Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2025–2026

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

Nr. 195

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 28 mei 2026

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 13 februari 2026 over de rapporten «Discriminatie in de zorg, welzijn en sport», «Is allemaal mooi, op papier», en «Professionaliteit te allen tijde» (Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 70).

De vragen en opmerkingen zijn op 2 april 2026 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 28 mei 2026 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

kst-36800-XVI-195
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2026

Vragen en opmerkingen vanuit de fracties en reactie van de Minister van VWS

Het kabinet heeft met belangstelling kennisgenomen van de vragen en opmerkingen van de leden van de fracties van D66, GroenLinks-PvdA en PVV inzake de rapporten «Discriminatie in de zorg, welzijn en sport», «Is allemaal mooi, op papier», en «Professionaliteit te allen tijde».[1] Bij de beantwoording is de volgorde van het schriftelijk overleg aangehouden.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief inzake Reactie op verzoek commissie over de rapporten «Discriminatie in de zorg, welzijn en sport», «Is allemaal mooi, op papier», en «Professionaliteit te allen tijde». Voor genoemde leden zijn de thema's discriminatie en een sociaal veilige werkomgeving zeer belangrijk. De bevindingen en aanbevelingen van deze onderzoeken dienen dan ook serieus te worden opgepakt door het kabinet.

De leden van de D66-fractie waarderen de inspanningen van het kabinet om het thema discriminatie beter bespreekbaar te maken. Een van de aanbevelingen uit de rapporten is echter om duidelijke gedragsnormen op te stellen. Zowel in de reactie van de Minister als in de tweede voorgangsrapportage wordt er niet ingegaan op het instellen of stimuleren van dergelijke gedragsnormen. De leden van de D66-fractie vragen waarom dit achterwege blijft, aangezien zij onderstrepen dat conferenties en gesprekken weliswaar belangrijke eerste stappen zijn, maar dat daadwerkelijke zichtbaarheid en verandering pas ontstaan wanneer normen expliciet worden vastgesteld en gehandhaafd.

In het coalitieakkoord staat dat passende zorg ook inclusieve zorg is. Het kabinet draagt dan ook een duidelijke norm uit op dit vlak. Het is aan zorgorganisaties om hier vervolgens invulling aan te geven. Vanuit het ministerie zijn de afgelopen jaren op meerdere manieren gesprekken gefaciliteerd en bijeenkomsten georganiseerd die hier handvatten voor bieden: Bijvoorbeeld de ronde tafels over discriminatie met de sector, de oplevering van verschillende onderzoeken over het thema, het opzetten en inzetten van een ervaringsdeskundigenpanel wat betreft discriminatie in de verschillende sectoren en een ZonMw programma over diversiteitsensitief werken in de zorg.

Het onderzoek toont aan dat er een lage meldingsbereidheid bestaat, onder meer door een gebrek aan vertrouwen in opvolging van meldingen. In de reactie van de Minister op de aanbevelingen, worden voornamelijk bestaande, uiteenlopende meldpunten opgesomd. Uit het onderzoek blijkt echter niet dat slachtoffers afzien van melden vanwege een gebrek aan meldpunten, maar juist vanwege angst voor negatieve gevolgen of vanwege een gebrek aan vertrouwen in opvolging. De leden van de D66-fractie vragen dan ook hoe de Minister gaat waarborgen dat meldingen daadwerkelijk en adequaat worden opgevolgd en dat slachtoffers meer vertrouwen in deze opvolging krijgen.

Het Ministerie van BZK werkt aan de versterking van het stelsel van antidiscriminatievoorzieningen (ADV's) met het conceptwetsvoorstel van de Wet bijstand bij discriminatie dat tot en met 1 mei 2026 open staat voor internetconsultatie. Daarnaast worden ook de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), het College voor de Rechten van de Mens (CRM), de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) en het Adviescollege toetsing regeldruk

[1] Kamerstuk 36 600 XVI, nr. 182

(ATR) geraadpleegd voor consultatie. Het voorstel beoogt knelpunten aan te pakken die zien op de inrichting, het takenpakket en de financiering van de huidige ADV's door toe te werken naar één centrale organisatie voor de aanpak van discriminatie, met als voornaamste taak het opnemen en opvolgen van meldingen. Daarnaast worden preventie en het begeleiden naar nazorg toegevoegd aan het takenpakket. Door de nieuwe centrale organisatie kan er efficiënter gebruik worden gemaakt van middelen. Er is daarmee een professionaliseringsslag beoogd, waardoor meldingen nog adequater kunnen worden opgevolgd en melders de ondersteuning krijgen waar zij behoefte aan hebben. Discriminatie.nl kan (ook nu al) op verschillende manieren opvolging geven en bijstand verlenen aan melders. Dit kan variëren van het bieden van een luisterend oor of het organiseren van een bemiddelingsgesprek tot het begeleiden van een melding bij het CRM, dat een juridisch oordeel kan geven over een zaak.

Aansluitend daarop werkt het Ministerie van BZK aan brede publiekscommunicatie ter verhoging van de meldingstoegankelijkheid van ervaren discriminatie. De publiekscommunicatie is gericht op het vergroten van kennis van burgers over discriminatie en Discriminatie.nl, het vergroten van het vertrouwen in het nut van melden en het inspelen op persoonlijke behoeften bij ervaren discriminatie. Deze insteek is gebaseerd op onderzoek dat het Ministerie van BZK heeft laten uitvoeren naar motivaties en barrières bij het melden van ervaren discriminatie en het verhogen van de meldingstoegankelijkheid.[2] Een campagne met media-inzet is onderdeel van de publiekscommunicatie. De lancering daarvan is beoogd voor het najaar van 2026.

Genoemde leden merken tevens op dat in de reactie wordt gewezen op de mogelijkheid om melding te doen bij discriminatie.nl. Ook hebben zij vernomen dat de regering onlangs een wetsvoorstel voor de versterking van het stelsel van Antidiscriminatievoorzieningen (ADV's) in consultatie heeft gebracht. Zij vragen de Minister uiteen te zetten of en zo ja, hoe het conceptwetsvoorstel bijdraagt aan de zojuist genoemde aandachtspunten met betrekking tot gevolgen en opvolging van meldingen.

Met de nieuwe wet verwacht het kabinet discriminatie beter te kunnen bestrijden. Onder meer door:
- Eén landelijk meldpunt, dat via internet of telefonisch beter herkenbaar en toegankelijker is;
- Behoud van plaatselijke loketten die allemaal op dezelfde manier werken en zo dezelfde diensten kunnen leveren;
- Een andere financiering, waardoor de beschikbare financiële middelen gerichter wordt ingezet;
- Een hogere bereidheid om discriminatie te melden vanwege de toegenomen zichtbaarheid en de ondersteunende publiekscommunicatie.

Daarnaast laat het rapport zien dat de verantwoordelijkheid voor het doen van meldingen nog steeds in sterke mate bij slachtoffers wordt gelegd. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat deze verantwoordelijkheid nadrukkelijker bij de betrokken organisaties komt te liggen?

Het kabinet onderschrijft het beeld dat het voorkomen en aanpakken van discriminatie en ongewenst gedrag in de zorgpraktijk nog te vaak de verantwoordelijkheid is van de getroffen individuele medewerker. Dit is onwenselijk. Het stimuleren van een veilige werkvloer is primair de

[2] Van ervaren tot melden: motivaties en barrières bij discriminatie melden | Rapport | Rijksoverheid.nl. Zie ook de Voortgangsbrief discriminatie en racisme van (april 2025) van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Kamerstukken II 2024/25, 30 950, nr. 455, p. 5.

verantwoordelijkheid van werkgevers. Zo ook om een werkcultuur te creëren waarin de verantwoordelijkheid van het doen van meldingen niet alleen bij getroffenen zelf ligt maar ook bij collega's en leidinggevenden. Het kabinet blijft met werkgevers en bestuurders in gesprek over hun verantwoordelijkheid en biedt waar mogelijk ondersteuning aan. Zo heeft Movisie[3] de opdracht gekregen om een praktisch handvat te ontwikkelen dat werkgevers en leidinggevenden ondersteunt bij het herkennen en bespreekbaar maken van discriminatie en bij het bevorderen van een sociaal veilige werkomgeving. Dit handvat richt zich specifiek op de zorg- en welzijnssector, houdt rekening met de contextuele uitdagingen van deze sector en richt zich ook op discriminatie tussen medewerkers. Ook organiseert het kabinet samen met kennisinstituut Pharos op 30 juni een online webinar voor werkgevers over hoe zij discriminatie op de werkvloer kunnen aanpakken.

Daarnaast haalt het kabinet met de nieuwe wet voor de versterking van het stelsel van ADV's en de aanvullende publiekscommunicatie de verantwoordelijkheid van het melden weg bij de melders en focust ze zich op de kwaliteit en toegankelijkheid van het systeem. Uitgangspunt van de publiekscampagne is dat de ondersteuningsbehoefte van de melder centraal staat. De communicatie roept niet op om te melden, maar informeert burgers dat zij ergens met hun ervaring terecht kunnen voor de gewenste ondersteuning. En dat melden niet alleen registratie is, maar ook kan dienen als veilig handelingsperspectief dat kan helpen bij verwerking.
Daarnaast krijgt de landelijke organisatie een nieuwe taak met betrekking tot preventie van discriminatie. De huidige gemeentelijke ADV's hebben deze taak nog niet. Deze nieuwe taak geeft de mogelijkheid om naar aanleiding van (een analyse van) de ontvangen meldingen ook met organisaties zoals zorginstellingen en werkgevers in gesprek te gaan over hun verantwoordelijkheid om discriminatie te voorkomen en te zorgen dat het stopt.

De leden van de D66-fractie wijzen erop dat het kabinet inzet op kennisdeling, praktische handvatten en het verspreiden van goede voorbeelden. Tegelijkertijd blijkt uit het onderzoek dat de verantwoordelijkheid in de praktijk nog vaak bij de individuele medewerker wordt gelegd, waardoor getroffen medewerkers minder snel een melding maken en gevoelens van onveiligheid toenemen. Deze leden vragen in hoeverre de voornamelijk stimulerende en faciliterende aanpak van het kabinet toereikend is om zowel deze verantwoordelijkheid te verschuiven naar organisaties als de geconstateerde kloof tussen beleid en praktijk daadwerkelijk te dichten. Is de Minister bereid om, naast deze zachte instrumenten, ook meer bindende kaders te overwegen om de sociale veiligheid in de sector structureel te verbeteren?

Werkgevers hebben een verantwoordelijkheid om te zorgen voor een veilige en gezonde werkomgeving. Het kabinet ziet het als zijn rol om deze verantwoordelijkheid te stimuleren, te ondersteunen en waar nodig te agenderen en blijft in gesprek met veldpartijen en toezichthouders over de vraag wat aanvullend nodig is om de kloof tussen beleid en praktijk verder te verkleinen.
De stimulerende en faciliterende aanpak, gericht op kennisdeling is hierbij een belangrijk instrument. Juist omdat sociale veiligheid sterk afhankelijk is van de werkcontext, vraagt dit om maatwerk binnen organisaties. Tegelijkertijd erkent het kabinet dat er sprake is van een kloof tussen beleid en praktijk. Om deze kloof te verkleinen, wordt niet alleen ingezet op het vergroten van bewustwording, maar ook op het versterken van

[3] Gereedschapskist: Discriminatie aanpakken op de werkvloer in zorg en welzijn | Movisie

handelingsperspectief voor werkgevers en leidinggevenden via concrete interventies, zoals hierboven beschreven.

Het kabinet erkent het belang van duidelijke randvoorwaarden voor sociale veiligheid op de werkvloer. Werkgevers zijn volgens de Arbowet verplicht om hun werknemers te beschermen tegen psychosociale arbeidsbelasting, waaronder ongewenst gedrag en discriminatie. De inzet is gericht op het beter uitvoeren en handhaven van deze bestaande kaders, en niet op het ontwikkelen van nieuwe bindende regelgeving.

De leden van de D66-fractie nemen kennis van de reactie van de Minister en onderschrijven het belang van een veilige en inclusieve werkomgeving. Tegelijkertijd constateren deze leden dat de Minister stelt dat de bestaande kennisinfrastructuur toereikend is. Gezien de bevindingen uit het onderzoek, waarin juist knelpunten in de praktijk en implementatie naar voren komen, vragen deze leden hoe het kabinet tot de conclusie komt dat de huidige kennisinfrastructuur voldoende is. Op welke wijze wordt gemonitord of deze kennis ook daadwerkelijk de werkvloer bereikt en leidt tot concrete veranderingen in de praktijk?

Een organisatiecultuur waarin medewerkers zich veilig en gewaardeerd voelen is belangrijk. Dit vormt een onderdeel van goed werkgeverschap en is primair de verantwoordelijkheid van organisaties in zorg en welzijn. Goed toegankelijke kennis ondersteunt bijvoorbeeld medewerkers in de langdurige zorg bij het leveren van persoonsgerichte zorg. De bestaande kennisinfrastructuur wordt als toereikend gezien omdat verschillende kennisinstituten, waaronder Vilans, Pharos, Kennisplatform Inclusief Samenleven (Verwey-Jonker Instituut en Movisie), gezamenlijk voorzien in het ontwikkelen, bundelen en actief verspreiden van kennis, handreikingen en praktijkvoorbeelden. Deze partijen werken samen met het veld, waardoor de kennis aansluit op de praktijk en via meerdere kanalen beschikbaar en toepasbaar is. Daarmee zijn de randvoorwaarden aanwezig om organisaties binnen de langdurige zorg in staat te stellen inclusief en professioneel te werken. Het kabinet monitort niet op het niveau van individuele aanbieders of zij deze kennis benutten. Het is primair de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders zelf om beschikbare kennis te implementeren in de praktijk. Het rapport onderstreept hierbij de meerwaarde van inclusief werken, niet alleen voor cliënten, maar juist ook voor professionals en zorgorganisaties zelf.

Voorts constateren de leden van de D66-fractie dat het onderzoek wijst op belemmeringen in wet- en regelgeving, bijvoorbeeld rondom de erkenning van buitenlandse diploma's en beperkte bestedingsruimte van zorgbudgetten. Deze leden vragen waarom in de kabinetsreactie niet wordt ingegaan op deze structurele knelpunten. Is de Minister bereid om te bezien of aanpassing van wet- en regelgeving noodzakelijk is om cultuursensitief werken beter te faciliteren?

In het rapport wordt verwezen naar belemmeringen die worden ervaren rondom de bestedingsruimte van zorgbudgetten. Tegelijkertijd laat het rapport ook zien dat er binnen de huidige kaders al diverse organisaties zijn die cultuursensitief (of -specifiek) werken en dit ook succesvol organiseren. Dit wijst erop dat bestaande wet- en regelgeving in de kern ruimte biedt. Door het versterken van kennisdeling en leren van goede voorbeelden kan beter worden benut wat binnen de huidige kaders al mogelijk is. Hiervoor is onder andere kennis beschikbaar via de bestaande kennisinfrastructuur.

In het rapport komt naar voren dat instellingen verschillen in de mate waarin zij tegemoetkomen aan wensen en behoeften van bewoners en dat

hierbij ook financiële overwegingen een rol spelen. Binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) is sprake van een integraal tarief, dat zorgaanbieders ruimte biedt om zelf keuzes te maken in de inzet van middelen en de inrichting van het zorgaanbod. In de praktijk zijn er diverse goede voorbeelden van zorgorganisaties die deze ruimte benutten om cultuursensitief of -specifiek te werken.

Het rapport wijst verder ook op uitdagingen die organisaties ervaren door wet- en regelgeving met betrekking tot de erkenning van diploma's van medewerkers die hun opleiding buiten Nederland hebben afgerond. In Nederland zijn er nu al diverse mogelijkheden voor buitenslands gediplomeerden[4] om aan de slag te gaan in de sector zorg en welzijn. Het is belangrijk om te benadrukken dat voor veel beroepen geen registratie nodig is in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Buitenslands gediplomeerden kunnen juist in veel zorgberoepen werken zonder dat er wettelijke bepalingen rondom patiëntveiligheid en kwaliteit vanuit de Wet BIG van toepassing zijn. Bij buitenslands gediplomeerden die in een niet-gereglementeerd beroep willen werken, moeten werkgevers ervoor zorgen dat zij bekwaam zijn en voldoende kunnen communiceren met collega's en patiënten.

Als buitenslands gediplomeerden in een beroep willen werken dat is gereglementeerd in de Wet BIG, zoals arts of verpleegkundigen, moeten zij eerst de erkennings- en toelatingsprocedure van het CIBG succesvol doorlopen voordat zij zelfstandig aan de slag kunnen. Zoals eerder is toegelicht in de brieven aan uw Kamer van 21 juni 2021[5], 25 februari 2022[6], 6 juli 2023[7], 12 december 2023[8] en 1 maart 2024[9] is deze erkennings- en toelatingsprocedure voor zorgmedewerkers met een diploma van buiten de Europese Economische Ruimte (EER) de afgelopen jaren versneld en gestroomlijnd, met behoud van kwaliteit en patiëntveiligheid. Zo biedt het CIBG nu meer persoonlijke begeleiding en maatwerk door een consulent en worden taalcertificaten geaccepteerd waardoor aanvragers sneller doorstromen.

Zoals ook is gemeld in de brief aan de Kamer van 25 november 2025[10] is het stroomlijnen van de erkenning van buitenlandse diploma's een continu proces en dit heeft alle aandacht. Een wijziging van de wet- en regelgeving inzake de erkenning van niet-Europese diploma's acht het kabinet niet opportuun uit het oogpunt van patïentveiligheid en kwaliteit van de individuele beroepsbeoefenaar. Patiënten en hun naasten moeten er op kunnen vertrouwen dat iedere zorgverlener die aan het bed staat voldoet aan alle wettelijke taal- en kwaliteitseisen in Nederland, ongeacht de herkomst van het diploma. Ook wil het kabinet benadrukken dat buitenslands gediplomeerden – al dan niet in afwachting van de erkenningsprocedure – in opdracht kunnen werken van een zelfstandig bevoegde BIG-geregistreerde zorgmedewerker. Het is dan aan de opdrachtgever om te zorgen dat deze zorgmedewerkers bekwaam zijn in de werkzaamheden die ze uitvoeren. Hiermee wordt enerzijds de kwaliteit bewaak en creëren wij anderzijds ruimte voor werkgevers om – in

[4] Buitenlands gediplomeerden zijn zorgmedewerkers die in het buitenland zijn opgeleid en aldaar een (niet-Nederlands) diploma hebben verkregen. Dit kunnen zorgmedewerkers met een diploma van buiten de Europese Economische Ruimte (derdelanders) of zorgmedewerkers met een Europees diploma zijn.
[5] Kamerstuk II 2020–2021, 29 282, nr. 441.
[6] Kamerstuk II 2021–2022, 29 282, nr. 455.
[7] Kamerstuk II 2022–2023, 29 282, nr. 533.
[8] Kamerstuk II 2023/2024, 29 282, nr. 551.
[9] Kamerstuk II 2023/2024, 29 282, nr. 560.
[10] Kamerstuk II 2025/2026, 29 282, nr. 615.

afwachting van de erkenningsprocedure – buitenslands gediplomeerde in te zetten.

Zorgbudgetten moeten worden besteed aan de zorg zoals deze in de aanspraken is opgenomen. Daarbinnen mogen zorgverzekeraars afspraken maken met zorgaanbieders in de zorginkoop. Daarbij zijn ze wel gehouden aan regelgeving, met name aan de prestatiebeschrijvingen die de NZa afgeeft. De vraag of er ruimte is om cultuursensitief werken beter te faciliteren zit voor een deel in de ruimte die prestaties bieden en voor een deel in afspraken die zorgverzekeraars maken. De zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn zich bewust van het belang om in te spelen op kenmerken van (groepen van) verzekerden, en dat belangrijke routes daarbij goede zorginkoop en heldere communicatie zijn.

Tot slot merken de leden van de D66-fractie op dat het onderzoek geen harde conclusies trekt over verminderd verzuim of personeelstekorten, maar wel positieve signalen afgeeft over werkplezier en betrokkenheid. Deze leden vragen hoe de Minister voornemens is deze veelbelovende inzichten verder te onderzoeken en te vertalen naar breder toepasbaar beleid, zodat ook andere zorgorganisaties hiervan kunnen profiteren.

Momenteel wordt ingezet op het beter ontsluiten en toepassen van bestaande kennis in de praktijk. Zo worden de inzichten uit het onderzoek onder andere betrokken bij het project Inclusiviteit in de langdurige zorg, een initiatief van het Nationaal Netwerk Inclusieve Zorg (NNIZ) waarvoor VWS een subsidie beschikbaar heeft gesteld. Binnen dit project werken onderzoekers, ervaringsdeskundigen, vertegenwoordigers van zelforganisaties, medewerkers en praktijkpartners samen in multidisciplinaire teams aan het vertalen van onderzoekskennis naar acties in de praktijk. Daarbij wordt ook gebruik gemaakt van andere bestaande instrumenten en handreikingen, zoals die van Pharos, om organisaties te ondersteunen bij inclusief werken. De inzet is erop gericht om deze kennis via bestaande netwerken en kanalen breder beschikbaar te stellen, zodat andere organisaties hiervan kunnen leren en dit kunnen vertalen naar hun eigen praktijk. Dit gebeurt binnen de huidige middelen en kaders.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de rapporten «Discriminatie in de zorg, welzijn en sport», «Is allemaal mooi, op papier», en «Professionaliteit te allen tijde», en de toegezonden kabinetsreactie. Genoemde leden hebben geen verdere vragen of opmerkingen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de kabinetsreactie op de onderzoeksrapporten «Discriminatie in de zorg, welzijn en sport», «Is allemaal mooi, op papier» en «Professionaliteit te allen tijde». Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat de ambtsvoorganger van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de aanbiedingsbrief aangeeft dat de opvolging naar aanleiding van de kabinetsreactie op de rapporten aan een volgend kabinet wordt gelaten. Inmiddels is er een nieuw kabinet geïnstalleerd. Welke concrete vervolgacties zou het kabinet willen nemen naar aanleiding van de conclusies en aanbevelingen uit de drie onderzoeksrapporten? Kan de Minister per rapport op ieder van de

aanbevelingen kunnen aangeven of zij de aanbeveling (volledig of deels) overneemt en welke concrete vervolgacties daaruit voortvloeien?

In de kabinetsreactie (bijlage 1 bij de aanbiedingsbrief[11]) heeft het vorige kabinet reeds uiteengezet hoe om wordt gegaan met de aanbevelingen uit de drie rapporten. Het huidige kabinet onderschrijft de eerder gegeven reactie en zal opvolging geven aan de in de kabinetsreactie aangekondigde acties.

Genoemde leden maken zich ernstige zorgen over discriminatie en de gevolgen ervan voor bijvoorbeeld zorgmijdend gedrag. Deelt de Minister deze zorgen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke concrete maatregelen gaat de Minister nemen om tegen te gaan dat mensen zorg gaan mijden wegens (angst voor) ervaringen met discriminatie?

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. Mensen moeten erop kunnen vertrouwen dat het voor het ontvangen of verlenen van zorg niet uitmaakt wie je bent, waar je vandaan komt, of hoe je eruitziet. Om gelijkwaardigere toegang tot zorg en ondersteuning van goede kwaliteit te bereiken dienen zorg- en welzijnsmedewerkers oog te hebben voor de individuele mens achter de patiënt of cliënt. Zorgmijding is in elk geval een ongewenst verschijnsel.

De afgelopen jaren zijn vanuit het Ministerie van VWS verschillende acties ondernomen, ook om het thema bespreekbaar te maken en te agenderen. Zo zijn er bijvoorbeeld vier focusgroepen met 56 deelnemers georganiseerd met de sectoren huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, begeleid wonen en sport. In deze sessies zijn de bevindingen van het Verian-onderzoek – waarin zorgmijding werd benoemd – verbonden aan de dagelijkse praktijk en zijn door de sectoren zelf concrete actiepunten geformuleerd. De focusgroepen vormden daarmee een praktische basis voor verdere beleidsontwikkeling voor het Ministerie van VWS en veldpartijen.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zouden tevens graag aandacht willen vragen voor de gang van zaken, de wettelijke kaders en de financiële regelingen omtrent vruchtbaarheidsbehandelingen voor niet-heteroseksuele stellen. Zij constateren dat vruchtbaarheidsbehandelingen normaliter vergoed worden via de basisverzekering bij een medische indicatie. Wegens het ontbreken van een medische indicatie, komen echter alleenstaande vrouwen of vrouwen met een vrouwelijke partner niet in aanmerking hiervoor. Middels de subsidieregeling KID (Kunstmatige Inseminatie met Donorsemen) bestaat echter wel de mogelijkheid voor alleenstaande vrouwen of vrouwen met een vrouwelijke partner om aanspraak te maken op een vergoeding van vruchtbaarheidsbehandelingen, zoals IVF. Zou nader toegelicht kunnen worden welke mogelijkheden, in het bijzonder voor vergoeding, voor vruchtbaarheidsbehandelingen er bestaan voor bijvoorbeeld alleenstaande mannen of mannen met een mannelijke partner? Zou nader gereflecteerd kunnen worden op het onderscheid welke gemaakt wordt in de vergoedingen voor heteroseksuele stellen en niet-heteroseksuele stellen? Zou tevens nader gereflecteerd kunnen worden op de mate waarin niet-heteroseksuele stellen zich bewust zijn van deze mogelijkheden en de toegankelijkheid van de bestaande mogelijkheden?

Het klopt dat, in tegenstelling tot de situatie voor vrouwen zonder mannelijke partner, er voor mannen zonder vrouwelijke partner geen

[11] Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 70

mogelijkheden bestaan voor vergoeding van vruchtbaarheidsbehandelingen. De situatie voor een vrouw zonder mannelijke partner is vergelijkbaar met de situatie van een vrouw waarvan de man onvruchtbaar is (waarvoor de benodigde behandeling uit de zorgverzekering vergoed wordt). Om de zwangerschap tot stand te brengen bij een vrouw met een kinderwens, is kunstmatige inseminatie met donorzaad aangewezen; de kosten van de intra uteriene inseminatie (IUI) en het bijbehorende oriënterend fertiliteitsonderzoek (OFO) worden daarom vergoed op basis van de KID subsidieregeling[12]. De situatie voor mannen zonder vrouwelijke partner is echter niet vergelijkbaar met de situatie voor vrouwen zonder mannelijke partner. Voor mannen zijn er de volgende mogelijkheden. Er zou gekozen kunnen worden voor gedeeld ouderschap met een lesbisch koppel, of met een alleenstaande vrouw. In deze situatie kan, omdat er een bekende donor is en er dus geen gebruik hoeft te worden gemaakt van schaars donorzaad, de behandeling in eerste instantie plaatsvinden door zelfinseminatie.

Als gedeeld ouderschap met mensen uit de eigen omgeving niet wenselijk of niet mogelijk is, zijn mannen aangewezen op een draagmoeder. Dit is ingrijpender dan een KID-behandeling bij een vrouw met eigen kinderwens. In het geval van draagmoederschap moet een vrouw die zelf geen eigen kinderwens (meer) heeft, een zwangerschap uitdragen en het kind afstaan. Bovendien geldt dat draagmoederschap op dit moment in Nederland niet in de wet geregeld is.

Tot slot bestaat in de praktijk vaak de wens om gebruik te maken van IVF-draagmoederschap. De eicel is dan niet afkomstig van de draagmoeder, zodat deze niet genetisch verwant is aan het kind; daarbij kan als eiceldonor gekozen worden voor iemand met verwantschap aan een van de wensouders. Dit zijn echter bijkomende wensen, die niet noodzakelijk zijn voor de kinderwens op zich.
Er kan immers ook gekozen worden voor laagtechnologisch draagmoederschap, dus door middel van inseminatie. Omdat er sprake is van een bekende donor, en er daarom geen gebruik hoeft te worden gemaakt van schaars donorsemen, kan ook in deze situatie de behandeling plaatsvinden door zelfinseminatie (en hoeft de behandeling niet in de kliniek plaats te vinden).

Bij het vergoeden van vruchtbaarheidsbehandelingen wordt geen onderscheid gemaakt op basis van seksuele gerichtheid. Wel worden op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) alleen vruchtbaarheidsbehandelingen vergoed wanneer er bij de verzekerde sprake is van een medische indicatie, dus als sprake is van een aanwijsbare of niet-aanwijsbare medische reden voor het uitblijven van de zwangerschap. Een vruchtbaarheidsbehandeling komt niet in aanmerking voor vergoeding uit het basispakket als er geen sprake is van medische indicatie, maar van andere (biologische of sociale) factoren. Vruchtbaarheidsbehandelingen voor vrouwen zonder mannelijke partner of mannen zonder vrouwelijke partner worden dus niet vergoed vanuit de basisverzekering, omdat er geen sprake is van een medische indicatie voor het uitblijven van de zwangerschap.

[12] In tegenstelling tot wat er in de vraag gesteld wordt, wordt via de subsidieregeling KID geen IVF-behandeling vergoed. Vanuit de Subsidieregeling KID worden enkel behandelingen van kunstmatige inseminatie met donorzaad vergoed. Als bij vrouwen zonder mannelijke partner om medische redenen een IVF-behandeling noodzakelijk is, bijvoorbeeld omdat er meerdere inseminatiepogingen zijn gedaan die niet tot zwangerschap hebben geleid, wordt de behandeling uit de basisverzekering vergoed.

Het kabinet is zich ervan bewust dat een onvervulde kinderwens veel leed kan veroorzaken, of deze nu een medische oorzaak kent, of de oorzaak ligt in het ontbreken van een partner van de andere sekse. Hoewel in een aantal gevallen ervoor gekozen is om de medische behandeling ten behoeve van een onvervulde kinderwens te vergoeden, wordt het in andere gevallen (zoals toegelicht hierboven) niet als proportioneel gezien om de in de gegeven situatie gewenste zorg collectief te financieren.

Belangenorganisaties zoals Freya, de vereniging voor mensen met vruchtbaarheidsproblemen, spelen een belangrijke rol bij het delen van informatie over rechten, subsidieregelingen en praktische stappen rondom vruchtbaarheidsbehandelingen. Zij bieden voorlichting, geven advies over toegang tot behandelingen en subsidies, en helpen bij vraagstukken over bijvoorbeeld donorconceptie of draagmoederschap.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie constateren dat reeds is aangekondigd dat de VWS-brede aanpak discriminatie en gelijke kansen in zorg, welzijn en sport, afgebouwd zal worden. Meerdere partijen, waaronder Pharos en de Nationaal Coördinator tegen Discriminatie en Racisme hebben hierover hun zorgen geuit, waarbij zij aangeven dat de aanpak pas net op gang begon te komen en dat het nog onrijp is voor structurele inbedding. Dit komt mede doordat zij nog niet toe zijn gekomen aan de implementatie van oplossingen voor de bestaande gaten in de aanpak van discriminatie binnen de zorg. Hoe reflecteert de Minister op het feit dat de VWS-brede aanpak desondanks wordt stopgezet? Herkent de Minister de zorgen en wat is haar reactie hierop? Is de Minister eventueel bereid het programma in ieder geval te verlengen totdat het wel rijp is voor structurele inbedding en hierover in gesprek treden met stakeholders? Zo nee, waarom niet? Zo nee, hoe zorgt de Minister ervoor dat discriminatie in de zorg geagendeerd blijft en de aanbevelingen uit de rapporten opgevolgd worden?

Tijdens de looptijd van het programma is veel bereikt. Zo is het duidelijker geworden waar er nog werk aan de winkel is én is er een flinke start gemaakt op het gebied van bewustwording en maatregelen. Voor een volledig overzicht verwijs ik u naar de twee voortgangsrapportages van de VWS-brede aanpak discriminatie en gelijke kansen in zorg, welzijn en sport.[13] Nu de vooraf vastgestelde looptijd van het programma is verstreken, zal het Ministerie van VWS zich blijven inzetten voor inclusieve zorg. Thema's zullen per beleidsdirectie binnen het Ministerie van VWS worden opgepakt. Het is dus niet zo dat de inspanningen op dit thema worden stopgezet. 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 een rol voor het veld wat betreft de opgave van passende, inclusieve zorg. Dankzij het programma zijn hiervoor de juiste verbindingen gelegd, en kunnen we hier nu gezamenlijk verder aan werken.

Het kabinet concludeert hiermee dat de toezegging, gedaan tijdens de begrotingsbehandeling van VWS waarin het kabinet aangaf zich te verdiepen in en terug te komen op de VWS-brede aanpak discriminatie en gelijke kansen, is afgedaan.[14]

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen daarnaast dat er recent in opdracht van het College voor de Rechten van de Mens onderzoek is

[13] Kamerstukken II, 36 410 XVI, nr. 19 en Kamerstuk 36 600 XVI, nr. 182.
[14] Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2026 (Kamerstuk 36 800 XVI)

verricht naar antidiscriminatiebeleid bij huisartsenpraktijken. Zij lezen dat hieruit is gebleken dat slechts 5% van de huisartsenpraktijken een antidiscriminatiebeleid heeft, terwijl een meerderheid vindt dat organisaties meer moeten doen om discriminatie en ongewenst gedrag tegen te gaan. Deelt de Minister de mening dat dit zeer verontrustend is? Hoe gaat de Minister de branche ondersteunen in het ontwikkelen van handreikingen om discriminatie aan te pakken?

Het kabinet vindt het belangrijk dat zorg voor iedereen toegankelijk is, zonder dat er op oneigenlijke gronden onderscheid wordt gemaakt. Ook onderschrijft het kabinet het belang van een veilige en inclusieve werkomgeving voor werknemers in de zorg. Daarom vindt het kabinet het belangrijk dat de huisartsensector een antidiscriminatiebeleid heeft en daar ook naar handelt.
Het is primair aan de huisartsensector zelf om beleid te ontwikkelen om discriminatie tegen te gaan. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft laten weten dat zij de aanbevelingen uit het rapport ter harte neemt en beziet hoe hier gevolg aan kan worden gegeven, passend bij de schaal en werkwijze van de huisartsenpraktijk. De LHV geeft aan dat weinig praktijken expliciet antidiscriminatiebeleid hebben, vanwege het kleinschalige karakter van de huisartsenpraktijk en dat dit eerder plaats krijgt in het algemene beleid van de praktijk of in de huisregels.

Vanuit het Sociaal Fonds Huisartsenzorg zijn reeds diverse tools ontwikkeld om huisartsen te helpen hun praktijk een veilige plek te laten zijn, voor patiënten en medewerkers. Daarnaast is er informatie beschikbaar over onder meer fysieke toegankelijkheid van de praktijk, laaggeletterdheid en cultuurverandering en zijn er in de cao-afspraken gemaakt over veilig werken. De LHV bundelt deze informatie op een aparte webpagina zodat huisartsen deze goed kunnen vinden en er direct mee aan de slag kunnen. De LHV onderzoekt daarnaast of bepaalde informatie of ondersteuning ontbreekt, zodat deze waar nodig kan worden ontwikkeld.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de Minister op de rapporten «Discriminatie in de zorg, welzijn en sport», «Is allemaal mooi, op papier» en «Professionaliteit te allen tijde». Deze leden hebben hierover nog enkele vragen.

De leden van de PVV-fractie vinden dat iedereen in Nederland moet kunnen rekenen op goede en veilige zorg. Discriminatie en grensoverschrijdend gedrag horen niet thuis in de zorg. Tegelijk menen deze leden dat het debat hierover met gevoel voor verhoudingen gevoerd moet blijven worden. Nederland behoort tot de meest vrije en tolerante landen ter wereld en die verworvenheid mag niet worden weggezet alsof ons land in de kern onveilig of structureel vijandig zou zijn.

De leden van de PVV-fractie vinden daarom dat het kabinet moet waken voor een benadering waarin niet elk ongemak, misverstand of stroef verlopen interactie direct in het zwaarste morele vakje wordt geplaatst. Hoe voorkomt de Minister dat onder het etiket van bewustwording, inclusie en cultuursensitiviteit een ideologische laag over de zorg en het welzijnswerk wordt gelegd?

Vrijheid van levensovertuiging, jezelf kunnen zijn en niet beoordeeld worden op afkomst vormen de kern van wie wij zijn. Racisme en discriminatie hebben in onze samenleving geen plek. Dit geldt ook voor de zorg- en welzijnssector. Het met de Kamer gedeelde onderzoek

«Discriminatie in de zorg, welzijn en sport», uitgevoerd door Verian, biedt inzicht in de wijze, omvang, aanleiding en impact van discriminatie in zorg, welzijn en sport. Het onderzoek laat zien dat zorgverleners in de praktijk regelmatig te maken krijgen met discriminatie, onder andere vanuit patiënten en cliënten (maar in vergelijking nog vaker door de organisatie, regels, leidinggevenden en collegae). Door onder meer het doen van onderzoek wordt het onderwerp vanuit de inhoud benaderd.

De leden van de PVV-fractie vragen de Minister voorts of zij erkent dat het tegengaan van discriminatie iets anders is dan het creëren van een cultuur waarin alles als problematisch wordt gezien. Deelt de Minister de opvatting dat zorgprofessionals vakbekwaam, duidelijk en weerbaar moeten kunnen handelen, zonder voortdurend bang te hoeven zijn dat een direct gesprek of praktische afweging later als ongepast wordt bestempeld?

Het kabinet erkent het belang van een professionele werkomgeving waarin zorgverleners hun werk vakbekwaam en zorgvuldig kunnen uitvoeren. Zij moeten ruimte hebben om in contact met collega's en patiënten duidelijke afwegingen te maken en het gesprek aan te gaan, zonder angst voor onterechte consequenties. Een sociaal veilige werkomgeving zorgt ervoor dat zorgprofessionals zich durven uit te spreken, elkaar aan durven te spreken en respectvol met elkaar omgaan. Uit onderzoek blijkt ook dat een sociaal veilige werkomgeving de kwaliteit van zorg verbetert.[15] De inzet op sociale veiligheid is nadrukkelijk niet bedoeld om een cultuur te creëren waarin professionals voortdurend hun woorden moeten wegen of terughoudend worden in hun handelen.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe de Minister onderscheid maakt tussen daadwerkelijke discriminatie enerzijds en verschillen in beleving, communicatiestijl of interpretatie anderzijds. Hoe wordt voorkomen dat subjectieve beleving automatisch de status van objectieve vaststelling krijgt in beleid, meldstructuren en trainingen?

Het kabinet onderschrijft het belang van diversiteitsensitieve zorg, waarbij voor discriminatie geen ruimte is. In publicaties van Pharos over dit thema staat herhaaldelijk dat een open en nieuwsgierige houding ten opzichte van je eigen achtergrond en die van je patiënt en cliënt belangrijk is. Het is aan zorg- en welzijnsinstellingen om hier uitvoering aan te geven in beleid, meldstructuren en trainingen.

De leden van de PVV-fractie vragen daarnaast hoe wordt voorkomen dat een sterke focus op discriminatie en microagressies leidt tot wantrouwen tussen collega's, tussen zorgverlener en patiënt en binnen instellingen. Hoe wordt geborgd dat zorgprofessionals hun tijd kunnen blijven besteden aan zorg, in plaats van aan het voortdurend wegen van woorden?

De inzet op sociale veiligheid is nadrukkelijk niet bedoeld om een cultuur te creëren waarin professionals voortdurend hun woorden moeten wegen of terughoudend worden in hun handelen. De interventies en instrumenten – zoals het handvat van Movisie[16] – zijn praktisch en sluiten aan bij de realiteit van zorgprofessionals en leiden niet tot extra regeldruk. Het uitgangspunt is dat de beschikbare tijd zoveel mogelijk besteed wordt aan het leveren van goede zorg. Het kabinet ziet het versterken van sociale veiligheid als ondersteunend en niet als belemmerend omdat het juist

[15] TER WEEL, B. A. S., DOEVE, T., KNOL, J., & Luiten, W. J. (2024). Voorkomen is beter dan genezen. SEO Economisch Onderzoek

[16] Gereedschapskist: Discriminatie aanpakken op de werkvloer in zorg en welzijn | Movisie

leidt tot een veiligere en respectvollere werk- en zorgomgeving, betere samenwerking, minder uitval en betere kwaliteit van zorg.

De leden van de PVV-fractie lezen dat zorgverleners in de praktijk vooral te maken krijgen met discriminatie door patiënten en dat sommige patiënten hulp weigeren van een zorgverlener van het andere geslacht. Kan de Minister aangeven hoe vaak dit voorkomt, in welke sectoren dit speelt en in hoeverre daarbij ook sprake is van mannelijke patiënten die vrouwelijke artsen of andere vrouwelijke zorgverleners weigeren? Kan de Minister tevens aangeven welke norm hierbij geldt en hoe zorginstellingen hiermee omgaan?

Uit het onderzoek uitgevoerd door Verian blijkt dat ook discriminatie vanwege geslacht voorkomt. Dit wordt in het onderzoek niet gekwantificeerd. Wel geeft Verian aan dat in de kwalitatieve verdieping respondenten hun ervaringen uitgebreider hebben toegelicht. In deze verdiepende interviews en open antwoorden zijn voorbeelden naar voren gekomen van patiënten die zorg of hulp weigeren van een zorgverlener van het andere geslacht. De kwalitatieve verdieping laat tegelijk zien dat discriminatie op grond van geslacht zich breder voordoet dan alleen in de vorm van zorgweigering. Er worden bijvoorbeeld ook situaties beschreven waarin vrouwelijke verpleegkundigen met seksistische opmerkingen worden geconfronteerd, waarin hun professionaliteit ter discussie wordt gesteld, of waarin hun inbreng minder serieus wordt genomen in verhouding tot mannelijke collega's. Het gaat dus om meerdere vormen van gendergerelateerde discriminatie, waarvan weigering van zorgverlening er één is.

Het kabinet vindt het onacceptabel dat zorgverleners te maken krijgen met discriminatoire uitingen van patiënten of hun naasten en erkent dat het een grote impact kan hebben op medewerkers en het werkklimaat. Zorgverleners moeten hun werk veilig en met respect kunnen uitvoeren. Als iemand zich toch discriminerend uitlaat kunnen zorginstellingen maatregelen nemen. Zo kunnen zij gedragsregels opstellen en kenbaar maken, het gesprek aangaan met patiënten of naasten, waarschuwingen geven of hardere maatregelen treffen zoals het overdragen of beëindigen van de zorgrelatie. Dit laatste moet altijd gebeuren binnen de kaders van de zorgplicht en geldende wet- en regelgeving.

Het kabinet vindt het van belang dat instellingen duidelijk zijn over wat wel en niet acceptabel is, en dat medewerkers worden gesteund wanneer zij met dit soort situaties te maken krijgen. Tegelijk moet noodzakelijke zorg altijd doorgaan. Daarom moet per situatie goed worden gekeken wat passend is.

De leden van de PVV-fractie delen de opvatting dat zorgverleners niet geweigerd mogen worden omdat zij man of vrouw zijn. De professionele standaard moet leidend zijn. Culturele of religieuze voorkeuren van patiënten of familie mogen hierin nooit leidend zijn. Deelt de Minister deze opvatting?

In het coalitieakkoord staat dat passende zorg ook inclusieve zorg is. Dat betekent dat situaties altijd om maatwerk vragen. Zo heeft de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) een standaard opgesteld met betrekking tot vrije artsenkeuze voor de curatieve sector. Daarin wordt gesteld dat een instelling alleen aan het verzoek voor een zorgverlener met een bepaalde sekse moet voldoen als de patiënt dit tijdig (bij het maken van een afspraak) aangeeft. In spoedsituaties zijn de keuzemogelijkheden van de patiënt veel beperkter, of niet aanwezig (bron: Standpunt KNMG over vrije artsenkeuze, Utrecht,

7 februari 2008). Vanuit het Ministerie van VWS zijn de afgelopen jaren op meerdere manieren gesprekken gefaciliteerd en bijeenkomsten georganiseerd om verder handvatten te bieden voor passende en inclusieve zorg.

De leden van de PVV-fractie vragen voorts welke mogelijkheden zorginstellingen hebben om op te treden tegen patiënten of naasten die zich discriminerend uitlaten tegenover zorgverleners. Welke maatregelen en sancties kunnen worden ingezet, en vindt de Minister dat instellingen hierin duidelijker grenzen moeten stellen?

Het kabinet vindt het onacceptabel dat zorgverleners te maken krijgen met discriminatoire uitingen van patiënten of hun naasten en erkent dat het een grote impact kan hebben op medewerkers en het werkklimaat. Zorgverleners moeten hun werk veilig en met respect kunnen uitvoeren. Als iemand zich toch discriminerend uitlaat kunnen zorginstellingen maatregelen nemen. Zo kunnen zij gedragsregels opstellen en kenbaar maken, het gesprek aangaan met patiënten of naasten, waarschuwingen geven of hardere maatregelen treffen zoals het overdragen of beëindigen van de zorgrelatie. Dit laatste moet altijd gebeuren binnen de kaders van de zorgplicht en geldende wet- en regelgeving.

De leden van de PVV-fractie lezen verder dat veel zorgorganisaties al beschikken over gedragscodes en meldstructuren, maar dat het in de praktijk schort aan implementatie en handhaving. Waarom kiest het kabinet dan opnieuw vooral voor handvatten en kennisdeling, in plaats van het versterken van handhaving en het stellen van duidelijke normen?

Het kabinet herkent dat veel zorgorganisaties al gedragscodes en meldstructuren hebben, maar dat de toepassing in de praktijk beter kan. Tegelijkertijd ziet het kabinet dat het vraagstuk van discriminatie in de zorg niet uitsluitend kan worden opgelost met verscherpte handhaving. In veel gevallen zijn de formele kaders aanwezig, maar vraagt effectieve toepassing om verandering in cultuur, leiderschap en handelingsbekwaamheid van professionals en organisaties. Juist daar ligt in de praktijk vaak de grootste opgave. Om die reden zet het kabinet in op het versterken van de implementatie, onder meer via kennisdeling en praktische handvatten. Dit richt zich juist op het versterken van normstelling binnen de eigen organisaties en toepassing in het dagelijks handelen.

De leden van de PVV-fractie constateren dat in de kabinetsreactie vooral wordt verwezen naar bestaande trajecten en vervolgprocessen, terwijl concrete maatregelen beperkt blijven. Kan de Minister aangeven welke concrete stappen inmiddels zijn gezet, welke maatregelen nog volgen en op welke termijn de Kamer hierover wordt geïnformeerd?

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 verwijs ik u naar de twee voortgangsrapportages van de VWS-brede aanpak discriminatie en gelijke kansen in zorg, welzijn en sport.[17] In de kabinetsreactie (bijlage 1 bij de aanbiedingsbrief bij de drie rapporten[18]) heeft het vorige kabinet uiteengezet hoe om wordt gegaan met de aanbevelingen uit de drie rapporten. Het huidige kabinet onderschrijft de eerder gegeven reactie en

[17] Kamerstukken II, 36 410 XVI-19 en 36 600 XVI, nr. 182.
[18] Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 70

zal opvolging geven aan de in de kabinetsreactie aangekondigde acties. Daarnaast heeft de NCDR recentelijk een advies uitgebracht wat betreft discriminatie in de zorg. Het kabinet zal een reactie hierop na de zomer aan de Kamer sturen.

Tot slot vragen de leden van de PVV-fractie of de Minister bereid is de Kamer concreet te informeren over de aard en omvang van discriminatie van zorgverleners, de opvolging van meldingen en de effectiviteit van de ingezette maatregelen.

Het kabinet erkent het belang van goed inzicht in discriminatie op de werkvloer in de zorg. De aard en omvang van discriminatie van zorgverleners is te vinden in de drie onderzoeken.

Ten aanzien van de opvolging van meldingen geldt dat dit primair de verantwoordelijkheid is van zorgorganisaties als werkgever. Zij zijn verantwoordelijk voor het creëren van een veilige werkomgeving, het inrichten van passende meldstructuren en het zorgvuldig opvolgen van signalen en meldingen van medewerkers. Het kabinet ziet tegelijkertijd dat dit in de praktijk nog niet altijd voldoende gebeurt. Daarom wordt ingezet op het ondersteunen van werkgevers bij het versterken van hun aanpak, onder andere via kennisdeling en praktische instrumenten, zoals de door Movisie ontwikkelde toolkit gericht op het herkennen van en handelen bij discriminatie op de werkvloer.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de reactie van de Minister op de rapporten «Discriminatie in de zorg, welzijn en sport», «Is allemaal mooi, op papier», en «Professionaliteit te allen tijde». Genoemde leden hebben op dit moment geen verdere vragen of opmerkingen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de brief inzake Reactie op verzoek commissie over de rapporten «Discriminatie in de zorg, welzijn en sport», «Is allemaal mooi, op papier», en «Professionaliteit te allen tijde». Genoemde leden hebben geen vragen aan de Minister.

Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower

De leden van de Groep Markuszower hebben kennisgenomen van de voorliggende stukken en wachten de reactie van de Minister met belangstelling af.