

Vergaderjaar 2025-2026

36 800 XVI Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2026

J **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET TWEDE VERSLAG**
Ontvangen 9 juni 2026

Introductie

Met belangstelling heeft het kabinet kennisgenomen van het 2e verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2026. Er zijn door de leden van de fracties van de SP en Volt vervolgvragen gesteld en opmerkingen gemaakt. Het kabinet hoopt met de beantwoording van de gestelde vragen de nog bestaande onduidelijkheden te kunnen wegnemen.

Inleiding

De leden van de fracties van de **SP** en **Volt** hebben met belangstelling kennisgenomen van de nota naar aanleiding van het verslag.¹ Naar aanleiding hiervan wensen deze leden de regering nog een aantal vervolgvragen te stellen. Het lid van de **Fractie-Visseren-Hamakers** sluit zich bij de vragen van de fracties SP en Volt aan.

Vragen van de leden van de fractie van de SP

De leden van de fractie van de SP hebben naar aanleiding van de beantwoording van de regering en recente maatschappelijke en wetenschappelijke signalen nog enkele aanvullende vragen over vrouwengezondheid en preventie.

Vrouwengezondheid

De leden van de fractie van de SP lezen in de beantwoording dat vrouwspecifieke aandoeningen jaarlijks leiden tot maatschappelijke kosten tussen de € 7,6 miljard en € 12,6 miljard. Voor de komende jaren is in totaal € 15 miljoen opgenomen voor onderzoek naar vrouwspecifieke aandoeningen en het verbeteren van kennis over het vrouwenlichaam. Eerder deze maand klonk echter vanuit artsen, wetenschappers en belangenorganisaties de kritiek dat deze investering slechts “een druppel op een gloeiende plaat” zou zijn.² In reactie op hun oproep voor extra investeringen in vrouwengezondheid stelde de minister van VWS dat niet “gelijk al weer” over meer geld moet worden gesproken.³

1. Kan de regering toelichten waarom, ondanks de door haarzelf erkende maatschappelijke kosten van € 7,6 miljard tot € 12,6 miljard per jaar, is gekozen voor een investering van slechts € 15 miljoen voor de komende jaren?

Antwoord:

Vrouwengezondheid vraagt een brede aanpak waarin partijen gezamenlijk de inhaalslag maken die nodig is. Naast de investeringen die vanuit VWS worden gedaan, wordt ook binnen andere departementen aandacht gegeven aan het onderwerp vrouwengezondheid en worden er investeringen gedaan. Het kabinet wijst bijvoorbeeld op de investeringen die in het kader van

¹ Kamerstukken I 2025/26, 36800 XVI, H.

² RTL Nieuws, Roosmalen, van, M., *Niet genoeg geld voor vrouwengezondheid, waarschuwen artsen: 'Er zijn alleen maar plannen'*, 2 mei 2026, zie <https://www.rtl.nl/nieuws/binnenland/artikel/5596699/vrouwengezondheid-wetenschappers-nationale-strategie>.

³ Ibidem.

de publiek-private samenwerkingen zijn gedaan, zoals in het kader van het programma Menopause Matters.⁴

2. Waarom kiest de regering er op dit moment voor geen aanvullende middelen vrij te maken voor vrouwengezondheid, ondanks de oproep van deskundigen?

Antwoord:

Vrouwengezondheid betreft de helft van de bevolking, daarom kan het niet als afzonderlijk deel van de zorg worden gezien. Het kabinet is van mening dat extra budget dit maatschappelijke vraagstuk niet gaat oplossen, maar dat het een brede aanpak vraagt waarin partijen gezamenlijk de inhaalslag maken die nodig is. Dit vraagt een verandering in bewustwording, houding en prioritering rondom vrouwengezondheid. Dit vereist een lange adem. En de € 15 miljoen is bedoeld om daaraan een bijdrage te leveren.

3. Wil de regering eerst de resultaten van de huidige investeringen afwachten voordat wordt afgewogen of aanvullende middelen noodzakelijk zijn? Zo ja, hoe beoordeelt de regering of de huidige beschikbare middelen voldoende zijn, gelet op de bestaande kennishiaten en zorgachterstanden op het gebied van vrouwengezondheid? En wanneer verwacht de regering hier concreet inzicht in te hebben?

Antwoord:

Het programma bij ZonMw rondom vrouwengezondheid loopt tot 2030. Er zijn in deze hele periode voor dit programma middelen beschikbaar. Vrouwengezondheid betreft de helft van de bevolking, daarom kan het niet als afzonderlijk deel van de zorg worden gezien. Het kabinet is van mening dat extra budget dit maatschappelijke vraagstuk niet gaat oplossen, maar dat het een brede aanpak vraagt waarin partijen gezamenlijk de inhaalslag maken die nodig is. Dit vraagt een verandering in bewustwording, houding en prioritering rondom vrouwengezondheid. Dit vereist een lange adem. Voor het zomerreces wordt de werkagenda vrouwengezondheid gelanceerd. Na de zomer wordt samen met ZonMw de monitoring verder uitgewerkt.

4. Deelt de regering de zorg dat aanvullende investeringen op termijn noodzakelijk kunnen blijken om de ambities uit de Nationale Strategie Vrouwengezondheid daadwerkelijk te realiseren?

Antwoord:

Het kabinet heeft middelen gereserveerd voor de uitvoering van de Nationale Strategie Vrouwengezondheid. De prioriteit ligt nu op uitvoering daarvan.

5. Welke aanvullende maatregelen heeft de regering in beeld indien blijkt dat de huidige investeringen onvoldoende zijn?

Antwoord:

De regering heeft op dit moment geen aanvullende maatregelen in beeld. Naast de investeringen die vanuit VWS gedaan zijn wordt ook binnen andere departementen aandacht gegeven aan het onderwerp vrouwengezondheid en worden er investeringen gedaan. Het kabinet wijst bijvoorbeeld op de investeringen die in het kader van de publiek-private samenwerkingen zijn gedaan, zoals in het kader van het programma Menopause Matters.⁵

Preventie

In de memorie van toelichting bij deze begroting maakt de regering duidelijk dat investeren in gezondheid en preventie geen luxe is, maar een noodzakelijke voorwaarde voor een gezonde en toekomstbestendige samenleving.⁶ Tegen die achtergrond vragen de leden van de SP-fractie hoe de

⁴ [Women's Health | Health~Holland](#)

[Technologische oplossingen voor vrouwen in de overgang - Amazing Erasmus MC](#)
[Vijf miljoen voor innovatieprogramma Menopause Matters | ICT&health](#)

⁵ [Vijf miljoen voor innovatieprogramma Menopause Matters | ICT&health](#)

⁶ *Kamerstukken II 2025/26, 36.800 XVI, nr. 2, p. 7.*

regering kijkt naar recente waarschuwingen van internationale experts dat klimaatverandering een ernstige bedreiging vormt voor de volksgezondheid.⁷

6. Experts van een door de WHO ingestelde commissie stellen dat klimaatverandering moet worden behandeld als een internationale noodsituatie voor de volksgezondheid en spreken van een “catastrofale dreiging voor de volksgezondheid”. Hoe beoordeelt de regering deze waarschuwing?

Antwoord:

Het kabinet hoort de waarschuwing van de commissie dat de gezondheidsgevolgen van klimaatverandering niet onderschat moeten worden.

7. Deelt de regering de opvatting dat klimaatbeleid mede (preventief) volksgezondheidsbeleid is, omdat klimaatverandering onder meer leidt tot extra sterfte door hitte, verslechterde luchtkwaliteit en verspreiding van infectieziekten? Zo ja, welke consequenties verbindt zij daaraan voor het beleid van VWS?

Antwoord:

Het kabinet is het er mee eens dat klimaatverandering gevolgen kan hebben voor de volksgezondheid en dat het kabinet een verantwoordelijkheid heeft om daar beleid op te maken. In de Ontwerp-Nationale Klimaatadaptatiestrategie '26 (Ontwerp-NAS '26), die op 29 mei aan de Tweede Kamer is aangeboden, beschrijft het kabinet welke maatregelen landelijk worden getroffen om passend om te gaan met klimaatverandering in Nederland.⁸

8. Is de regering van mening dat het huidige preventiebeleid voldoende rekening houdt met de toekomstige gezondheidseffecten van klimaatverandering? Zo ja, waar blijkt dat concreet uit?

Antwoord:

Het kabinet heeft de afgelopen jaren meerdere rapporten en adviezen over klimaatverandering en gezondheid ontvangen en is daardoor goed op de hoogte van de wetenschappelijke kennis over gezondheidsrisico's van klimaatverandering. Het gaat dan onder andere om adviezen van het RIVM⁹, Planbureau voor de Leefomgeving^{10,11}, de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving¹² en een gezamenlijk advies van de Gezondheidsraad en de Wetenschappelijke Klimaatraad¹³. Voor sommige risico's is het verstandig om nu al maatregelen te treffen. In de Ontwerp-NAS '26 licht het kabinet de keuzes toe die het maakt. Het kabinet verwacht de Ontwerp-NAS'26 binnenkort naar de Tweede Kamer te kunnen sturen.

9. In hoeverre is de Nederlandse zorg voorbereid op toenemende druk als gevolg van klimaatverandering, bijvoorbeeld door hittegolven, luchtvervuiling en infectieziekten?

Antwoord:

Het kabinet heeft de Tweede Kamer op 3 oktober 2025 geïnformeerd over een verkenning die is uitgevoerd in het kader van het Programma Duurzaamheid & Gezondheid.¹⁴ Uit de verkenning blijkt dat zorgaanbieders zich bewust zijn van klimaatverandering, maar dat zij de kans en impact van specifieke risico's op hun bedrijfsvoering moeilijk kunnen inschatten. Het verkennend onderzoek biedt een aantal mogelijke handelingsperspectieven voor

⁷ NOS, *Experts: klimaatverandering is catastrofale bedreiging voor volksgezondheid*, 14 mei 2026, zie <https://nos.nl/artikel/2614735-experts-klimaatverandering-is-catastrofale-bedreiging-voor-volksgezondheid>.

⁸ Kamerstukken II, 2025/26, 31 793 nr 301

⁹ <https://www.rivm.nl/publicaties/verkenning-toekomstige-gezondheidseffecten-van-klimaatverandering>

¹⁰ Kamerstukken II, 2023/24, 32 813 nr 1387

¹¹ Kamerstukken II, 2025/26, 32 813 nr 1559

¹² Kamerstukken II, 2025/26, 32 793 nr 866

¹³ <https://www.gezondheidsraad.nl/adviesonderwerpen/omgeving/klimaatverandering-en-gezondheid-richtingen-voor-beleid>

¹⁴ Kamerstukken II, 2025/26, 32 793 nr. 866

zorgaanbieders, hoe publieke zorgorganisaties daarbij kunnen ondersteunen en wat overheden kunnen doen.

10. Welke aanvullende maatregelen neemt de regering om kwetsbare groepen, zoals ouderen, chronisch zieken, mensen met een laag inkomen en bewoners van slecht geïsoleerde woningen, te beschermen tegen de gezondheidseffecten van klimaatverandering?

Antwoord:

Het kabinet is zich ervan bewust dat sommige mensen in de samenleving meer risico's hebben op gezondheidsgevolgen dan andere mensen. Mensen starten met een verschillende gezondheidssituatie en niet iedereen beschikt over dezelfde middelen om zichzelf te beschermen. In de Ontwerp-NAS'26 beschrijft het kabinet wat het daarvoor wil doen. De Ontwerp-NAS'26 is op 29 mei aangeboden aan de Tweede Kamer.¹⁵

11. Ziet de regering naar aanleiding van deze waarschuwingen reden om de VWS begroting bij te stellen of deze inzichten op zijn minst mee te nemen bij toekomstige begrotingen?

Antwoord:

Op dit moment ziet het kabinet geen reden om de VWS-begroting bij te stellen.

Vragen van de leden van de fractie Volt

De beantwoording van de regering van de eerder gestelde vragen roept bij de leden van de fractie van Volt nog een aantal vervolgvragen op.

1. De regering geeft aan dat gezondheidsverschillen “met name samenhangen met de omstandigheden waarin mensen leven” en dat de oorzaken daarvan grotendeels buiten het zorgdomein liggen.¹⁶ Hoe verhoudt deze analyse zich tot de door de regering zelf aangehaalde inzichten dat discriminatie kan leiden tot zorgmijding, later zorg zoeken en minder goede zorguitkomsten? Waarom wordt discriminatie, ondanks deze erkenning, niet expliciet als determinant van gezondheid behandeld binnen het beleid van VWS?

Antwoord:

Discriminatie kan leiden tot zorgmijding, later zorg zoeken en minder goede zorguitkomsten, en daarmee bijdragen aan gezondheidsverschillen. Deze verschillen zijn echter al vaak eerder ontstaan, door bijvoorbeeld slechte leefomstandigheden of bestaansonzekerheid. Met de beleidsagenda Gezondheid in alle Beleidsdomeinen wordt ingezet op, gebaseerd op onder andere het advies van de Sociaal-Economische Raad¹⁷ en het RIVM¹⁸, de vier meest impactvolle determinanten en thema's voor het verbeteren van de gezondheid en het terugdringen van gezondheidsachterstanden.¹⁹ Discriminatie wordt daarbij niet als afzonderlijke gezondheidsdeterminant meegenomen.

2. De regering geeft aan dat er momenteel geen middelen meer zijn gereserveerd om discriminatie in de zorg aan te pakken en dat het “nu aan de veldpartijen” is om verdere uitvoering te geven aan het bestrijden van discriminatie in zorg, welzijn en sport.²⁰ Kan de regering toelichten hoe deze keuze zich verhoudt tot de systeemverantwoordelijkheid van de overheid voor toegankelijkheid, kwaliteit en gelijke behandeling in de zorg? Hoe wordt voorkomen dat de aanpak van discriminatie hierdoor afhankelijk wordt van vrijwillige inzet en prioritering door individuele instellingen?

¹⁵ Kamerstukken II, 2025/26, 31 793 nr 301

¹⁶ Kamerstukken I 2025/26, 36800 XVI, H, p. 15.

¹⁷ SER (2023), Gezond opgroeien, wonen en werken.

¹⁸ Volksgezondheid Toekomst Verkenning (2024), Kiezen voor een gezonde toekomst

¹⁹ Bestaanszekerheid en werk, Gezonde generatie, Gezonde fysieke leefomgeving, Beweging van zorg naar gezondheid en welzijn

²⁰ Kamerstukken I 2025/26, 36800 XVI, H, p. 14.

Antwoord:

De regering is systeemverantwoordelijk voor het waarborgen van toegankelijkheid, kwaliteit en gelijke behandeling in de zorg. Deze verantwoordelijkheid wordt ingevuld door het stellen van wettelijke en beleidsmatige kaders en het borgen van het functioneren van het zorgstelsel. De keuze om geen afzonderlijk programma met geormerkte middelen te reserveren, betekent niet dat de aanpak van discriminatie wordt losgelaten of afhankelijk wordt gemaakt van vrijwillige inzet van individuele instellingen. We blijven ons nog steeds inzetten voor inclusieve zorg. Daarbij is ervoor gekozen om dit niet langer via één overkoepelend programma te organiseren, maar deze structureel te verankeren binnen de reguliere beleidslijnen. De inzet is om discriminatie, gelijke kansen en inclusie integraal onderdeel te laten zijn van bestaand beleid en uitvoering binnen de verschillende beleidsterreinen, zodat deze thema's duurzaam worden versterkt en geborgd. Daarnaast ligt er ook een belangrijke rol bij het veld als het gaat om de verdere invulling en uitvoering van inclusieve en passende zorg. Mede dankzij de VWS-brede aanpak discriminatie en gelijke kansen zijn hiervoor de juiste verbindingen gelegd tussen partijen, waarop nu gezamenlijk wordt voortgebouwd.

3. De regering geeft aan ervoor gekozen te hebben de aanpak van discriminatie "verder te brengen binnen de reguliere beleidslijnen".²¹ Kan de regering concreet aangeven:
- binnen welke beleidslijnen discriminatie in de gezondheidszorg expliciet is opgenomen;
 - welke beleidsdoelen daarbij worden gehanteerd;
 - welke indicatoren worden gebruikt;
 - en op welke wijze de Kamer hierover wordt geïnformeerd?

Antwoord:

De vooraf vastgestelde looptijd van het VWS-brede programma tegen discriminatie is per 31 december 2025 verstreken. Desalniettemin blijft het ministerie zich inzetten voor inclusieve zorg. Thema's zullen voortaan op de reguliere wijze binnen VWS worden opgepakt waarbij geleerde lessen uit de programmatische VWS brede aanpak en discriminatie worden meegenomen. Aandacht voor het tegengaan van discriminatie mag zich namelijk niet beperken tot een projectmatig programma. De minister maakt geen gebruik van indicatoren voor het hanteren van deze beleidslijnen. Wel zijn de volgende voorbeelden van beleidslijnen in de gezondheidszorg te benoemen: Een structurele beleidswijziging is de inzet van een ervaringsdeskundigenpanel dat via een subsidie is opgezet door Pharos. Op deze manier stimuleert VWS het vergroten van verbinding met de samenleving. Doel van het panel is het vergroten van bewustwording van VWS beleidsmakers over de mate waarin het beleid voldoende inclusief is en ervoor te zorgen dat de inzichten van de deskundigen daadwerkelijk gebruikt worden bij de totstandkoming van beleid. Het panel versterkt de kennisbasis van VWS omdat het vanuit ervaringsperspectief inzichten biedt in minder zichtbare vormen van uitsluiting en discriminatie. Daarmee voorziet het noodzakelijke input bij processen van beleidsontwikkeling.

Daarnaast is binnen VWS blijvend aandacht voor diversiteits sensitief werken in de zorg (en daarmee het tegengaan van discriminatie). Zo zijn er verschillende ZonMw programma's waarbij er aandacht is voor toepassing in de praktijk. Ook op het gebied van jeugdzorg werkt VWS aan het versterken en verbeteren van diversiteits sensitief werken. Samen met een groep partners, waaronder VWS, de VNG, het Nederlands Jeugdinstituut, Jeugdzorg Nederland, KBL, Pharos en Verwey-Jonker Instituut, is een werkgroep gestart om diversiteits sensitief werken een impuls te geven en wordt o.a. gewerkt aan diversiteits sensitief inkoopbeleid van gemeenten, tools (voor professionals) en arbeidsmarkt vraagstukken. Een ander voorbeeld is de instellingssubsidie van VWS voor Roze 50+ en Zonder Stempel, die zich inzetten voor inclusie en tegen discriminatie van mensen uit de LHBTI-gemeenschap met behoefte aan langdurige zorg (ouderen- en gehandicaptenzorg). De aanpak van discriminatie van mensen met een beperking is beleidsmatig geborgd in de Werkagenda VN Verdrag Handicap, waarover de Kamer regelmatig wordt geïnformeerd.

²¹ Kamerstukken I 2025/26, 36800 XVI, H, p. 16.

Binnen het arbeidsmarktbeleid voor zorg en welzijn wordt er beleid gevoerd dat gericht is op het tegengaan van discriminatie tegen medewerkers in zorg en welzijn. De verantwoordelijkheid voor het tegengaan van discriminatie tegen medewerkers in zorg en welzijn ligt primair bij werkgevers. De minister van Langdurige zorg, Jeugd en Sport ondersteunt werkgevers bij deze aanpak. In dit kader heeft de minister Movisie een praktisch handvat laten ontwikkelen voor werkgevers om discriminatie aan te pakken. Daarnaast organiseert de minister samen met kennisinstituut Pharos op 30 juni een online Webinar voor werkgevers over hoe zij discriminatie op de werkvloer kunnen aanpakken.

Vanwege deze integrale benadering is er niet langer een centrale rapportage die wordt gedeeld met de Eerste en Tweede Kamer. Voortgang zal worden gedeeld per relevant dossier.

4. De regering geeft aan dat geen inzicht bestaat in de mate waarin discriminatie bijdraagt aan gezondheidsverschillen of hogere zorgkosten. Welke stappen zet de regering om dit inzicht structureel te verbeteren? Wordt gewerkt aan monitoring, registratie of onderzoek naar de relatie tussen discriminatie, zorgmijding, behandeluitkomsten en zorgkosten? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Gezondheidsverschillen en hoge zorgkosten zijn het resultaat van een samenspel van verschillende factoren. Het is niet mogelijk om vast te stellen welk deel samenhangt met discriminatie. Hier wordt dan ook niet specifiek op ingezet in onderzoek of monitoring.

5. Kan de regering toelichten welke rol toezichthouders en uitvoeringsorganisaties, zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en beroepsgroepen, hebben bij het signaleren en tegengaan van discriminatie in de zorg? Op welke wijze wordt dit momenteel betrokken bij het toezicht, het kwaliteitsbeleid en professionele standaarden?

Antwoord:

De IGJ houdt toezicht op kwaliteit en veiligheid van zorg. Discriminatie kan een risico voor de kwaliteit en veiligheid van zorg zijn. Bijvoorbeeld als het gaat om persoonsgerichte zorg of de toegankelijkheid van zorg. De IGJ ontvangt via het Landelijk Meldpunt Zorg signalen over discriminatie met een direct effect op de kwaliteit van zorg. De klachten van mensen kunnen voor de inspectie een indicatie zijn van kwaliteit van zorg. De informatie uit deze signalen kunnen op een geaggregeerd niveau meegenomen worden in het toezicht door de IGJ. In 2025 registreerde de IGJ ruim 12.000 signalen. 15 signalen gingen in 2025 over discriminatie met een direct effect op de kwaliteit van zorg. De IGJ lost zelf geen individuele klachten op, maar geeft wel aan welke stappen mensen met klachten kunnen zetten. Mensen die klachten hebben over de zorg kunnen gebruik maken van de klachtenregeling van de betreffende zorgaanbieder.

De NZa houdt niet rechtstreeks toezicht op discriminatie in brede zin, maar ziet vanuit haar wettelijke taken wel toe op gelijke toegang tot zorg en zorgverzekeringen. Daarbij houdt de NZa onder meer toezicht op de acceptatieplicht van zorgverzekeraars, verbod op premiedifferentiatie, de zorgplicht en transparante zorginkoop. Beroepsgroepen dragen zelf verantwoordelijkheid voor het signaleren en tegengaan van discriminatie in de zorg. Zij schrijven hun eigen gedragscodes voor professionele houding en gedrag binnen de beroepsgroep. Een voorbeeld hiervan is de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV). Onlangs voerde het College voor de Rechten van de Mens (CRM) een onderzoek uit naar anti-discriminatiebeleid binnen huisartsenpraktijken. De LHV bekijkt momenteel hoe het de adviezen rondom discriminatie in de huisartsenpraktijk vanuit dit onderzoek kan toepassen. Ook beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) heeft actief aandacht voor het thema Diversiteit en Inclusie, ter versterking van de kwaliteit van de beroepsgroep en zorg.

6. De regering stelt dat passende zorg ook inclusieve zorg is. Kan de regering toelichten hoe inclusieve zorg concreet wordt verankerd in:
- zorgopleidingen;
 - kwaliteitskaders;
 - accreditaties;
 - richtlijnen;
 - en professionele normering?

Hoe wordt beoordeeld of deze inzet daadwerkelijk bijdraagt aan het verminderen van gezondheidsverschillen?

Antwoord:

Ook in het coalitieakkoord staat dat passende zorg inclusieve zorg is. Het kabinet draagt dan ook een duidelijke norm uit op dit vlak. Het is echter aan het veld om dit te verankeren in onder andere de opleidingen. Vanuit de ministeries van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) kan de inhoud van de opleidingen niet landelijk worden bepaald. Het is met name aan de opleidingsinstellingen zelf om inclusieve zorg op te nemen in de opleidingen. Ook wat betreft kwaliteitskaders, richtlijnen, accreditaties en professionele normering past een bescheiden rol voor het ministerie van VWS. Dit is aan het veld zelf. Deze inzet wordt daarom ook niet gemonitord op vermindering van gezondheidsverschillen.

7. De regering verwijst naar eerdere conferenties, rondetafelgesprekken, onderzoeken en programma's. Kan de regering aangeven welke concrete beleidswijzigingen, structurele maatregelen of aanpassingen in uitvoering en toezicht hieruit zijn voortgekomen? Hoe wordt voorkomen dat het onderwerp beperkt blijft tot agendering en bewustwording zonder structurele doorwerking in beleid en praktijk?

Antwoord:

Nu de vooraf vastgestelde looptijd van het VWS-brede programma tegen discriminatie is verstreken, zal het ministerie zich blijven inzetten voor inclusieve zorg. Thema's zullen voortaan op de reguliere wijze binnen VWS worden opgepakt waarbij geleerde lessen uit de programmatische VWS brede aanpak en discriminatie worden meegenomen. Aandacht voor het tegengaan van discriminatie mag zich namelijk niet beperken tot een projectmatig programma. Om inzicht te krijgen in de structurele doorwerking van in gang gezette acties tegen discriminatie in zorg en welzijn en de inbedding van het onderwerp in beleid, is capaciteit beschikbaar gebleven. Zo blijft er een coördinerende functie die overstijgende thema's oppakt, en de juiste onderdelen van de organisatie met elkaar in contact brengt.

Een voorbeeld van een structurele beleidswijziging is de inzet van een ervaringsdeskundigenpanel dat via een subsidie is opgezet door Pharos. Het panel versterkt de kennisbasis van VWS omdat het vanuit ervaringsperspectief inzichten biedt in minder zichtbare vormen van uitsluiting en discriminatie. Daarmee voorziet het noodzakelijke input bij processen van beleidsontwikkeling.

Om opvolging te geven aan de onderzoeken en het rondetafelgesprek over jeugdzorg in november 2024, heeft VWS een werkgroep gestart met het veld. De werkgroep, met partners als VWS, de VNG, het Nederlands Jeugdinstituut, Jeugdzorg Nederland, KBL, Pharos en Verwey-Jonker Instituut, is gestart om diversiteits sensitief werken een impuls te geven en er wordt o.a. gewerkt aan diversiteits sensitief inkoopbeleid van gemeenten, tools (voor professionals) en arbeidsmarkt vraagstukken. Het is essentieel om de sector zelf nauw te betrekken bij de kansen om diversiteits sensitief werken een impuls te geven.

VWS geeft aandacht aan inclusie in de zorg (en daarmee het tegengaan van discriminatie) via verschillende ZonMw programma's, waarbij toepassing in de praktijk veel aandacht krijgt. Twee voorbeelden hiervan zijn: Implementatie en evaluatie van de generieke handreiking Cultuursensitief Werken in de zorg' en 'Het Nederlands Dementie Preventie Initiatief (NDPI)', dat mensen met een hoger risico op dementie helpt hun leefstijl te verbeteren. Dit zijn onder andere

mensen met een lage opleiding en mensen met een migratieachtergrond. Het initiatief is onderdeel van de Nationale Dementie Strategie.

Verder voert het Nationaal Netwerk Inclusieve Zorg een project uit om de eerder opgedane kennis uit onderzoeken naar inclusie te laten landen in de praktijk.

8. De regering geeft aan dat gezondheidsverschillen vaak gepaard gaan met “groter en zwaarder zorggebruik”.²² In hoeverre wordt het tegengaan van discriminatie in de zorg door de regering ook beschouwd als onderdeel van de strategie om de zorg betaalbaar, toegankelijk en doelmatig te houden? Waarom ontbreekt deze koppeling in de memorie van toelichting?

Antwoord:

Uit diverse onderzoeken en analyses van onder meer het RIVM en het CBS blijkt dat gezondheidsverschillen vaak samenhangen met verschillen in sociaaleconomische positie, leefomstandigheden en het hebben van chronische aandoeningen. Dit vertaalt zich onder meer in een hoger gebruik van huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, geneesmiddelen en langdurige zorg.

Discriminatie kan de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg negatief beïnvloeden en daarmee gevolgen hebben voor gezondheidsuitkomsten. Het tegengaan van discriminatie helpt ervoor te zorgen dat iedereen dezelfde toegang heeft tot passende zorg. Wanneer mensen drempels ervaren in de toegang tot zorg of zich niet gehoord of serieus genomen voelen, kan dit leiden tot zorgmijding, latere diagnoses en uiteindelijk zwaarder en complexer zorggebruik. Het bevorderen van gelijke toegang en passende zorg draagt daarom niet alleen bij aan gelijke kansen op gezondheid, maar kan ook bijdragen aan het voorkomen van vermijdbare zorgvraag en het doelmatig inzetten van zorgcapaciteit en middelen.

De memorie van toelichting beoogt niet een uitputtend overzicht te geven van alle factoren die van invloed kunnen zijn op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. De passage over gezondheidsverschillen is opgenomen in de context van de relatie tussen gezondheid en zorggebruik. Dat betekent niet dat andere relevante factoren, waaronder het voorkomen en tegengaan van discriminatie in de zorg, niet van belang worden geacht. De afwezigheid van een expliciete koppeling in de memorie van toelichting moet daarom niet worden opgevat als een inhoudelijke waardering van het belang van dit onderwerp, maar hangt samen met de afbakening en focus van de toelichting.

9. In de beantwoording stelt de regering dat het kabinet richting geeft aan het brede antidiscriminatiebeleid “onder coördinatie van de Nationaal Coördinator tegen Discriminatie en Racisme (NCDR) middels een interdepartementaal nationaal actieprogramma”.²³ Kan de regering toelichten hoe deze passage zich verhoudt tot de Kamerbrief van 25 april 2025 van toenmalige minister van BZK over de verlenging van de NCDR, waarin juist wordt aangegeven dat de eerdere programmatische opzet is verlaten en dat een adviserende rol beter past bij de positie van de NCDR?²⁴

Antwoord:

De rol van de NCDR is per 2026 veranderd van beleidsvormend naar adviserend. Dit voorkomt onduidelijkheid over eigenaarschap van beleid en sluit beter aan bij de positie van andere regeringscommissarissen.

Binnenkort organiseert het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) een gezamenlijke bijeenkomst met de verschillende departementen om met elkaar te spreken over het algemene discriminatiebeleid. Op die manier kunnen geleerde lessen van afgelopen jaren worden meegenomen. De gesprekken worden ook na die bijeenkomst voortgezet in het kader

²² Kamerstukken I 2025/26, 36800 XVI, H, p. 15.

²³ Kamerstukken I 2025/26, 36800 XVI, H, p. 15.

²⁴ Kamerstukken II 2024/25, 30950, nr. 454.

van het opstellen van één Nationaal Programma, zoals is gevraagd door de Kamer in de motie-Van Baarle die is ingediend tijdens het debat over de regeringsverklaring. De adviezen die de NCDR separaat uitbrengt in 2026 kunnen daarin worden meegenomen.

10. In de genoemde Kamerbrief van 25 april 2025 wordt gesteld dat het opstellen van een nationaal programma door een regeringscommissaris “een ingewikkelde constructie” is en dat dit leidt tot onduidelijkheid over het eigenaarschap van beleid. Kan de regering verduidelijken wie op dit moment bestuurlijk verantwoordelijk is voor:

- de regie;
- de coördinatie;
- de monitoring;
- en de uitvoering

van het interdepartementale beleid tegen discriminatie en racisme binnen de zorg?

Antwoord:

De rol van de NCDR is per 2026 veranderd van beleidsvormend naar adviserend. Dit voorkomt onduidelijkheid over eigenaarschap van beleid en sluit beter aan bij de positie van andere regeringscommissarissen. Het ministerie van BZK heeft interdepartementaal een inhoudelijke coördinerende rol op het gebied van het tegengaan van discriminatie. De NCDR werkt als adviseur onder de verantwoordelijkheid van de minister van BZK samen met diverse ministeries.

BZK is voornemens om één Nationaal Programma tegen Discriminatie te coördineren en te monitoren. Als het gaat om de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het interdepartementale beleid tegen discriminatie en racisme binnen de zorg ligt dit primair bij het ministerie van VWS.

11. De Kamerbrief stelt expliciet dat de rol van de NCDR verschuift van een beleidsvormende naar een adviserende rol. Kan de regering toelichten op welke wijze wordt voorkomen dat hierdoor een bestuurlijk vacuüm ontstaat ten aanzien van de structurele aanpak van discriminatie in de gezondheidszorg, nu tegelijkertijd in de beantwoording wordt aangegeven dat er geen specifieke middelen meer beschikbaar zijn en dat de verdere uitvoering grotendeels bij veldpartijen wordt neergelegd?

Antwoord:

Er ontstaat geen bestuursvacuüm door deze rolverschuiving. VWS was en is verantwoordelijk voor de structurele aanpak van discriminatie in de gezondheidszorg. De middelen die eerder werden vrijgemaakt voor de VWS-brede aanpak discriminatie en gelijke kansen zijn ingezet voor het vergroten van bewustwording en kennisvergaring binnen het departement, zodat beleidsdirecties daar verder op kunnen voortborduren. Het recent uitgebrachte advies van de NCDR laat zien dat een adviserende rol van toegevoegde waarde is wat betreft het inspireren en agenderen van de verschillende partijen die aan zet zijn. Deze inzet in combinatie met de inspanningen in het veld en lopende werkzaamheden vanuit het ministerie zijn volgens dit kabinet een juiste aanpak voor het tegengaan van discriminatie in zorg, welzijn en sport.

12. In de Kamerbrief wordt gesteld dat de NCDR een “aanjagende” en “adviserende” rol heeft, maar dat het eigenaarschap van beleid bij het kabinet ligt. Kan de regering concreet aangeven:

- welke bewindspersoon eindverantwoordelijk is voor de aanpak van discriminatie in de gezondheidszorg;
- hoe de departementale verantwoordelijkheid op dit punt is georganiseerd; en
- op welke wijze de Kamer kan toetsen of de gekozen aanpak daadwerkelijk effect sorteert?

Antwoord:

De minister van VWS is verantwoordelijk voor dit onderwerp. Sinds het eindigen van de VWS-brede aanpak van discriminatie en gelijke kansen is er capaciteit vrijgemaakt om vraagstukken binnen het ministerie te coördineren, en de juiste onderdelen van de organisatie aan elkaar te

verbinden. Vanwege deze integrale benadering is er niet langer een centrale rapportage die wordt gedeeld met de Eerste en Tweede Kamer. Voortgang zal worden gedeeld per relevant dossier.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

De Minister van Langdurige
zorg, Jeugd en Sport,