

Vergaderjaar 2025–2026

36 800 XVI

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

H

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 7 mei 2026

Introductie

Met belangstelling heeft het kabinet kennisgenomen van het 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, FVD, PvdD en Volt vragen gesteld en opmerkingen gemaakt. Het kabinet hoopt met de beantwoording van de gestelde vragen de nog bestaande onduidelijkheden te kunnen wegnemen.

Leeswijzer

In deze nota naar aanleiding van het verslag wordt de volgorde van het verslag aangehouden.

1. Inleiding

De leden van de fracties van de SP, FVD, PvdD en Volt hebben kennisgenomen van de begrotingsstaten Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2026. Naar aanleiding hiervan wensen zij de regering een aantal vragen te stellen. Het lid van de Fractie-Visseren-Hamakers sluit zich bij de vragen van de fracties SP en Volt aan.

2. Vragen en opmerkingen van de leden van de fractie van de SP

De leden van de fractie van de SP hebben kennisgenomen van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2026. Deze leden zien daarbij een spanning tussen de uitgesproken ambities op het gebied van preventie en volksgezondheid en de in deze begroting gemaakte financiële keuzes. Ook hebben zij vragen over de handhaafbaarheid en gevolgen van beleid, in het bijzonder ten aanzien van vapegebruik onder jongeren, en over de gevolgen van het eigen risico voor de toegankelijkheid en kosten van zorg. Ten slotte hebben de leden

nog enkele vragen over de ontwikkeling van zorgfraude en de gevolgen van vrouwspecifieke gezondheidsklachten.

Algemene preventie

1.

Kan de regering toelichten hoe de uitgesproken ambities op het gebied van preventie zich verhouden tot de in deze begroting opgenomen bezuinigingen op het preventiebeleid?

Antwoord:

De bezuinigingen waarop wordt gedoeld komen voort uit de ontwerpbegroting 2026 van het demissionaire kabinet Schoof. Inmiddels is de eerste suppletoire begroting 2026 van het kabinet Jetten in behandeling in de Tweede Kamer. Het huidige kabinet zet zich in om te bouwen aan de gezondste generatie ooit. Om te komen tot de gezondste generatie investeert het kabinet in preventie en welzijn. Zo zijn er structurele investeringen in preventie door coalitieakkoordmiddelen van het kabinet Jetten. Tegelijkertijd zijn er ook taakstellingen en bijbehorende bezuinigingen verwerkt in de eerste suppletoire begroting, het proces over het invullen van deze taakstellingen loopt nog.

2.

Kan de regering toelichten hoe zij voorkomt dat de ambitie om preventie te versterken in de praktijk wordt ondergraven door de in deze begroting opgenomen bezuinigingen?

Antwoord:

De bezuinigingen waarop wordt gedoeld komen voort uit de ontwerpbegroting 2026 van het demissionaire kabinet Schoof. Inmiddels is de eerste suppletoire begroting 2026 van het kabinet Jetten in behandeling in de Tweede Kamer. Het huidige kabinet zet zich in om te bouwen aan de gezondste generatie ooit. Om te komen tot de gezondste generatie investeert het kabinet in preventie en welzijn. Zo zijn er structurele investeringen in preventie door coalitieakkoordmiddelen van het kabinet Jetten. Tegelijkertijd zijn er ook taakstellingen en bijbehorende bezuinigingen verwerkt in de eerste suppletoire begroting, het proces over het invullen van deze taakstellingen loopt nog.

3.

Op welke wijze geeft de regering concreet invulling aan het principe van gezondheid in alle beleidsdomeinen in deze begroting?

Antwoord:

Het kabinet geeft invulling aan het principe via de rijksbrede beleidsagenda «Gezondheid in alle beleidsdomeinen» (GiaB).¹ In deze agenda zijn vier impactvolle beleidsthema's voor gezondheid en gezondheidsachterstanden beschreven, namelijk bestaanszekerheid en werk, een gezonde generatie, een gezonde fysieke leefomgeving en de beweging van zorg naar gezondheid en welzijn. GiaB is geen apart beleidsdomein of -programma met eigen financiële middelen, maar een domeinoverstijgende benadering van gezondheid waarbij maatregelen op verschillende beleidsdomeinen in samenhang bijdragen aan gezondheid. Vanuit VWS wordt hieraan bijgedragen met onder meer de middelen uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord, gericht op het versterken van de beweging van zorg naar gezondheid, bijvoorbeeld via inzet op kansrijk opgroeien en het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

¹ Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 794 en Kamerstukken II 2025/26, 32 793, nr. 880

4.

Kan de regering toelichten waarom in deze begroting geen middelen zijn gereserveerd voor een samenhangende, interdepartementale preventiestrategie?

Antwoord:

Voor zowel de samenhangende preventiestrategie als de beleidsagenda Gezondheid in alle Beleidsdomeinen geldt dat dit geen afzonderlijke beleidsterreinen zijn met eigen financiële middelen. Het betreft integrale aanpakken, waarbij maatregelen en bijbehorende financiële middelen zijn ondergebracht binnen verschillende begrotingen, zowel van VWS als van andere departementen. Deze begroting is door het vorige kabinet ingediend. Het huidige kabinet zet in op de gezondste generatie ooit en heeft in het Coalitieakkoord middelen vrijgemaakt voor preventie, gezond leven en tegemoetkoming chronisch zieken.

5.

Hoe verhoudt de voorgenomen ontwikkeling van een investeringsmodel voor preventie zich tot de in deze begroting opgenomen verlaging van middelen voor het preventiebeleid?

Antwoord:

Met de ontwikkeling van het investeringsmodel voor preventie willen we beter zicht krijgen op preventieve maatregelen, hun gezondheidseffecten en de brede maatschappelijke en budgettaire gevolgen op de korte, middellange en lange termijn. Zo kunnen we met het budget dat beschikbaar is gericht investeren in interventies die werken en de innovatie binnen preventie verder stimuleren. De afgelopen periode heeft de Kamer al enkele brieven over de ontwikkeling van dit investeringsmodel ontvangen. Een volgende voortgangsbrief zal uiterlijk in december aan de Kamer worden gestuurd.

6.

Hoe beoordeelt de regering de oproep van UMCNL om te investeren in een samenhangende preventiestrategie waarin gezondheid in alle beleidsdomeinen centraal staat?²

Antwoord:

Het kabinet onderschrijft het belang, waar UMCNL toe oproept, om te werken aan een integrale aanpak voor gezondheid en preventie. Dit doen we onder meer met de Samenhangende preventiestrategie en de Rijksbrede beleidsagenda «Gezondheid in alle beleidsdomeinen» (GiaB). Waar de Samenhangende preventiestrategie zich richt op gerichte maatregelen binnen verschillende leefomgevingen, staat in de beleidsagenda GiaB de impact van andere beleidsterreinen op gezondheid centraal, zoals bestaanszekerheid en de fysieke leefomgeving. Het kabinet heeft in het Coalitieakkoord middelen vrijgemaakt voor preventie, gezond leven en tegemoetkoming chronisch zieken.

7.

Acht de regering het wenselijk dat een integrale benadering van preventie niet expliciet financieel en beleidsmatig is verankerd in deze begroting?

Antwoord:

Het kabinet acht het niet wenselijk om een integrale benadering van preventie financieel en beleidsmatig expliciet te verankeren binnen de VWS-begroting. Een integrale benadering binnen uitsluitend de

² UMCNL, 3 maart 2026, «Oproep aan Tweede Kamer: «Stuur bij op VWS-begroting»», zie <https://www.umcnl.nl/nieuws/oproep-aan-tweede-kamer-stuur-bij-op-vws-begroting/>.

VWS-begroting doet geen recht aan de brede en gedeelde verantwoordelijkheid voor preventie in Nederland.

8.

Kan de regering aangeven op welke termijn een nadere uitwerking van het preventiebeleid, in het bijzonder op het gebied van gezondheid in alle beleidsdomeinen, inclusief bijbehorende financiële middelen, aan de Kamer kan worden voorgelegd?

Antwoord:

Het kabinet werkt langs meerdere trajecten aan gezondheid en preventie, zoals de samenhangende preventiestrategie, het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord en de beleidsagenda Gezondheid in alle Beleidsdomeinen (GiaB). De financiële middelen die hieraan bijdragen zijn opgenomen op verschillende plekken in de VWS-begroting en de begrotingen van andere departementen. Voor GiaB geldt dat het geen apart beleidsdomein of -programma met eigen financiële middelen is, maar een domeinoverstijgende benadering van gezondheid waarbij maatregelen op verschillende beleidsdomeinen in samenhang bijdragen aan gezondheid.

Handhaving en preventie vapegebruik

1.

Is de regering bekend met recente signalen uit een onderzoek waarover in de media is bericht dat een aanzienlijk deel van de minderjarige gebruikers (38 procent) erin slaagt vapes in de winkel te kopen ondanks het bestaande verbod?³

Antwoord:

Ja. Het kabinet deelt de zorg dat zoveel minderjarigen vapes in winkels kunnen kopen.

2.

Kan de regering toelichten in hoeverre in deze begroting middelen zijn gereserveerd voor toezicht en handhaving op dit verbod, en of deze toereikend worden geacht gezien deze recente berichtgeving?

Antwoord:

Het vorige kabinet heeft vanaf 2026 € 3 miljoen structureel extra geld vrijgemaakt voor de handhaving door de NVWA op de illegale handel in vapes. In het Coalitieakkoord heeft het kabinet daarnaast afgesproken het in voorraad houden van illegale vapes strafbaar wordt en meer in te zetten op handhaving. Het kabinet richt zich nu eerst op het gericht inzetten van de extra € 3 miljoen.

3.

Hoe beoordeelt de regering, in het licht van genoemde signalen, de handhaafbaarheid van het verbod op de verkoop van vapes aan minderjarigen?

Antwoord:

Het kabinet beoordeelt de signalen als zorgwekkend en heeft daarom in een recente Kamerbrief aangekondigd om de handhavingsbevoegdheden van de NVWA uit te breiden en de boetes voor overtredingen te verhogen.

³ Het Parool, Sevil, M., 10 maart 2026, «*Tieners kunnen – ondanks verbod – hun vape gewoon in de winkel kopen*», zie <https://www.parool.nl/nederland/tieners-kunnen-ondanks-verbod-hun-vape-gewoon-in-de-winkel-kopen~bec61d397/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>.

Ook wordt de samenwerking tussen verschillende handhavingsinstanties geïntensiveerd, en bijvoorbeeld bekeken of er een taskforce moet worden ingesteld.

4.

Biedt deze begroting voldoende ruimte om de handhaving te versterken indien dat noodzakelijk blijkt?

Antwoord:

Het vorige kabinet heeft vanaf 2026 € 3 miljoen structureel extra geld vrijgemaakt voor de handhaving door de NVWA op de illegale handel in vapes. In het Coalitieakkoord heeft het kabinet daarnaast afgesproken het in voorraad houden van illegale vapes strafbaar wordt en meer in te zetten op handhaving. Het kabinet richt zich nu eerst op het gericht inzetten van de extra € 3 miljoen.

5.

In hoeverre past de regering het voorzorgsbeginsel toe bij producten waarvan de langetermijneffecten nog niet volledig bekend zijn, zoals vapes?

Antwoord:

Bij het opstellen van regelgeving is het belangrijk dat vooruit wordt gekeken en dat de opkomst van nieuwe mogelijk risicovolle producten gevolgd wordt. De Nederlandse overheid heeft in 2025 alle toekomstige aanverwante producten met nicotine onder de Tabaks- en rookwarenwet gebracht. Hierdoor zijn regels als het rookverbod, reclameverbod en verkooppuntverboden van toepassing op deze producten. Bij het opstellen van wetgeving is het belangrijk dat de maatregelen onderbouwd zijn met de beschikbare wetenschappelijke kennis over de gezondheidsschade, ook op de lange termijn. Bij elke maatregel op het gebied van tabaksproducten of aanverwante producten zoals e-sigaretten zal gewogen worden of er voldoende wetenschappelijke onderbouwing is en het voorzorgsbeginsel is daarbij geen leidend principe.

6.

Welke lessen trekt de regering uit de geschiedenis van tabaksgebruik voor de omgang met (nieuwe) schadelijke producten zoals vapes en producten die nog in ontwikkeling zijn?

Antwoord:

Het is belangrijk de opkomst van nieuwe mogelijk risicovolle producten te volgen en daar adequaat op te reageren. Het is moeilijk gebleken het gebruik van dergelijke producten te ontmoedigen als deze al breed gebruikt worden.

7.

Hoe beoordeelt de regering achteraf de toelating en regulering van vapes in het licht van de huidige inzichten die de schadelijkheid van vapes hebben aangetoond?⁴

Antwoord:

Het kabinet is van mening dat het adequaat heeft gehandeld om het gebruik van e-sigaretten te ontmoedigen, mede in het licht van de mogelijkheden die er zijn binnen de Europese regelgeving. Oorspronkelijk kon de e-sigaret in Nederland niet vrij verkocht worden omdat deze werd

⁴ RTL Nieuws, 31 maart 2026, «Onderzoekers: sterk bewijs voor relatie tussen vaperen en longkanker», zie <https://www.rtl.nl/nieuws/buitenland/artikel/5584509/onderzoekers-bewijs-voor-relatie-tussen-vaperen-en-longkanker>.

aangemerkt als geneesmiddel in de zin van artikel 1 van de Geneesmiddelenwet. Als gevolg van een arrest van het Haagse gerechtshof van 26 juni 2012 kon het product wel als consumentenproduct worden verkocht. De inzet van Nederland in 2013 bij de herziening van de Tabaksproductenrichtlijn (TPD) was dat e-sigaretten boven een bepaald nicotineniveau alleen als geneesmiddelen op de markt gebracht mogen worden. Omdat er aan e-sigaretten verschillende gevaren kleven pleitte Nederland daarbij voor aanvullende eisen op het gebied van de veiligheid, etikettering en leeftijdsgrenzen (Kamerstukken II 2012/13, 33 522, nr. 2). Uiteindelijke uitkomst van de onderhandelingen rondom de toenmalige herziening van de TPD was dat e-sigaretten wel als consumentenproduct op de markt gebracht mochten worden. Nederland heeft daarop de Europese regels aangevuld met verschillende wettelijke maatregelen zoals een leeftijdsgrens, het rookverbod, verkoopbeperkingen en een verbod op smaken. Ook zijn e-sigaretten zonder nicotine onder de werking van de Tabaks- en rookwarenwet gebracht. Op dit moment wordt de laatste hand gelegd aan regels omtrent neutrale verpakkingen van e-sigaretten.

8.

In hoeverre acht de regering dat in het verleden te terughoudend is opgetreden bij de regulering van vapes?

Antwoord:

In Nederland kon de e-sigaret niet vrij verkocht worden omdat deze werd aangemerkt als geneesmiddel in de zin van artikel 1 van de Geneesmiddelenwet. Als gevolg van een arrest van het Haagse gerechtshof van 26 juni 2012 kon het product wel als consumentenproduct worden verkocht. Zoals aangegeven bij vraag 15, was de inzet van Nederland in 2013 bij de herziening van de TPD dat e-sigaretten boven een bepaald nicotineniveau alleen als geneesmiddelen op de markt gebracht mogen worden. Omdat er aan e-sigaretten verschillende gevaren kleven pleitte Nederland daarbij voor aanvullende eisen op het gebied van de veiligheid, etikettering en leeftijdsgrenzen (Kamerstukken II 2012/13, 33 522, nr. 2). Uiteindelijk mochten e-sigaretten in de EU wel als consumentenproduct op de markt gebracht. Nederland heeft daarom de Europese regels aangevuld met verschillende wettelijke maatregelen zoals een leeftijdsgrens, het rookverbod, verkoopbeperkingen en een verbod op smaken. Ook zijn e-sigaretten zonder nicotine onder de werking van de Tabaks- en rookwarenwet gebracht. Op dit moment wordt de laatste hand gelegd aan regels omtrent neutrale verpakkingen van e-sigaretten. Het kabinet is daarom van mening dat ze het gebruik van e-sigaretten juist heeft ontmoedigd.

9.

Hoe is de regering van plan om in de toekomst om te gaan met producten of technologieën waarvoor aanwijzingen bestaan voor mogelijke gezondheidsschade, maar waarvan de langetermijneffecten nog niet volledig bekend zijn?

Antwoord:

De Nederlandse overheid heeft alle toekomstige producten met nicotine die niet onder de huidige wet- en regelgeving vallen onder de Tabaks- en rookwarenwet gebracht. Hierdoor zijn regels als het rookverbod, reclameverbod en verkooppuntverboden van toepassing op deze producten. Daarnaast voeren de NVWA en het RIVM signaleringen uit van nieuwe producten in binnen- en buitenland uit en deelt deze met het Ministerie van VWS. Op deze manier houden we de vinger aan de pols als het gaat om nieuwe producten of technologieën, zodat hier vroegtijdig op geanticipeerd kan worden indien nodig.

10.

Is de regering van plan om strengere toetsingskaders of voorwaarden te hanteren voordat dergelijke producten in de toekomst op de markt worden toegelaten?

Antwoord:

De verwachting van dit kabinet is dat we met de wetwijziging waarmee nicotineproducten zonder tabak onder de Tabaks- en rookwarenwet zijn gebracht een belangrijk middel hebben waardoor nieuwe nicotineproducten niet zomaar op de Nederlandse markt komen zonder dat daar strenge regels voor gelden zoals rookverboden, reclameverboden en verkoopbeperkingen. Daarnaast is dit kabinet voornemens om strenge grenswaarden voor nicotine voor deze producten vast te stellen. Hierdoor mogen alleen nog maar niet-verslavende en niet schadelijke hoeveelheden nicotine in deze producten toegevoegd worden. Het is de verwachting van dit kabinet dat de producten hierdoor veel minder aantrekkelijk worden.

11.

Kan de regering toelichten in hoeverre Europese regelgeving een volledig verbod op vapes in Nederland beperkt of onmogelijk maakt? Klopt het dat eerder is gesteld dat een dergelijk verbod niet mogelijk is, en hoe kijkt de regering hier nu tegenaan?

Antwoord:

E-sigaretten zijn toegestaan als consumentenproduct op grond van de Europese tabaksproductenwetgeving. Nederland kan daar niet van afwijken. Wel staat de Europese tabakswetgeving regels voor smaakjes voor vapes toe.

12.

Op welke wijze zet de regering zich in Europees verband alsnog in voor strengere regelgeving, gezien de enorme impact op de volksgezondheid en de daarmee samenhangende kosten voor de gezondheidszorg?

Antwoord:

Vorig jaar heeft Nederland de Europese Commissie opgeroepen om EU-wetgeving voor vapes en andere nicotineproducten strenger te maken. Daarin riep Nederland op om vapes met smaakjes in de hele EU aan banden te leggen, problemen met online verkoop tussen EU-landen aan te pakken en alle vapes op de Europese markt neutraal te verpakken. Inmiddels is duidelijk dat de Europese Commissie een voorstel van herziening van de TPD in 2026 zal publiceren. Nederland zal zich samen met andere lidstaten inzetten voor strengere regels ten aanzien van tabak en andere nicotineproducten.

13.

Sinds 2025 zijn wegwerp vapes verboden in buurland België. Hiervoor moest vooraf toestemming worden gevraagd aan de Europese Commissie. Frankrijk volgde kort daarna. Wegwerp vapes zijn schadelijk voor het milieu en gemakkelijker verkrijgbaar vanwege hun lagere prijs ten opzichte van navulbare vapes. Hoe kijkt de regering naar het verbod wat in België en Frankrijk is ingevoerd, vooral in het licht van recent onderzoek waaruit blijkt dat 38 procent van minderjarigen vapes kan kopen bij fysieke winkels?⁵

⁵ Het Parool, Sevil, M., 10 maart 2026, «*Tieners kunnen – ondanks verbod – hun vape gewoon in de winkel kopen*», zie <https://www.parool.nl/nederland/tieners-kunnen-ondanks-verbod-hun-vape-gewoon-in-de-winkel-kopen~bec61d397/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>.

Antwoord:

In Nederland zijn vapes met smaakjes anders dan tabakssmaak verboden. Aangezien het merendeel van de vapes met een smaakje wegwerpvapes zijn, zijn veel vapes die worden geclassificeerd als wegwerpvape ook verboden. België en Frankrijk hebben wel een verbod op wegwerpvapes ingevoerd, maar hebben nog geen verbod op smaakjes. Eind dit jaar start naar verwachting de herziening van de Europese Tabaksproductenrichtlijn. Omdat een Europese aanpak van wegwerpvapes meer effect zal hebben, heeft dit mijn voorkeur.

14.

Kan de regering toelichten wat de stand van zaken is van mogelijke Europese regelgeving gericht op het verbieden van wegwerpvapes, en wat de inzet van Nederland daarbij is?

Antwoord:

Het verbieden van wegwerpvapes zou kunnen worden ingebracht bij de evaluatie van de Europese Single-use plastics richtlijn. De inzet vanuit Nederland is op dit moment in voorbereiding en wordt naar verwachting op korte termijn bij de Europese Commissie ingediend en daarna ook met de Tweede Kamer gedeeld.

Verhoging eigen risico

1.

Is bekend hoeveel mensen jaarlijks afzien van noodzakelijke zorg vanwege het eigen risico?

Antwoord:

Het is niet bekend hoeveel mensen jaarlijks afzien van medisch noodzakelijke zorg vanwege het eigen risico, maar wel hoeveel mensen in het algemeen afzien van zorg, of dit uitstellen, om financiële redenen. Hierbij merkt het kabinet op dat er ook andere redenen zijn dan financiële redenen om af te zien van zorg.

Op basis van de onderzoeken van het NIVEL naar zorgmijding om financiële redenen in het algemeen, is een dalende trend te zien. Het percentage dat in 2025 afzag van zorg om financiële redenen is 6%. In 2024 was dit 8%. Over de gehele periode 2016–2025 is een daling te zien in het percentage mensen dat vanwege de kosten afziet van ten minste één vorm van zorg. Deze trend is terug te zien op de website van «De Staat van Volksgezondheid en Zorg». Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen gewenste – en ongewenste zorgmijding. In de praktijk blijkt het niet goed mogelijk om het onderscheid te maken tussen noodzakelijke en minder noodzakelijke zorg en daarom is het ook niet duidelijk in welke mate de zorg waarvan wordt afgezien noodzakelijke zorg is.

Het kabinet merkt op dat het onderscheid tussen medisch noodzakelijke zorg en minder medisch noodzakelijke zorg zeer lastig te maken is. Het is daarom zeer lastig om precies inzicht te krijgen in het deel van de mensen dat afziet van medisch noodzakelijke of minder medisch noodzakelijke zorg, of dit uitstellen. Om meer inzicht te krijgen in zorgmijding doet het Centraal Planbureau (CPB) onderzoek naar het niet-opvolgen van een verwijzing van de huisarts. Het niet-opvolgen van een verwijzing kan wijzen op (een ongewenste vorm van) zorgmijding. Het doel is dat dit onderzoek nieuwe inzichten oplevert over de omvang en aard van niet-opgevolgde verwijzingen en over verschillen tussen opvolgers en niet-opvolgers, waarbij zowel gekeken wordt naar financiële als niet-financiële kenmerken. Alhoewel het onderzoek meer inzicht gaat geven in (vormen van ongewenste) zorgmijding, zal het onderzoek geen

antwoord geven op de vraag hoeveel mensen vanwege het eigen risico afzien van zorg. De uitkomsten van dit onderzoeken kunnen begin 2027 met de Kamer worden gedeeld.

2.

Kan de regering een overzicht geven van de meest recente cijfers over zorgmijding als gevolg van financiële drempels?

Antwoord:

De meest recente cijfers over zorgmijding van het Nivel zijn over 2025 en afkomstig van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg. In 2025 heeft 6% van de burgers aangegeven afgezien te hebben van ten minste één vorm van zorg vanwege de kosten. Het gaat hierbij om het mijden van een doktersbezoek, medisch onderzoek, medische behandeling of medicijnen. In 2024 was dit 8%. Over de gehele periode 2016–2025 is een daling te zien in het percentage mensen dat vanwege de kosten afziet van ten minste één vorm van zorg. Deze trend is terug te zien op de website van «De Staat van Volksgezondheid en Zorg».

3.

Is bekend hoeveel hogere zorgkosten op de langere termijn ontstaan doordat mensen een bezoek aan een arts of een behandeling uitstellen vanwege de hoogte van het eigen risico?

Antwoord:

De wetenschappelijke literatuur laat zien dat het invoeren of het verhogen van eigen betalingen leidt tot een lagere zorgvraag en per saldo lagere zorguitgaven. Dit is zowel binnen Nederland als internationaal onderzocht. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen noodzakelijke en minder noodzakelijke zorg^{6, 7, 8, 9, 10}. De mate waarin eigen betalingen leiden tot het afzien of uitstellen van medisch noodzakelijke zorg is onbekend. Er zijn ook geen studies bekend die specifiek onderzoeken wat het effect kan zijn van het uitstellen van noodzakelijke zorg op de zorgkosten op de langere termijn.

Indien er veel noodzakelijke zorg wordt gemeden, zou dat op langere termijn gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid van mensen (en mogelijk ook voor de toekomstige zorgkosten). Het beschikbare onderzoek vindt beperkte of geen significante gevolgen van eigen betalingen op de gezondheid. Hier is nog wel een kanttekening bij te plaatsen, namelijk dat er nog maar weinig studies zijn die de gezondheid van mensen onderzoeken na het invoeren van een eigen betaling. Bovendien is de manier waarop gezondheid gemeten wordt in deze studies vaak beperkt.

4.

Kan de regering onderbouwen in hoeverre een verhoging van het eigen risico daadwerkelijk leidt tot lagere totale zorgkosten, wanneer ook latere en zwaardere zorg wordt meegewogen?

Antwoord:

⁶ Zorguitgaven, ons een zorg? (cpb.nl)

⁷ Z.C. Brot-Goldberg, A. Chandra, B.R. Handel en J.T. Kolstad (2017). What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics. *The Quarterly Journal of Economics*, 132 (3), 1261–1318.

⁸ In 2025 heeft 6% van de burgers afgezien van zorg vanwege kosten | Nivel

⁹ Rapport «Kennisvraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen», Nivel, 2024.

¹⁰ Van Esch, T.E.M., Brabers, A.E.M., Van Dijk, C., Groenewegen, P.P., & De Jong, J.D. (2015). *Inzicht in zorgmijden: aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*. Utrecht: NIVEL. nivel.nl

De wetenschappelijke literatuur laat zien dat het invoeren of het verhogen van eigen betalingen leidt tot een lagere zorgvraag en lagere zorguitgaven. Dit is zowel binnen Nederland als internationaal onderzocht.

Het CPB heeft ten tijde van Zorgkeuzes in Kaart een eigen betalingen model opgezet voor het schatten van de effecten van veranderingen in het eigen risico. Uit de inschatting volgt dat een verhoging van het eigen risico per saldo tot lagere zorgkosten leidt¹¹. Het eigenbetalingenmodel maakt echter niet inzichtelijk wat het aandeel verschuiving naar duurdere zorg is, alleen dat er per saldo lagere zorgkosten zijn. Het CPB heeft ook een achtergronddocument gepubliceerd met een beschrijving van het model. In deze publicatie beschrijft het CPB dat het mogelijk is dat een verzekerde door het eigen risico eerst afziet van zorg, waardoor zijn gezondheid kan verslechteren en hij later alsnog meer zorg gebruikt en hogere zorgkosten maakt. Dit effect wordt meegenomen in het model, omdat dit gebruik tot uiting komt in de totale kosten van zorg¹².

5.

Zijn er studies of cijfers beschikbaar die laten zien of een verhoging van het eigen risico per saldo kosten bespaart of juist leidt tot een verschuiving naar duurdere zorg?

Antwoord:

De wetenschappelijke literatuur laat zien dat het invoeren of het verhogen van eigen betalingen leidt tot een lagere zorgvraag en lagere zorguitgaven. Dit is zowel binnen Nederland als internationaal onderzocht.

Het CPB heeft ten tijde van Zorgkeuzes in Kaart een eigen betalingen model opgezet voor het schatten van de effecten van veranderingen in het eigen risico. Uit de inschatting volgt dat een verhoging van het eigen risico per saldo tot lagere zorgkosten leidt¹³. Het eigenbetalingenmodel maakt echter niet inzichtelijk wat het aandeel verschuiving naar duurdere zorg is, alleen dat er per saldo lagere zorgkosten zijn. Het CPB heeft ook een achtergronddocument gepubliceerd met een beschrijving van het model. In deze publicatie beschrijft het CPB dat het mogelijk is dat een verzekerde door het eigen risico eerst afziet van zorg, waardoor zijn gezondheid kan verslechteren en hij later alsnog meer zorg gebruikt en hogere zorgkosten maakt. Dit effect wordt meegenomen in het model, omdat dit gebruik tot uiting komt in de totale kosten van zorg¹⁴.

6.

Hoe verhoudt het verhogen van het eigen risico zich tot het uitgangspunt van passende en preventieve zorg en de doelstelling van de regering om te bouwen aan de «gezondste generatie ooit»?

Antwoord:

Dit kabinet heeft als ambitie om te werken aan de gezondste generatie ooit. Het liefst voorkomen we dat je ziek wordt. Door in te zetten op gezondheid. Maar als je onverhoopt toch ziek wordt, dan moet de zorg die je nodig hebt er zijn. De Nederlandse gezondheidszorg staat echter voor aanzienlijke uitdagingen door toenemende zorguitgaven enerzijds en toenemende personeelstekorten anderzijds. Het verplicht eigen risico

¹¹ Zorgkeuzes in Kaart 2020, CPB: <https://www.cpb.nl/zorgkeuzes-in-kaart-2020#docid-160264>

¹² Zie *Eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet*, CPB: <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Achtergronddocument-ZIK-Eigen-betalingen-in-de-Zorgverzekeringswet.pdf>, pagina 14.

¹³ Zorgkeuzes in Kaart 2020, CPB: <https://www.cpb.nl/zorgkeuzes-in-kaart-2020#docid-160264>

¹⁴ Zie *Eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet*, CPB: <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Achtergronddocument-ZIK-Eigen-betalingen-in-de-Zorgverzekeringswet.pdf>, pagina 14.

draagt bij aan het houdbaar, maar ook het solidair houden van de zorguitgaven. Solidariteit in het zorgstelsel betekent dat we zorg gezamenlijk financieren en dat vraagt ook een bijdrage van zorggebruikers. Het verplicht eigen risico bedraagt sinds 2016 € 385 en heeft zich sindsdien niet mee ontwikkeld met de kosten van de zorg. Dit kabinet kiest er daarom voor om het verplicht eigen risico per 2027 te verhogen en per 2028 voor de medisch specialistische zorg te trancheren. Dit houdt in dat per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg¹⁵ maximaal € 150 in rekening wordt gebracht, zodat mensen niet in één keer het volledige bedrag van het eigen risico verschuldigd zijn. Dit verlaagt de financiële drempel tot zorg, waardoor ongewenste zorgmijding om financiële redenen wordt tegengegaan. Ook blijft het kostenbewustzijn langer doorwerken: waar een verzekerde voorheen na één behandelprestatie zijn volledige eigen risico kwijt was en vervolgens geen financiële prikkel meer ervoer, wordt de verzekerde na de tranchering langer gestimuleerd om na te denken of een vervolgbehandeling passend is. Zo geven we het eigen risico slimmer vorm.

7.

Hoe wordt voorkomen dat het eigen risico leidt tot verdere gezondheidsverschillen tussen inkomensgroepen, naast bestaande maatregelen zoals de zorgtoeslag?

Antwoord:

Het eigen risico bedraagt sinds 2016 € 385 en heeft zich sindsdien niet mee ontwikkeld met de zorgkostenontwikkeling. Om de zorg houdbaar en toegankelijk te houden voor iedereen zal het eigen risico per 2027 weer worden geïndexeerd en worden verhoogd met € 60. Tegelijkertijd zorgen we ervoor dat mensen die medisch-specialistische zorg nodig hebben niet in één keer het hele eigen risico kwijt zijn voor die zorg door het eigen risico te trancheren op maximaal € 150 per behandelprestatie. Veel verzekerden betalen daardoor minder eigen risico, de financiële drempel wordt lager, maar het kostenbewustzijnseffect werkt wel langer door.

Naast de zorgtoeslag beschikken gemeenten over de instrumenten en de financiële middelen om te komen tot financieel maatwerk voor de cliënt. Gemeenten ontvangen hier sinds 2014 structureel financiering voor, met het huidige prijspeil is dit ongeveer € 370 miljoen. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld op grond van de Wmo 2015 bij verordening bepalen dat het college aan personen met een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen (die daarmee verband houdende aannemelijke meerkosten hebben) een tegemoetkoming verstrekt ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en de participatie. Ook kunnen gemeenten via de gemeentepolis financieel kwetsbare inwoners helpen.

Het kabinet heeft daarnaast middelen vrijgemaakt voor specifieke ondersteuning, via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken van € 350 miljoen¹⁶. De middelen uit deze enveloppe zijn vanaf 2027 beschikbaar.

8.

In hoeverre acht de regering het wenselijk dat binnen korte tijd tegengestelde beleidsrichtingen worden gehanteerd ten aanzien van het eigen risico, mede in het licht van de uitvoerbaarheid en voorspelbaarheid voor burgers en zorgaanbieders?

¹⁵ Behandelprestaties in de medisch-specialistische zorg zijn diagnose-behandelcombinaties (dbc's) en overige zorgproducten (ozp's).

¹⁶ Maatregel 33 uit de financiële bijlage bij het Coalitieakkoord Aan de slag. Bouwen aan een beter Nederland Coalitieakkoord 2026–2030.

Antwoord:

Het kabinet Schoof was voornemens om met een generieke maatregel, namelijk het verlagen van het verplicht eigen risico, de toegankelijkheid van de zorg voor specifieke groepen mensen te verbeteren. Deze beleidskeuze zou als gevolg hebben dat de zorgvraag extra zou stijgen en de zorgpremie met circa € 200 per jaar zou stijgen.

Dit kabinet vindt dit geen verstandige keuze. Het verplicht eigen risico is sinds 2016 € 385; het is niet meegegroeid met de stijgende zorgkosten. Dit kabinet kiest ervoor om het verplicht eigen risico te verhogen, juist om de zorg houdbaar en toegankelijk te houden voor iedereen. De verhoging van het eigen risico leidt tot een lagere zorgpremie voor iedereen.

Zorgfraude

1.

De leden van de fractie van de SP vinden het zorgwekkend dat middelen die bedoeld zijn voor zorg door zorgfraude niet terechtkomen bij patiënten en zorgverleners. Deze leden vragen zich af hoe dit probleem zich in de tijd heeft ontwikkeld. Kan de regering toelichten in hoeverre zorgfraude ook voorkwam vóór de invoering van het huidige zorgstelsel?

Antwoord:

Het kabinet beschikt niet over voldoende gegevens om de vragen van de SP volledig te beantwoorden. Wel benadrukt het kabinet dat zorgfraude van alle tijden is, ongeacht de inrichting van verantwoordelijkheden en bekostiging binnen het zorgstelsel. Sinds 2013 staat het onderwerp, mede naar aanleiding van misbruik van persoonsgebonden budgetten (pgb), nadrukkelijker op de politieke en beleidsmatige agenda. Sindsdien zijn meerdere onderzoeken er niet in geslaagd om de daadwerkelijke omvang van zorgfraude in kaart te brengen. Het is dus niet bekend hoe de omvang van zorgfraude zich in de tijd heeft ontwikkeld.

Dat neemt niet weg dat het kabinet de zorgen van de SP deelt en zich, samen met alle andere verantwoordelijke partijen, blijft inzetten om de aanpak van zorgfraude te versterken. In dat kader is het positief dat via het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) middelen beschikbaar zijn gesteld om zorgfraude te voorkomen, te stoppen en te bestraffen. Een belangrijk onderdeel van de versterkte aanpak van zorgfraude vanuit het AZWA is het voorkomen dat malafide aanbieders zich kunnen vestigen of na eerdere overtredingen opnieuw kunnen starten.

Daarom is het kabinet voornemens de toetredingseisen op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) verder aan te scherpen. In dat kader wordt bezien of een vergunningplicht voor alle zorgaanbieders, die onder de Wtza vallen, wenselijk is. Daarnaast overweegt het kabinet om voor alle eigenaren, bestuurders, interne toezichthouders en leden van de dagelijkse leiding een Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) verplicht te stellen, zowel bij vergunningverlening als bij wijzigingen van deze personen en periodiek te toetsen of nog aan de vergunningseisen wordt voldaan. Ook wordt een vergunningplicht voor jeugdhulpaanbieders ingevoerd. Aanvullend wordt verkend in hoeverre een vergunningplicht voor het Wmo-domein passend en uitvoerbaar is.

2.

In hoeverre hebben zich veranderingen voorgedaan in de omvang, aard en frequentie van zorgfraude na de invoering van het huidige zorgstelsel?

Antwoord:

Het kabinet beschikt niet over voldoende gegevens om de vragen van de SP volledig te beantwoorden. Wel benadrukt het kabinet dat zorgfraude van alle tijden is, ongeacht de inrichting van verantwoordelijkheden en bekostiging binnen het zorgstelsel. Sinds 2013 staat het onderwerp, mede naar aanleiding van misbruik van persoonsgebonden budgetten (pgb), nadrukkelijker op de politieke en beleidsmatige agenda. Sindsdien zijn meerdere onderzoeken er niet in geslaagd om de daadwerkelijke omvang van zorgfraude in kaart te brengen.

Vrouwengezondheid

1.

Is de regering bekend met signalen dat vrouwen aanzienlijk vaker en langer uitvallen door stressgerelateerde klachten dan mannen?¹⁷ Hoe beoordeelt de regering deze ontwikkeling?

Antwoord:

Ja, het kabinet is hiermee bekend. In de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2025 komt naar voren dat vrouwen vaker uitvallen door stressgerelateerde klachten dan mannen. Het kabinet vindt de toenevende uitval door mentale klachten in algemene zin zorgelijk, en heeft daarbij specifiek aandacht voor de uitval van vrouwen. De motie Neijenhuis c.s. (Tweede Kamer, vergaderjaar 2025–2026, 36 800 XV, nr. 55) verzoekt het kabinet een plan op te stellen voor meer inzicht in de onderliggende oorzaken voor de grote uitval van met name jonge vrouwen op de arbeidsmarkt, om vervolgens tekortkomingen en oplossingsrichtingen in beleid in kaart te brengen. Het kabinet zal de Kamer hierover voor de volgende begrotingsbehandeling van het Ministerie van SZW informeren.

2.

De leden van de SP-fractie zijn verheugd om te lezen dat in de begroting € 15 miljoen beschikbaar is gesteld voor onderzoek naar vrouwspecifieke aandoeningen en het verbeteren van kennis over het vrouwenlichaam. Kan de regering toelichten hoe dit bedrag zich verhoudt tot de maatschappelijke en economische kosten van vrouwspecifieke gezondheidsklachten, die leiden tot ziekteverzuim en verminderde arbeidsparticipatie?

Antwoord:

Vrouwspecifieke aandoeningen leiden jaarlijks van 7.6 miljard¹⁸ euro tot 12.6 miljard¹⁹ euro aan maatschappelijke kosten, vooral door ziekteverzuim en lagere arbeidsparticipatie. Zoals het kabinet ook al eerder aan de Kamer²⁰ heeft laten weten kan dit onderwerp niet alleen vanuit het Ministerie van VWS op de kaart gezet worden, ook andere partijen hebben hier een rol in. Naast de bovengenoemde € 15 miljoen wordt er actief de samenwerking gezocht met subsidieprogramma's binnen en buiten ZonMw voor een zo groot mogelijke impact.

De Nationale Strategie Vrouwengezondheid 2025–2030 legt een stevig fundament voor een beweging met aandacht voor kennis en innovatie, passende zorg en ondersteuning, en bewustwording en samenwerking. Met vertegenwoordigers van al deze sectoren komen we tot concrete acties en prioriteiten om de gezondheid van vrouwen en meisjes in

¹⁷ NU.nl, Boon, J., 26 maart 2026, «Vrouwen zitten twee keer zo veel ziek thuis door stress als mannen», zie <https://www.nu.nl/economie/6390456/vrouwen-zitten-twee-keer-zo-veel-ziek-thuis-door-stress-als-mannen.html>.

¹⁸ Kosten-Baten-Analyse-WOMEN-Inc.pdf

¹⁹ Closing the women's health gap | McKinsey

²⁰ Tweede Kamer, vergaderjaar 2024–2025, 31 765, nr. 936

Nederland te verbeteren. Dit komt terug in de Nationale Werkagenda Vrouwegezondheid die nog vóór het zomerreces met de Kamer wordt gedeeld. Met betere prioritering van het onderwerp, gerichte inzet en aandacht voor vrouwspecifieke gezondheidsklachten meer bewustwording op dit thema op maken we gezamenlijk de inhaalslag die nodig is.

3. Vragen en opmerkingen van de leden van de fractie van FVD

De leden van de fractie van FVD stellen de regering naar aanleiding van de in de memorie van toelichting aangegeven bedragen de volgende vragen.

1.

Waarom is in 2026 nog steeds € 64 miljoen nodig voor «COVID-vaccinatietaken» van de GGD'en,²¹ terwijl de WHO de pandemie al jaren geleden als beëindigd heeft verklaard, er geen grootschalige vaccinatiecampagnes meer zijn en de vaccinatiegraad onder de bevolking laag is? Welke concrete taken worden hiermee precies bekostigd en waarom kunnen deze niet direct worden stopgezet?

Antwoord:

De € 64 miljoen voor GGD'en in 2026 wordt ingezet voor (voorbereidende) werkzaamheden m.b.t. de najaarsvaccinatieronde 2026 en voor de vaccinatie van medische hoogrisicogroepen door het jaar heen, conform advies van de Gezondheidsraad.

Hoewel er geen sprake meer is van een pandemie, is er nog altijd aanzienlijke ziektelast van COVID-19 bij kwetsbare groepen, met name ouderen. Vaccineren van risicogroepen voorkomt ziekte en sterfte, alsook druk op de zorg. Daarom vindt het kabinet vaccinatie belangrijk en zijn hiervoor middelen beschikbaar gesteld in 2026 en 2027.

Tegelijkertijd nemen de kosten af, onder meer doordat de doelgroep is aangescherpt (van 60+ naar 70+) en efficiënter wordt gewerkt. De financiering is niet structureel, waardoor vooralsnog jaarlijks wordt bezien welke inzet en middelen nodig zijn.

2.

Op welke concrete dreiging of risicoanalyse is de claim gebaseerd dat de GGD'en in 2026 nog € 69,5 miljoen extra nodig hebben «om in de toekomst paraat te zijn voor nieuwe pandemieën»?²² Waaruit blijkt dat deze dreiging reëel en acuut is, en waarom rechtvaardigt dit een structurele uitgave in plaats van een tijdelijke uitgave?

Antwoord:

Wetenschappers, virologen en internationale gezondheidsorganisaties zijn het er allen over eens dat de vraag niet is *of* er een nieuwe pandemie uitbreekt, maar *wanneer*. Naar aanleiding van de lessen uit de coronapandemie zijn versterkingen ingezet die bijdragen aan het op orde brengen van de basisnoodzorg in Nederland, waaronder bij de GGD'en. De versterkingen bij GGD'en zijn gebaseerd op de bevindingen en aanbevelingen van Verwey-Jonker²³ en AEF²⁴ en bouwen voort op het programma «Versterking infectieziektebestrijding en pandemische paraatheid

²¹ Kamerstukken II 2025/26, 36 800 XVI, nr. 2, p. 59.

²² Ibid.

²³ Verwey-Jonker, Versterking in de publieke gezondheid, 2021

²⁴ AEF, Capaciteit infectieziektebestrijding in beeld, 2023

GGD'en» (VIP), dat de Kamer in januari 2023 heeft ontvangen²⁵. Met de beschikbare middelen kunnen de GGD'en de reeds aangetrokken extra capaciteit (denk aan artsen en verpleegkundigen infectieziektebestrijding, deskundigen op het gebied van infectiepreventie, epidemiologen en data-analisten) behouden. Ook blijft de structuur voor versterkte samenwerking in stand. Dit betekent dat GGD'en beter toegerust zijn op hun reguliere taken en sneller kunnen opschalen bij een (dreigende) gezondheidscrisis.

3.

Hoe verhoudt het beschikbaar stellen van deze € 69,5 miljoen zich tot de in het Hoofdlijnenakkoord afgesproken geleidelijke afbouw tot nul van alle middelen voor pandemische paraatheid in 2029?

Antwoord:

Zoals in de Kamerbrief van juni 2025 (TK 30821, vlgnr. 303, 2024/2025) is aangegeven, dragen de maatregelen pandemische paraatheid bij aan de basisnoodzorg in Nederland. In deze brief is ook toegelicht dat het kabinet voor twee jaar middelen beschikbaar had gesteld om onomkeerbare schade te voorkomen en om tijd te creëren voor besluitvorming over de structurele situatie. De besluitvorming over de structurele situatie heeft in het kader van de Voorjaarnota plaatsgevonden. Hiermee is de basisnoodzorg structureel geborgd.

4.

Kan de regering een gedetailleerde specificatie geven van de «verbetering van de medisch operationele processen op regionaal niveau» en de «versterking van IV/ICT» waarvoor de € 69,5 miljoen is bestemd?²⁶ Welke concrete projecten of investeringen betreft dit?

Antwoord:

Een deel van de € 69,5 miljoen voor 2026 is bestemd voor het Programma IV IZB. IV IZB is een programma dat VWS samen met de GGD'en en het RIVM uitvoert om zowel de reguliere infectieziektebestrijding als de bestrijding van een A-ziekte met potentieel landelijke impact te ondersteunen door te zorgen dat deze IV wendbaar, betrouwbaar en opschaalbaar is. Voor de GGD'en gaat het bijvoorbeeld om het ondersteunen van bron- en contactonderzoek en registratie van diagnostiek (testen) en vaccinaties. Voor een nadere uitwerking, verwijst het kabinet graag naar de bestuurlijke reactie op het AclCT-advies t.a.v. van programma IV IZB.²⁷

Daarnaast is een deel van het bedrag beschikbaar voor de versterking van GGD'en. Hiermee kunnen de GGD'en reeds gerealiseerde extra capaciteit (denk aan artsen en verpleegkundigen infectieziektebestrijding, deskundigen op het gebied van infectiepreventie, epidemiologen en data-analisten) behouden. Ook blijft de structuur voor versterkte samenwerking in stand. Dit betekent dat GGD'en beter toegerust zijn op hun reguliere taken en tegelijkertijd sneller kunnen opschalen bij een (dreigende) gezondheidscrisis.

4. Vragen en opmerkingen van de leden van de fractie van de PvdD

1.

²⁵ TK, vergaderjaar 2022–2023, 25 295, nr. 2000

²⁶ Ibid.

²⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 2235

In haar brief van 27 maart 2026 schrijft de Minister van VWS «dat in de VWS-begroting € 177 miljoen structureel beschikbaar is gesteld om versterkingen van de publieke en curatieve gezondheidszorg voort te zetten.»²⁸ Eerder was er € 300 miljoen per jaar beschikbaar voor pandemische paraatheid. Dit is een verschil van 123 miljoen euro. Is de regering het met de leden van de fractie van de PvdD eens dat deze bezuiniging negatieve consequenties zal hebben voor de pandemische paraatheid? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke doelstellingen zullen door deze bezuinigingsmaatregel niet kunnen worden uitgevoerd? Deze leden ontvangen hier graag een toelichting op.

Antwoord:

In het kader van de bezuinigingen is gezien wat er echt essentieel is om de kern van de maatregelen pandemische paraatheid in stand te houden en om de basisnoodzorg te kunnen borgen. We moeten namelijk in gedachten houden dat de uitdagingen in de bredere context van de zorg groot zijn en dat we elke euro maar één keer uit kunnen geven.

Dit heeft ertoe geleid dat binnen de beleidsopgave publieke gezondheid het pakket aan maatregelen an sich in stand blijft, maar dat er met minder middelen invulling aan wordt gegeven. De risicoreservering voor IV/ICT is daardoor bijvoorbeeld komen te vervallen. Verder is een deel van de middelen voor kennis en innovatie en internationaal beleid geschrapt. Ook zijn de versterkingen bij GGD'en en het RIVM, inclusief de LFI, kritisch tegen het licht gehouden waarna cf. voorjaarsnota op een lagere raming is uitgekomen. In het kader van het bredere infectieziektebeleid wordt de Kamer komend najaar geïnformeerd over de nadere invulling van de maatregelen met het beperktere budget.

Voor de beleidsopgave leveringszekerheid geldt dat maatregelen geborgd zijn met de middelen die met de nota van wijziging bij de begroting 2025 zijn toegevoegd voor het verbeteren van de beschikbaarheid van geneesmiddelen en dat ook een deel van de middelen die beschikbaar zijn gekomen bij voorjaarsnota aan leveringszekerheid bijdragen. Voor de beleidsopgave flexibele zorg ligt dit genuanceerd. De middelen die nu bij voorjaarsnota zijn vrijgemaakt om het inzicht in de actueel beschikbare capaciteit in de (acute) zorgketen te versterken, dragen bij aan de (pandemische) paraatheid. Verder geldt dat eerder voor andere maatregelen alternatieve middelen zijn gereserveerd, zoals de opleiding Basis Acute zorg en monitoring en surveillance in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Voor een deel zijn programma onderdelen inmiddels overigens ook afgerond, zoals het ZonMw programma doorgang reguliere zorg.

2.

Kan de regering aangeven in hoeverre het verminderde budget voor pandemische paraatheid de mogelijkheden zal beperken om preventieve maatregelen te treffen om pandemische dreigingen van zoönotische oorsprong te onderzoeken en te voorkomen?

Antwoord:

In de afgelopen vier jaar is met het nationaal actieplan gewerkt aan een verdere versterking van het zoönosenbeleid. De acties bestonden deels uit tijdelijke impulsen en deels uit structureel te borgen activiteiten. Het kabinet heeft structurele middelen voor pandemische paraatheid beschikbaar gesteld. Hoewel dit minder is dan het voormalige budget, zijn deze middelen voldoende om de belangrijkste onderdelen van de pandemische paraatheid en de basisnoodzorg in Nederland in stand te

²⁸ Kamerstukken II 2025/26, 25 295, nr. 2265, p. 1.

houden en verder te versterken. Voor zoönosen geldt dat het structurele budget voldoende is om de beoogde structurele activiteiten bij RIVM en NVWA grotendeels voort te zetten. In 2026 wordt de structurele borging vormgegeven. Het gaat bijvoorbeeld om activiteiten ten aanzien van One Health monitoring & surveillance, vectoren en samenwerking binnen het One Health terrein.

3.

Welke redenen liggen ten grondslag aan de verlaging van het budget voor pandemische paraatheid?

Antwoord:

Er is geen sprake van een verlaging van het budget voor pandemische paraatheid. Het kabinet heeft in het kader van de Voorjaarsnota juist een eerdere bezuiniging deels teruggedraaid. We moeten daarbij in gedachten houden dat de uitdagingen in de bredere context van de zorg groot zijn en dat we elke euro maar één keer uit kunnen geven. In dat kader is bezien wat er echt essentieel is om de kern van de maatregelen pandemische paraatheid in stand te houden en om de basisnoodzorg te kunnen borgen.

4.

Is er onderzoek gedaan naar de *opportunity costs* van deze bezuiniging? Met andere woorden, is er onderzoek gedaan naar de maatschappelijke kosten die verschillende vormen van pandemische dreiging met zich mee kunnen brengen en hoe de kosten van effectieve preventie op dit gebied zich daartoe verhouden? Zo nee, is de regering bereid een dergelijk onderzoek in te (doen) stellen?

Antwoord:

Er is geen sprake van een bezuiniging. Het kabinet heeft in het kader van de Voorjaarsnota juist een eerdere bezuiniging deels teruggedraaid. We moeten daarbij in gedachten houden dat de uitdagingen in de bredere context van de zorg groot zijn en dat we elke euro maar één keer uit kunnen geven.

Er is veel onderzoek verricht naar aanleiding van de coronapandemie, op basis waarvan vele lessen zijn getrokken om de (pandemische) paraatheid te versterken. Er is niet één alomvattend onderzoek gedaan naar de maatschappelijke kosten die verschillende vormen van pandemische dreiging met zich mee kunnen brengen, dat zou ook moeilijk uitvoerbaar zijn vanwege het grote scala aan onderwerpen dat hiermee gepaard zou gaan. Terwijl met de uitgevoerde onderzoeken op deelaspecten al meer diepgang is bereikt. Tijdens de vorige pandemie hebben we de impact gezien op alle sectoren in de maatschappij van het niet snel kunnen aanpakken van de negatieve effecten van COVID-19. Denk aan de scholen die dicht moesten, beperkingen rondom het gezamenlijk uitoefenen van sporten en de economische gevolgen voor inwoners en het bedrijfsleven. Verder wil het kabinet in dit kader de maatschappelijke kosten-baten analyse naar het IV-landschap voor IZB noemen, waaruit bleek welke baten dit landschap oplevert bij een nieuwe pandemie.²⁹

5. Vragen en opmerkingen van de leden van de fractie Volt

De leden van de fractie Volt hebben kennisgenomen van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor 2026 en de bijbehorende memorie van toelichting. Deze leden constateren dat daarin gezondheidsverschillen tussen groepen worden benoemd, maar dat

²⁹ MKBA programma IV IZB, Ecorys, sept. 2024. Kamerstuk 25 295, nr. 2209.

daarbij discriminatie in de gezondheidszorg niet wordt genoemd, en hebben daarover nog een aantal vragen.

1.

Kan de regering toelichten waarom in de memorie van toelichting gezondheidsverschillen tussen groepen wel worden benoemd, maar discriminatie in de gezondheidszorg niet als mogelijke verklarende factor wordt genoemd? Zijn er in de begroting middelen gereserveerd om discriminatie in de zorg aan te pakken? Zo ja, waar is dat in de begroting terug te vinden? En hoeveel middelen waren er beschikbaar om discriminatie in de zorg aan te pakken in de jaren 2022 tot en met 2025?

Antwoord:

Gezondheidsverschillen hangen samen met een complex samenspel van factoren, met name de omstandigheden waarin mensen leven, zoals financiële onzekerheid, ongezond werk of een slechte woonsituatie. De oorzaken en dus ook de oplossingen liggen dan ook voor een groot deel buiten het zorgdomein.

Er zijn geen middelen gereserveerd om discriminatie in de zorg aan te pakken. Van 2022 tot eind 2025 liep een VWS-brede aanpak om discriminatie tegen te gaan en gelijke kansen te bevorderen binnen de domeinen waar VWS een beleidsverantwoordelijkheid heeft.³⁰ In totaal was hier voor de periode van 2022 t/m 2025 een bedrag van € 2.837.150 voor beschikbaar. Het is nu aan de veldpartijen om verdere uitvoering te geven aan het bestrijden van discriminatie in de zorg, welzijn en sport.

2.

Deze leden constateren dat het beleid om gezondheidsverschillen aan te pakken zich met name richt op preventie en leefstijl, terwijl uit onder meer de eindrapportage «Gezondheidseffecten van slavernij»³¹ en het advies van de Nationaal Coördinator tegen Discriminatie en Racisme van 9 april 2026³² blijkt dat discriminatie zelf een negatieve invloed kan hebben op gezondheid. Op welke wijze weegt de regering deze inzichten in haar beleid, en hoe worden deze vertaald in de prioritering van inzet en middelen binnen het preventiebeleid?

Antwoord:

Discriminatie is niet acceptabel en heeft op meerdere terreinen nadelige gevolgen, zowel voor het individu als samenleving als geheel. Het kabinet geeft richting aan het brede antidiscriminatiebeleid van de overheid onder coördinatie van de Nationaal Coördinator tegen Discriminatie en Racisme (NCDR) middels een interdepartementaal nationaal actieprogramma. In de verschillende aanpakken gericht op gezondheid en preventie, zoals de samenhangende preventiestrategie, het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord en de beleidsagenda Gezondheid in alle Beleidsdomeinen, staat het terugdringen van gezondheidsverschillen centraal. Deze aanpakken baseren zich op onderzoek en data van kennisinstututen als het RIVM en op rapporten van adviesorganen als de Gezondheidsraad en de Sociaal-Economische Raad (SER). De conclusies daarvan worden vertaald naar de prioritering binnen het preventiebeleid.

³⁰ Kamerstukken II, 2024/25, 36 600 XVI-182

³¹ Helberg-Proctor, A., Eindrapportage «Gezondheidseffecten van slavernij», november 2025, opgesteld in opdracht van het Ministerie van VWS, zie <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/11/30/eindrapport-gezondheidseffecten-van-slavernij>.

³² NCDR, «Advies ter bestrijding van discriminatie en racisme in de gezondheidszorg», 9 april 2026, zie <https://www.bureauncdr.nl/documenten/2026/04/09/advies-ter-bestrijding-van-discriminatie-en-racisme-in-de-gezondheidszorg>.

3.

Kan de regering aangeven hoe groot de groep mensen in Nederland is die te maken heeft met gezondheidsverschillen, en in hoeverre bekend is welk deel daarvan samenhangt met discriminatie? Welke stappen zet de regering om dit inzicht te verbeteren en te vertalen naar gerichte beleidsinterventies?

Antwoord:

In Nederland bestaan gezondheidsverschillen tussen groepen die mede samenhangen met de maatschappelijke positie van mensen. Zo leven de 20 procent meest welvarende Nederlanders ruim 8 jaar langer en circa 24 jaar langer in goede gezondheid dan de 20 procent minst welvarende Nederlanders.³³ Het is niet mogelijk om vast te stellen welk deel van deze verschillen specifiek samenhangt met discriminatie, omdat gezondheidsverschillen het resultaat zijn van een samenspel van meerdere factoren. Zoals aangegeven in antwoord op Volt vraag 1 hangen deze verschillen met name samen met de omstandigheden waarin mensen leven.

4.

De leden van de fractie Volt merken op dat gezondheidsverschillen kunnen leiden tot hogere zorgkosten, onder meer door een latere en complexere zorgvraag. Heeft de regering inzicht in de mate waarin discriminatie in de zorg hieraan bijdraagt, en hoe wordt deze kennis benut in de sturing op doelmatigheid en beheersing van zorguitgaven?

Antwoord:

Nee, er is voor zover bekend geen beeld van de mate waarin discriminatie in de zorg bijdraagt aan gezondheidsverschillen c.q. hogere zorgkosten. Wel wijst onderzoek uit dat ervaringen van discriminatie in de zorg samenhangen met zorgmijding, te laat zorg zoeken en minder goede zorguitkomsten. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid van mensen en bijdragen aan het ontstaan of vergroten van gezondheidsverschillen, die vaak gepaard gaan met een groter en zwaarder zorggebruik, waardoor het aannemelijk is dat discriminatie indirect effect heeft op de zorgkosten.³⁴ Het kabinet benut deze inzichten in de sturing op doelmatigheid en beheersing van zorguitgaven door in te zetten op het voorkomen van zwaardere zorg en het bevorderen van passende zorg.

5.

Deze leden constateren dat in de memorie van toelichting geen integrale aanpak van discriminatie in de gezondheidszorg is opgenomen. Kan de regering toelichten waarom een dergelijke aanpak ontbreekt, en hoe zij voornemens is te komen tot een samenhangende aanpak waarin beleid, uitvoering en toezicht op dit punt met elkaar in verbinding worden gebracht?

Antwoord:

In het coalitieakkoord is aangegeven dat passende zorg ook inclusieve zorg is. Er wordt door veel partijen hard gewerkt om zorg, welzijn en sport inclusief en gelijkwaardig te maken voor iedereen. De afgelopen jaren zijn vanuit het Ministerie van VWS verschillende acties ondernomen, ook om het thema bespreekbaar te maken en te agenderen, zoals het organiseren van conferenties en rondetafelgesprekken, het opzetten van een ervaringsdeskundigenpanel, verschillende ZonMw-programma's en het uitzetten van een veelvoud aan agenderende onderzoeken. Voor een volledig overzicht verwijst het kabinet u naar de twee voortgangsrapportages van de VWS-brede aanpak discriminatie en gelijke kansen in zorg,

³³ Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 794

³⁴ <https://www.pharos.nl/kennisbank/onderzoek-discriminatie-gezondheid/>

welzijn en sport.³⁵ Voor het vervolg is er binnen het Ministerie van VWS voor gekozen om de aanpak van discriminatie verder te brengen binnen de reguliere beleidslijnen. Op deze manier kunnen de verschillende aspecten gerichter worden uitgewerkt en geborgd.

Naast werkzaamheden binnen de reguliere beleidslijnen is er binnen het ministerie overkoepelend capaciteit beschikbaar om coördinerende werkzaamheden te verrichten en de samenhang te bewaken. Daarnaast ligt er ook een belangrijke rol bij het veld als het gaat om de verdere invulling en uitvoering van inclusieve en passende zorg. Bewustwording, inclusief leiderschap en empowerment van cliënten en medewerkers in zorg en welzijn zijn daarbij essentieel.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
S.T.M. Hermans

De Minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport,
W.R.C. Sterk

³⁵ Kamerstukken II, 36 410 XVI-19 en 36 600 XVI-182.