

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

datum Utrecht, 5 juni 2026
ons kenmerk 2026-11
voor informatie Pien ter Haar: p.terhaar@patientenfederatie.nl
onderwerp **Commissiedebat Zorgverzekeringsstelsel**

Geachte leden van de commissie VWS,

Op 10 juni aanstaande voert u een debat over het Zorgverzekeringsstelsel. Patiëntenfederatie Nederland en Ieder(in) geven u graag een aantal belangrijke zorgen, uitdagingen en suggesties mee.

1. Verhaal de bezuinigingen niet op chronisch zieke patiënten, maar zoek opties in het systeem

Patiëntenfederatie Nederland en Ieder(in) vinden dat de bezuinigingen rond zorgverzekeringen niet op chronisch zieke patiënten moeten worden verhaald. Wij vinden dat er voor hen een duurzame aanpak moet komen waarmee de stapeling van zorgkosten wordt verminderd en de regelingen worden versimpeld. We missen dat in de redenering van het Kabinet, dat denkt in besparingen die consumenten raken. Het vraagt namelijk in verschillende zorgwetten om meer eigen bijdragen en verhoging van het eigen risico.¹ Ook vinden er ingrijpende maatregelen in de sociale zekerheid plaats.

Mensen met een chronische ziekte en/of beperking worden hierdoor geconfronteerd met meer kosten voor zorg en ondersteuning en soms met verlaging van het inkomen. Het aantal mensen met chronische ziekten en/of beperkingen die hierdoor financieel nauwelijks of helemaal niet meer rondkomen neemt daardoor toe. Dit leidt tot meer² zorg mijden, waardoor klachten kunnen verergeren en duurdere zorg nodig kan zijn. Daarnaast nemen de kansen om mee te doen in de samenleving (sociaal leven, vrijwilligerswerk, culturele activiteiten en -naar vermogen- sporten en bewegen) voor deze mensen af.³ Voorlopige rekensommen laten een zorgwekkend beeld zien. In onze campagne [#ikkannietmeer](#) wordt duidelijk hoe schrijnend de situatie van meerdere chronisch zieke mensen wordt.

Patiëntenfederatie Nederland en Ieder(in) vinden dat maatregelen die de rekening verder bij mensen met een chronische ziekte en/of een beperking neerleggen van tafel moeten. Noodzakelijke zorg en ondersteuning moet voor iedereen toegankelijk en betaalbaar blijven.

2. Compensatieregeling niet uit laten voeren door gemeenten

Om de bezuinigingen door te voeren, maar de financiële mogelijkheden voor mensen te behouden, wil het Kabinet een compensatieregeling inzetten. Het stelt voor de uitvoering van die regeling naar te leggen bij gemeenten. Wij vrezen een fiasco.

¹ Verhoging eigen risico, eigen bijdrage in jeugdwet en voor wijkverpleging in de zorgverzekeringswet, inkomensafhankelijk maken van zorg en ondersteuning uit de Wmo en schrappen van huishoudelijke hulp, afschaffing belastingregelingen specifieke zorgkosten en de tegemoetkoming zorgkosten arbeidsongeschikten, etc.

² Zie [Patiëntenfederatie Nederland | Massale zorgmijding dreigt onder...](#)

³ Zie Nibud rapport effecten van voorgestelde beleidsmaatregelen voor mensen met een beperking of chronische ziekte

Dat bleek ook toen de Wet Tegemoetkoming Chronisch Zieken en Gehandicapten (Wtcg) werd afgeschaald en de uitvoering van de compensatie aan gemeenten werd overgelaten. Lang niet alle gemeenten kozen ervoor om chronisch zieke- en gehandicapte inwoners te compenseren. Gemeenten die dat wel deden, besloten tot een veel lagere compensatie. Dit was niet uit te leggen aan diegenen waarvoor de regeling bedoeld was. Daarnaast verkeren gemeenten in financieel zwaar weer. Patiëntenfederatie Nederland en Ieder (in) twijfelen of gegarandeerd kan worden dat de mensen waar de regeling voor is bedoeld ook daadwerkelijk worden bereikt. Wij pleiten voor het behoud van een landelijke regeling, die eenvoudig uit te voeren, laagdrempelig is en waarmee meerkosten worden gecompenseerd.

Voor ons is het evident dat het voor de compensatieregeling gereserveerde bedrag van € 350 mln niet toereikend is. Zeker nu de belastingdienst op dit moment al € 615 mln aan compensatie voor bepaalde extra zorgkosten verstrekt. Voor de eventuele compensatieregeling is gezien de beoogde maatregelen dus een hoger bedrag nodig.

3. Verzekerd pakket belemmert passende zorg

Het Zorginstituut omschrijft passende zorg als zorg die werkt tegen een redelijke prijs en die, waar mogelijk, dichtbij en rondom de patiënt wordt georganiseerd. Bij passende zorg beslissen patiënt en behandelaar wat voor de patiënt de best mogelijke behandeling is. Daarbij gaat het niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en kwaliteit van leven.

Als voorbeeld noemt het Zorginstituut het opereren van een gescheurde meniscus in de knie als gevolg van slijtage. Uit onderzoek blijkt dat deze ingreep weinig soelaas biedt en dat deze patiënten meer baat hebben bij fysiotherapie en tips om klachten te voorkomen. *'De uitgespaarde miljoenen kunnen dan worden besteed aan noodzakelijke, passende zorg'* stelt het Zorginstituut. Maar die beter passende fysiotherapie wordt niet vergoed. Wij vinden dus dat deze zorg die beter passend is, wel moet worden vergoed.

Eerste 20 fysiotherapiebehandelingen van de chronische lijst

Belemmering voor passende zorg ontstaat bijvoorbeeld door het zelf moeten betalen van de eerste 20 fysiotherapie behandelingen van de chronische lijst⁴. Als patiënten daar vanwege de kosten vanaf zien, kan dat tot langduriger klachten en nieuwe doorverwijzingen leiden. Zowel de NZa als het Zorginstituut bevestigen dat de toegang tot fysiotherapie, en daarmee de mogelijkheid om passende zorg te leveren, verbetert als al deze behandelingen wel worden vergoed. Daar hoort ook een financiële overweging bij. Die is aan u als wetgever. Wij vinden het essentieel dat fysiotherapie toegankelijker wordt. Het is in dit geval immers passende zorg. Wij pleiten dan ook opnieuw voor het vergoeden van alle de fysio- en oefentherapie van de zogenoemde chronische lijst⁵, dus ook de eerste 20 behandelingen.

'Zelfzorgmiddelen'

Patiëntenfederatie Nederland en Ieder(in) zien meer situaties waarbij passende zorg in het geding kan komen. Zo kijkt het Zorginstituut naar mogelijkheden om nog meer zogenoemde zelfzorgmiddelen uit het verzekerde pakket te halen. Dat heeft gevolgen voor een brede groep patiënten. Voor 2027 staat bijvoorbeeld het aanpassen van de vergoeding voor geneesmiddelen tegen allergie op de nominatie.

⁴ [Chronische lijst fysiotherapie](#)

⁵ [Patiëntenfederatie Nederland | Vergoeding eerste twintig...](#)

Deze middelen zijn essentieel voor bijvoorbeeld mensen met onder anderen allergische rhinitis, allergische astma en huidaandoeningen die erge jeuk veroorzaken⁶. Dit is effectieve en preventieve zorg en dus geen 'zelfzorg', maar medisch noodzakelijke middelen bij chronische aandoeningen. Deze medicatie hoort dus bij chronisch gebruik in het basispakket te blijven, ook bij de eerste zes maanden van gebruik.

Eigen bijdrage geneesmiddelen vergoedingensysteem op huidig niveau laten

Patiënten moeten niet alleen zelf geneesmiddelen betalen die niet (meer) in het pakket zitten, maar ook bijbetalen voor medicijnen uit het Geneesmiddelen vergoedingensysteem⁷. Deze eigen bijdrage is sinds 2019 gemaximeerd. Wij vinden het belangrijk dat dat dit zo blijft zolang het GVS bestaat.

Zorgen rond weesgeneesmiddelen

Wat betreft weesgeneesmiddelen sluiten wij aan bij de zorgen van de patiëntenkoepel voor zeldzame- en genetische aandoeningen (VSOP). Zij stuurden u onlangs een brief.

3. Ongecontracteerde zorg

Ongeveer 10% van de verzekerden maakt gebruik van ongecontracteerde zorg⁸. Wij krijgen regelmatig signalen⁹ dat mensen met complexe zorgvragen- zoals patiënten met een ernstige longaandoening, meerdere beperkingen of met spierziekten- hier noodgedwongen naar uitwijken. Het is voor hen op dit moment de enige, passende optie.

Zorgverzekeraars zouden bij hun toekomstige zorginkoop een ruimer en gevarieerder aanbod moeten inkopen, zodat ook mensen met complexe zorgvragen toegang hebben tot passende zorg, zonder dat ze moeten bijbetalen. Wij vinden dat de vergoeding van ongecontracteerde zorg niet kan worden stopgezet, zolang er nog patiënten zijn met een complexe zorgvraag die niet terecht kunnen bij zorgaanbieders die de juiste expertise hebben en die passende zorg bieden.

Hoewel er afgelopen tijd actie is ondernomen om de informatievoorziening rond ongecontracteerde zorg te verbeteren¹⁰, zijn er nog steeds patiënten die zorg krijgen van een ongecontracteerde aanbieder en daar pas in een laat stadium of achteraf achter komen¹¹. Wij vinden het noodzakelijk dat patiënten op tijd weten of zorg gecontracteerd is en of- en op welke wijze deze vergoed wordt. Dat geldt zowel voor mensen die op zoek zijn of worden doorverwezen naar een zorgaanbieder, als voor mensen die op het punt staan een zorgpolis af te sluiten. Voor hen allen moet er beter vindbare, duidelijke en begrijpelijke informatie zijn. Ook voor mensen die minder of niet (digi)taalvaardig zijn.

⁶ Het betreft o.a. patiënten om allergische rhinitis, allergisch astma, urticaria en/of jeuk, Postsepsis-, longcovid, ME en patiënten met Post Acute Infectie Syndromen

⁷ Zie [Welke medicijnen krijg ik vergoed? | Rijksoverheid.nl](#)

⁸ [Zie Nivel onderzoek 2025](#)

⁹ Signalen komen overeen met bevindingen [uit onderzoek van Patiëntenfederatie Nederland](#) waarin gebruikers van ongecontracteerde zorg aangeven te (blijven) kiezen voor ongecontracteerde zorg omdat er geen andere zorg beschikbaar is, omdat de zorgorganisatie de voor de behandeling noodzakelijke expertise heeft, omdat de zorgorganisatie zorg kan leveren op voor hun passende momenten, of omdat er geen (goede) alternatieven zijn voor de zorg die ze nodig hebben.

¹⁰ Denk aan het gebruik van identieke kernboodschappen door zorgverzekeraars en het invoeren van een actieve informatieplicht voor zorgaanbieders.

¹¹ Zie onderzoek Patiëntenfederatie Nederland. Ruim één op de vijf mensen die in 2025 ongecontracteerde zorg kregen die ze (deels) zelf moesten betalen, wist vooraf niet dat deze zorg niet gecontracteerd was. ¹¹ Driekwart van deze groep kwam daar pas achter toen het zorgtraject al (bijna) was afgerond.

Wat gaat de Minister doen?

Wij zijn benieuwd of de Minister onze zorgen rond de vergoedingen van eigen betalingen en toegang tot de zorg ter harte neemt en onze aandachtspunten onderschrijft.

- ❖ Is de minister bereid de verhoging van het eigen risico en andere bezuinigingsmaatregelen te heroverwegen nu dit tot grote financiële problemen voor mensen leidt en valt te betwijfelen of er al uitputtend is gekeken naar andere maatregelen die leiden tot besparingen in het zorgsysteem?
- ❖ Is de minister gezien de uitwerking van het bij gemeenten beleggen van de compensatieregeling van de Wtcg nog steeds van plan een eventuele compensatieregeling voor het verhoogde eigen risico en andere zorg bezuinigingen bij gemeenten te beleggen?
- ❖ Achten de minister € 350 mln genoeg om alle groepen die door de bezuinigingsmaatregelen in de knel komen te compenseren en zo ja, waar is dit op gebaseerd?
- ❖ Hoe kijkt de minister aan tegen handhaven van het voor eigen rekening laten komen van de kosten voor de eerste twintig fysiotherapie behandelingen van de chronische lijst en de belemmering die dat geeft om te komen tot passende zorg?
- ❖ Vindt de minister het gerechtvaardigd dat de medisch noodzakelijke, door het Zorginstituut als 'zelfzorgmiddelen' aangemerkte medicatie op recept bij chronisch gebruik niet uit het basispakket gehaald worden en hoe denkt zij daarover bij de eerste zes maanden van gebruik?
- ❖ Kan de minister bevestigen dat de maximering van de eigen bijdrage GVS ook in 2027 wordt gecontinueerd?
- ❖ Is de minister het ermee eens dat er beter begrijpelijke, toegankelijke en vindbare informatie over ongecontracteerde zorg nodig is, zodat patiënten het weten als zorg niet is gecontracteerd en dat zij de consequenties daarvan voor hen kennen?
- ❖ Heeft de minister in beeld of er voor mensen met een complexe zorgvraag voldoende passend zorgaanbod door zorgverzekeraars wordt ingekocht? En is zij -voordat zij overgaat tot verdere maatregelen-bereid om hierover in gesprek te gaan met de mensen om wie het gaat?
- ❖ Wat kan de minister doen om te stimuleren dat de informatievoorziening rondom ongecontracteerde zorg verbetert?

We stellen het zeer op prijs als u de aandachtspunten en vragen uit deze brief naar voren zou willen brengen in het commissiedebat. Uiteraard zijn wij graag beschikbaar voor nadere toelichting en praktijkvoorbeelden.

Met vriendelijke groet,



Linda Daniels- van Saase
Waarnemend directeur-bestuurder
Patiëntenfederatie Nederland



Deborah Lauria
Directeur
Ieder(in)