

Vergaderjaar 2025–2026

36 800 XVI

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

I

TWEEDE VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT¹

Vastgesteld 2 juni 2026

Inleiding

De leden van de fracties van de **SP** en **Volt** hebben met belangstelling kennisgenomen van de nota naar aanleiding van het verslag.² 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

¹ Samenstelling:

Van Aelst-Den Uijl (SP), Bakker-Klein (CDA) (voorzitter), Baumgarten (JA21), Beukering (Fractie-Beukering), Bezaan (PVV), Fiers (GroenLinks-PvdA), Van Gasteren (Fractie-Van Gasteren), Van der Goot (OPNL), Griffioen (D66), Van Gorp (GroenLinks-PvdA), Janssen-van Helvoort (GroenLinks-PvdA) (ondervoorzitter), Kaljouw (VVD), Kemperman (FVD), Van Knapen (BBB), Koffeman (PvdD), Moonen (D66), Perin-Gopie (Volt), Van Rooijen (50PLUS), Roovers (GroenLinks-PvdA), Van de Sanden (Fractie-Van de Sanden), Steenkamp (CDA), Straus (VVD), Talsma (ChristenUnie), Thijssen (GroenLinks-PvdA), Visseren-Hamakers (Fractie-Visseren-Hamakers), De Vries (SGP), Walenkamp (Fractie-Walenkamp), Van Wijk (BBB)

² Kamerstukken I 2025/26, 36 800 XVI, H.

op een gloeiende plaat» zou zijn.³ 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.⁴

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?
2. Waarom kiest de regering er op dit moment voor geen aanvullende middelen vrij te maken voor vrouwengezondheid, ondanks de oproep van deskundigen?
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?
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?
5. Welke aanvullende maatregelen heeft de regering in beeld indien blijkt dat de huidige investeringen onvoldoende zijn?

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.⁵ Tegen die achtergrond vragen de leden van de SP-fractie hoe de regering kijkt naar recente waarschuwingen van internationale experts dat klimaatverandering een ernstige bedreiging vormt voor de volksgezondheid.⁶

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

³ 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>.

⁴ Ibidem.

⁵ *Kamerstukken II 2025/26*, 36 800 XVI, nr. 2, p. 7.

⁶ NOS, *Experts: klimaatverandering is catastrofale bedreiging voor volksgezondheid*, 14 mei 2026, zie <https://nos.nl/artikel/2614735-experts-klimaatverandering-is-catastrofale-bedreiging-voor-volksgezondheid>.

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?

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.⁷ 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?
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.⁸ 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?
3. De regering geeft aan ervoor gekozen te hebben de aanpak van discriminatie «verder te brengen binnen de reguliere beleidslijnen».⁹ 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?
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?
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?
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?
7. De regering verwijst naar eerdere conferenties, rondetafelgesprekken, onderzoeken en programma's. Kan de regering aangeven welke

⁷ Kamerstukken I 2025/26, 36 800 XVI, H, p. 15.

⁸ Kamerstukken I 2025/26, 36 800 XVI, H, p. 14.

⁹ Kamerstukken I 2025/26, 36 800 XVI, H, p. 16.

- 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?
8. De regering geeft aan dat gezondheidsverschillen vaak gepaard gaan met «groter en zwaarder zorggebruik».¹⁰ 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?
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».¹¹ 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?¹²
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?
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?
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?

¹⁰ Kamerstukken I 2025/26, 36 800 XVI, H, p. 15.

¹¹ Kamerstukken I 2025/26, 36 800 XVI, H, p. 15.

¹² Kamerstukken II 2024/25, 30 950, nr. 454.

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien de antwoorden van de regering met belangstelling tegemoet en ontvangen de nota naar aanleiding van het tweede verslag graag **uiterlijk 30 juni 2026**.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Bakker-Klein

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Wolf