

Vergaderjaar 2025–2026

21 501-31

**Raad voor de Werkgelegenheid, Sociaal Beleid,
Volksgezondheid en Consumentenzaken**

Nr. 808

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 26 november 2025

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de brief van 11 november 2025 inzake de Geannoteerde agenda formele EU Gezondheidsraad d.d. 2 december 2025 (Kamerstuk 21 501-31, nr. 804), de brief van 10 september 2025 inzake het Verslag van een schriftelijk overleg over o.a. de EU-Gezondheidsraad van 20 juni 2025 (Kamerstuk 21 501-31, nr. 798), de brief van 12 september 2025 inzake Fiche: EU-strategie borgen beschikbaarheid medische tegenmaatregelen ter versterking crisisparaatheid en gezondheidsbeveiliging (Kamerstuk 22 112, nr. 4161), de brief van 29 augustus 2025 inzake Fiche: Omnibus VI – vereenvoudiging eisen en procedures chemische producten (Kamerstuk 22 112, nr. 4115), de brief van 11 november 2025 inzake Onderhandelingen Verordening Kritieke Geneesmiddelen (Critical Medicines Act) (Kamerstuk 36 365, nr. 7) en de brief van 13 november 2025 inzake Verslag informele EU Gezondheidsraad 16 september 2025 (Kamerstuk 21 501-31 nr. 805).

De vragen en opmerkingen zijn op 17 november 2025 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 26 november 2025 zijn de vragen beantwoord.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Voorzitter

Adjunct-griffier van de commissie,
Meijerink

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de Forum voor Democratie-fractie	6
	Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie	7
II.	Reactie van de Minister	7

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de geannoteerde agenda voor de formele EU-Gezondheidsraad en hebben hierover enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de D66-fractie vragen hoe de Nederlandse vertegenwoordiging zich ervoor inzet dat strategische onafhankelijkheid in de Europese medicijnproductie voldoende prioriteit krijgt binnen de herziening van de Europese geneesmiddelenwetgeving, en op welke wijze wordt geborgd dat deze inzet goed aansluit op het voorstel voor de Verordening Kritieke Geneesmiddelen (CMA).

Zij verzoeken het kabinet toe te lichten hoe deze samenhang concreet wordt geborgd via de Nederlandse inzet in de Raad.

Met betrekking tot het pandemieverdrag en het PABS-systeem vragen de leden van de D66-fractie hoe de ambities rondom internationale paraatheid zich verhouden tot het reduceren van nationale middelen voor pandemische paraatheid. Daarbij vragen deze leden ook of het kabinet, in het licht van de internationale onderhandelingen, voornemens is om de Nederlandse laboratorium- en surveillance-capaciteit verder te versterken. Ten aanzien van de terugkoppeling van de 11e sessie van de WHO Framework Convention on Tobacco Control, vragen de leden van de D66-fractie of het kabinet kan aangeven of Nederland op dit moment voldoende aan de ambities die het in EU-verband uitdraagt, met het oog op de inzet richting een rookvrije generatie en de discussies over maatregelen binnen COP11.

Daarnaast vragen deze leden, in het kader van het door Nederland in te brengen standpunt over een EU-strategie voor klimaat en gezondheid, met welk mandaat de Nederlandse vertegenwoordiging deze discussie in de Raad voert. Zij verzoeken het kabinet ook te verduidelijken of Nederland daarbij expliciet inzet op een verdere verhoging van de Europese ambitie op het terrein van klimaat en gezondheid.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben in aanloop naar de Formele EU-Gezondheidsraad d.d. 2 december 2025, nog enkele vragen en opmerkingen. De leden benaderen de strategie vanuit het belang van nationale soevereiniteit, budgettaire autonomie en nationale regie over gezondheidscrisis.

Allereerst hebben deze leden vragen en opmerkingen aangaande het Fiche: «EU-strategie borgen beschikbaarheid medische tegenmaatregelen ter versterking crisisparaatheid en gezondheidsbeveiligingen».

De strategie bevat vergaande EU-initiatieven zoals een EU-breed gezondheidsinlichtingen-platform, een EU-lijst van medische tegenmaatregelen, gezamenlijke aanbestedingen, noodvoorraden onder EU-regie en uitbreiding van civiel-militaire samenwerking. Hoe waarborgt het kabinet dat gezondheidszorg en crisisrespons primair nationale bevoegdheden blijven en dat deze strategie niet leidt tot sluipende bevoegdheidsuitbreiding naar de EU? Kan het kabinet toelichten welke onderdelen van de strategie mogelijk wél in de richting van gedeelde of exclusieve EU-bevoegdheid bewegen? Hoe gaat de civiel-militaire samenwerking er voor Nederland exact uitzien? Welke verplichtingen betreft dit voor Nederland? Graag een uitgebreide toelichting hierop, aangaande materieel, infrastructuur en personeel.

Het fiche erkent dat financiering na 2026 onduidelijk is en dat veel acties afhankelijk zijn van toekomstige MFK-besluiten. Kan het kabinet bevestigen dat deze strategie beleidsmatig al richting geeft, terwijl financiële verplichtingen pas zichtbaar worden in het nieuwe MFK? Is Nederland bereid om geen nieuwe verplichtingen te accepteren totdat financiering, uitvoerbaarheid en impact volledig inzichtelijk zijn?

De strategie breidt gezamenlijke EU-inkoop en crisisaanbestedingen verder uit. Hoe voorkomt het kabinet verlies van nationale flexibiliteit bij urgente medische inkopen, gezien de eerdere ervaringen met trage en bureaucratische EU-processen tijdens COVID-19? Kan het kabinet garanderen dat Nederland ten alle tijde zelfstandig medische middelen kan inkopen, ook wanneer een EU-noodmechanisme is geactiveerd?

Het fiche waarschuwt voor risico's van EU-voorraden voor nationale beschikbaarheid, vooral bij dual-use producten zoals antibiotica, PBM en diagnostiek. Hoe wordt voorkomen dat EU-noodvoorraden leiden tot marktdruk of tekorten in de nationale zorgketens? Is Nederland bereid voor EU-verplichtingen te gaan liggen indien deze nationale voorraden of zorglogistiek schaden?

De strategie omvat een nieuwe EU-IT-structuur voor gezondheidsinlichtingen, toeleveringsketens en vroeg-detectie. Welke data is Nederland verplicht aan te leveren, en heeft Nederland zeggenschap over uitbreiding van dataverzameling? Hoe voorkomt het kabinet dat EU-sturing op «gezondheidsinformatie» of «desinformatiebestrijding» leidt tot inmenging in nationale communicatie en publieke debat?

Ook hebben de leden van de PVV-fractie nog enkele vragen en opmerkingen over het onderhandelingsmandaat voor de Verordening Kritieke Geneesmiddelen. Genoemde leden vragen zich af welke geneesmiddelen volgens de Minister onder de definitie van «geneesmiddelen van gemeenschappelijk belang» vallen? Hoe beoordeelt de Minister de afbakening van deze categorie in het Commissievoorstel en in het onderhandelingsmandaat van de Raad? Hoe beoordeelt de Minister de aanbestedingscriteria van de Europese Commissie zoals leveringszekerheid en geografische spreiding? Is er zicht op hoe dit er in de praktijk gaat uitzien? Graag nadere uitleg. Is het kabinet bereid om de prijs minder zwaar te laten meewegen, zoals voorgesteld door de Commissie? Indien ja, hoe weegt de Minister dit tegen het nationale beleid met sluis-geneesmiddelen? Hoe staat de Minister tegenover het voorstel om deelname aan nooddistributie van kritieke geneesmiddelen vrijwillig te maken? Wat gaat de inzet van

Nederland worden ten aanzien van nood-distributie? Hoe beoordeelt de Minister het voorstel van EP-rapporteur Sokol voor een bindend coördinatiemechanisme voor tekorten?

Kan de Minister genoemde leden inzicht geven wie verantwoordelijk is voor de financiering van nooddistributie van kritieke geneesmiddelen? Wat gaan de financiële gevolgen voor Nederland zijn van bovengenoemde voorstellen?

Ten aanzien van de maatregelen voor tabaksontmoediging, lezen de leden van de PVV-fractie dat de Commissie voorstelt dat 15% van de tabaksaccijns rechtstreeks wordt afgedragen aan de Europese begroting. Dit zou jaarlijks 11 tot 14 miljard euro opleveren. Erkent het kabinet dat dit een stap richting eigenstandige EU-belastingen is? Op welke manier denkt het kabinet dat het Nederlandse parlement nog het budgetrecht kan blijven uitoefenen, wanneer de EU zelfstandig belastinginkomsten kan genereren, terwijl het Europees Parlement geen directe democratische legitimiteit heeft voor dergelijke belastingen? Erkent het kabinet dat dit voorstel feitelijk betekent dat de EU zich een deel van de nationale belastinggrondslag toe-eigent? Hoeveel bedraagt dit voor Nederland? Wat is de Nederlandse inzet bij de onderhandelingen over het WHO-Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging? Hoe verhoudt zich dit tot de Europese inzet? Hoe beoordeelt de Minister de noodzaak tot herziening van de Tabaksproductenrichtlijn en Tabaksreclamerichtlijn?

De Kamer is op 11 november jl. op de hoogte gesteld van de voorlopige punten van de formele EU Gezondheidsraad van 02 december 2025. De leden van de PVV-fractie vinden dit rijkelijk laat gezien de datum van inbreng van dit verslag. Zeker gezien er op het moment van schrijven nog geen achterliggende stukken beschikbaar zijn. Is de Minister bereid om in de Europese raad bespreekbaar te maken de lidstaten eerder en completer te informeren over de agendapunten van de Gezondheidsraden? De leden zien de beantwoording graag voor donderdag 20 november 2025 tegemoet en vragen het kabinet expliciet in te gaan op de gevolgen voor soevereiniteit, democratische controle en nationale crisisbeheersing.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de Geannoteerde Agenda van de Formele EU-Gezondheidsraad d.d. 2 december 2025. Zij hebben daarover nog een enkele vraag.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de prioritering van strategische projecten niet ten koste mag gaan van of op gespannen voet mag komen te staan met de wettelijke taken en bevoegdheden van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Kan de Minister toelichten op welke manier hij dit terechte uitgangspunt wil waarborgen?

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

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de voorliggende stukken over de EU-Gezondheidsraad van 2 december aanstaande. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vinden het een positieve zaak dat het Deense voorzitterschap vaart heeft gezet op de Verordening Kritieke Geneesmiddelen (CMA) en de ambitie heeft om eind 2025 tot een compromis in de Raad te komen. Het is wat de betreffende leden betreft namelijk van groot belang dat Europa voor medicijnen minder afhankelijk

wordt van afzonderlijke leveranciers en derde landen, zeker gezien de oorzaak van de tekorten volgens de Europese Commissie voor de helft te maken hebben met tekorten in Europa aan geschikte werkzame stoffen (API's). Urgentie is dan ook op zijn plaats. Deelt de Minister deze opvatting en verwacht de Minister dat de Deense ambitie nog realistisch is en behaald kan worden?

Wanneer wordt de Critical Medicines Coordination Group (CMCG) opgericht en welke rol zal Nederland daarin innemen?

Daarnaast hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie nog enkele vragen over de bereikte vorderingen op de informele EU-Gezondheidsraad in Kopenhagen van 16 september jl.

De betreffende leden vroegen in aanloop naar de Raad, waar Anti-Microbiële Resistentie (AMR) op de agenda stond, welke lessen de Minister overneemt van Denemarken om verantwoord om te gaan met het gebruik van antimicrobiële middelen? De Minister gaf in de beantwoording aan dat we kunnen leren van de Deense ervaringen met de inzet van nieuwe inkoop samenwerkingen, in hun geval met Noorwegen en IJsland, om samen antibiotica in te kopen. Daardoor kan er wellicht nog gerichter worden voorgeschreven, wat bijdraagt aan het voorkomen van resistentie. Heeft de Minister deze gesprekken met Denemarken gevoerd? Wat waren hier de uitkomsten van en welke stappen kunnen in Nederland gezet worden om best practices van Denemarken over te nemen? En wat doet Nederland concreet om de doelstelling te behalen om het antibioticumgebruik met 3% terug te dringen in 2030 ten opzichte van 2019?

Ook hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie nog enkele vragen over de inzet in Europees verband op het gebied van klimaat en gezondheid. De leden achten het van groot belang dat Nederland zich inzet om hier een breed gedragen strategie op te ontwikkelen, zeker aangezien er momenteel gebrek is aan een EU-strategie op dit vlak. Zoals de Minister zelf aangeeft is een toegewijde en gecoördineerde EU-inzet op klimaat en gezondheid noodzakelijk voor een weerbaar, competitief en invloedrijk Europa, zeker aangezien gezondheid een van de vijf sectoren is die het meeste risico lopen door klimaatverandering. Kan de Minister nader ingaan op de inzet van Nederland op dit onderwerp? Wat is de verwachte steun op het diversiepunt dat Nederland zal inbrengen om steun te genereren onder EU-lidstaten voor een verzoek aan de Commissie om een Europese strategie te ontwikkelen? Hoe kan het dat de oproep van Nederland van november 2023 op dit punt tot op heden nog geen vervolg heeft gekregen? Kan de Minister toezeggen dat hij zich tot het uiterste zal inzetten om dit vervolg wel af te dwingen, gezien de mogelijk grote implicaties als Europa hier geen leiderschap in neemt?

Tot slot lezen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat de Minister op de Gezondheidsraad de terugkoppeling ontvangt van de Commissie van de 11^e sessie van de Conferentie van Partijen (COP) van de FCTC, het WHO-kaderverdrag inzake tabaksontmoediging. Hoe zijn deze onderhandelingen verlopen? Hoe staat het met de herziening van de verschillende Tabaksrichtlijnen, met name in het licht van het verminderen van de toegankelijkheid van nieuwe tabaks- en nicotineproducten, zoals vapes, voor jongeren? Het baart de leden zorgen dat Nederland zich weliswaar inzet om een rookvrije generatie in 2040 te bereiken, maar dat de lidstaten binnen de EU verdeeld zijn over de gezamenlijke inzet. Kan de Minister nader toelichten op welke manier Nederland zich inzet om een meer gezamenlijke inzet te bevorderen en meer overeenstemming te bereiken tussen de lidstaten? Op welke manier wordt daarnaast inzet gepleegd op strengere regels voor vapes, met name de vele smaakjes waardoor jongeren sneller verslaafd raken? Deelt de Minister de opvatting dat een

Europees smaakjesverbod een effectieve maatregel is om het aantal vapes met smaakjes (in Nederland) terug te dringen en zo ja, welke inzet is hij bereid daarop te doen bij andere lidstaten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de Forum voor Democratie-fractie

De leden van de Forum voor Democratie-fractie hebben kennisgenomen van de geannoteerde agenda voor de formele EU-Gezondheidsraad van 2 december 2025 en hebben hier nog enkele vragen over en opmerkingen bij.

De onderhandelingen over het pandemieverdrag zijn afgerond. Is al bekend wanneer dit verdrag in werking zal treden? Het pandemieverdrag zal, lezen deze leden, via een uitdrukkelijke parlementaire goedkeurings-procedure worden voorgelegd aan de Staten-Generaal. Betekent dit

ook dat het pandemieverdrag, voor Nederland, pas in werking zal treden nadat de Staten-Generaal ermee heeft ingestemd? Of zal dit pandemieverdrag, net zoals destijds het EU-associatieverdrag met Oekraïne, na afronding «voorlopig», dus nog voordat de Staten-Generaal het geratificeerd heeft, alvast worden toegepast? Tot slot, hoe staat het met de uitvoering van de brief van het lid Van Houwelingen van 21 juni 2023 (Kamerstuk 23908-(R1519), nr. 163) waarin leden van de Tweede Kamer verzoeken om de op 28 mei 2022 door de WHO aangenomen wijzigingen van de Internationale Gezondheidsregeling voor uitdrukkelijke goedkeuring aan de Kamer voor te leggen? Wanneer zal, naar verwachting, het hiervoor noodzakelijke wetsvoorstel door de regering naar de Kamer worden gestuurd?

In de geannoteerde agenda wordt gesproken over een «EU strategie op klimaat en gezondheid» en een «EU agenda op klimaat en gezondheid». Is het kabinet van mening dat klimaatverandering een bedreiging is voor de volksgezondheid? Zo ja, waarom? Is het kabinet bijvoorbeeld bekend met dit artikel in The Lancet waaruit blijkt dat er in Europese steden bijna tien keer meer inwoners sterven door kou dan door hitte (The Lancet, 2 juli 2024, «Excess mortality attributed to heat and cold: a health impact assessment study in 854 cities in Europe»)? Zou dit niet logischerwijs betekenen dat een mogelijke stijging van de gemiddelde temperatuur een «klimaatsverandering» zou zijn die per saldo gunstig uitpakt voor de volksgezondheid?

Is de Minister ermee bekend dat zijn ambtsvoorganger in een debat heeft erkend dat artsen die van mening zijn dat er geen verband is tussen klimaatverandering en (meer) gezondheidsproblemen en daar, als onderdeel van het publieke debat, uiting aan geven (en die zijn er weten de leden van de Forum voor Democratie-fractie), vervolgens kunnen worden vervolgd (op basis van de KNMG-gedragscode) door de Gezondheidsinspectie? Vindt de Minister het wenselijk dat artsen die, op basis van hun expertise, een ander gezichtspunt etaleren over de relatie tussen klimaatverandering en volksgezondheid dan de KNMG, hiervoor vervolgd kunnen worden door de Gezondheidsinspectie (zoals door Minister Agema gesteld tijdens het tweeminutendebat Goed bestuur en toezicht in de zorg (+IGJ en Zorgfraude) op 21 mei 2025)? Indien de Minister dit een probleem vindt, wat gaat hij hier dan aan doen? Indien de Minister dit net zoals zijn ambtsvoorganger geen probleem vindt, hoe kan hij er dan zo zeker van zijn dat er een relatie is tussen klimaatverandering en gezondheidsproblemen als artsen, als deskundigen, als experts die daar anders over denken de mond worden gesnoerd door de Gezondheidsinspectie?

Dan is er immers toch niet langer een «wetenschappelijke consensus»¹ maar met een door de staat opgelegde en met boetes en straf afgedwongen «geconstrueerde consensus», een «consensus» die dus niets meer met wetenschap of waarheid te maken heeft? Of ziet de Minister dit wellicht anders?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de stukken met betrekking tot de formele EU-Gezondheidsraad d.d. 2 december 2025. De leden hebben geen vragen aan de Minister.

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de geannoteerde agenda voor de formele EU-Gezondheidsraad en hebben hierover enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de D66-fractie vragen hoe de Nederlandse vertegenwoordiging zich ervoor inzet dat strategische onafhankelijkheid in de Europese medicijnproductie voldoende prioriteit krijgt binnen de herziening van de Europese geneesmiddelenwetgeving, en op welke wijze wordt geborgd dat deze inzet goed aansluit op het voorstel voor de Verordening Kritieke Geneesmiddelen (CMA). Zij verzoeken het kabinet toe te lichten hoe deze samenhang concreet wordt geborgd via de Nederlandse inzet in de Raad.

De (herziening van) de Europese geneesmiddelenwetgeving reguleert verschillende zaken rondom geneesmiddelen. Bijvoorbeeld welke geneesmiddelen op de markt mogen komen en welke eisen er gelden voor de kwaliteit van de producten. Strategische onafhankelijkheid in de Europese medicijnproductie valt hier niet onder. Wel staan er bepalingen in de herziening die gaan over tekorten van geneesmiddelen (en het melden daarvan) en leveringszekerheid, zoals de rollen en verantwoordelijkheden van Europese instellingen en samenwerkingsverbanden bij het voorkomen en oplossen van tekorten. Daarbij zorgt de herziening van de Europese wetgeving wel voor een betere Europese innovatieve concurrentiepositie, door bijvoorbeeld flexibele en efficiëntere regelgeving. De voorgestelde Verordening Kritieke Geneesmiddelen (CMA) beoogt de beschikbaarheid en leveringszekerheid van geneesmiddelen te verbeteren, onder meer door de Europese productiecapaciteit voor kritieke geneesmiddelen te verhogen. De CMA is aanvullend op de Europese geneesmiddelenwetgeving. Nederland zet in op samenhang door onder andere wetteksten uit beide trajecten te stroomlijnen, te zorgen voor het gebruik van eenduidige definities en in zijn algemeenheid ervoor te zorgen dat de Europese geneesmiddelenwetgeving en de CMA elkaar versterken en niet tegenspreken.²

Met betrekking tot het pandemieverdrag en het PABS-systeem vragen de leden van de D66-fractie hoe de ambities rondom internationale paraatheid zich verhouden tot het reduceren van nationale middelen voor pandemische paraatheid. Daarbij vragen deze leden ook of het kabinet, in het licht van de internationale onderhandelingen, voornemens is om de Nederlandse laboratorium- en surveillancecapaciteit verder te versterken.

¹ Nog afgezien van het feit dat «de consensus» natuurlijk niet «de waarheid» hoeft te zijn.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2024–2025, 22 112, nr. 4078

De inspanningen rondom het pandemieverdrag en het PABS-systeem, die een vertaling zijn van de lessen uit de Covid-19 pandemie, moeten leiden tot een versterking van de mondiale pandemische preventie, paraatheid en respons. Dit zou onder meer moeten plaatsvinden door betere samenwerking en informatiedeling, capaciteitsopbouw en versterkte internationale solidariteit ten tijde van een crisis. Hiermee kan pandemische paraatheid op mondiaal niveau over de breedte naar een hoger niveau getild worden.

Op nationaal niveau zijn er tevens lessen geleerd uit de Covid-19 crisis, die in 2022 vertaald zijn in het programma pandemische paraatheid. Het is correct dat een flink deel van de versterkingen uit dat programma, de komende tijd weer worden afgebouwd, indien er komend voorjaar geen aanvullende structurele middelen vrijkomen. Als onderdeel van bovenstaand programma is de afgelopen jaren ingezet op het verbeteren van de microbiële diagnostiek voor publieke gezondheid, onder meer door het beter uitwisselen van laboratoriumdata (LabSentiNL), hetgeen deels vanuit het programma Pandemische Paraatheid wordt betaald. Daarnaast is het Outbreak Assistance Laboratory Network versterkt, waardoor de testcapaciteit vergroot is voor de eerste respons tijdens een grootschalige uitbraak of pandemie. Bij een grote crisissituatie zal de Landelijke Functionaliteit Infectieziekten (LFI) het testen fors kunnen opschalen, bijvoorbeeld via de GGD'en.³

Daarnaast heeft het RIVM in de afgelopen jaren een belangrijke positie opgebouwd als EU-referentielaboratorium (EURL) voor vectorgebonden virussen, voor voedselgebonden bacteriën en voor voedselgebonden virussen. Recentelijk is het RIVM ook door de Europese Commissie aangewezen als EU-referentielaboratorium voor respiratoire aandoeningen.

Ten aanzien van de terugkoppeling van de 11e sessie van de WHO Framework Convention on Tobacco Control, vragen de leden van de D66-fractie of het kabinet kan verantwoorden dat Nederland op dit moment nationaal voldoende doet om de ambitie waar te maken die het in EU-verband uitdraagt, met het oog op de inzet richting een rookvrije generatie en de discussies over maatregelen binnen COP11.

Nederland heeft zoals in het Nationaal Preventieakkoord afgesproken uiteenlopende maatregelen ingevoerd om het tabaks- en nicotinegebruik terug te dringen. Het gaat hierbij onder andere om het beperken van het aantal verkooppunten. Zo is de online handel en de verkoop in supermarkten al verboden en zal het aantal verkooppunten nog verder worden beperkt. Als gevolg van het verbod op tabaksverkoop in supermarkten is het totale aantal verkooppunten gehalveerd met een afname van meer dan 5000 verkooppunten. Ook zijn neutrale verpakkingen van sigaretten ingevoerd, de accijnzen verhoogd, hanteren zorgverzekeraars geen eigen risico voor stoppen-met-rokenprogramma's en wordt het rookverbod verder uitgebreid naar omgevingen waar veel kinderen komen. In aanvulling op de maatregelen uit het Nationaal Preventieakkoord heeft Nederland ook maatregelen genomen zoals het invoeren van een smaakjesverbod voor e-sigaretten. Deze maatregelen gaan aanmerkelijk verder dan de maatregelen die volgen uit Europese wet- en regelgeving. Op deze manier zet Nederland zich in om de ambitie van een Rookvrije Generatie in 2040 te bereiken. Nederland spant zich hier eveneens in EU-verband en binnen de tweejaarlijkse Conferentie van de Partijen (de COP) bij het WHO-kaderverdrag inzake tabaksontmoediging (het FCTC) voor in.

³ Zie: LabSentiNL: samen werken aan een nog beter zicht op infectieziekten | RIVM, en. Outbreak Assistance Laboratory-Netwerk | RIVM.

Daarnaast vragen deze leden, in het kader van het door Nederland in te brengen standpunt over een EU-strategie voor klimaat en gezondheid, met welk mandaat de Nederlandse vertegenwoordiging deze discussie in de Raad voert. Zij verzoeken het kabinet ook te verduidelijken of Nederland daarbij expliciet inzet op een verdere verhoging van de Europese ambitie op het terrein van klimaat en gezondheid.

Dit AOB is een vervolg op de oproep die Nederland deed tijdens de formele EU Gezondheidsraad in 2023. Nederland heeft de Commissie eerder opgeroepen tot het opstellen van een EU strategie op klimaat en gezondheid. Deze oproep deed Nederland nadat er, op initiatief van Malta, een non-paper was opgesteld waarin eenzelfde oproep werd gedaan. Dit non-paper werd destijds gesteund door achttien lidstaten. Deze inzet heeft er onder andere toe geleid dat er in de Gezondheidsraad Raadsconclusies zijn aangenomen, waarin de Commissie wordt opgeroepen om samen met de lidstaten te werken aan een Europese agenda op klimaat en gezondheid, waarin zowel de adaptatie- als mitigatie kant wordt meegenomen. Ondanks deze oproepen en deze aangenomen Raadsconclusies, heeft de Commissie nog geen initiatief genomen tot het daadwerkelijk opstellen van een dergelijke Europese strategie of agenda. Om die reden zal Nederland dit verzoek, in lijn met de eerdere inzet, nogmaals indienen tijdens de Gezondheidsraad van 2 december aanstaande. Het kabinet zet hierbij expliciet in op een verdere verhoging van de Europese ambitie op het terrein van klimaat en gezondheid om de toenemende negatieve gevolgen van klimaatverandering te beperken. Hoewel Nederland deze strategie graag gezamenlijk met de Commissie en andere lidstaten uitwerkt, ziet Nederland in ieder geval meerwaarde in gecoördineerde onderzoeksactiviteiten op het gebied van klimaat en gezondheid, het gezamenlijk identificeren van (beleids-)gaten en het leren van elkaars aanpak. Klimaatmaatregelen kunnen immers vaak directe en tastbare voordelen opleveren voor gezondheid en economie.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben in aanloop naar de Formele EU-Gezondheidsraad d.d. 2 december 2025 nog enkele vragen en opmerkingen. De leden benaderen de strategie vanuit het belang van nationale soevereiniteit, budgettaire autonomie en nationale regie over gezondheids crises.

Allereerst hebben deze leden vragen en opmerkingen aangaande het Fiche: «EU-strategie borgen beschikbaarheid medische tegenmaatregelen ter versterking crisisparaatheid en gezondheidsbeveiligingen».

De strategie bevat vergaande EU-initiatieven zoals een EU-breed gezondheidsinlichtingenplatform, een EU-lijst van medische tegenmaatregelen, gezamenlijke aanbestedingen, noodvoorraden onder EU-regie en uitbreiding van civiel-militaire samenwerking. Hoe waarborgt het kabinet dat gezondheidszorg en crisisrespons primair nationale bevoegdheden blijven en dat deze strategie niet leidt tot sluipende bevoegdheidsuitbreiding naar de EU? Kan het kabinet toelichten welke onderdelen van de strategie mogelijk wél in de richting van gedeelde of exclusieve EU-bevoegdheid bewegen? Hoe gaat de civiel-militaire samenwerking er voor Nederland exact uitzien? Welke verplichtingen betreft dit voor Nederland? Graag een uitgebreide toelichting hierop, aangaande materieel, infrastructuur en personeel.

De EU-strategie «borgen beschikbaarheid medische tegenmaatregelen ter versterking crisisparaatheid en gezondheidsbeveiligingen» (EU MTM-strategie), is een mededeling van de Europese Commissie, met

daarin een flink aantal voorstellen en acties voor EU-samenwerking om de beschikbaarheid van medische tegenmaatregelen ten tijde van gezondheidscrisis te borgen. Het betreft hier geen wetgeving. De voorstellen kunnen gezien worden als een nadere uitwerking van hetgeen bepaald is in het in 2022 vastgestelde wetgevingspakket rondom de EU-verordening voor ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen (EU/2022/2371); het EU-noodkader bij een noodsituatie op het vlak van de volksgezondheid op Unie-niveau (EU/2022/2372); de versterking van de crisismanagement van het Europees geneesmiddelenbureau (EU/2022/123); dat van het EU-agentschap voor ziektepreventie en -bestrijding (EU/2022/2370) en de oprichting van de EU autoriteit voor crisisparaatheid- en bestrijding (HERA).⁴

Zoals in het BNC-fiche over de strategie is aangegeven, gaat het hier dan ook om acties die aanvullend, ondersteunend en/of coördinerend zijn. De Europese Commissie krijgt hiermee geen zeggenschap over de inrichting en organisatie van de gezondheidszorg in Nederland. Er is dan ook geen sprake van een beweging richting gedeelde of exclusieve EU-competenties op basis van deze strategie.

Voor wat betreft de invulling van de civiel-militaire samenwerking op grond van de EU MTM-strategie, is er op dit moment geen eenduidig beeld hoe die samenwerking er precies uit zal gaan zien. Er is op grond van de EU MTM-strategie op dit moment geen sprake van enigerlei verplichtingen.

Het fiche erkent dat financiering na 2026 onduidelijk is en dat veel acties afhankelijk zijn van toekomstige MFK-besluiten. Kan het kabinet bevestigen dat deze strategie beleidsmatig al richting geeft, terwijl financiële verplichtingen pas zichtbaar worden in het nieuwe MFK? Is Nederland bereid om geen nieuwe verplichtingen te accepteren totdat financiering, uitvoerbaarheid en impact volledig inzichtelijk zijn?

Zoals toegelicht onder het eerste blokje vragen van uw fractie, kan de EU-strategie worden gezien als een nadere uitwerking van bestaande wet- en regelgeving. De strategie is niet-wetgevend en daarmee gaat het hier om acties die aanvullend, ondersteunend en/of coördinerend zijn. De strategie legt Nederland geen verplichtingen op.

De Europese Commissie heeft in juli jl. haar voorstellen voor het volgend MFK gepubliceerd. In de kabinetsappreciatie heeft het kabinet haar positie met betrekking tot deze voorstellen toegelicht. Tijdens de lopende onderhandelingen zal het kabinet zich hier voor inzetten.

De strategie breidt gezamenlijke EU-inkoop en crisisaanbestedingen verder uit. Hoe voorkomt het kabinet verlies van nationale flexibiliteit bij urgente medische inkopen, gezien de eerdere ervaringen met trage en bureaucratische EU-processen tijdens COVID-19? Kan het kabinet garanderen dat Nederland te allen tijde zelfstandig medische middelen kan inkopen, ook wanneer een EU-noodmechanisme is geactiveerd?

⁴ PB L 314/ 1, 6.12.22: Verordening (EU) 2022/2370 tot wijziging van Verordening (EG) nr. 853/2004 tot oprichting van een Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding; PB L 314/ 26, 6.12.22: Verordening (EU) 2022/2371 inzake ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen; PB L 314/64: Raadsverordening (EU) 2022/2372 betreffende een kader van maatregelen ter waarborging van de levering van in een crisissituatie relevante medische tegenmaatregelen in geval van een noodsituatie op het gebied van de volksgezondheid op Unieniveau; PB L 20/1: Verordening (EU) 2022/123 betreffende een grotere rol van het Europees Geneesmiddelenbureau inzake crisisparaatheid en -beheersing op het gebied van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen.

Met het bovengenoemde in 2022 aangenomen pakket van wetgeving en versterkingen van bestaande crisismandaten, bij een aantal relevante EU-agentschappen, zijn de lessen van de Covid-19 crisis verwerkt in het EU-crisismechanisme voor ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen. De in de strategie voorgestelde EU-inkoop en crisisaanbestedingen, betreffen EU-aankopen, productiereserveringen of andersoortige instrumenten rondom het borgen van de beschikbaarheid van medische tegenmaatregelen. Lidstaten kunnen intekenen op mogelijke gezamenlijke aanbestedingen voor eventuele nationale voorraden of paraatheidscontracten voor medische producten.

Het EU-noodkader dat bij een noodsituatie op grond van de volksgezondheid op Unie-niveau geactiveerd wordt, biedt de EU-lidstaten onder meer de mogelijkheid om samen op te trekken, informatie uit te wisselen, inkopen te coördineren en via gezamenlijke aanbestedingen met een veel grotere kritische massa medische tegenmaatregelen te kunnen doen. Dat laatste kan zeker in geval van schaarste en/ of geopolitieke onzekerheden een belangrijk voordeel bieden ten opzichte van nationale inkopen. De Covid-19 crisis heeft laten zien dat de Europese Unie, via gezamenlijke inkopen, relatief snel over grote hoeveelheden vaccins kon beschikken. Door een gebundelde inkoopmacht- en volume kan dit ertoe bijdragen dat landen sneller beschikbaarheid krijgen over medische tegenmaatregelen dan wanneer zij dat ieder voor zich doen, zeker wanneer er sprake is van schaarste en/of wanneer vele overheden tegelijk producten willen aanschaffen.

Het fiche waarschuwt voor risico's van EU-voorraden voor nationale beschikbaarheid, vooral bij dual-use producten zoals antibiotica, PBM en diagnostiek. Hoe wordt voorkomen dat EU-noodvoorraden leiden tot marktdruk of tekorten in de nationale zorgketens? Is Nederland bereid voor EU-verplichtingen te gaan liggen indien deze nationale voorraden of zorglogistiek schaden?

Het BNC-fiche betreft het Nederlands standpunt op een strategie voor het borgen van de beschikbaarheid van medische tegenmaatregelen, ter versterking van de crisisparaatheid en gezondheidsbeveiliging.⁵ Deze medische tegenmaatregelen betreffen medische producten, zoals vaccins en mondkapjes, die ingezet worden om de bevolking te beschermen tegen ernstige grensoverschrijdende gezondheidsdreigingen. Een onderdeel van deze strategie gaat over EU-noodvoorraden van deze medische tegenmaatregelen. Wanneer EU-noodvoorraden worden aangelegd, vind ik het belangrijk dat het de reguliere zorg en nationale markt niet belemmert. Het aanleggen van voorraden moet daarom in een gestaag tempo gebeuren, zodat de nationale markten continu voorzien blijven. Daar waar (dreigende) tekorten zijn van medische producten, acht ik het op dat moment niet uitvoerbaar om EU-voorraden aan te leggen. Tot slot merk ik op dat er geen sprake is van EU-verplichtingen voor het aanleggen van voorraden.

De strategie omvat een nieuwe EU-IT-structuur voor gezondheidsinlichtingen, toeleveringsketens en vroegdetectie. Welke data is Nederland verplicht aan te leveren, en heeft Nederland zeggenschap over uitbreiding van dataverzameling? Hoe voorkomt het kabinet dat EU-sturing op «gezondheidsinformatie» of «desinformatiebestrijding» leidt tot inmenging in nationale communicatie en publieke debat?

⁵ Kamerstukken 2024/2022, 22 112, nr. 4161

De in de EU-MCM-Strategie genoemde IT-structuur voor gezondheidsinlichtingen, toeleveringsketens en vroegdetectie» is op dit moment nog niet uitontwikkeld. In de kern gaat het hierbij om het bijeenbrengen van al bestaande informatie, zoals uit de gezondheidsbedreigings-analyse die jaarlijks door DG HERA wordt opgesteld; informatie over bestaande (nood-)voorraden op EU en waar mogelijk nationaal niveau; informatie (o.a. ten tijde van een EU-gezondheids crisis) die bedrijven aanleveren over producten in hun leveringsketen; en ook informatie die beschikbaar komt op basis van de bestaande monitoring- en surveillancestructuren rondom overdraagbare aandoeningen en/ of ziekmakende pathogenen. Deze informatie zal vooral beschikbaar komen voor die hierboven genoemde coördinerende, aanvullende en ondersteunende taken van de Europese Commissie. De Europese Unie heeft daarbij – conform hetgeen bepaald is in verordening EU/2022/2371 – een coördinerende, ondersteunende en/ of aanvullende bevoegdheid ten tijde van een EU-gezondheids crisis.

Ook hebben de leden van de PVV-fractie nog enkele vragen en opmerkingen over het onderhandelingsmandaat voor de Verordening Kritieke Geneesmiddelen. Genoemde leden vragen zich af welke geneesmiddelen volgens de Minister onder de definitie van «geneesmiddelen van gemeenschappelijk belang» vallen? Hoe beoordeelt de Minister de afbakening van deze categorie in het Commissievoorstel en in het onderhandelingsmandaat van de Raad?

In het Commissievoorstel van de Verordening Kritieke Geneesmiddelen is dit gedefinieerd als geneesmiddelen, anders dan de kritieke geneesmiddelen⁶, waarvan de beschikbaarheid en toegankelijkheid voor patiënten in minimaal drie lidstaten wordt beperkt, doordat nationale markten tekortschieten (zogenaamd marktfalen). Dit staat ook omschreven in artikel 3 van de het Commissievoorstel van de Verordening Kritieke Geneesmiddelen.⁷

In het algemeen ben ik positief dat de CMA zich ook richt op geneesmiddelen van gemeenschappelijk belang en de afbakening die daarvoor is gekozen. Wel ontbreekt in het Commissievoorstel een nadere onderbouwing van wanneer sprake is van marktfalen.

Voor een nadere toelichting over de afbakening van geneesmiddelen van gemeenschappelijk belang in het onderhandelingsmandaat, verwijs ik u naar de vertrouwelijke brief die op 11 november jl. naar uw Kamer is gestuurd.

Hoe beoordeelt de Minister de aanbestedingscriteria van de Europese Commissie zoals leveringszekerheid en geografische spreiding? Is er zicht op hoe dit er in de praktijk gaat uitzien? Graag nadere uitleg.

Ik sta positief tegenover het voorstel om leveringszekerheids criteria verplicht mee te laten wegen bij publieke aanbesteding van geneesmiddelen. Hiermee kan bijvoorbeeld betrouwbare levering beter beloond worden in de aanbesteding van kritieke geneesmiddelen. Ik wil hierbij benadrukken dat in Nederland een aanzienlijk deel van de inkoop van geneesmiddelen door private partijen wordt uitgevoerd die niet onder het aanbestedingsrecht vallen en derhalve buiten de CMA vallen.

Ik pleit voor zoveel mogelijk harmonisatie van de aanbestedingskaders binnen Europa, zodat geen ongelijk speelveld tussen de lidstaten

⁶ Dit zijn geneesmiddelen die op de Europese lijst kritieke geneesmiddelen (Union List of Critical Medicines) staan. Deze wordt opgesteld door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA). Deze Europese lijst wordt formeel behandeld in de herziening van de Europese geneesmiddelenwetgeving.

⁷ COM(2025) 102 final.

ontstaat.⁸ Omdat de onderhandelingen nog gaande zijn, is het nog niet vastgesteld hoe de aanbestedingscriteria in de praktijk uit komt te zien.

Is het kabinet bereid om de prijs minder zwaar te laten meewegen, zoals voorgesteld door de Commissie? Indien ja, hoe weegt de Minister dit tegen het nationale beleid met sluisgeneesmiddelen?

Ik ben mij ervan bewust dat het meewegen van leveringszekerheidscriteria bij publieke aanbesteding tot hogere uitgaven aan geneesmiddelen kan leiden. Tegelijkertijd wil ik benadrukken dat in Nederland een aanzienlijk deel van de inkoop van geneesmiddelen door private partijen wordt uitgevoerd, die niet onder het aanbestedingsrecht vallen en derhalve buiten de CMA vallen. Het is belangrijk onderscheid te maken tussen kritieke geneesmiddelen en dure sluisgeneesmiddelen die vaak niet onder de kritieke geneesmiddelen vallen. Voor kritieke geneesmiddelen staat de beschikbaarheid onder druk door onder andere verschrping van de markt en verstoringen in de toeleveringsketens. Voor sluisgeneesmiddelen speelt juist een discussie over toegankelijkheid door hoge prijzen. Door dit verschil in dynamiek is het beleid voor deze geneesmiddelen dan ook verschillend.

Hoe staat de Minister tegenover het voorstel om deelname aan noodistributie van kritieke geneesmiddelen vrijwillig te maken? Wat gaat de inzet van Nederland worden ten aanzien van noodistributie?

Er zijn meerdere voorstellen gedaan en het is mij niet duidelijk welk voorstel hier precies mee wordt bedoeld. Onder de *Executive Steering Group on Shortages and Safety of Medicinal Products* (MSSG)⁹, bestaat al een vrijwillig solidariteitsmechanisme (*Voluntary Solidarity Mechanism*)¹⁰. Bij kritische tekorten kunnen lidstaten elkaar via de MSSG snel ondersteunen door beschikbare voorraden onderling te delen. Hier heeft Nederland goede ervaringen mee opgedaan.

Hoe beoordeelt de Minister het voorstel van EP-rapporteur Sokol voor een bindend coördinatiemechanisme voor tekorten? Kan de Minister genoemde leden inzicht geven wie verantwoordelijk is voor de financiering van noodistributie van kritieke geneesmiddelen? Wat gaan de financiële gevolgen voor Nederland zijn van bovengenoemde voorstellen? Gezien onze goede ervaringen met het vrijwillige solidariteitsmechanisme, zie ik geen aanleiding voor een bindend coördinatiemechanisme voor tekorten. Het Europees Parlement heeft nog geen standpunt geformuleerd over de CMA. Dit standpunt wordt begin december verwacht. Hierna volgen de onderhandelingen tussen de Europese Commissie, de Raad en het Europees Parlement. Het Voorzitterschap van de Raad zal vervolgens namens de lidstaten onderhandelen. Over de uitwerking van de voorstellen en de financiële gevolgen kan daarom niets worden gezegd.

Ten aanzien van de maatregelen voor tabaksontmoediging, lezen de leden van de PVV-fractie dat de Commissie voorstelt dat 15% van de tabaksaccijns rechtstreeks wordt afgedragen aan de Europese begroting. Dit zou jaarlijks 11 tot 14 miljard euro opleveren. Erkent het kabinet dat dit een

⁸ Tweede Kamer, vergaderjaar 2024–2025, 22 112, nr. 4078

⁹ De rol van de Executive Steering Group on Shortages and Safety of Medicinal Products (MSSG) van het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) is te zorgen dat een robuuste reactie komt op problemen met de beschikbaarheid van geneesmiddelen die worden veroorzaakt door grote incidenten of gezondheids crisissen. In deze groep nemen ook vertegenwoordigers van nationale agentschappen zitting.

¹⁰ https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/mssg-voluntary-solidarity-mechanism_en.pdf

stap richting eigenstandige EU-belastingen is? Op welke manier denkt het kabinet dat het Nederlandse parlement nog het budgetrecht kan blijven uitoefenen wanneer de EU zelfstandig belastinginkomsten kan genereren, terwijl het Europees Parlement geen directe democratische legitimiteit heeft voor dergelijke belastingen? Erkent het kabinet dat dit voorstel feitelijk betekent dat de EU zich een deel van de nationale belasting-grondslag toe-eigent? Hoeveel bedraagt dit voor Nederland? Wat is de Nederlandse inzet bij de onderhandelingen over het WHO-Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging? Hoe verhoudt zich dit tot de Europese inzet? Hoe beoordeelt de Minister de noodzaak tot herziening van de Tabaksproductenrichtlijn en Tabaksreclamerichtlijn?

Het is niet zo dat de Europese Commissie voorstelt dat 15 procent van de opbrengst van de tabaksaccijns rechtstreeks wordt afgedragen aan de Europese begroting. De Europese Commissie stelt in het voorstel voor een nieuw Eigenmiddelenbesluit (EMB) voor om een eigen middel te introduceren op basis van op de markt gebrachte tabaks- en tabaksgerelateerde producten (hierna: tabak). De grondslag van deze afdracht wordt berekend door de hoeveelheid op de markt gebrachte tabak te vermenigvuldigen met het geldende minimumaccijnstarief per lidstaat, dat voortvloeit uit de Richtlijn tabaksaccijns. Volgens het voorstel wordt de afdracht vervolgens berekend door middel van een uniform afdrachtspercentage van 15% toe te passen over deze grondslag per lidstaat. Het gaat hierbij dus niet om een rechtstreekse afdracht van de opbrengsten van de tabaksaccijns, maar om een grondslag of berekening. Er is dan ook geen sprake van een Europese belasting. De bevoegdheid om belastingen in de lidstaten in te voeren, op te heffen of aan te passen blijft in handen van de EU-lidstaten. Op basis van cijfers van de Europese Commissie wordt verwacht dat Nederland tijdens het volgende Meerjarig Financieel Kader (2028–2034), gemiddeld jaarlijks 430 miljoen euro zal afdragen via het voorgestelde nieuwe eigen middel op tabak. Het voorstel voor dit nieuwe eigen middel leidt niet tot extra inkomsten voor de EU, maar slechts tot een verschuiving in de berekening van wat iedere lidstaat afdraagt. Het voorgestelde nieuwe eigen middel tabak leidt – op basis van cijfers van Commissie – tot een lagere Nederlandse totaalafdracht aan de EU-begroting.

Nederland staat een ambitieuze aanpak van tabak en nicotineproducten voor om zo de Nederlandse en Europese ambitie van een Rookvrije Generatie in 2040 te kunnen realiseren. De maatregelen die Nederland afgelopen jaren heeft ingevoerd gaan aanmerkelijk verder dan de maatregelen die volgen uit Europese wet- en regelgeving. Nederland heeft zich in aanloop naar COP11 dan ook ingespannen voor een ambitieus Europees standpunt bij COP11.

Nederland is van mening dat een spoedige herziening van de Tabaksproductenrichtlijn en Tabaksreclamerichtlijn heel belangrijk is voor het realiseren van de Europese ambitie van een rookvrije generatie in 2040. Op 21 maart 2025 heeft Nederland als initiatiefnemer, samen met 11 andere lidstaten, de Commissie middels een brief opgeroepen om hier vaart mee te maken en Nederland heeft deze boodschap herhaald tijdens de afgelopen formele en informele Gezondheidsraad. Ook deze formele Gezondheidsraad zal Nederland de noodzaak tot

spoedige herziening van deze richtlijnen weer ter sprake brengen. Dit doen we omdat het belangrijk is dat bijvoorbeeld regelgeving met betrekking tot de aantrekkelijkheid van nieuwsoortige producten zoals vapes verder wordt geharmoniseerd om zo ons eigen beleid effectiever te kunnen laten zijn en onze jongeren beter te kunnen beschermen.

De Kamer is op 11 november jl. op de hoogte gesteld van de voorlopige punten van de formele EU Gezondheidsraad van 02 december 2025. De leden van de PVV-fractie vinden dit rijkelijk laat gezien de datum van inbreng van dit verslag. Zeker gezien er op het moment van schrijven nog geen achterliggende stukken beschikbaar zijn. Is de Minister bereid om in de Europese raad bespreekbaar te maken de lidstaten eerder en completer te informeren over de agendapunten van de Gezondheidsraden? De leden zien de beantwoording graag voor donderdag 20 november 2025 tegemoet en vragen het kabinet expliciet in te gaan op de gevolgen voor soevereiniteit, democratische controle en nationale crisisbeheersing.

Voor tijdige aanlevering van de agenda en achterliggende stukken ben ik afhankelijk van het voorzitterschap van de Raad voor de Europese Unie. In aanloop naar het nieuwe voorzitterschap (Cyprus vanaf 1 januari 2026) zal Nederland dit als belangrijk aandachtspunt meegeven om te kunnen voldoen aan de informatieafspraken die het kabinet heeft met het parlement.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de Geannoteerde Agenda van de Formele EU-Gezondheidsraad d.d. 2 december 2025. Zij hebben daarover nog een enkele vraag.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de prioritering van strategische projecten niet ten koste mag gaan van of op gespannen voet mag komen te staan met de wettelijke taken en bevoegdheden van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Kan de Minister toelichten op welke manier hij dit terechte uitgangspunt wil waarborgen?

In het Commissievoorstel staat dat de daarvoor verantwoordelijke autoriteit prioriteit moet geven aan de inspectie van deze strategische projecten. Dat is in Nederland de IGJ. Ik vind het van belang dat de IGJ haar taak als onafhankelijk toezichthouder moet kunnen blijven uitvoeren. Voor verdere toelichting verwijs ik u naar de vertrouwelijke brief die op 11 november jl. naar uw Kamer is gestuurd.

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

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de voorliggende stukken over de EU-Gezondheidsraad van 2 december aanstaande. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vinden het een positieve zaak dat het Deense voorzitterschap vaart heeft gezet op de Verordening Kritieke Geneesmiddelen (CMA) en de ambitie heeft om eind 2025 tot een compromis in de Raad te komen. Het is wat de betreffende leden betreft namelijk van groot belang dat Europa voor medicijnen minder afhankelijk wordt van afzonderlijke leveranciers en derde landen, zeker gezien de oorzaak van de tekorten volgens de Europese Commissie voor de helft te maken hebben met tekorten in Europa aan geschikte werkzame stoffen (API's). Urgentie is dan ook op zijn plaats.

Deelt de Minister deze opvatting en verwacht de Minister dat de Deense ambitie nog realistisch is en behaald kan worden? Wanneer wordt de Critical Medicines Coordination Group (CMCG) opgericht en welke rol zal Nederland daarin innemen?

Ja, gezien de urgentie ben ik positief over de ambitie van het Deense voorzitterschap en ook ik hoop op een compromis in de Raad voor het eind van 2025. Wel moet de wetgeving zorgvuldig tot stand komen. De afgelopen maanden heb ik me daarom ook actief ingezet op de voor Nederland belangrijke punten.

De onderhandelingen over de inrichting van de *Critical Medicines Coordination Group* (CMCG) en de exacte rol van lidstaten hierin zijn nog gaande. Het is mijn inzet dat, gelet op het belang van de beschikbaarheid van geneesmiddelen, Nederland een actieve rol in deze groep krijgt.

Daarnaast hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie nog enkele vragen over de bereikte vorderingen op de informele EU-Gezondheidsraad in Kopenhagen van 16 september jl.. De betreffende leden vroegen in aanloop naar de Raad, waar Anti-Microbiële Resistentie (AMR) op de agenda stond, welke lessen de Minister overneemt van Denemarken om verantwoord om te gaan met het gebruik van antimicrobiële middelen. De Minister gaf in de beantwoording aan dat we kunnen leren van de Deense ervaringen met de inzet van nieuwe inkoop samenwerkingen, in hun geval met Noorwegen en IJsland, om samen antibiotica in te kopen. Daardoor kan er wellicht nog gericht worden voorgescreven, wat bijdraagt aan het voorkomen van resistentie. Heeft de Minister deze gesprekken met Denemarken gevoerd? Wat waren hier de uitkomsten van en welke stappen kunnen in Nederland gezet worden om best practices van Denemarken over te nemen? En wat doet Nederland concreet om de doelstelling te behalen om het antibioticumgebruik met 3% terug te dringen in 2030 ten opzichte van 2019?

Ja, Nederland heeft tijdens de informele EU-Gezondheidsraad in Kopenhagen van 16 september het gesprek met Denemarken en andere aanwezige landen gevoerd, over de Deense inzet op nieuwe inkoop samenwerkingen. Het gaat hier om het bundelen van aanbestedingen, zowel tussen Deense ziekenhuizen, maar ook in samenwerking met Noorwegen en IJsland. Dit had een positief effect op zowel de prijs als de beschikbaarheid van de desbetreffende geneesmiddelen. Deze lessen neem ik mee naar mijn gesprekken met het Nederlandse veld, waarbij we oog moeten houden voor de verschillen tussen zorgsystemen in verschillende landen. Ook benadruk ik dat deze landen qua inwoneraantal kleiner zijn dan Nederland en sneller schaalvoordelen behalen door samenwerking. De voorgestelde Verordening Kritieke Geneesmiddelen (CMA) kan een basis bieden voor gezamenlijke inkoop tussen EU-landen met ondersteuning van de Europese Commissie.

Het humane gebruik van antibiotica in Nederland is al laag, ook in vergelijking met andere EU-landen, maar we spannen ons desalniettemin in om verdere reductie te realiseren.

Nederland zet het ontwikkelen en actualiseren van richtlijnen en protocollen voor verantwoord gebruik van antimicrobiële middelen in de volledig keten van eerstelijns, curatieve en langdurige zorg voort. Daarnaast gaan we door met het monitoren van het gebruik van antibiotica waarbij onze focus vooral ligt op het bevorderen van juist gebruik van antibiotica. We zien namelijk dat de voorschrijfcultuur tussen afzonderlijke artsen, artsenpraktijken en zorginstellingen nog kan variëren en niet altijd volledig in lijn is met bestaande behandelrichtlijnen voor verantwoord antibioticagebruik. We stimuleren het spiegelen van voorschrijfgedrag onder zorgprofessionals, bij voorbeeld in een farmacotherapeutisch overleg, diagnostisch toetsoverleg en via de A-teams.

Diverse lopende programma's richten zich op verbetering van *Antimicrobial Stewardship*: het helpen van voorschrijvers en instellingen om te bevorderen dat antimicrobiële middelen in de humane zorg altijd

verantwoord worden gebruikt. Zo worden richtlijnen (zoals voor de behandeling van luchtweg- en urineweginfecties) geactualiseerd en worden piekvoorschrijvers, van huisartsen tot en met zorginstellingen, gestimuleerd tot verantwoord gebruik door middel van bijvoorbeeld voorlichting, (na)scholing en intervisie.

Ook hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie nog enkele vragen over de inzet in Europees verband op het gebied van klimaat en gezondheid. De leden achten het van groot belang dat Nederland zich inzet om hier een breed gedragen strategie op te ontwikkelen, zeker aangezien er momenteel gebrek is aan een EU-strategie op dit vlak. Zoals de Minister zelf aangeeft is een toegewijde en gecoördineerde EU-inzet op klimaat en gezondheid noodzakelijk voor een weerbaar, competitief en invloedrijk Europa, zeker aangezien gezondheid een van de vijf sectoren is die het meeste risico lopen door klimaatverandering. Kan de Minister nader ingaan op de inzet van Nederland op dit onderwerp? Wat is de verwachte steun op het diversiepunt dat Nederland zal inbrengen om steun te genereren onder EU-lidstaten voor een verzoek aan de Commissie om een Europese strategie te ontwikkelen? Hoe kan het dat de oproep van Nederland van november 2023 op dit punt tot op heden nog geen vervolg heeft gekregen? Kan de Minister toezeggen dat hij zich tot het uiterste zal inzetten om dit vervolg wel af te dwingen, gezien de mogelijk grote implicaties als Europa hier geen leiderschap in neemt?

Nederland wil de Europese Commissie oproepen tot het ontwikkelen van een EU strategie op klimaat en gezondheid, die zowel adaptatie als mitigatie omvat, en voor zowel de interne als externe dimensie van de EU. Dit sluit aan bij de Nederlandse Mondiale Gezondheidsstrategie en eerdere inzet van Nederland binnen de EU op dit vlak, zoals de oproep tot een EU agenda op klimaat en gezondheid in de EPSCO-raad. De verwachting is dat Nederland op het diversiepunt steun van de meeste lidstaten zal ontvangen die eerder ook de EU non-paper op klimaat en gezondheid hebben onderschreven, waarin wordt opgeroepen tot meer Europese ambitie op dit gebied. Deze oproep sluit immers ook aan bij eerder aangenomen Raadsconclusies op dit onderwerp. De Staatssecretaris voor Jeugd, Preventie en Sport zal zich blijven inspannen om een dergelijke Europese strategie te bewerkstelligen, onder andere door deze oproep in de aankomende Europese Gezondheidsraad.

Tot slot lezen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat de Minister op de Gezondheidsraad de terugkoppeling ontvangt van de Commissie van de 11^e sessie van de Conferentie van Partijen (COP) van de FCTC, het WHO-kaderverdrag inzake tabaksontmoediging. Hoe zijn deze onderhandelingen verlopen? Hoe staat het met de herziening van de verschillende Tabaksrichtlijnen, met name in het licht van het verminderen van de toegankelijkheid van nieuwe tabaks- en nicotineproducten, zoals vapes, voor jongeren? Het baart de leden zorgen dat Nederland zich weliswaar inzet om een rookvrije generatie in 2040 te bereiken, maar dat de lidstaten binnen de EU verdeeld zijn over de gezamenlijke inzet. Kan de Minister nader toelichten op welke manier Nederland zich inzet om een meer gezamenlijke inzet te bevorderen en meer overeenstemming te bereiken tussen de lidstaten? Op welke manier wordt daarnaast inzet gepleegd op strengere regels voor vapes, met name de vele smaakjes waardoor jongeren sneller verslaafd raken? Deelt de Minister de opvatting dat een Europees smaakjesverbod een effectieve maatregel is om het aantal vapes met smaakjes (in Nederland) terug te dringen en zo ja, welke inzet is hij bereid daarop te doen bij andere lidstaten

De elfde sessie van de Conferentie van de Partijen bij het WHO-kaderverdrag inzake tabaksontmoediging heeft van 17 tot en met 22 november in Geneve plaatsgevonden. Nederland staat een ambitieuze aanpak van tabak en nicotineproducten voor om zo de Nederlandse en Europese ambitie van een Rookvrije Generatie in 2040 te kunnen realiseren. Nederland heeft zich ter plekke en in aanloop naar COP11 hiervoor ingespannen. Er is bij COP11 onder meer overeenstemming bereikt op het gebied van bescherming van het milieu (Artikel 18 van het FCTC) om schade door componenten van tabaks- en nicotineproducten, waaronder plastics, filters en e-waste te verminderen, financieringsmodellen voor tabaksontmoediging, aansprakelijkheid van de industrie (Artikel 19) en opties voor verdergaande tabaksontmoedigingsmaatregelen (Artikel 2.1). Verder roept de COP de VN op om VN-gebouwen wereldwijd binnen en buiten volledig rookvrij te maken en de verkoop van tabak en nicotineproducten zoals e-sigaretten en nicotinezakjes te staken. Tot slot heeft Nederland op verschillende manieren het smaakjesverbod voor e-sigaretten (vapes) onder de aandacht gebracht. Het was in dat licht zeer verheugend dat België tijdens COP11 een smaakjesverbod naar Nederlands model aankondigde.

Vragen en opmerkingen van de leden van de Forum voor Democratie-fractie

De leden van de Forum voor Democratie-fractie hebben kennisgenomen van de geannoteerde agenda voor de formele EU-Gezondheidsraad van 2 december 2025 en hebben hier nog enkele vragen over en opmerkingen bij.

De onderhandelingen over het pandemieverdrag zijn afgerond. Is al bekend wanneer dit verdrag in werking zal treden? Het pandemieverdrag zal, lezen deze leden, via een uitdrukkelijke parlementaire goedkeurings-procedure worden voorgelegd aan de Staten-Generaal. Betekent dit ook dat het pandemieverdrag, voor Nederland, pas in werking zal treden nadat de Staten-Generaal ermee heeft ingestemd? Of zal dit pandemieverdrag, net zoals destijds het EU-associatieverdrag met Oekraïne, na afronding «voorlopig», dus nog voordat de Staten-Generaal het geratificeerd heeft, alvast worden toegepast? Tot slot, hoe staat het met de uitvoering van de brief van het lid Van Houwelingen van 21 juni 2023 (Kamerstuk 23 908- (R1519), nr. 163) waarin leden van de Tweede Kamer verzoeken om de op 28 mei 2022 door de WHO aangenomen wijzigingen van de Internationale Gezondheidsregeling voor uitdrukkelijke goedkeuring aan de Kamer voor te leggen? Wanneer zal, naar verwachting, het hiervoor noodzakelijke wetsvoorstel door de regering naar de Kamer worden gestuurd?

De basistekst van het pandemieverdrag is op 27 mei 2025 door de lidstaten van de WHO vastgesteld tijdens de 78^e Wereldgezondheidsvergadering (WHA) in Genève.¹¹ Het verdrag is echter nog niet compleet. Artikel 12 van het verdrag wordt nader uitgewerkt in een bijlage over het zogenaamde «Pathogen Access and Benefit Sharing» (PABS) mechanisme. Het verdrag zal pas voor nationale goedkeuring voorgelegd kunnen worden als de onderhandelingen over de bijlage zijn afgerond, het verdrag compleet is en de tekst van de bijlage is vastgesteld door de WHA.

De 78^e WHA heeft een resolutie aangenomen met als einddatum van de onderhandelingen de 79^e WHA in mei 2026. Mocht de PABS-bijlage tijdens die WHA-vergadering worden vastgesteld, dan zal de Directeur-Generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de definitieve tekst van het verdrag daarna aan de lidstaten toezenden. Nadat de Rijksministerraad

¹¹ Pandemic Agreement: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R1-en.pdf.

heeft ingestemd met ondertekening, kan het verdrag namens het Koninkrijk worden ondertekend en vervolgens zal de uitdrukkelijke goedkeuringsprocedure worden gevolgd. Het Koninkrijk kan niet worden gebonden aan het verdrag, zonder voorafgaande goedkeuring daarvan van de Staten-Generaal. Er is geen voorlopige toepassing van het verdrag voorzien. Het verdrag zal pas na een eventuele goedkeuring en ratificatie door het Koninkrijk in werking kunnen treden voor het Koninkrijk. In algemene zin is het op basis van het verdrag noodzakelijk voor inwerking-treding dat minimaal 60 landen het verdrag ratificeren of daartoe toetreden. Het verdrag zal op de dertigste dag na ontvangst van het zestigste instrument ter ratificatie of toetreding in werking treden voor die landen die het verdrag hebben geratificeerd danwel zijn toegetreden daartoe.

De wijzigingen van de Internationale Gezondheidsregeling die op 28 mei 2022 door de WHA zijn vastgesteld, zijn op 10 april 2024 voor uitdrukkelijke goedkeuring aan uw Kamer voorgelegd via een voorstel van Rijkswet.¹² De vaste commissie voor VWS heeft op 21 mei 2024 het verslag ten aanzien van het wetsvoorstel vastgesteld. Op 18 oktober 2024 volgde het verslag van de Staten van Curaçao. De Nota naar aanleiding van het verslag is op 16 september 2025 aan uw Kamer toegezonden.¹³

In de geannoteerde agenda wordt gesproken over een «EU strategie op klimaat en gezondheid» en een «EU agenda op klimaat en gezondheid». Is het kabinet van mening dat klimaatverandering een bedreiging is voor de volksgezondheid? Zo ja, waarom? Is het kabinet bijvoorbeeld bekend met dit artikel in The Lancet waaruit blijkt dat er in Europese steden bijna tien keer meer inwoners sterven door kou dan door hitte (The Lancet, 2 juli 2024, «Excess mortality attributed to heat and cold: a health impact assessment study in 854 cities in Europe»)? Zou dit niet logischerwijs betekenen dat een mogelijke stijging van de gemiddelde temperatuur een «klimaatsverandering» zou zijn die per saldo gunstig uitpakt voor de volksgezondheid?

Zoals ik u ook heb geantwoord in het schriftelijk overleg van 7 juli 2025 (Inbreng 33 149 inzake KNMG-gedragscode) heeft het RIVM specifiek voor de Nederlandse situatie de effecten van klimaatverandering op onze gezondheid in beeld gebracht. De grootste risico's voor de gezondheid in Nederland zitten in een toename in hitte, met onder andere meer risico op hart- en vaatandoeningen als gevolg. Daarnaast zijn er risico's voor de gezondheid door meer blootstelling aan UV-straling, door een langer seizoen met meer pollen in de lucht, door meer en andere infectieziekten vanuit de leefomgeving en door de effecten van klimaatverandering op mentale gezondheid¹⁴.

Overigens overlijden er op dit moment in Nederland inderdaad meer mensen tijdens koude perioden dan tijdens hitteperioden. Dat is echter niet hetzelfde als dat zij door kou of hitte sterven. Het heeft bijvoorbeeld ook te maken met infectieziekten die in die perioden rondgaan. Het RIVM heeft met behulp van de klimaatscenario's van het KNMI verkenningen gedaan naar de mogelijke temperatuurgerelateerde sterfte in 2050 en 2100¹⁵. Daaruit komt het beeld naar voren dat de koudegerelateerde sterfte zal afnemen, maar ook dat dat op termijn kan worden overtroffen door een toename van de hittegerelateerde sterfte. In totaal wordt een

¹² Tweede Kamer, vergaderjaar 2023–2024, 36 534 (R2193), nr. 2.

¹³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2024–2025, 36 534 (R2193), nr. 8.

¹⁴ Bron: Aanhangsel Handelingen II, 2024/2025, nr. 1621

¹⁵ Kamerstukken II 2024–2025, 32 793, nr. 791, Themaverkenning leefomgeving en klimaat.

toename van temperatuurgerelateerde sterfte verwacht. Voor een deel komt dit ook door een verwachte groei en vergrijzing van de bevolking.

Is de Minister ermee bekend dat zijn ambtsvoorganger in een debat heeft erkend dat artsen die van mening zijn dat er geen verband is tussen klimaatverandering en (meer) gezondheidsproblemen en daar, als onderdeel van het publieke debat, uiting aan geven (en die zijn er weten de leden van de Forum voor Democratie-fractie), vervolgens kunnen worden vervolgd (op basis van de KNMG-gedragscode) door de Gezondheidsinspectie? Vindt de Minister het wenselijk dat artsen die, op basis van hun expertise, een ander gezichtspunt etaleren over de relatie tussen klimaatverandering en volksgezondheid dan de KNMG, hiervoor vervolgd kunnen worden door de Gezondheidsinspectie (zoals door Minister Agema gesteld tijdens het tweeminutendebat Goed bestuur en toezicht in de zorg (+IGJ en Zorgfraude) op 21 mei 2025)? Indien de Minister dit een probleem vindt, wat gaat hij hier dan aan doen? Indien de Minister dit net zoals zijn ambtsvoorganger geen probleem vindt, hoe kan hij er dan zo zeker van zijn dat er een relatie is tussen klimaatverandering en gezondheidsproblemen als artsen, als deskundigen, als experts die daar anders over denken de mond worden gesnoerd door de Gezondheidsinspectie? Dan is er immers toch niet langer een «wetenschappelijke consensus»¹⁶ maar met een door de staat opgelegde en met boetes en straf afgedwongen «geconstrueerde consensus», een «consensus» die dus niets meer met wetenschap of waarheid te maken heeft? Of ziet de Minister dit wellicht anders?

Mijn ambtsvoorganger heeft in het Verslag van een schriftelijk overleg van 4 juli 2025¹⁷ het volgende geschreven. In de KNMG-Gedragscode (verder: gedragscode) voor artsen is opgenomen dat artsen op basis van hun expertise en binnen de grenzen van hun kennen en kunnen in vrijheid kunnen deelnemen aan het publieke en wetenschappelijke debat. Dit is opgenomen in kernregel 8 van de gedragscode: «Als arts blijf je binnen de grenzen van je eigen kennen en kunnen. Je onthoudt je van handelingen en uitingen die daarbuiten liggen»¹⁸. Ook kan een arts, zoals in eerdere antwoorden op vragen van het lid Van Houwelingen (FVD) van 3 april 2024 is aangegeven¹⁹, gemotiveerd van de gedragscode afwijken. Ook dit geeft de arts vrijheid in het publieke en wetenschappelijke debat. Ik onderschrijf deze beantwoording.

Artsen kunnen op basis van hun expertise en binnen de grenzen van hun kennis en kunde in vrijheid deelnemen aan het publieke en wetenschappelijke debat. Ook artsen hebben recht op vrijheid van meningsuiting. Deze vrijheid vraagt een verantwoordelijke afweging van de arts. De gedragscode biedt artsen een leidraad voor het professioneel handelen. De daarin opgenomen regels zijn normerend en richtinggevend van aard. De KNMG-Gedragscode is tot stand gekomen in nauw overleg met artsen, experts en andere stakeholders²⁰, zoals de Patiëntenfederatie Nederland. Ook heeft de KNMG gesproken met de IGJ in hun rol als toezichthouder. De KNMG is zich bewust van de inhoud van de eigen gedragscode en daarover bestaat consensus binnen de beroepsgroep.

De IGJ heeft mijn ambtsvoorganger laten weten dat zij de gedragscode van de KNMG niet oplegt, maar het handelen van zorgprofessionals toetst aan de richtlijnen en veldnormen die de KNMG zelf heeft vastgesteld. Daaronder valt ook de hier bedoelde gedragscode. Pas wanneer de IGJ

¹⁶ Nog afgezien van het feit dat «de consensus» natuurlijk niet «de waarheid» hoeft te zijn.

¹⁷ Kamerstukken II 2024–2025, 32 012 en 31 765, nr. 65.

¹⁸ KNMG, 27 mei 2022, «KNMG-gedragscode voor artsen» Gedragscode voor artsen | KNMG, p. 28.

¹⁹ Aanhangels Handelingen II, 2023/2024, nr. 1403

²⁰ KNMG 2022, p. 4.

risico's ziet voor de kwaliteit of veiligheid van zorg, kan zij passende interventies inzetten. Artsen kunnen op de website van de IGJ lezen hoe de IGJ interventies inzet en welke maatregelen zij kan nemen²¹. Daarbij benadruk ik dat de IGJ een arts niet strafrechtelijk kan vervolgen en ook niet zelfstandig een beroepsverbod kan opleggen. Vervolging vindt plaats in het strafrecht door het OM en niet in het toezicht door de IGJ. Ik ben er net als mijn ambtsvoorganger mee bekend dat er verschillende opvattingen bestaan rondom klimaatverandering. Ik onderschrijf de stand van de huidige wetenschappelijke inzichten dat klimaat- en milieuveranderingen zowel positieve als negatieve gezondheidseffecten met zich mee kunnen brengen. Dit blijkt ook uit de effecten van de klimaatveranderingen op de gezondheid die het RIVM in beeld heeft gebracht²².

²¹ <https://www.igj.nl/onderwerpen/maatregelen/hoe-zet-igj-maatregelen-in>

²² *Kamerstukken II 2024–2025, 32 793, nr. 791, Themaverkenning leefomgeving en klimaat.*