

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1295 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 juni 2025

Ieder najaar krijgt iedereen de kans om de zorgverzekering aan te passen voor het komende jaar. In diezelfde periode wordt beoogd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun contractafspraken zoveel mogelijk afronden, zodat verzekerden weten bij welke zorgaanbieders welke zorg, in ieder geval, volledig wordt vergoed. Het is belangrijk dat verzekerden zich goed kunnen informeren, zodat zij tijdens het overstapseizoen een weloverwogen keuze voor een zorgpolis kunnen maken. De mogelijke overstap van verzekerden naar een andere verzekering of andere zorgverzekeraar houdt zorgverzekeraars scherp op het gebied van zorginkoop, klantgerichtheid en de betaalbaarheid van de premie. Het stimuleert zorgverzekeraars en via hen ook zorgaanbieders om zich in te zetten voor kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg.

Met deze brief bied ik uw Kamer de 'Informatiekaart Zorgverzekeringen 2025' en het 'Samenvattend Rapport Zvw 2024' van de NZa aan. In deze brief ga ik eerst in op het overstapseizoen 2024/2025 en vervolgens neem ik u mee in de ontwikkelingen rondom de contractering. Ik informeer u over de 'Informatiekaart Zorgverzekeringen 2025' van de NZa en geef u in deze brief ook mijn beleidsreactie hierop. Omdat de rapporten die aan het 'Samenvattend rapport Zvw 2024' ten grondslag liggen reeds door de NZa zijn gepubliceerd, en deze waar van toepassing reeds aan uw Kamer gestuurd zijn, ga ik daar niet verder op in. Tevens doe ik een motie af.

De hoofdpunten van deze brief zijn:

- De NZa concludeert dat het contracteerproces sneller is verlopen dan vorig jaar. Hiermee is de basis beter op orde, maar er zijn nog verdere stappen nodig om de regionale plannen en afspraken en daarmee de beweging passende zorg te laten landen in de contractafspraken. Mijn ministerie voert daarom gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars wat zij hiervoor nodig hebben.

- De gemiddelde premie stijgt door hogere kosten in de zorg, met name door hogere lonen en prijzen. Zorgverzekeraars zetten reserves in om deze premiestijging te dempen.
- De informatievoorziening gedurende het overstapseizoen over welke zorgaanbieders gecontracteerd c.q. vergoed worden, is verder verbeterd, waardoor verzekerden beter in staat zijn om een weloverwogen keuze voor een zorgpolis te maken. Het aantal meldingen en vragen van verzekerden hierover bij de NZa is afgenomen. De NZa concludeert dat verbeterde informatievoorziening positief werkt voor verzekerden.

1. Overstapseizoen 2024/2025

1.1 Keuzegedrag verzekerden

Overstapresultaten

Het afgelopen overstapseizoen stapte 7% van de verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar.¹ Dit zijn ongeveer 1,2 miljoen verzekerden. In 2024 betrof het overstappercentage 7,4%. De voornaamste reden voor verzekerden om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar is de hoogte van de premie van hun huidige zorgverzekering. Dit blijkt uit recent onderzoek van het Nivel.²

De premies van de bestaande polissen zijn allemaal op tijd bekend gemaakt, conform de wet uiterlijk 12 november. Eén zorgverzekeraar introduceerde na 12 november een nieuwe polis. Zoals de NZa opmerkt, is dit niet verboden. Een meerderheid van de zorgverzekeraars heeft mij gevraagd om in de wet te regelen dat een eventuele nieuwe polis inclusief zijn premie ook uiterlijk 12 november bekend gemaakt moet zijn. Hoewel ik het voor de duidelijkheid voor verzekerden wenselijk acht dat een nieuwe polis inclusief zijn premie uiterlijk 12 november bekend is, vind ik het op dit moment niet nodig om dat wettelijk te regelen. Ten eerste constateer ik dat zorgverzekeraars in hun actieplan Kerngezond zich hebben uitgesproken voor de norm dat nieuwe polissen uiterlijk 12 november bekend zijn gemaakt. Ik ga ervan uit dat dit element van het actieplan het beoogde effect heeft. Ik roep alle zorgverzekeraars nadrukkelijk op om ook nieuwe polissen uiterlijk op 12 november bekend te maken. Ten tweede wil en kan ik niet alles in wet- en regelgeving vastleggen; vanuit consumentenrecht is er bijvoorbeeld nu eenmaal een verschil tussen wijzigingen in bestaande verzekeringen en de introductie van een nieuwe verzekering. Ten derde is een afweging noodzakelijk met het belang van (mogelijke) toetreding via introductie van een nieuwe

¹ [Publicatie Zorgthermometer 2025: Verzekerden in beeld, Vektis](#)

² [Barometer wisselen van zorgverzekeraar, Nivel](#)

polis. Immers, de mogelijkheid dat een nieuwe polis die beter inspeelt op de wensen van verzekerden op de markt komt, houdt bestaande zorgverzekeraars scherp.

Ik ga ervan uit dat bovenstaande zijn effect heeft en wil het komende overstapseizoen daarop bezien. Ik zal mij daarna beraden of een wetswijziging gewenst en nodig is.

Aanvullende verzekeringen

In 2025 heeft 80,6% van de verzekerden een aanvullende verzekering. Onder de collectief verzekerden kiezen meer mensen voor een aanvullende zorgverzekering dan onder de individueel verzekerden. De NZa heeft afgelopen overstapseizoen diverse signalen ontvangen dat zorgverzekeraars de premies voor aanvullende verzekeringen en de korting voor het vrijwillig eigen risico op de basisverzekering na 12 november bekend hebben gemaakt. Dit gaf onduidelijkheid voor verzekerden, waardoor het keuzeproces werd bemoeilijkt. Ik ben het eens met de NZa dat deze latere bekendmaking van premies voor aanvullende verzekeringen voor de verzekerde onduidelijkheid oplevert en daarom niet wenselijk is. Ik kan mij dan ook vinden in de nadrukkelijke oproep die de NZa doet richting zorgverzekeraars in de 'Informatiekaart Zorgverzekeringen 2025' om dit ongewenste gedrag te stoppen en ga ervan uit dat dit de volgende overstapperiode niet meer gebeurt.

Verder constateert de NZa, zoals ze samen met de ACM ook al eerder had gedaan³, dat zorgverzekeraars bepaalde basis- en aanvullende zorgverzekeringen aan elkaar koppelen. Het aantal koppelingen is in 2025 gelijk aan 2024. Een koppeling houdt in dat een bepaalde (vaak relatief uitgebreide) aanvullende zorgverzekering alleen bij een specifieke (vaak duurdere) basisverzekering wordt aangeboden. Ook de Consumentenbond heeft hierover gerapporteerd.⁴ De NZa, ACM en de Consumentenbond vinden deze koppeling onwenselijk. Mijn ministerie heeft dit besproken met deze drie organisaties. Ik constateer dat deze koppelingen er zijn en dat dit voor die burgers die specifiek een combinatie van aanvullende verzekering en basisverzekering willen die niet aangeboden wordt, vervelend kan zijn. Maar, zoals mijn ambtsvoorganger eerder in antwoord op Kamervragen heeft aangegeven en ook in de vorige brief over het

³ [Polisverschillen en consumentenkeuzes in de zorgverzekeringsmarkt | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

⁴ [Deze zorgverzekeraars doen aan koppelverkoop in 2025 | Consumentenbond](#)

overstap- en contracteerseizoen⁵ is vermeld, is het aan zorgverzekeraars om wel of geen voorwaarden te stellen aan aanvullende verzekeringen en zijn er nog steeds voldoende keuzemogelijkheden voor verzekerden.

1.2 Polisaanbod en premieverschillen

Polisaanbod

Al jarenlang neemt het aantal restitutiepolissen af, per 2025 verdween de restitutiepolis in het aanbod van zorgverzekeraars. De reden die zorgverzekeraars hiervoor geven, is dat bij de restitutiepolissen zeer hoge kosten gedeclareerd worden door niet-gecontracteerde zorgaanbieders, met name in de wijkverpleging en de ggz. Zorgverzekeraars vinden het oneerlijk om restitutieverzekerden die geen gebruik maken van zulke niet-gecontracteerde aanbieders, via een hoge premie de rekening hiervoor te laten betalen. Ik betreur dat zorgverzekeraars geen restitutiepolissen meer aanbieden.⁶ Het is echter aan zorgverzekeraars om te bepalen welke polissen zij aanbieden tegen welke premie, waarbij zij uiteraard wel moeten voldoen aan alle publieke randvoorwaarden van de Zvw, waaronder de zorgplicht en het hinderpaalcriterium (art. 13 Zvw). Ook al worden er geen restitutiepolissen meer aangeboden, er blijven nog voldoende natura- en combinatiepolissen over met een zeer ruime keuze voor zorgaanbieders.

Voor wat betreft vergelijkingssites viel dit overstapseizoen op dat van drie zorgverzekeraars alleen hun budgetpolis via de vergelijkingssite was af te sluiten. Hun overige polissen werden wel op de vergelijkingssites vermeld, maar konden alleen op de eigen website van de zorgverzekeraars worden afgesloten. Een geïnteresseerde verzekerde moest voor zo'n polis dus doorreizen naar de website van de betreffende zorgverzekeraar. Het staat zorgverzekeraars vrij om te kiezen welke polissen zij op vergelijkingssites laten afsluiten (waarvoor zorgverzekeraars vergelijken betalen) en welke polissen alleen via de eigen website afsluitbaar zijn. Ik vind het met name belangrijk dat alle polissen zichtbaar zijn op vergelijkingssites. Of die vervolgens op de vergelijkingssite zelf afsluitbaar zijn, of alleen op de site van de desbetreffende zorgverzekeraar, is de keuze van de zorgverzekeraar. Het geldt dat zorgverzekeraars mogelijk besparen

⁵ [Kamerstukken 2024/2025, 2024Z18793, en Kamerstukken 2023/2024, 29689 nr 1249](#)

⁶ Zie ook mijn antwoorden op Kamervragen, Kamerstukken 2024/2025, 2024Z21919, 2024Z19182 en 2024Z18439.

aan provisiekosten aan vergelijkingssites, kan de zorgverzekeraar bijvoorbeeld inzetten voor premieverlaging.

De NZa constateert dat er nog steeds veel polissen zijn die veel op elkaar lijken. De NZa voert daarom momenteel een onderzoek uit naar de informatieverstrekking over op elkaar lijkende polissen en of die informatieverstrekking voldoet aan de eisen van de [Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten-TH/NR-027](#). Ik steun dit initiatief.

Premieontwikkelingen

De gemiddelde nominale premie in 2025 bedraagt € 1.876. Dit is ongeveer € 156 per maand. De premie is met 7% gestegen in 2025 ten opzichte van 2024. Dat is iets meer dan het jaar ervoor (6%). Deze premiestijging wordt vrijwel geheel verklaard door de hogere zorguitgaven als gevolg van stijging van de lonen en prijzen in de zorg.

Om de premiestijging te dempen hebben zorgverzekeraars een deel van hun reserves ingezet, rekening houdend met de eisen die DNB op grond van de wet aan hun reservepositie stelt. Deze inzet bedraagt in 2025, voor alle zorgverzekeraars samen, 0,4 miljard euro. Ook in de komende jaren zullen de kosten van de zorg stijgen en daarmee ook de premie, bijvoorbeeld vanwege de vergrijzing en loon- en prijsontwikkelingen. Om de zorg ook in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden werk ik onder meer aan:

- Het verbreden, intensiveren en concretiseren van het integraal zorgakkoord.
- Maatregelen, zoals versnelling en opschaling van digitale zorg in wijkverpleging en verpleeg- en gehandicaptenzorg en onafhankelijke indicatiestelling binnen de wijkverpleging.
- Het afwenden van het onbeheersbaar arbeidstekort door de halvering van de administratietijd met behulp van innovaties en zorgen voor de juiste inzet van medewerkers, en vergroten van vakmanschap en werkplezier.

Tot slot is het goed om op te merken dat voor mensen die minder te besteden hebben de zorgtoeslag helpt met het betalen van de stijgende zorgpremies.

1.3 Informatieverstrekking aan verzekerden

Publieksvoorlichting

Sinds de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006 heeft tijdens het overstapseizoen een publiekscampagne plaatsgevonden. Het doel van deze voorlichting was om mensen erop te wijzen dat het van belang is hun nieuwe zorgpolis te controleren en na te gaan of deze nog goed aansluit bij hun zorgbehoeften.

Er is voorlichting gegeven aan alle verzekerden om hun zorgpolis te checken en informatie te geven over het eigen risico. Via de website ikregelmijnzorggoed.nl, verbonden aan rijksoverheid.nl⁷ kan iedereen informatie krijgen over de zorgverzekering. Hier staat ook een stappenplan om te kijken of de huidige zorgverzekering nog past. Verder is door het hele land informatie verstrekt via meer dan 1500 wachtkamerschermen bij huisartsen en gezondheidscentra.

Er is -net als vorig jaar- extra aandacht gegeven aan het voorlichten van mensen met een lagere sociaaleconomische positie (SEP). Bij deze mensen leven de meeste vragen over zorgverzekeringen. VWS heeft middelen en kanalen gebruikt die goed bij deze groep aansluiten, zoals gesprekken met sleutelpersonen op markten en bijeenkomsten in buurthuizen, zelforganisaties en religieuze instellingen en ook zijn er flyers en brochures verspreid en zijn er korte animaties en video's in sportkantines getoond. Hiermee zijn ongeveer 1,5 miljoen mensen bereikt.

De evaluatie van de publieksvoorlichting laat zien dat die voorlichting van nut is voor mensen met een lage sociaaleconomische positie. Tegelijkertijd blijkt dat er voor deze groep, net als voor iedereen in Nederland, al veel informatie ook beschikbaar is via zorgverzekeraars, via vergelijkingssites en via patiënten- en consumentenorganisaties.

Mede in het licht van de taakstelling op het ambtenarenapparaat stop ik daarom met de campagne rond het overstapseizoen. Ik ga door met de algemene informatie- en voorlichting van de rijksoverheid over de Zorgverzekeringswet via rijksoverheid.nl. Daarmee blijf ik ervoor zorgen dat de essentiële informatie begrijpelijk, breed en eenduidig beschikbaar is, terwijl ik aan andere partijen laat hoe deze informatie het beste bij bedoelde burgers te brengen is, en andersom, hoe bedoelde burgers het

⁷ [Zorgverzekering | Rijksoverheid.nl](http://Zorgverzekering|Rijksoverheid.nl)

beste bij de informatie te brengen zijn. Rond de verlaging van het eigen risico, waartoe ik een wetsvoorstel voorbereid, zal ik uiteraard nadere publiekscommunicatie doen. Hiermee informeer ik uw Kamer op dit concrete punt tevens hoe en waar de vermindering van het aantal ambtenaren zich vertaalt in het stoppen met een bepaalde ambtelijke activiteit.

Informatieplicht

Om een weloverwogen keuze te maken voor een zorgverzekeringspolis is het belangrijk dat verzekerden weten welke zorg er wordt vergoed. De zorgverzekeraar moet daarom aan zijn verzekerden inzicht geven in de hoogte van de vergoeding voor de zorg. Bij een naturapolis wordt de zorg volledig vergoed als er een contract met de zorgaanbieder is afgesloten voor het leveren van zorg. Ook als er (nog) geen contract is, kan de zorg toch volledig worden vergoed. De [Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw-TH/NR-034](#) is in 2024 aangepast. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten zich daardoor houden aan bepaalde deadlines. Dit moet bijdragen aan verbetering van het contracteerproces, zodat contracten eerder kunnen worden gesloten en verzekerden bij de start van het overstapseizoen daardoor beter weten waar zij aan toe zijn.

Om invulling te geven aan de informatieplicht richting verzekerden maakten zorgverzekeraars in overstapseizoen 2024 nog gebruik van vijf uniforme kernboodschappen:

- 1 Contract: vergoed
- 2 (Nog) geen contract: wel vergoed
- 3 Nog geen contract: wel vergoed zolang de onderhandeling loopt
- 4 Nog geen contract: mogelijk een deel niet vergoed
- 5 Geen contract: meestal een deel niet vergoed

Met de aanpassing van de regeling zijn zorgverzekeraars voor het overstapseizoen 2025 overgestapt naar vier kernboodschappen, die de verzekerde meer duidelijkheid geven of bepaalde zorg bij een bepaalde aanbieder al dan niet (volledig) vergoed wordt:

- 1a Contract: vergoed
- 1b (Nog) geen contract: wel vergoed
- 2a Nog geen contract: een deel niet vergoed
- 2b Geen contract: een deel niet vergoed

Met deze kernboodschappen lichten zorgverzekeraars aan (potentiële) verzekerden de status van de contractering toe, maar belangrijker nog in hoeverre de zorg bij een aanbieder volledig wordt vergoed onafhankelijk van de contractstatus. Op basis van deze boodschappen is voor de verzekerden duidelijk of zij wel of geen recht hebben op volledige vergoeding van de zorg als zij naar een bepaalde zorgaanbieder willen. De NZa concludeert dat deze kernboodschappen positief werken voor verzekerden, omdat de transparantie van het gecontracteerde aanbod verbetert en verzekerden hierdoor beter weten waar ze bij een bepaalde zorgverzekering voor kiezen. Dit is gebaseerd op de afname van het aantal meldingen van consumenten tijdens het overstapseizoen. De zorgverzekeraars bezien voor overstapseizoen 2026 in hoeverre de informatievoorziening nog verder verbeterd kan worden.

Ook gedurende het jaar is het van belang dat verzekerden weten of bepaalde zorg volledig vergoed wordt. Sinds 1 september 2024 is de vernieuwde [Regeling transparantie zorgaanbieders-TH/NR-035](#) van kracht. Daarin is aangescherpt dat zorgaanbieders patiënten vooraf actief en aantoonbaar moeten informeren over de aan- of afwezigheid van een contract met diens zorgverzekeraar. Uit onderzoek van de Patiëntenfederatie blijkt dat ook informatie over ongecontracteerde zorg van belang is voor de verzekerde en dat die informatie voor verzekerden niet altijd duidelijk is.⁸ Een deel van de patiënten ontdekt tijdens de behandeling dat de zorgaanbieder niet gecontracteerd is en een deel ontdekt dit achteraf. De Patiëntenfederatie concludeert dat hier een rol is weggelegd voor huisartsen, andere verwijzers en zorgaanbieders om patiënten vooraf beter informeren. In de Regeling transparantie zorgaanbieders is er, vooralsnog, geen rol voor de verwijzers opgenomen. Ik ben hierover met de NZa in gesprek.

2. Contractering

2.1 Contractering 2025

Om de zorg ook in de toekomst toegankelijk en van goede kwaliteit te houden, tegen de achtergrond van een toenemende zorgvraag en een krappere arbeidsmarkt, is een grote transformatie nodig. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten daarom anders gaan werken, met meer aandacht voor passende zorg: zorg die nodig is, effectief is en aansluit bij wat mensen echt nodig hebben.

⁸ [Onderzoek 'Het is weer tijd voor je zorgverzekering', Patiëntenfederatie, april 2025](#)

De zorg van de toekomst draait om:

- Samenhangende zorg rond de patiënt;
- Meer focus op preventie en het voorkomen van onnodige zorg;
- Goede samenwerking, niet alleen tussen zorgaanbieders, maar ook met welzijnsorganisaties en gemeenten.

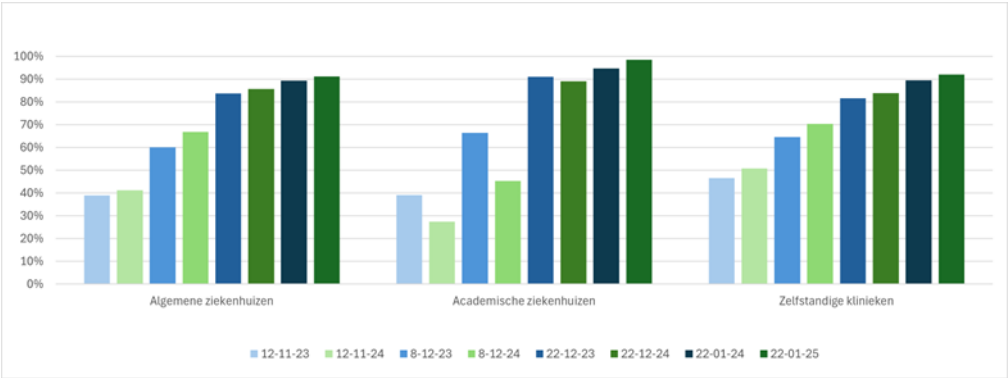
Een belangrijke stap hierin zijn de regiobeelden en regioplannen die per regio inzicht geven in de belangrijkste uitdagingen en hoe die gezamenlijk worden aangepakt. Partijen als zorgverzekeraars, zorgverleners, gemeenten en patiënten hebben die samen opgesteld. Deze plannen moeten landen in de bilaterale contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In het IZA zijn daarom afspraken gemaakt om het contracteerproces te verbeteren. Naar aanleiding van deze afspraken heeft de NZa handvatten opgesteld om de transparantie te vergroten en het contracteerproces soepeler en sneller en meer voorspelbaar te laten verlopen. Een voorspelbaar contracteerproces draagt bij aan de samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waardoor in meer gezamenlijkheid de beweging naar passende zorg in contracten kan worden geconcretiseerd. In het IZA hebben partijen afgesproken om ernaar te streven het contracteerproces voor 12 november af te ronden. Een voorspelbaar proces helpt hierbij.

2.2 Contracteergraad

In 2023 is voor het eerst de contracteergraad op verschillende peilmomenten gemeten. Dezelfde gegevens op dezelfde peilmomenten zijn ook het afgelopen contracteerseizoen gemonitord, waardoor deze vergelijkbaar zijn. In figuur 1a en figuur 1b is hier een overzicht van opgenomen. Het laat zien hoeveel contracten zijn aangeboden en over hoeveel contracten een akkoord is bereikt tijdens het contracteerseizoen. Hieruit komt naar voren dat over het algemeen de contractering in 2024 (gericht op 2025) sneller is verlopen dan de contractering in 2023. Op 12 november 2024 lag het percentage gecontracteerde zorgaanbieders hoger dan het jaar ervoor, wat positief is. Rond 8 december was de contracteergraad vergelijkbaar met 2023, met een sterke stijging bij digitaal gecontracteerde wijkverpleging (van 88% naar 96%). Ook in de ggz was het percentage afgesloten contracten bij de start van het overstapseizoen aanzienlijk hoger dan vorig jaar. De contractering van academische ziekenhuizen bleef bij de start van het contracteerseizoen achter in vergelijking met vorig jaar, maar maakte daarna een inhaalslag. Hierbij moet wel opgemerkt worden, dat het aantal academische ziekenhuizen beperkt is, waardoor een vertraging bij één UMC een groot effect heeft op de gepresenteerde percentages. Andere sectoren laten een hoger of nagenoeg gelijke contracteergraad zien op de

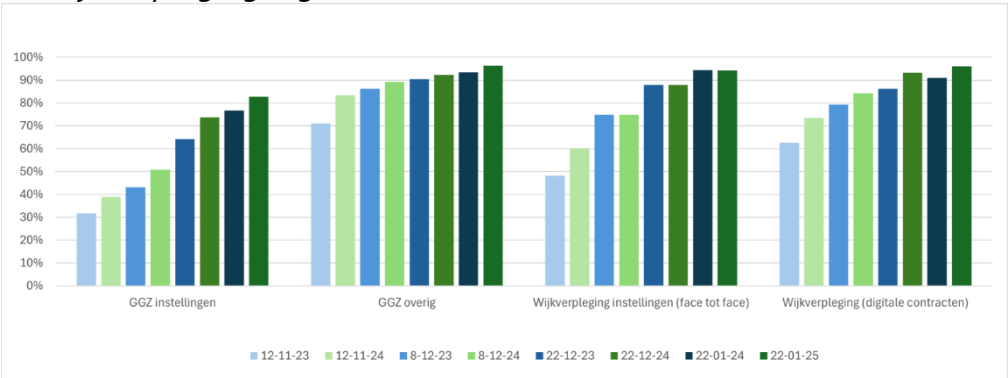
verschillende peildata in vergelijking met vorig jaar. De meeste overstappers wisselen van zorgverzekeraar tussen kerst en nieuwjaar, wanneer ook de meeste contracten rond zijn. De contracteergraad van de ZBC's is ten opzichte van de andere sectoren wat lager, net als vorig jaar. Bij ziekenhuizen is voor de kerstperiode volledige vergoeding van basiszorg al vaak gegarandeerd.

Figuur 1a. Vergelijking contracteergraad contracteerseizoenen 2025 t.o.v 2024 (algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en zelfstandige klinieken)



Bron: Informatiekaart zorgverzekeringen 2025, NZa (bewerkt)

Figuur 1b. Vergelijking contracteergraad contracteerseizoenen 2025 t.o.v 2024 (ggz-instellingen, ggz overig, wijkverpleging, face to face en wijkverpleging digitale contracten)

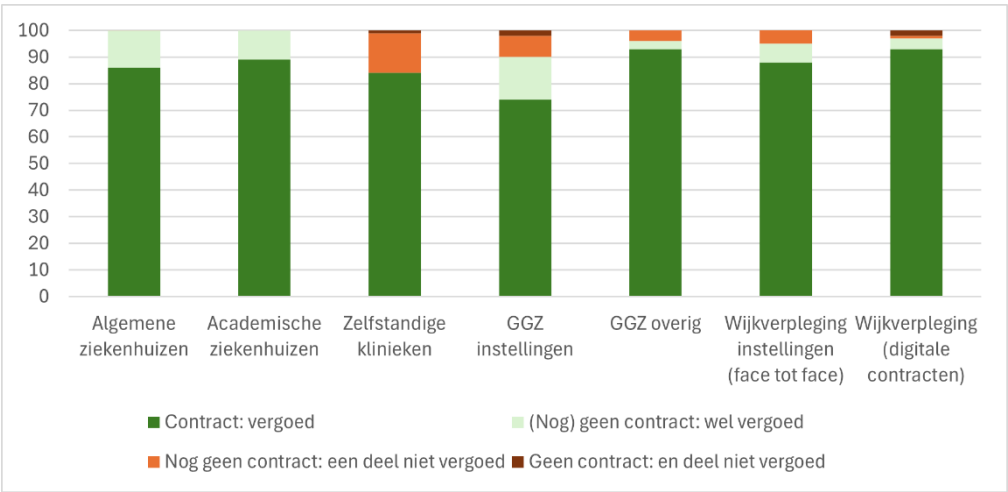


Bron: Informatiekaart zorgverzekeringen 2025, NZa (bewerkt)

Zoals onder 1.3 is aangegeven is het voor de verzekerden vooral van belang of de zorg volledig vergoed wordt. Tabel 1 geeft een overzicht van het percentage zorgaanbieders dat vergoed wordt met als peildatum 22 december 2024. Voor alle zorgaanbieders,

behalve zelfstandige klinieken, geldt dat het aandeel zorgaanbieders dat vergoed wordt op deze peildatum minimaal 90 procent is. Er is een verschil tussen de vergoeding en de contractstatus. De contractstatus geeft aan of er een contract is afgesloten, maar geeft geen volledige informatie over de vergoeding. Zo is het mogelijk dat er (nog) geen contract is afgesloten, maar dat de zorg wel vergoed wordt. Om duidelijkheid aan de patiënt te geven en ze niet te confronteren met onverwachte kosten, vind ik communicatie over de vergoeding van groot belang. De eerder beschreven kernboodschappen zijn hier helpend in.

Tabel 1 Aandeel zorgaanbieders dat vergoed wordt met peildatum 22 december 2024



Bron: Informatiekaart zorgverzekeringen 2025, NZa (bewerkt)

2.3 Signalen

Gedurende het afgelopen contracteerseizoen heeft de NZa signalen gekregen over de inhoud van contracten en/of het moeizaam rond kunnen krijgen van contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit waren 293 meldingen. De NZa beoordeelt vervolgens of een melding aan te merken is als signaal richting de afdeling Toezicht van de NZa. In totaal zijn er 70 meldingen als signalen aangemerkt, waarvan er 30 gingen over het contracteerproces van zorgaanbieders werkzaam in de sector eerstelijnsverblijf. Deze aanbieders uitten hun zorgen over de afslagen die verschillende zorgverzekeraars hanteren op de, door de NZa verhoogde, tarieven. Dit is het eerste jaar dat de NZa in de Informatiekaart een analyse van de ontvangen signalen heeft opgenomen.

Op de IZA-thematafel Contractering, waarin onder meer de NZa, de Patiëntenfederatie en brancheorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn vertegenwoordigd, is het contracteerproces besproken. Ook bij deze partijen is het algemene beeld dat het contracteerproces goed is verlopen. Verschillende brancheorganisaties hebben meer snelheid ervaren in het contracteerproces.

Binnen de ggz is er een rechterlijke uitspraak geweest over de tarieven; dit heeft impact gehad op de contractering. Ook was er op een relatief laat moment inzicht in de opbouw van de financiële kaders, wat hier en daar zorgde voor enige vertraging.

Een belangrijk aandachtspunt bij de evaluatie van dit contracteer- en overstapseizoen, vanuit ActiZ en Zorgthuis.nl, zijn de afspraken over MESO-zorg: multidisciplinaire zorg voor thuiswonende ouderen met een toenemende zorgvraag. Inmiddels worden hierover gesprekken gevoerd samen met zorgverzekeraars, vooruitlopend op het volgende contracteerseizoen.

2.4 Evaluatie handvatten

De [Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg](#) zijn opgesteld door de NZa om het contracteerseizoen soepeler te laten verlopen. De NZa evalueert deze handvatten aan de hand van een online enquête voor branchepartijen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Bij deze evaluatie worden ook de meldingen die bij de NZa binnen zijn gekomen, meegenomen. De uitkomsten van deze nog af te ronden evaluatie zullen worden gebruikt om de handvatten waar nodig aan te passen. De aangescherpte handvatten zullen na het contracteerproces van 2026 worden gedeeld en gelden voor het contracteerproces vanaf 2027.

2.5 Op weg naar meer inhoudelijke afspraken in contracten

Het contracteerproces is beter verlopen dan afgelopen jaar. Daarmee is de basis beter op orde om ook de stap te zetten naar meer inhoudelijke contracten die aansluiten bij de regioplannen en regiobeelden. Dit vraagt om een grote verandering bij zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Hoewel het contracteerproces beter is verlopen en er ook inhoudelijke contracten worden afgesloten, waarbij de focus niet ligt op de financiële afspraken, maar op de beweging naar passende zorg, moeten er stappen gezet worden om de noodzakelijke transformatie op basis van de

regioplannen in relatie tot de contractering verder vorm te geven.
Er zijn positieve signalen dat meer zorgverzekeraars
experimenteren met inhoudelijke- en meerjarige contracten, vooral
in de wijkverpleging en ggz. In het hele land zie ik mooie
voorbeelden.

Voorbeelden innovatieve en meerjarige contracten

Meerjarige afspraken met Zuyderland en de eerste lijn

De huisartsen in de Mijnstreek in Zuid-Limburg, Zuyderland ziekenhuis en CZ trekken samen op, waarbij co-creatie het leidende principe is met als inzet de zorg in de eerstelijns te versterken, zodat de druk op het ziekenhuis wordt verminderd en overall kosten worden bespaard. Daarvoor zijn in de loop van de tijd diverse interventies bedacht, zoals het anderhalvelijnscentrum, e-consulten en een multidisciplinaire aanpak voor diabetespatiënten. Nieuwe vormen van contractering faciliteren deze samenwerking. Zo is er in 2020 een tienjaarscontract tussen CZ en Zuyderland gesloten, waardoor het ziekenhuis in staat wordt gesteld om de interne organisatie dankzij een tijdelijke compensatieregeling op een verantwoorde wijze aan de verminderde instroom van patiënten aan te passen. In samenhang hiermee sluit CZ meerjarencontracten met de huisartsen en anderhalvelijnscentra, zodat huisartsen de mogelijkheid hebben de extra taken die uit de samenwerking voortvloeien op zich te nemen. De contracten bieden voldoende zekerheid bij alle partners om de beoogde veranderingen daadwerkelijk in de praktijk door te voeren. De afgelopen jaren hebben laten zien dat de praktijk weerbarstig is en dat het verzilveren van de gemaakte afspraken niet vanzelfsprekend is. De lessen die tijdens de uitvoering worden geleerd vormen dankzij het principe van co-creatie aanleiding om de samenwerking waar nodig bij te sturen en dragen bij aan een beter resultaat.

Meerjarige afspraken in de ggz

Mental Care Group (Mentaal Beter, HSK, Opdidakt, Vitalmindz, AllesKITs en Siggie) en Zilveren Kruis hebben een meerjarenafspraken 2025 -2026 gemaakt voor het bieden van geestelijke gezondheidszorg aan meer dan 15.000 verzekerden. De afspraken met concrete doelstellingen gaan onder andere over effectief behandelmanagement en ook over de inzet van digitale zorg. Zo wordt uiteindelijk capaciteit van zorgprofessionals vrijgespeeld en kunnen zij meer patiënten behandelen.

Versnellingscontract passende zorg Noordwest Ziekenhuisgroep en Coöperatie VGZ

Noordwest Ziekenhuisgroep en zorgverzekeraar VGZ werken transparant als partners aan passende zorg met concrete doelen om de toegankelijkheid van zorg in de regio te verbeteren voor inwoners. Beide partijen hebben duidelijke afspraken (kpi's) over wat zij bijdragen, onder meer over het aantal ingrepen in dagbehandeling om de regionale capaciteit te vergroten door NWZ en inspanningen op toegankelijkheid van de huisartsen en de organisatie rondom multitraumazorg door Coöperatie VGZ. De samenwerking is flexibel vormgegeven met ruimte voor transformatie en passende zorg initiatieven zoals slimme monitoring en beslisondersteuning waaraan ook jaar op jaar concrete opvolging wordt gegeven. De samenwerking laat zien dat beide partijen verantwoordelijk nemen en dat jaar op jaar opvolging wordt gegeven aan impactvolle initiatieven die schaars zorg personeel vrijspelen. Om nog meer te focussen op de inhoud, wordt gekeken om voor de komende jaren een meerjarig contract te sluiten, met een mate van flexibiliteit voor beide partijen.

Om het relationeel contracteren te stimuleren, met als doel om in gezamenlijkheid inhoudelijke afspraken te maken in lijn met de regioplannen, heeft mijn ambtsvoorganger het afgelopen jaar met het ZiNL en de NZa een aantal publicaties opgesteld om partijen meer handvatten te geven deze publicaties zijn gepubliceerd op de website dejuistezorgopdejuisteplek.nl. Deze publicaties gaan in op onder meer de do's en dont's van relationele contracten, het meten van percepties en welke regels en aandachtspunten er zijn voor de samenwerking als het gaat om relationeel contracteren. Samen met ZiNL en de NZa ben ik aan het bezien hoe ik hier een vervolg aan kan geven.

Voor de komende periode zet ik daarnaast in op de samenwerking tussen grote en kleine ziekenhuizen en afspraken met meerjarige financiële zekerheid met instellingen voor medisch specialistische zorg.

Daarnaast zie ik dat de uitvoering van de regioplannen per regio sterk varieert. De doorvertaling van regiobeelden en regioplannen naar concrete contractafspraken is daarnaast ook nog beperkt. Ook in de regio's waar partijen al een intensieve en langdurige samenwerkingsrelatie hebben. Ik ben daarom met zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars in gesprek om te inventariseren wat er nodig is om dit proces te versnellen.

3. Motie

Aan het eind van deze brief sta ik graag nog bij een motie stil.

In de brief van 4 februari jl.⁹ heeft mijn ambtsvoorganger uw Kamer geïnformeerd dat invulling gegeven is aan de motie van leden Tielen en Paulusma¹⁰ door de NZa in de evaluatie van het contracteerseizoen te laten kijken naar het aantal meldingen dat zij hebben gekregen over potentiële schendingen van de richtsnoeren. De NZa kreeg 293 meldingen van zorgaanbieders over de inhoud van contracten en/of het moeizaam rond kunnen krijgen van contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hiervan kwamen er 172 vanuit apothekers met als onderwerp de Overheidsbijdragen in Arbeidskostenontwikkeling (OVA) en de

⁹ [Kamerstukken 2024/25, 31765, nr. 901](#)

¹⁰ [Kamerstukken 2024/25, 33578, nr. 134](#)

condities van de contractafspraken extramurale farmacie voor 2025. Ik beschouw hiermee de motie als afgedaan.

4. Tot slot

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben de afgelopen tijd hard gewerkt om het afsluiten van contracten beter te laten verlopen, met het belang van de verzekerde voorop. Ook is er gewerkt aan het verbeteren van de informatie die verzekerden krijgen.

Ik wil iedereen bedanken voor de inzet en samenwerking, want alleen samen kunnen we de uitdagingen in de zorg aan. Tegelijkertijd zijn we er nog niet. Er is nog werk te doen om de informatievoorziening aan verzekerden verder te verbeteren en om via contracten nog beter invulling te geven aan passende zorg en regionalisering.

De basis ligt er nu, en ik heb er vertrouwen in dat alle partijen ook dit jaar weer mooie stappen gaan zetten.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Y.J. van Hijum