijna driekwart van de mensen met een budgetpolis niet dat zij dit type polis hebben. De NZa signaleert een stijgende trend in het aantal verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden (budgetpolis)⁴. Dat vinden wij zorgelijk. Deze mensen lopen meer risico dat ze onverwacht moeten bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg. Patiëntenfederatie en Ieder(in) pleiten daarom voor meer eenvoud. Zet in op minder polissen en biedt betere informatie over verschillen tussen polissen.

>Welke mogelijkheden ziet de minister om verschillen tussen polissen duidelijker inzichtelijk te maken en de veelheid van vergelijkbare polissen terug te dringen? Wat de minister doen om te zorgen dat mensen beter weten waar ze voor kiezen als ze een budgetpolis kiezen?

2. Goede tijdige informatievoorziening over (niet-)gecontracteerde zorg

Nog steeds worden patiënten verrast door onverwachte kosten voor niet-gecontracteerde zorg⁵. Bij het kiezen van een zorgpolis is het voor patiënten en mensen met een chronische aandoening extra belangrijk om op tijd te weten of hun zorg en zorgverleners in het komende jaar weer worden vergoed. Uit onderzoek van Nivel⁶ blijkt dat voor de helft van de verzekerden niet volledig of helemaal niet duidelijk is met welke zorgaanbieders hun verzekeraar een contract heeft. Uit onderzoek van de Patiëntenfederatie⁷ blijkt dat wachttijden een vaak genoemde reden zijn dat mensen terechtkomen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De NZa constateert⁸ dat zorgverzekeraars niet altijd aan hun zorgplicht voldoen. Met als gevolg dat patiënten langer met klachten leven, langer pijnmedicatie

¹ [Aanbod zorgverzekeringen niet altijd in belang consument | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit](#)

² [Infographic. Vier op de tien verzekerden weten niet wat voor type zorgverzekeringspolis ze hebben. | Nivel](#)

³ [Patiëntenfederatie Nederland | Onderzoek 'Het is weer tijd voor je...](#)

⁴ [Aanbod zorgverzekeringen niet altijd in belang consument | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit](#)

⁵ [Patiëntenfederatie Nederland | Nog steeds veel patiënten verrast door...](#)

⁶ [Onderzoek Consumentenpanel Gezondheidszorg, Nivel april 2025](#)

⁷ [Patiëntenfederatie Nederland | Nog steeds veel patiënten verrast door...](#)

⁸ [Zorgverzekeraar onder verscherpt toezicht wegens zorgplicht | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit](#)

gebruiken, beperkingen hebben om naar werk of school te gaan, minder sociale contacten hebben, en/of langer afhankelijk zijn van hulp van naasten. Betere inzet van wachtlijstbemiddeling en toegankelijke, betrouwbare informatie over wachttijden en over (on)gecontracteerde zorg en de gevolgen voor patiënten zijn aandachtspunten binnen het IZA. Wij vinden het belangrijk dat daarin voldoende voortgang wordt geboekt. Ook is het belangrijk dat patiënten erop kunnen rekenen zorgverzekeraars hun zorgplicht nakomen. Wanneer de NZa constateert dat een verzekeraar zijn zorgplicht onvoldoende nakomt, dan mag dat niet enkel bij een constatering blijven. In de praktijk zien we dat beroep doen op zorgplicht voor patiënten vaak een lastige opgave is. Daar moet je allereerst energie voor hebben, terwijl je op zorg wacht die je nodig hebt. Vervolgens is het voor patiënten vaak onduidelijk hoe je een beroep kunt doen op naleving van zorgplicht. Ook weten patiënten vaak niet dat ze eerst moeten vragen om wachtlijstbemiddeling voordat ze zonder bijbetalen terecht kunnen bij een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Als mensen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders terecht komen, kan dat ook een signaal zijn dat het gecontracteerde zorgaanbod onvoldoende passend is. We horen dat vaker van mensen met een complexe zorgvraag, zoals bij spierziekten, een combinatie van lichamelijke en verstandelijke beperkingen, Parkinson, MS of een longaandoening. Vaak blijft onduidelijk of de zorgverzekeraar voor hen onvoldoende benodigde zorg heeft ingekocht of dat de zorgaanbieder zegt de benodigde zorg niet te kunnen leveren. Met als gevolg dat mensen soms door hun zorgvraag gedwongen worden om uit te wijken naar niet-gecontracteerd zorgaanbod. Patiëntenfederatie en Ieder(in) pleiten voor het scherp blijven op:

- 1) het realiseren van passende zorg, ook voor mensen met een complexe zorgvraag;
 - 2) voortgang in de aanpak van wachtlijsten;
 - 3) betrouwbare informatie over wachtlijsten en niet-gecontracteerde zorg;
 - 4) duidelijkheid voor verzekerden over de zorgplicht en vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.
- >Hoe bevordert de minister dat verzekerden tijdig goed vindbare informatie krijgen over wachttijden en welke zorg en zorgaanbieders gecontracteerd zijn? Kan de minister zich inzetten voor betere informatie over wanneer en hoe patiënten zonder bijbetaling terecht kunnen bij niet-gecontracteerde zorg als zorgverzekeraars hun zorgplicht niet nakomen en gecontracteerde zorg niet (tijdig) beschikbaar is?**

>Is de minister bereid te onderzoeken of voor mensen met een complexe zorgvraag wel voldoende passende zorg beschikbaar is en of zij door gebrek aan tijdig en passend aanbod noodgedwongen terecht komen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders?

3. Verzekerd pakket

Patiëntenorganisaties ervaren regelmatig dat het verzekerde pakket onvoldoende bijdraagt aan passende zorg voor patiënten. Zorg die patiënten wel helpt of zou kunnen helpen wordt niet altijd vergoed uit het basispakket. Dat kan leiden tot zorgmijden met uiteindelijk soms duurdere zorg tot gevolg. Patiënten noemen mondzorg en fysiotherapie het vaakst bij zorg die ze mijden vanwege de kosten⁹. Het Zorginstituut onderzoekt al langere tijd met veldpartijen of en hoe de toegang tot fysiotherapie vanuit de basisverzekering beter kan. Helaas is er geen zicht op volledige opname in het basispakket. Wel heeft het Zorginstituut al eerder geadviseerd¹⁰ om de toegang tot fysio- en oefentherapie te verbeteren door de zogenaamde chronische fysiotherapie volledig te vergoeden.

⁹ [Patiëntenmonitor 2024, Patiëntenfederatie Nederland](#)

¹⁰ [Kamerbrief over voortgang traject passende aanspraak fysio- en oefentherapie, april 2024](#)

Voor het vergoeden van ook de eerste 20 behandelingen bij chronische fysiotherapie ziet het Zorginstituut geen medisch inhoudelijke bezwaren. Bovendien wordt daarmee passende bekostiging mogelijk voor integrale zorgprogramma's, zoals bij de ziekte van Huntington of Parkinson. Het is voor mensen met een chronische aandoening essentieel dat fysiotherapie toegankelijker wordt. Patiëntenfederatie en Ieder(in) pleiten voor het volledig vergoeden van de fysio- en oefentherapie op de zogenaamde chronische lijst¹¹. Ook pleiten we al langere tijd voor betere toegang tot mondzorg. De minister werkt aan regelingen om toegang tot mondzorg te verbeteren, in ieder geval voor financieel kwetsbare mensen. Advies van het Zorginstituut over opname van mondzorg in het basispakket wordt echter niet verwacht voor 2028 en lijkt daarom nog ver weg.

We zien ook dat mensen tussen wal en schip kunnen raken als onduidelijk is wat onder het verzekerd pakket valt. Vooral in situaties waarbij mensen een beroep moeten doen op zorg en ondersteuning vanuit meerdere wettelijke kaders sprake. Dat geldt vaak in combinatie met zorg en ondersteuning vanuit de Jeugdwet, maar zeker vanuit de Wmo en Wlz. Mensen komen dan in een strijd terecht bij wie ze moeten zijn voor hun zorgvraag en worden van het kastje naar de muur gestuurd¹².

>Welke mogelijkheden ziet de minister om meer duidelijkheid te bieden bij samenloop van de basisverzekering met zorg en ondersteuning uit andere wetten zodat mensen die hier mee te maken hebben met hun zorgvraag meteen op de juiste plek terecht komen?

>Kan de minister duidelijkheid geven vanaf wanneer de eerste 20 behandelingen fysio- en oefentherapie voor indicaties op basis van de chronische lijst in het basispakket worden opgenomen? En wat kan de minister doen om de advisering door het Zorginstituut over mondzorg in het basispakket te versnellen?

4. Stapeling zorgkosten

Patiëntenfederatie Nederland en Ieder(in) pleiten al langer¹³ voor een duurzame aanpak om de stapeling van zorgkosten te verminderen en regelingen te versimpelen. Het voornemen om het verplichte eigen risico te verlagen is een stap in die richting. Maar dat biedt nog onvoldoende oplossingen voor mensen die door hun beperking of chronische aandoening steeds opnieuw te maken hebben met stapeling van zorg- en meerkosten. Door stapeling mijden mensen noodzakelijke zorg¹⁴, waarbij fysiotherapie en mondzorg vaak worden genoemd. Mensen krijgen daardoor meer pijn en/of ernstigere klachten en minder kunnen deelnemen aan de samenleving¹⁵.

In de Kabinetsplannen ontbreken concrete maatregelen om de stapeling van kosten voor mensen met een (chronische) aandoening of beperking terug te dringen. Wel liggen er plannen op tafel om het Wmo-abonnementstarief af te schaffen, is het nog onduidelijk of de maximering van de eigen bijdrage voor GVS-geneesmiddelen blijft en dreigen er meer zelfzorgmiddelen uit het basispakket te gaan. Ook is er ondanks alle goede ambities en positieve adviezen nog geen perspectief op betere toegang tot mondzorg en fysiotherapie.

¹¹ [Patiëntenfederatie Nederland | Vergoeding eerste twintig...](#)

¹² [Kinderen intensieve zorg van kastje naar de muur gestuurd: 'Ons kind wordt niet gehoord', Radar okt. 2024](#)

¹³ [Koepels waarschuwen: patiënten kunnen zorgkosten niet meer betalen \(patientenfederatie.nl\)](#)

¹⁴ [Zorgmijding vanwege financiële redenen. | Nivel](#)

[Kennismiddelen: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen. | Nivel](#)

[Burgers verschillen in hun vertrouwen in de zorg, maar delen zorgen over de toekomst | Nivel](#)

¹⁵ [Patiëntenfederatie Nederland | Patiëntenmonitor 2024](#)

Patiëntenfederatie en Ieder(in) pleiten voor meer gerichte inzet en maatregelen om de stapeling van zorg- en meerkosten voor mensen met een chronische aandoening merkbaar te verminderen:

- 1) Pas het Wmo-abonnementstarief alleen aan voor mensen die enkel van huishoudelijke hulp gebruik maken. Zorg dat begeleiding, dagbesteding, respijtzorg en hulpmiddelen laagdrempelig beschikbaar blijven voor mensen met een chronische aandoening of beperking;
- 2) Verbeter de toegang tot fysiotherapie en mondzorg;
- 3) Continueer in 2026 de maximering van de eigen bijdrage voor GVS-geneesmiddelen. De huidige regeling loopt in 2025 af. Voorkom dat patiënten in 2026 geconfronteerd worden met hoge eigen bijdragen voor geneesmiddelen. Biedt daarover snel duidelijkheid en breng tevens mogelijkheden in kaart om eigen bijdragen voor hulpmiddelen te maximeren.

>Op welke wijze zet de minister in op merkbare vermindering of compensatie van de stapeling van zorgkosten voor mensen met een chronische aandoening of beperking?

>Kan de minister op korte termijn duidelijkheid geven over maximering van de eigen bijdrage voor GVS-geneesmiddelen in 2026 en daarna? En kan ze mogelijkheden in kaart brengen om ook eigen bijdragen voor hulpmiddelen te maximeren?

We vragen u om de punten uit deze brief te betrekken bij het commissiedebat. We zijn uiteraard graag beschikbaar voor nadere toelichting.

Met vriendelijke groet,



Arthur Schellekens
Directeur-bestuurder Patiëntenfederatie Nederland



Deborah Lauria
Directeur Ieder(in)