

Vergaderjaar 2021–2022

35 384

Wijziging van de Wet op het bevolkingsonderzoek in verband met actuele ontwikkelingen op het terrein van preventief gezondheidsonderzoek

Nr. 21

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 december 2021

Op 9 september jl. heeft uw Kamer tijdens de plenaire mondelinge behandeling, de wijziging van de Wet op het bevolkingsonderzoek in verband met actuele ontwikkelingen op het terrein van preventief gezondheidsonderzoek (Kamerstuk 35 384, nr. 1 e.v.) besproken (Handelingen II 2020/21, nr. 104, item 4). Ik dank uw Kamer voor de uitvoerige behandeling in de eerste termijn, de gestelde vragen en ingediende amendementen. De Kamer heeft mij na afloop van de eerste termijn verzocht schriftelijk te reageren op de vragen uit de eerste termijn.

Na mijn inleiding ga ik thematisch in op de gestelde vragen. Hierbij komen ook de amendementen aan de orde. Het gaat om de volgende thema's:

1. het doel van de wetwijziging;
2. de indeling in categorieën;
3. het omgaan met nevenbevindingen;
4. handhaving van de nieuwe wet;
5. eisen aan de informatievoorziening;
6. relatie met de reguliere zorg en kosten;
7. screening op kanker;
8. overige vragen.

Mensen hechten aan een goede gezondheid en willen daar graag zoveel mogelijk grip op hebben. Om meer inzicht in de eigen gezondheid te krijgen, kunnen mensen gebruik maken van preventief gezondheidsonderzoek. Het kabinet stimuleert een gezonde leefstijl voor iedereen. In de eerste plaats voor het welzijn van mensen zelf, omdat het helpt ziekte last te voorkomen. Voor sommige mensen is het gebruik van preventief gezondheidsonderzoek een logisch onderdeel daarvan. Het is belangrijk dat dit verantwoord gebeurt en dat de wetgever hiervoor de kaders vaststelt.

1. Waarom moet de Wet op het bevolkingsonderzoek worden gewijzigd?

De huidige Wet op het bevolkingsonderzoek (verder: Wbo) stamt uit 1992. De wet was oorspronkelijk bedoeld voor het reguleren van de bevolkingsonderzoeken die het Rijk aanbiedt, zoals het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Sindsdien zijn de mogelijkheden op het gebied van diagnostiek en behandeling van ziekten en aandoeningen aanzienlijk uitgebreid. Er is inmiddels ook een groot aanbod aan preventief gezondheidsonderzoek waar mensen individueel voor kunnen kiezen. Het betreft allerlei gezondheidsonderzoeken van een simpele fitheidstest tot een uitgebreide total body scan. De variatie is groot, net zoals het aantal aanbieders. De huidige wet is daar niet voor bedoeld en ook niet voor toegerust.

Met de voorgestelde wijziging wordt beoogd mensen beter te beschermen tegen de risico's van preventieve gezondheidsonderzoeken. Dat is ook van belang bij de onderzoeken die nu al worden aangeboden. Het wetsvoorstel zorgt ervoor dat de kwaliteit beter wordt geborgd en het handhavingsinstrumentarium van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ) wordt uitgebreid. Voorgesteld wordt de wet op een aantal punten te verduidelijken en aan te scherpen. Zo valt naast het *uitvoeren* van preventief gezondheidsonderzoek, waar de huidige wet zich op richt, straks ook het *aanbieden* daarvan onder de werkingssfeer van de wet. Hiermee wordt er bijvoorbeeld voor gezorgd dat onderzoek dat in het buitenland wordt uitgevoerd, maar in Nederland wordt aangeboden, straks wel onder de wet valt. Ook komt er met de voorgestelde wijziging meer bescherming en duidelijkheid over het omgaan met nevenbevindingen. Het gericht toepassen van de criteria voor het verlenen van een vergunning, biedt bovendien mogelijkheden voor nieuw aanbod waar cliënten een verantwoorde keuze uit kunnen maken. Onder meer op basis van professionele standaarden krijgen zij betere informatie. Aanbieders krijgen tegelijkertijd meer mogelijkheden om een vergunning aan te vragen. Een ontwikkeling die hierbij aansluit is dat aanbieders verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit van hun aanbod. Hiervoor hebben zij recent een brancheorganisatie opgericht: de Nederlandse Vereniging voor Preventief Gezondheidsonderzoek (verder: NVvPG). Ik vind dit een positieve ontwikkeling. Deze organisatie kan de huidige Multidisciplinaire Richtlijn Preventief Medisch Onderzoek (verder: PMO-richtlijn) verder ontwikkelen en de kwaliteit van het aanbod verbeteren. Dit sluit naadloos aan bij het voorliggende wetsvoorstel.

Hiermee heb ik de vraag van mevrouw Westerveld (GroenLinks) naar het doel van de wet beantwoord.

Mevrouw Kuik (CDA) vraagt zich af welk probleem er opgelost wordt. Er wordt immers een markt gefaciliteerd voor preventief gezondheidsonderzoek in een commerciële setting? Ik wil benadrukken dat die markt er al lang is. Ook met de huidige wet zal deze markt nog doorgroeien. Echter, voor sommige onderzoeken geldt nu een onnodig streng regime. Denk bijvoorbeeld aan screening op huidkanker. Onder de huidige wet is dat vergunningplichtig, waarbij moet worden aangetoond dat het te verwachten nut van het onderzoek opweegt tegen de risico's voor de te onderzoeken personen. Voorgesteld wordt nu de vergunningplicht voor dergelijk onderzoek naar huidkanker te laten vervallen. De reden hiervoor is dat de behandelbaarheid van kanker in algemene zin, door ontwikkelingen in de geneeskunde enorm is verbeterd. Dat preventief gezondheidsonderzoek is nu vergunningplichtig en de huidige vergunningcriteria staan het verlenen van een vergunning in de weg. Daarnaast is het niet altijd goed mogelijk om toe te zien op de kwaliteit van het onderzoek en

het verstrekken van goede informatie aan cliënten, bijvoorbeeld als een onderzoek buiten Nederland wordt uitgevoerd.

Direct in het verlengde daarvan vraagt mevrouw Westerveld (GroenLinks) zich af wie er nu eigenlijk wordt geholpen met deze wet, de cliënt of de aanbieder. Uit het voorgaande kunt u opmaken dat het wetsvoorstel naar mijn oordeel voor zowel cliënten als aanbieders voordelen met zich meebrengt. Onnodige belemmeringen voor aanbieders worden weggenomen, en cliënten kunnen rekenen op een goede kwaliteit. De vereisten voor goede kwaliteit worden onder meer geregeld in de professionele standaard die hiertoe wordt aangepast. De IGJ houdt toezicht op het naleven van de professionele standaard en kan eventueel overgaan tot handhaving. Daarbij stimuleert het wetsvoorstel samenwerking van aanbieders om een betere kwaliteit te leveren. Daar is iedereen mee geholpen.

De heer Hijink (SP) suggereert om de eisen voor individueel preventief gezondheidsonderzoek in een andere wet onder te brengen en niet de Wbo af te schaffen. De huidige Wbo geldt echter, gelet op de reikwijdte daarvan, ook voor andere aanbieders dan de rijksoverheid. Een apart wettelijk kader lijkt mij overbodig en onduidelijk. Dan zouden er immers twee wetten naast elkaar komen te staan die zich richten op hetzelfde onderwerp. Nu komt er één kader voor al het preventief gezondheidsonderzoek. Wel wijzig ik de citeertitel van de wet in «Wet preventief gezondheidsonderzoek» zodat daarin duidelijker tot uitdrukking komt dat ook individueel preventief gezondheidsonderzoek hieronder valt.

2. Indeling in categorieën

Het wetsvoorstel biedt een wettelijk kader voor preventief gezondheidsonderzoek, waarbij gebruik wordt gemaakt van drie categorieën. De huidige wet kent vergunningplichtig onderzoek, maar het grootste deel van het preventief gezondheidsonderzoek is niet vergunningplichtig en daar gelden op dit moment geen aanvullende eisen voor vanuit de Wet op het bevolkingsonderzoek. De kern van dit wetsvoorstel is dat de waarborgen die gesteld worden aan preventief gezondheidsonderzoek, gelijk opgaan met de risico's die een dergelijk gezondheidsonderzoek met zich meebrengt. Naar mate de risico's groter worden gelden strengere eisen. Dat loopt van «geen aanvullende eisen» tot «een vergunningplicht».

Het wetsvoorstel onderscheidt daartoe drie categorieën:

1. Onderzoek waar geen extra eisen voor gelden, omdat er geen risicovolle handelingen (voorbehouden handelingen zoals bedoeld in de wet BIG) worden uitgevoerd. Hierop is de algemene wet- en regelgeving rond de kwaliteit van zorg wel van toepassing. U kunt hierbij denken aan een fitheidstest of een vragenlijst naar leefstijlaspecten.
2. Onderzoek waarvoor een professionele standaard moet zijn vastgesteld. Bij gebrek hieraan geldt de vergunningplicht. Het gaat dan om onderzoeken waarbij «voorbehouden handelingen als bedoeld in de Wet BIG» worden toegepast. Een voorbeeld hiervan is bloedonderzoek waarbij een ader wordt aangeprikt voor het afnemen van één of meer buisjes bloed. Ook kunnen bij algemene maatregel van bestuur onderzoeken worden aangewezen voor deze categorie. Het is de bedoeling om dit te doen voor gezondheidsonderzoek waarbij MRI, dat vaak wordt toegepast bij een total body scan, wordt gebruikt.
3. Onderzoek waar een vergunning voor nodig is. In elk geval gaat het om onderzoek waarbij ioniserende straling wordt gebruikt, bijvoorbeeld het meten van de botdichtheid met een Dexa-scan, om het risico op osteoporose te bepalen. Daarnaast gaat het om onderzoek gericht

op ernstige, onbehandelbare aandoeningen. De Gezondheidsraad toetst een vergunningaanvraag voor de uitvoering van dergelijk onderzoek aan de criteria uit het wetsvoorstel. Zonder vergunning is dergelijk onderzoek verboden.

De heer Hijink (SP) vraagt of met het wetsvoorstel de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek niet verslechtert, doordat nu ook commercieel onderzoek mogelijk wordt. Belangrijk is om in het oog te houden, dat voor bevolkingsonderzoeken die van Rijksweg worden aangeboden, geen commercieel onderzoek mogelijk is. Andere partijen kunnen voor deze categorie bevolkingsonderzoeken géén vergunning aanvragen. Dat is alleen mogelijk voor het aanbieden van preventief gezondheidsonderzoek aan een leeftijdscategorie die buiten het door het Rijk aangeboden bevolkingsonderzoek valt. Vanzelfsprekend zijn de criteria voor het aanvragen van een vergunning hiervoor gericht op het aanbieden van kwalitatief goed onderzoek. Dat commercieel onderzoek mogelijk wordt, betekent daarom niet dat de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek zal verslechteren. De kwaliteit van de bevolkingsonderzoeken, die van Rijksweg worden aangeboden is hoog en dat moet ook zo blijven. Het gaat om de bevolkingsonderzoeken die zullen worden aangewezen in het Besluit publieke gezondheid.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks) vraagt zich af waarom andere partijen die bereid zijn de gaten bij het bevolkingsonderzoek borstkanker te dichten, daarvoor geen kans krijgen. En waarom andere aanbieders worden tegengehouden, wanneer het de overheid niet lukt om een goed aanbod te leveren. Ik wil vooropstellen, dat ik open sta voor alle mogelijkheden om de capaciteitsproblemen bij het bevolkingsonderzoek borstkanker op te lossen. Op 2 september jl.¹ heb ik uw Kamer geïnformeerd over de mogelijkheden om mensen uit ziekenhuizen te detacheren, om zo snel mogelijk het screeningsinterval weer naar twee jaar te krijgen. Ik heb hierbij ook aangegeven hoe ingewikkeld het is, om screening door ziekenhuizen te laten aansluiten bij het bevolkingsonderzoek borstkanker. Vanwege de praktische problemen die dit met zich meebrengt, heb ik daarvan af moeten zien. Het gaat met name om het aansluiten van de werkprocessen en het opzetten van de informatiestromen. De hoge kosten die daarmee gemoeid zijn, maken het noodzakelijk dit aan te besteden. Aanbesteding is een langdurig traject en vergt veel inspanning van dezelfde organisaties, die nu hard bezig zijn de capaciteit binnen de screeningsorganisatie op peil te brengen zodat er naar verwachting vanaf begin 2024 weer eens per twee jaar gescreend kan worden. Dit is niet te combineren. Dezelfde bezwaren gelden bij het inzetten van commerciële partijen. Ook spelen de tekorten aan geschoold personeel over de hele breedte van de zorg. Ik verwacht niet dat een andere aanbieder sneller aan gekwalificeerde screeningslaboranten kan komen dan Bevolkingsonderzoek Nederland. Daar is immers al een omvangrijk traject gestart om mensen te werven, en via de opgeschaalde interne opleiding zo snel mogelijk in te laten stromen.

Mevrouw Maeijer (PVV) merkt op dat het verruimen van de keuzevrijheid vooral op categorie 1 gericht lijkt te zijn en minder op categorie 2. Zij vraagt zich af wat er precies wordt verruimd aan de keuzevrijheid. Mevrouw Westerveld (GroenLinks) vraagt welke preventieve onderzoeken zonder deze wet niet kunnen worden aangeboden en met deze wetswijziging wel. Het verruimen van de keuzevrijheid is niet aan de categorieën als zodanig verbonden. Concreet is het zo dat preventief onderzoek naar kanker volgens de huidige wet vergunningplichtig is, en straks in beginsel onder de eerste categorie valt. Bij preventief onderzoek naar kanker wordt

¹ Kamerstuk 32 793, nr. 564.

vaak een MRI-scanner gebruikt. Ten aanzien van MRI-onderzoek zijn we iets strikter en bepaalt de nieuwe wet als voorwaarde dat er een professionele standaard beschikbaar is. Is dat (nog) niet het geval, dan is het vergunningplichtig. Tot slot is het straks vaker mogelijk om een vergunning aan te vragen, omdat de vergunningcriteria meer op maat worden toegepast. Op dit moment staat het ontbreken van een gunstige verhouding tussen nut en risico op populatieniveau, het krijgen van een vergunning vaak in de weg, terwijl een preventief gezondheidsonderzoek op individueel niveau zeker van toegevoegde waarde kan zijn.

Mevrouw Maeijer (PVV) wijst erop dat in dit wetsvoorstel zelftesten worden toegestaan. Daarbij kunnen sommige partijen testen ondeugdelijk zijn, zoals ook bij Corona te zien was. Zij wil weten hoe de kwaliteit van zelftesten gewaarborgd is. Hiervoor kan ik naar de Wet medische hulpmiddelen (verder: Wmh) verwijzen. Hierin is bepaald onder welke voorwaarden zelftesten op de markt mogen worden gebracht. Als zelftesten worden gebruikt als onderdeel van het aanbieden van een dienst, is naast de Wmh ook de gewijzigde Wbo van toepassing. Daarnaast vallen zelftesten ook onder Europese wetgeving. De kwaliteit van zelftesten is derhalve voldoende gewaarborgd.

Mevrouw Van der Laan (D66) en de heer Hijink (SP) hebben vragen gesteld over de totstandkoming en status van professionele richtlijnen en standaarden. Een standaard is ontwikkeld door de professionals die hier dagelijks mee werken, en wordt formeel bekrachtigd door de beroeps- of branchevereniging. Dit houdt in dat een professionele standaard een breed draagvlak heeft binnen de betrokken beroepsgroepen. Daar is geen sprake van als één bedrijf zo'n standaard opstelt. Een standaard (zoals een professionele richtlijn) geeft invulling aan het begrip «goede zorg» conform de Wet kwaliteit klachten en geschillen in de zorg. Op dit moment is de PMO-richtlijn beschikbaar als standaard. Deze richtlijn is opgenomen in het register van het Zorginstituut en wordt op dit moment herzien.

In aanvulling op voorgaande vraag, vraagt de heer Hijink (SP) zich af of het kabinet niet te hoge verwachtingen heeft van professionele richtlijnen. De KNMG heeft zich immers teruggetrokken uit de Multidisciplinaire Richtlijn Preventief Medisch Onderzoek, omdat deze er niet toe zou leiden dat cliënten objectieve informatie zouden krijgen. Ik heb begrepen dat, na het terugtrekken door de KNMG van betrokkenheid bij de richtlijn, Zorginstituut Nederland (verder: ZIN) bij alle partijen die betrokken zijn bij de richtlijn heeft nagevraagd of zij waarde hechten aan deze richtlijn. Daar kwam voldoende positieve respons op, waarbij aangegeven werd dat de richtlijn wel bruikbaar is, maar ook voor verbetering vatbaar. Om die reden heeft ZIN de richtlijn op de meerjarenagenda gezet. Op dit moment wordt de richtlijn geactualiseerd. ZIN houdt toezicht op dit proces. Ik heb er dan ook vertrouwen in dat dit leidt tot een richtlijn, die voldoende waarborgen biedt voor het verantwoord aanbieden van preventief gezondheidsonderzoek.

De heer Van Campen (VVD) en mevrouw Kuiken (PvdA) hebben vragen over de indeling in categorieën. Is het mogelijk dat nu nog onbekende onderzoeken straks tussen de categorieën in vallen en is duidelijk hoe de verschillende categorieën zich tot elkaar verhouden? Ik zie niet direct onduidelijkheid in de afbakening tussen de categorieën. De categorie-indeling gaat van algemeen naar specifiek. Wanneer bij een preventief gezondheidsonderzoek geen voorbehouden handelingen worden verricht valt het onderzoek in beginsel in de eerste categorie en is het niet vergunningplichtig. Van een aanbieder mag worden verwacht dat deze weet of een professionele standaard beschikbaar is, zodat het preventief gezondheidsonderzoek onder de tweede categorie valt, of dat een

vergunning moet worden aangevraagd. Welke onderzoeken er verder vergunningplichtig zijn blijkt voldoende duidelijk uit het wetsvoorstel. Als er een vergunning wordt aangevraagd en deze wordt niet verleend, dan lijkt het mij duidelijk dat dergelijk onderzoek verboden is. Aanbieders hebben zo voldoende zicht op de categorie die op hun preventief gezondheidsonderzoek van toepassing is. Dat geeft rechtszekerheid en duidelijkheid over het van toepassing zijnde regime.

De heer Van Campen (VVD) vraagt wat in zo'n vergunning nou eigenlijk geregeld wordt. In een vergunning wordt in ieder geval aangegeven, dat het voorgenomen preventieve gezondheidsonderzoek moet worden uitgevoerd, zoals dat is beschreven in de aanvraag. Dat lijkt logisch, maar het voorkomt dat aanbieders onderdelen gaan aanpassen en verder gaan in het onderzoek dan geoorloofd is, in de veronderstelling dat dat mag omdat ze toch al een vergunning hebben. Verder kunnen aan een vergunning voorwaarden worden verbonden, ter bescherming van de te onderzoeken personen tegen de risico's of ter verzekering van een voldoende nut van het desbetreffende bevolkingsonderzoek – zo staat in de voorgestelde wettekst. In de praktijk wordt vaak aangegeven hoe de informatie aan de deelnemers eruit moet zien, zodat deze eerlijk geïnformeerd worden over het onderzoek. Een ander voorbeeld is dat in de voorwaarden bij een vergunning voor een wetenschappelijk onderzoek, bepaald kan worden dat de kosten van vervolgonderzoek niet voor rekening van de deelnemer mogen komen. Dit jaar heb ik een vergunning verleend voor een wetenschappelijk onderzoek naar de screening op longkanker. Daarin is bepaald dat alle andere bevindingen dan longkanker zo veel mogelijk moeten worden vermeden. Iedere andere (toevallige) bevinding die desondanks wordt gedaan, wordt alleen dan bekendgemaakt, indien onmiskenbaar van belang voor de prognose van de patiënt. De Gezondheidsraad geeft in een advies over een vergunningaanvraag vaak al aan welke voorwaarden aan het preventieve gezondheidsonderzoek zouden moeten worden gesteld.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks) vraagt waarom het nodig is om de eerste categorie op te nemen in het wetsvoorstel, als we daar toch geen extra regels aan stellen. De categorieën worden echter niet met name genoemd in de wettelijke bepalingen van het wetsvoorstel zelf. Het wetsvoorstel geeft in artikel 1 een definitie van preventief gezondheidsonderzoek. In de artikelen daarna wordt bepaald welk preventief gezondheidsonderzoek alleen mag worden aangeboden en verricht onder bepaalde voorwaarden, en wat die voorwaarden zijn. Hiermee wordt dezelfde systematiek gehanteerd als in de huidige Wet op het bevolkingsonderzoek. Preventief gezondheidsonderzoek dat wél onder de definitie van het wetsvoorstel valt, maar waarvoor het wetsvoorstel geen extra kwaliteitseisen vaststelt of verboden oplegt, valt daarmee in categorie 1. In de memorie van toelichting worden voor de overzichtelijkheid, de verschillende preventieve gezondheidsonderzoeken geschaard in categorieën. Aan de hand van deze categorie-indeling wordt duidelijk gemaakt dat de wettelijke borging van de kwaliteit oploopt, naarmate het preventief gezondheidsonderzoek meer risico's met zich meebrengt voor deelnemers.

De heer Hijink (SP) vraagt zich af waarom ervoor wordt gekozen om de total body scan in de tweede categorie in te delen. Hij vond dit bij de consultatie van de wet beter geborgd omdat een total body scan daarin onder de vergunningplicht zou kunnen vallen. Het huidige wetsvoorstel biedt de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur ook voor het aanbieden van bevolkingsonderzoeken waarbij geen voorbehouden handelingen worden verricht, het volgen van de professionele standaarden te verplichten. Ik heb in de memorie van toelichting

aangegeven dat ik in ieder geval preventief gezondheidsonderzoek waarbij MRI wordt gebruikt op deze wijze onder categorie twee laat vallen. Vaak wordt MRI gebruikt bij een total body scan. Dit biedt goede waarborgen voor de kwaliteit. In de consultatieversie van dit wetsvoorstel was de regeling voor nevenbevindingen anders, waardoor de total body scan onder de vergunningplicht zou kunnen vallen. Dit leverde onduidelijkheid op voor aanbieders. De regeling op het punt van de nevenbevindingen is zodanig aangepast, dat het nu voor iedereen duidelijk is wanneer een vergunning nodig is. Dit biedt aanbieders meer rechtszekerheid.

Mevrouw Kuik (CDA) vraagt om in te gaan op het advies van de Gezondheidsraad uit 2015 waarin de raad adviseert de total body scan onder de vergunningplicht te laten vallen. De Gezondheidsraad adviseerde in 2015 om de vergunningplicht te handhaven, omdat er bij een total body scan een aanzienlijke kans bestaat dat direct of indirect ziekten of aandoeningen aan het licht komen die niet te voorkomen of te behandelen zijn. Daarbij doelde de Gezondheidsraad vooral op een total body scan waarbij gebruik wordt gemaakt van MRI-onderzoek. Ik denk echter dat de kwaliteit en het beperken van de risico's met een minder vergaande regulering kan worden geborgd. Zoals aangekondigd, ga ik MRI-onderzoek aanwijzen als behorend tot de tweede categorie met de daarbij behorende kwaliteitscriteria. Ik wijk hiermee alleen af van het advies van de Gezondheidsraad in de zin dat de vergunningplicht wordt opgeheven als via een professionele standaard de kwaliteit geborgd is. De beschikbaarheid van een professionele standaard vind ik onder meer van belang met het oog op mogelijke valspositieve resultaten en de daaruit voortvloeiende doorverwijzingen. Ter bescherming van deelnemers aan preventief gezondheidsonderzoek met MRI tegen het inderdaad zwaarwegende risico van het signaleren van ernstige, onbehandelbare aandoeningen, voorziet het wetsvoorstel ook in een verbod op het rapporteren van nevenbevindingen die betrekking hebben op ernstige, onbehandelbare aandoeningen, tenzij sprake is van gewetensnood. Ik meen dat op deze manier recht gedaan wordt aan de bescherming die de Gezondheidsraad hiervoor nodig acht.

Mevrouw Van der Laan (D66) vraagt waar het wat betreft gezondheidswinst om gaat bij gezondheidsonderzoek bij foetussen. De meest bekende vorm van onderzoek bij ongeboren kinderen is de prenatale screening (waaronder de NIPT en de 13 weken echo). Hierbij wordt, onder andere, gezocht naar ernstige, onbehandelbare aandoeningen. Dat valt onder de vergunningplicht van de huidige wet en dit blijft met dit wetsvoorstel onveranderd. In principe is ook preventief gezondheidsonderzoek denkbaar ten behoeve van de gezondheid van een ongeboren kind, waarbij een behandelbare aandoening aan het licht komt. Hoewel het niet vaak voorkomt, kan een aangeboren hartafwijking of een andere behandelbare aandoening worden gezien op een echo. Het is dan mogelijk om direct na de geboorte operatief in te grijpen. Er is ook al ervaring met het opereren van een ongeboren baby. Deze ingrepen vinden plaats bij ongeboren kinderen bij wie de kans groot is dat ze zonder opereren overlijden. Wanneer het gaat om dergelijke onderzoeken die gezondheidswinst opleveren, ligt het voor de hand dat dit gebeurt in het kader van de reguliere verloskundige zorg. Daarbij wordt nu al gemonitord hoe de zwangerschap verloopt. Onderzoeken die mede gericht zijn op ernstige, onbehandelbare aandoeningen (dat zal bij echo's snel het geval zijn), vallen onder de vergunningplicht. Hiervoor wordt alleen een vergunning gegeven indien bijzondere omstandigheden daartoe aanleiding geven.

3. Omgaan met nevenbevindingen

Een bijzonder aandachtspunt van het wetsvoorstel zijn de nevenbevindingen. Het zorgvuldig omgaan met nevenbevindingen vraagt binnen de gehele zorg aandacht, en zeker bij preventief gezondheidsonderzoek.

Bij preventief gezondheidsonderzoek gelden, evenals elders in de zorg, de uitgangspunten «weldoen» en «niet schaden». Dat betekent dat het terugkoppelen van nevenbevindingen alleen toegestaan is, als duidelijk is dat dit meer voordeel dan belasting voor de cliënt of anderen oplevert. Niet in alle gevallen zal deze balans aantoonbaar positief uitpakken. In de zorg dient de zorgverlener zelf een afweging te maken tussen de uitgangspunten «weldoen» en «niet schaden», om op basis daarvan de patiënt wel of niet te informeren over eventuele nevenbevindingen. Ook moeten zorgverleners rekening houden met de wensen van de patiënt. Als een patiënt heeft aangegeven geen nevenbevindingen te willen weten (het recht op niet-weten), dan dient de zorgverlener zich daaraan te houden, tenzij er sprake is van gewetensnood bij de zorgverlener. Dit is het geval wanneer een zorgprofessional vindt dat de terugkoppeling van een nevenbevinding noodzakelijk is, vanwege het nadeel dat uit het niet-melden kan voortvloeien voor de patiënt zelf of voor anderen.

Vanwege de beschermingsgedachte van het onderhavige wetsvoorstel gaat dit wetsvoorstel een stapje verder dan de reguliere zorg. Dit wetsvoorstel bepaalt dat het terugkoppelen van nevenbevindingen die betrekking hebben op aandoeningen die duiden op ernstige, onbehandelbare aandoeningen of op ziekten die zijn opgenomen in een bevolkingsonderzoek dat van Rijksweg wordt aangeboden, alleen is toegestaan in geval van gewetensnood bij de zorgprofessional. Met de brancheorganisatie (NVvPG) heb ik hierover gesproken. Zij benadrukken het zelfbeschikkingsrecht van cliënten en vinden de benadering van nevenbevindingen moeilijk te hanteren voor aanbieders van preventief gezondheidsonderzoek. Daar hebben we een goed gesprek over gehad en ik heb mij nader beraden over alle aspecten die hierbij aan de orde kunnen komen.

Alles overwegende blijf ik bij de lijn van het wetsvoorstel. Net als in de reguliere zorg, moeten nevenbevindingen bij preventief gezondheidsonderzoek zoveel mogelijk vermeden worden. Als het gaat om een ernstige, onbehandelbare aandoening, vind ik dat dit bij preventief gezondheidsonderzoek in beginsel niet terug gemeld moet worden. Het rapporteren van nevenbevindingen is alleen gunstig voor mensen als het klinisch relevant is en er handelingsperspectief is. Anders is het terug melden ervan vooral belastend voor mensen. Je zou je nog af kunnen vragen waarom mensen niet zelf mogen kiezen of zij willen weten of ze een ernstige, onbehandelbare aandoening hebben. Wanneer mensen op zoek zijn naar dergelijke informatie, gaat het vaak om complexe vragen. Ik vind de setting van een preventief gezondheidsonderzoek daarvoor niet geschikt. Mensen die op dit punt zorgen hebben, kunnen daarmee in de reguliere zorg terecht.

Bij preventief gezondheidsonderzoek gaat het in principe om gezonde cliënten en daarom zijn we iets strenger voor nevenbevindingen die duiden op ernstige, onbehandelbare aandoeningen of op ziekten die zijn opgenomen in een bevolkingsonderzoek dat van Rijksweg wordt aangeboden. Op die manier wordt ook voorkomen dat een eventuele vergunningplicht wordt omzeild door dergelijke bevindingen, waar actief naar gezocht is, te presenteren als een nevenbevinding.

Een aantal fracties heeft verhelderende vragen gesteld over de rol van gewetensnood. Mevrouw Maeijer (PVV) vraagt zich af wanneer dit optreedt en of dit niet per individu verschilt. De heer Van Campen (VVD) vraagt of dit niet ruimer geïnterpreteerd zou moeten worden als de cliënt daar behoefte aan heeft. Mevrouw Van der Laan (D66) vraagt zich bij ernstige aandoeningen af of er niet altijd sprake zal zijn van gewetensnood.

Zoals eerder bleek zijn zorgverleners bekend met het begrip gewetensnood en moeten zij in staat worden geacht om te beoordelen of het niet melden van een nevenbevinding schadelijk kan zijn voor een cliënt of zijn omgeving. Zoals hiervoor gemeld hanteert dit wetsvoorstel hetzelfde begrip voor gewetensnood als in de reguliere zorg gebruikelijk is. Het wetsvoorstel is wel strenger ten aanzien van het terug melden van nevenbevindingen die duiden op ernstige, onbehandelbare aandoeningen of op ziekten die zijn opgenomen in een bevolkingsonderzoek dat van Rijkswege wordt aangeboden. Bij het terug melden van die aandoeningen is sprake van «nee tenzij», gewetensnood is dan de enige grond om een nevenbevinding terug te melden. Bij een ernstige aandoening die wel behandelbaar is, geldt de vergunningplicht in veel gevallen niet en mag de zorgprofessional in de meeste gevallen deze nevenbevinding ook terugkoppelen wanneer dit meer voordeel dan belasting voor de cliënt oplevert (zoals gezegd, geldt het «nee tenzij»-criterium als het gaat om een aandoening waarvoor het Rijk bevolkingsonderzoek aanbiedt). Het terugkoppelen is dan immers ook in het belang van de cliënt, omdat de aandoening behandeld kan worden. Bij een ernstige aandoening waarvoor geen behandeling mogelijk is ligt de afweging anders. Bij een preventief gezondheidsonderzoek heeft de cliënt in het algemeen geen klachten, omdat hij in dat geval wel hulp gezocht zou hebben in de reguliere zorg. De kennis dat hij ernstig ziek gaat worden, maar hier niets aan kan doen omdat de ziekte onbehandelbaar is, is dan alleen maar belastend.

Voor alle duidelijkheid, ongeneeslijk is niet hetzelfde als onbehandelbaar. Als de cliënt mogelijkheden zou hebben om een ongeneeslijke ziekte af te remmen of de gevolgen voor zijn levenskwaliteit te verminderen, dan kan het geweten van de zorgprofessional weer tot een andere afweging leiden. Mevrouw Van der Laan (D66) vraagt tevens wat onder onbehandelbaar verstaan moet worden, specifiek in relatie tot eventuele palliatieve zorg. Helaas zijn er veel ziekten en aandoeningen waaraan mensen dood kunnen gaan. Daarmee zijn deze ziekten gelukkig niet allemaal onbehandelbaar. Ziekten en aandoeningen zijn onbehandelbaar, als er naar de stand van de wetenschap geen (zinvolle) behandelopties voorhanden zijn. Die behandelopties moeten een substantiële invloed hebben op klinische uitkomsten, dat wil zeggen sterfte, ziekte en kwaliteit van leven. Palliatieve zorg is pas aan de orde wanneer er sprake is van (de start van) een stervensproces. Kennis dat een ernstige ziekte eraan komt, biedt een gebruiker weliswaar mogelijkheden om de palliatieve zorg vroegtijdig op orde te brengen, maar dit weegt in de regel niet op tegen de enorme belasting van de kennis over wat er (mogelijk) komen gaat. Ook hier maakt de zorgprofessional op basis van zijn geweten de uiteindelijke afweging om een nevenbevinding terug te koppelen of niet.

De heer Van Campen (VVD) en mevrouw Van der Laan (D66) zetten vraagtekens bij het argument dat de vergunningplicht beter te handhaven is doordat nevenbevindingen, behoudens uitzonderingen vanwege gewetensnood, niet mogen worden teruggekoppeld. De vergunningplicht biedt waarborgen voor de kwaliteit van bepaalde preventieve gezondheidsonderzoeken. Zo is preventief gezondheidsonderzoek naar ernstige, onbehandelbare aandoeningen vergunning plichtig omdat, gelet op de

aard van de bevindingen die uit dit onderzoek kunnen komen en de impact die dit kan hebben op de cliënt, een hoge mate van bescherming gewenst is. Als het toegestaan zou worden om nevenbevindingen zonder meer terug te koppelen, zou de vergunningplicht kunnen worden ontdoken door het signaleren van ernstige, onbehandelbare aandoeningen te presenteren als een nevenbevinding. Daarnaast, als een ernstige, onbehandelbare aandoening als nevenbevinding wordt opgemerkt, is de psychische belasting van deze kennis groot. Ik vind het van belang dat een zorgprofessional dergelijke nevenbevindingen niet zomaar terug meldt aan de betrokkene. Nu het wetsvoorstel ook de mogelijkheid biedt om alsnog de nevenbevinding terug te melden in geval van gewetensnood, vind ik deze regeling inderdaad proportioneel om het omzeilen van de vergunningplicht tegen te gaan.

De fractie van de PvdA heeft, voorafgaand aan het debat, twee amendementen ingediend. Amendement onder nummer 9 (Kamerstuk 35 384, nr. 9) regelt dat alle nevenbevindingen bij alle soorten preventief gezondheidsonderzoek moeten worden terug gemeld, tenzij daar andere afspraken over zijn gemaakt tussen de betrokkene en de zorgprofessional. Dit amendement ondergraaft de bepaling in het wetsvoorstel dat bepaalde nevenbevindingen niet zomaar mogen worden terug gemeld, omdat hiermee de vergunningplicht kan worden ontdoken. Het amendement zorgt er ook voor dat ernstige, onbehandelbare aandoeningen moeten worden terug gemeld als de betrokkene en de zorgprofessional vergeten zijn hierover afspraken te maken. Omdat ik het belangrijk vind dat deelnemers aan een preventief gezondheidsonderzoek worden beschermd tegen het psychisch lijden dat de wetenschap van het hebben of waarschijnlijk zullen krijgen van een ernstige en onbehandelbare ziekte met zich mee brengt, moet ik dit amendement ontraden.

De PvdA-fractie heeft nog een amendement onder nummer 8 (Kamerstuk 35 384, nr. 8) ingediend dat erop gericht is dat bevolkingsonderzoeken die van Rijksweg worden aangeboden, kunnen worden uitgebreid met andere controles. Het is overbodig om het wetsvoorstel te amenderen om dit te bewerkstelligen; dat kan nu ook al. Het programma kan worden aangepast als de Gezondheidsraad daarover een positief advies geeft. Daarvoor kijkt de Gezondheidsraad onder meer naar de balans tussen de voor- en nadelen op populatieniveau en toetst aan de criteria voor een verantwoorde screening van Wilson en Jungner. Die criteria houden onder andere in dat het moet gaan om een belangrijk gezondheidsprobleem. Ook moet er een valide test beschikbaar zijn en moet de screening kosteneffectief zijn. Wat het voorbeeld in het amendement betreft, verwacht ik niet dat de Gezondheidsraad positief zal adviseren om het bevolkingsonderzoek borstkanker uit te breiden met het controleren van borstimplantaten. De techniek van het bevolkingsonderzoek is daar namelijk niet geschikt voor. Veelzeggend is ook dat de radiologen in hun beroepsrichtlijn hebben opgenomen dat zij dergelijke nevenbevindingen in beginsel niet terug melden. Ik ontraad dan ook dit amendement. Hiermee geef ik ook antwoord op de vraag van mevrouw Kuiken (PvdA) of het bevolkingsonderzoek borstkanker kan worden benut om de staat van borstimplantaten te checken. Het bevolkingsonderzoek borstkanker is hiervoor niet geschikt. Plastisch chirurgen kunnen dit wel goed controleren, en het is dan ook belangrijk dat vrouwen een controleafspraak met de plastisch chirurg maken. Met vragen hierover kunnen vrouwen altijd bij hun huisarts terecht.

Een aantal Kamerleden heeft nog vragen gesteld over specifieke onderzoeken rond de zwangerschap. Mevrouw Westerveld (GroenLinks) vraagt of nevenbevindingen bij het maken van een pretecho wel kunnen worden teruggekoppeld. De heer Van Campen (VVD) stelt dat bij de NIPT

nevenbevindingen wel worden gemeld en vraagt of dit bij preventief gezondheidsonderzoek ook zou kunnen op basis van een richtlijn. Een pretecho is geen passend voorbeeld omdat dit geen preventief gezondheidsonderzoek is, omdat het niet gericht is op het opsporen van ziekten, aandoeningen of risico-indicatoren. Daarmee valt een pretecho niet onder de reikwijdte van dit wetsvoorstel. Overigens worden in de praktijk bij pretecho's soms wel aandoeningen gesignaleerd, en deze worden dan teruggekoppeld, zodat de vrouw en haar partner de nodige zorg kunnen krijgen. In dat laatste geval is de algemene zorgwetgeving van toepassing. De Gezondheidsraad heeft op 7 juli 2021 geadviseerd over het terugkoppelen van nevenbevindingen bij de NIPT. De Gezondheidsraad adviseert alleen nevenbevindingen te melden die klinisch relevant zijn. Beroepsgroepen werken aan een richtlijn om te bepalen welke nevenbevindingen dat zijn. Op dit moment worden bij NIPT in het kader van het wetenschappelijke onderzoek, ook nevenbevindingen gemeld waarvan de klinische relevantie niet duidelijk is, mits de vrouw hiervoor gekozen heeft. De Gezondheidsraad stelt juist voor daar in de toekomst, wanneer de TRIDENT-studie naar de NIPT is afgelopen, meer kaders aan te stellen. Dit is in lijn met het wetsvoorstel, waarmee de NIPT ook onder de vergunningplicht blijft vallen, omdat hiermee ernstige onbehandelbare aandoeningen worden opgespoord. Indien een volgend kabinet besluit tot voortzetting van de NIPT, dan kan dit advies van de Gezondheidsraad worden vertaald in de vergunning.

Mevrouw Van der Laan (D66) heeft een amendement onder nummer 17 (Kamerstuk 35 384, nr. 17) ingediend dat zich richt op het voorkomen van het ontduiken van de vergunningplicht als het gaat om het melden van nevenbevindingen. Zij stelt voor om preventieve gezondheidsonderzoeken, die regelmatig leiden tot nevenbevindingen die onder de vergunningplicht vallen, vergunning plichtig te maken. Ook wordt het verboden om preventief gezondheidsonderzoek aan te bieden, dat gericht is op het aantreffen van nevenbevindingen. De IGJ heeft aangegeven dat in de praktijk moeilijk aangetoond zal kunnen worden dat het doel van een preventief gezondheidsonderzoek is gericht op het omzeilen van de vergunningplicht. Handhaving wordt hierdoor lastig. Ook geeft het criterium «waarbij op regelmatige basis nevenbevindingen worden aangetroffen» onvoldoende rechtszekerheid voor aanbieders van preventief gezondheidsonderzoek. Het is voor hen niet duidelijk wanneer hun onderzoek wel of niet onder de vergunningplicht valt. Het wetsvoorstel richt zich daarom op het verbod om vergunning plichtige nevenbevindingen terug te melden, tenzij de zorgprofessional hierbij in gewetensnood komt. Het terug melden van nevenbevindingen wordt in het wetsvoorstel dus niet geheel verboden zoals de toelichting bij het amendement suggereert. Ik ontraad dit amendement.

De heer Hijink (SP) heeft een amendement ingediend onder nummer 20 (Kamerstuk 35 384, nr. 20) over het vergunning plichtig maken van ongerichte preventieve gezondheidsonderzoeken. Hiervoor heeft de heer Hijink (SP) gebruik gemaakt van de formulering van het conceptwetsvoorstel, zoals dat luidde toen het in internetconsultatie was. Uit de reacties op de internetconsultatie bleek dat deze formulering onvoldoende duidelijkheid geeft voor aanbieders en verrichters van preventief gezondheidsonderzoek of hun onderzoek al dan niet vergunning plichtig is. Dat vind ik onwenselijk. Daarom is de formulering in het wetsvoorstel gewijzigd en de bepaling over nevenbevindingen toegevoegd. Ik ben van mening dat dit voldoende waarborgen biedt tegen ongericht preventief gezondheidsonderzoek. Daarom ontraad ik dit amendement.

4. Handhaving van de nieuwe wet

Een nadeel van de huidige wet is dat de handhavingsmogelijkheden voor de IGJ heel beperkt zijn. Dit lost het wetsvoorstel op. De IGJ krijgt meer bevoegdheden om de wet te handhaven.

Naast de al bestaande mogelijkheid om aangifte te doen bij het OM krijgt de IGJ de volgende mogelijkheden:

- het opleggen van een bestuurlijke boete;
- het opleggen van bestuursdwang; en
- het opleggen van een last onder dwangsom.

Deze handhavingsinstrumenten kan de IGJ gepast inzetten naar gelang het type overtreder en de aard van de overtreding. Omdat bij het toezicht op de uitvoering van de wet ook de capaciteit van de IGJ een rol speelt, wordt die op dit moment uitgebreid met 2 fte.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks) heeft een aantal vragen met betrekking tot de handhaving. Zo wordt gevraagd hoe wordt geborgd dat voldoende kennis aanwezig is bij de IGJ, hoeveel verschillende aanbieders van preventief gezondheidsonderzoeken er zijn die de IGJ moet controleren, hoeveel tijd zij daarvoor nodig hebben en hoeveel geld daarvoor beschikbaar is. Tot slot de vraag waarom de toelichting op het wetsvoorstel hier geen aandacht aan besteedt. Allereerst wil ik opmerken dat de IGJ toezicht houdt op de gehele gezondheidszorg. Hieronder vallen de curatieve zorg, de publieke gezondheidszorg, geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, zorgaanbieders en zorgprofessionals. En natuurlijk ook de jeugdhulp. Een achttiental aanbieders heeft zich inmiddels verenigd in de NVvPG. Het is onbekend hoeveel aanbieders er in totaal zullen zijn. Toezicht door de IGJ vindt voornamelijk plaats op basis van meldingen. Daarnaast zal de IGJ steekproefsgewijs toezicht houden. Hoeveel tijd, capaciteit en geld daarvoor nodig is, wordt jaarlijks in goed overleg gezien met de IGJ. Zoals hiervoor al aangegeven, wordt de IGJ op dit moment versterkt met 2 fte om zich voor te bereiden op het handhaven van de gewijzigde wet. Op het moment dat de toelichting bij het wetsvoorstel werd geschreven, waren de afspraken over de benodigde capaciteit van de IGJ nog niet afgerond.

Mevrouw Kuiken (PvdA) vraagt zich af of de IGJ voldoende ruimte en personeel heeft om de kwaliteit van zelftesten te toetsen. Zoals in een eerder antwoord toegelicht, vallen zelftesten die mensen thuis doen en die direct een uitkomst geven onder de Wmh en EU-wetgeving. Medische hulpmiddelen worden voordat ze op de markt komen beoordeeld door de zogenaamde «notified bodies». De IGJ houdt in samenwerking met de andere EU-toezichthouders toezicht, nadat de producten op de markt zijn gekomen. De benodigde capaciteit voor de IGJ wordt jaarlijks besproken met VWS in het kader van de jaarplancyclus. Het toezicht houden op zelftesten gebeurt al door de IGJ en is geen onderdeel van de extra capaciteit voor het handhaven van de Wbo die nu beschikbaar komt.

In het verlengde van de vorige vragen wil de heer Van Campen (VVD) weten hoe het toezicht en de beoordeling er in de praktijk uit gaan zien. Wie toetst of een aanbieder, als het gaat om categorie 1 onderzoeken, niet te lichtzinnig met de standaarden omgaat. Bij categorie 2 is de beschikbaarheid van beroepsnormen noodzakelijk, hoe wordt dat beoordeeld, zo vraagt hij, en hoe kunnen we weten of dat zorgvuldig gebeurt. Mevrouw Westerveld (GroenLinks) vraagt waar misstanden gemeld kunnen worden. De IGJ houdt op verschillende manieren toezicht. Allereerst kan de IGJ thematisch onderzoek starten naar bijvoorbeeld (een onderdeel van) een branche waar veel problemen spelen. Als het om een categorie 2

onderzoek gaat, zal de IGJ kunnen onderzoeken of, en hoe de beroepsnormen worden toegepast en kunnen bezien of er sprake is van goede zorg. Daarnaast houdt de IGJ toezicht op basis van meldingen. Burgers en professionals die in aanraking komen met misstanden of andere situaties waarbij ze te maken hebben gehad met het ontbreken van goede zorg, kunnen een melding doen bij het Landelijk Meldpunt Zorg en bij het meldpunt van de IGJ. Beide meldpunten zijn onderdeel van de IGJ. Op basis van meldingen kan de IGJ besluiten om over te gaan tot nader onderzoek. Ook kunnen meldingen aanleiding zijn voor de IGJ om thematisch onderzoek te starten.

5. Eisen aan de informatievoorziening

Om een goede keuze te kunnen maken is het van belang dat mensen juiste en volledige informatie kunnen krijgen over preventief gezondheidsonderzoek. Preventief gezondheidsonderzoek is juridisch gezien gewoon onderzoek. Dit betekent dat de algemene zorgwetgeving ook van toepassing is op preventief gezondheidsonderzoek, zoals de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (verder: Wkkgz) en de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (verder: Wgbo). Uit deze wetten volgen onder andere eisen over goede informatieverstrekking aan de deelnemer. Naast informatie over individuele onderzoeken vind ik ook meer algemene informatie van belang. Ik heb het RIVM gevraagd om die via hun website aan te bieden. De site over gezondheidstesten² van het RIVM geeft mensen inzicht in de verschillende typen testen en de voor- en nadelen daarvan.

Mevrouw Maeijer (PVV) vraagt aandacht voor de kwaliteit van het onderzoek en het belang voor diegene die het ondergaat. Behandelen terwijl het niet nodig is, zou niet moeten gebeuren. Zij vraagt of in kaart kan worden gebracht welke test voor wie, op welk moment, zinvol is. Uitgangspunt van de wet is juist dat mensen zelf kunnen kiezen welk aanbod voor hen zinvol is. Het is dan wel belangrijk dat zij een goede keuze uit het aanbod kunnen maken. De site van het RIVM geeft meer informatie over preventief gezondheidsonderzoek in het algemeen. Dit ondersteunt mensen bij het maken van een keuze uit het aanbod. De aanbieder van preventief gezondheidsonderzoek is verantwoordelijk voor het geven van informatie over het specifieke gezondheidsonderzoek dat hij aanbiedt.

Wat betreft de opmerking van de heer Hijink (SP) dat het RIVM verantwoordelijk lijkt te worden voor de informatievoorziening rondom preventief gezondheidsonderzoek het volgende. Zoals hiervoor aangegeven zijn aanbieders zelf verantwoordelijk voor het geven van informatie over het preventief gezondheidsonderzoek dat zij aanbieden. Het zal dan gaan om specifieke informatie over het betreffende onderzoek. Wanneer een cliënt daar gebruik van wil maken, zal de aanbieder ook verdere vragen van de cliënt over het onderzoek beantwoorden. De website van het RIVM biedt meer algemene informatie over preventief gezondheidsonderzoek aan. De website beschrijft de verschillende typen onderzoek en gaat in op de resultaten die dit kan opleveren. Hierbij komen zowel voor- als nadelen aan de orde. De website biedt ook ondersteuning bij het besluiten om al dan niet een preventief gezondheidsonderzoek te doen.

Mevrouw Kuik (CDA) vraagt hoe mensen worden beschermd tegen schijnveiligheid en maakbaarheid. De basis hiervoor is goede informatie voor cliënten. Het moet duidelijk zijn wat een preventief gezondheidsonderzoek wel en juist niet oplevert. Maakbaarheid is niet mogelijk, maar het is natuurlijk wel positief als mensen meer mogelijkheden krijgen om regie te nemen over hun eigen gezondheid.

² www.rivm.nl/gezondheidstesten.

Mevrouw Van der Laan (D66) heeft een amendement onder nummer 16 (Kamerstuk 35 384, nr. 16) ingediend met de strekking dat bij regeling aanvullende voorwaarden gesteld kunnen worden aan de inlichtingen die aanbieders aan deelnemers moeten verstrekken. Ik deel het belang van goede informatie voor deelnemers van preventief gezondheidsonderzoek. Ik zie echter niet de noodzaak om op dit vlak een aparte wettelijke regeling op te stellen. Het wetsvoorstel draagt namelijk al op verschillende manieren bij aan een betere informatievoorziening. Bijvoorbeeld ook door buitenlandse aanbieders onder de werkingssfeer te brengen. Daarnaast komt de informatievoorziening aan cliënten ook aan de orde in de algemene wet- en regelgeving ten aanzien van de kwaliteit van zorg en in de PMO-richtlijn. Ten slotte is via het RIVM aanvullende informatie beschikbaar. Ik laat het oordeel over dit amendement graag aan de Kamer.

6. Relatie met de reguliere zorg en kosten

Preventief gezondheidsonderzoek roept vaak de vraag op, of hierdoor niet veel meer mensen onnodig worden doorverwezen en of de kosten voor de gezondheidszorg hierdoor niet nog verder gaan stijgen. Uit onderzoek blijkt dat mensen hun huisarts vragen om informatie over preventief gezondheidsonderzoek. Ook vragen zij hun huisarts advies over de uitslag van een dergelijk onderzoek.

Het is goed dat mensen hiervoor bij hun huisarts aankloppen. Dat doen zij in het algemeen al wanneer zij zich zorgen maken over hun gezondheid. Als het gaat om preventief gezondheidsonderzoek kunnen huisartsen de uitslagen goed duiden. Bij een ongunstige uitslag kan de huisarts aanvullend onderzoek inzetten en ongerustheid wegnemen. Wanneer daar aanleiding voor is, verwijst de huisarts naar de tweede lijn. Onderzoek van NIVEL over de kenmerken van gebruikers van preventief gezondheidsonderzoek, de rol van de huisarts en het zorggebruik dat uit het gebruik voortvloeit, laat zien dat een verwijzing naar de tweede lijn in de praktijk heel weinig nodig is³.

Omdat ik het belangrijk vind hier wel goed vinger aan de pols te houden, heb ik NIVEL gevraagd het onderzoek te herhalen. Dit onderzoek geeft zicht op het gebruik van preventief gezondheidsonderzoek en de effecten hiervan op de eerste lijn. Het NIVEL-onderzoek laat zien dat in Nederland relatief weinig gebruik wordt gemaakt van preventief gezondheidsonderzoek. Hierdoor blijven de extra kosten voor de zorg beperkt. Mocht het nieuwe NIVEL-onderzoek hier aanleiding toe geven, zal er ook vervolgonderzoek worden gedaan naar de kosten voor de vervolgzorg. Mocht in de toekomst een toename in gebruik van preventief gezondheidsonderzoek tot problemen leiden, dan bevat het wetsvoorstel bepalingen om dit te ondervangen.

Het wetsvoorstel bevat zogenaamde vangnetmaatregelen die het mogelijk maken om regulerend op te treden bijvoorbeeld wanneer preventief gezondheidsonderzoek leidt tot een groot capaciteitsbeslag op de zorg, of tot hoge kosten van vervolgzorg. Zo kan op grond van het voorgestelde artikel 9b onderzoek worden toegevoegd aan de tweede categorie en kan op grond van artikel 9c preventief gezondheidsonderzoek worden verboden. Ook kan op grond van het huidige artikel 2, tweede lid, een preventief gezondheidsonderzoek onder de vergunningplicht worden gebracht.

³ Health checks en het effect op het gebruik van zorg in de huisartsenpraktijk, NIVEL 2017.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks) wijst op het risico dat meer ruimte voor preventief gezondheidsonderzoek op eigen initiatief leidt tot aanzienlijke kosten voor vervolgzorg. Panteia heeft in 2014 onderzoek gedaan naar de effecten van preventief gezondheidsonderzoek op de zorgkosten⁴. Dit onderzoek had dus een andere focus dan het recentere NIVEL-onderzoek. In het Panteia-onderzoek zijn zowel de kosten als de besparingen geschat. Dat leverde een netto resultaat op van 25 miljoen euro aan extra kosten. Het onderzoek is al van even geleden, maar gezien de beperkte groei in het gebruik van preventief gezondheidsonderzoek, is het niet te verwachten dat herhaling van het onderzoek van Panteia op dit moment tot andere uitkomsten zal leiden. Zoals gezegd, zal vervolgonderzoek naar de kosten voor vervolgzorg uitgevoerd worden als het nieuwe NIVEL-onderzoek daar aanleiding toe geeft. Indien de ontwikkelingen daar aanleiding toe geven, kan opnieuw gekeken worden naar de kosten die preventief gezondheidsonderzoek met zich meebrengt. Zoals hiervoor aangegeven biedt het wetsvoorstel de mogelijkheid om aan preventief gezondheidsonderzoek dat ongewenste gevolgen heeft, extra waarborgen te verbinden of dit te verbieden, bijvoorbeeld wanneer het ten onrechte hoge kosten voor vervolgzorg veroorzaakt.

In het verlengde hiervan vraagt mevrouw Westerveld (GroenLinks) om een uitgebreide evaluatie van de maatschappelijke kosten en baten. De ontwikkelingen rondom het aanbod en gebruik van preventief gezondheidsonderzoek worden al goed gevolgd via onder meer het NIVEL-onderzoek. In het kader van een evaluatie kan zo nodig extra onderzoek worden uitgevoerd.

Mevrouw Maeijer (PVV) vraagt zich af hoe overbehandeling wordt tegengegaan als niet gemonitord wordt wat de consequenties zijn van dit wetsvoorstel. Zij vraagt zich af of het NIVEL-onderzoek eigenlijk niet te kort schiet hiervoor. Het NIVEL-onderzoek monitort de ontwikkelingen en geeft zicht op de mate waarin mensen gebruik maken van preventief gezondheidsonderzoek en welke vervolgstappen hieruit voortvloeien. Het onderzoek laat geen snelle ontwikkelingen zien en wordt op dit moment weer herhaald. Op dit moment is er dan ook geen aanleiding voor zorg over overbehandeling.

De heer Hijink (SP) vindt dat met het toelaten van preventief gezondheidsonderzoek medicalisering wordt gelegitimeerd. Dat vind ik een te smalle benadering van preventief gezondheidsonderzoek. Daarmee kunnen ziekten worden opgespoord, maar kunnen mensen ook zicht krijgen op hun leefstijl, zodat zij handelingsperspectieven krijgen om hun gezondheid te verbeteren. Doel van preventief gezondheidsonderzoek is juist het geven van handvatten aan mensen om regie te nemen over hun eigen gezondheid. Ook vraagt de heer Hijink (SP) een reactie op de uitspraak van voormalig Minister Schippers over medicalisering door health checks. Voor zover ik heb begrepen was Minister Schippers er voorstander van, dat mensen meer mogelijkheden zouden krijgen om health checks te gebruiken, met de nodige waarborgen rond kwaliteit en goede informatie. Die lijn zet ik met dit voorstel door, waarbij er natuurlijk de afgelopen jaren de nodige nieuwe inzichten zijn opgedaan die ook in dit voorstel zijn meegenomen. Ik zie hier geen tegenstrijdigheid.

De heer Hijink (SP) vraagt aandacht van het kabinet voor voldoende middelen voor de huisartsen en de tweede lijn. Op dit moment leidt preventief gezondheidsonderzoek niet tot een toeloop naar huisartsen of naar de tweede lijn en dus ook niet tot de vraag naar extra middelen. Mocht die toeloop in de toekomst wel ontstaan, bijvoorbeeld omdat het

⁴ Effecten van Preventief zelfonderzoek op de zorgkosten, Panteia 2014.

aanbod aan preventief gezondheidsonderzoek groter wordt, dan is eerst een oordeel nodig over de wenselijkheid daarvan. Zo nodig kan gebruik worden gemaakt van de eerdergenoemde vangnetmaatregelen die het wetsvoorstel biedt. Wanneer de toeloop positief uitpakt voor de gezondheid van cliënten, kan dit worden meegenomen in de reguliere gesprekken die plaatsvinden met huisartsen en medisch specialisten, waarin afspraken worden gemaakt over de benodigde middelen.

Hierbij sluit de vraag van mevrouw Van der Laan (D66) aan hoe vaak het NIVEL-onderzoek herhaald gaat worden in het kader van evaluatie. Het onderzoek is in 2015 voor het eerst uitgevoerd en uitgebreider herhaald in 2016. Omdat er geen grote ontwikkelingen te zien waren, is besloten het interval te vergroten. Op dit moment (2021) wordt het onderzoek weer herhaald. Het NIVEL-onderzoek maakt het mogelijk de vinger goed aan de pols te houden.

Mevrouw Kuik (CDA) vraagt aandacht voor de gevolgen voor de reguliere zorg en geeft aan dat geld dat bedoeld is voor de zorg, besteed moet worden aan zinnige zorg. Het is goed om de keuze van mensen voor preventief gezondheidsonderzoek in het bredere perspectief van de zorg te bezien. In Nederland maken mensen relatief weinig gebruik van preventief gezondheidsonderzoek. Het gebruik van preventief gezondheidsonderzoek heeft dan ook geen noemenswaardige invloed op het geheel van de kosten van de zorg. Mensen betalen bovendien zelf voor preventief gezondheidsonderzoek. Ik wil preventief gezondheidsonderzoek zeker niet bestempelen als onzinnige zorg. Het is goed dat mensen die een ongunstige uitslag krijgen hiermee naar de huisarts gaan. Wanneer de huisarts hier aanleiding toe ziet, herhaalt hij het onderzoek en eventueel volgt een behandeling of worden mensen verder gevolgd. In die zin zie ik geen verschil met mensen die naar de huisarts gaan, omdat zij zich ergens ongerust over maken.

In het verlengde hiervan merkt de heer Hijink (SP) op dat in plaats van het tegengaan van onzinnige zorg de deur hiervoor juist verder wordt opengezet. Het onderzoek van het NIVEL laat niet zien dat het gebruik van preventief gezondheidsonderzoek nog steeds sterk groeit. Wel laat het NIVEL-onderzoek zien dat de huisarts zijn rol als poortwachter goed vervult. Daarbij is de kwaliteit van het preventief gezondheidsonderzoek goed geborgd met de eisen in dit wetsvoorstel en de wetgeving rond de kwaliteit van de zorg. Wat betreft het vergroten van de druk op huisartsen lijkt dat op dit moment mee te vallen. In het NIVEL-onderzoek gaven huisartsen aan maar weinig patiënten te zien naar aanleiding van een preventief gezondheidsonderzoek en gaven zij aan zelden naar een medisch specialist door te verwijzen. Daarmee heb ik ook de vraag van de heer Van Campen (VVD) over de verwijzing naar de tweede lijn beantwoord. Hij verwijst ook naar het Panteia-onderzoek uit 2014, waar ik zojuist op inging.

Mevrouw Kuiken (PvdA) vraagt hoe ervoor te zorgen dat de prijs geen prikkel wordt om een preventief gezondheidsonderzoek aan te bieden. Voorop staat dat een preventief gezondheidsonderzoek een commercieel product is, waar voor de cliënt kosten aan zijn verbonden. De prijs daarvoor wordt bepaald door de markt en is een zaak tussen aanbieder en cliënt. Aan de bevolkingsonderzoeken van Rijksweg zijn voor de deelnemers geen kosten verbonden.

Mevrouw Van der Laan (D66) wil weten of in een evaluatie meegenomen kan worden wat de kosten zijn van vervolgonderzoek en hoe vaak de uitvoering daarvan overbodig was. Ik ben zeker bereid om hier in het kader van een evaluatie onderzoek naar te laten doen. Ik wil echter niet te

hoge verwachtingen scheppen. Het is gebleken dat het lastig is om exacte informatie over de zorgkosten die verband houden met preventief gezondheidsonderzoek op tafel te krijgen. Daarnaast is het van belang om ook de besparingen in beeld te brengen want die zijn er ook.

Mevrouw Kuik (CDA) vraagt hoe we bijhouden dat de kosten van zorg te hoog worden en wanneer het punt bereikt wordt dat de vangnetbepaling wordt ingezet. Op dit moment is er geen aanleiding om onderzoek te doen naar een eventuele stijging van de kosten. Het NIVEL-onderzoek dat op dit moment wordt uitgevoerd kan wel een indicatie geven voor een eventuele stijging, omdat er een relatie is tussen de omvang van het gebruik en het beslag dat dit legt op de zorg. Mocht er concrete aanleiding zijn over negatieve effecten die verbonden zijn aan bepaalde preventieve gezondheidsonderzoeken dan is het mogelijk de zogenaamde vangnetbepaling toe te passen. Bij negatieve effecten kunt u bijvoorbeeld denken aan een bepaald type onderzoek dat een grote vlucht krijgt en/of leidt tot een groot beslag op de eerste dan wel tweede lijn zonder dat dit noemenswaardige positieve effecten heeft voor de volksgezondheid. Een bepaald type preventief gezondheidsonderzoek kan dan worden verboden. Wanneer sprake is van spoed kan een verbod via een algemene maatregel van bestuur worden doorgevoerd. Hierop volgt een voorstel tot wetswijziging waar de Tweede Kamer over besluit.

7. Screening op kanker

Onder de huidige Wet op het bevolkingsonderzoek is onderzoek naar kanker vergunningplichtig. Bij de totstandkoming van deze wet leidde kanker doorgaans tot een overlijden. Die tijd hebben we gelukkig achter ons gelaten. De bevolkingsonderzoeken naar kanker laten zien dat bij vroege opsporing kanker goed behandelbaar kan zijn. Waar er op populatieniveau gezondheidswinst te behalen valt, ligt het voor de hand dat het Rijk overweegt een bevolkingsonderzoek aan te bieden. Maar ook als op populatieniveau geen aantoonbare winst te behalen valt, moeten individuele mensen de mogelijkheid hebben om zich te laten testen op goed behandelbare vormen van kanker als daar een goede test voor is. Het onderhavige voorstel beoogt daarin te voorzien.

Mevrouw Maijer (PVV) en de heer Van Campen (VVD) vragen naar de gevolgen als de vergunningplicht voor kanker vervalt, en hoe een goede zorg en begeleiding dan geborgd zijn. De heer Hijink (SP) pleit ervoor om onderzoek naar kanker onder de vergunningplicht te houden, zodat de Gezondheidsraad ook in de toekomst hierover adviseert.

Onderzoeken naar kanker blijven onder de vergunningplicht vallen, wanneer bij het onderzoek gebruik gemaakt wordt van ioniserende straling, wanneer er samenhang is met de bevolkingsonderzoeken die het Rijk aanbiedt en wanneer het gaat om kankersoorten die zowel ernstig als onbehandelbaar zijn. Op dit moment zijn er drie criteria waaraan moet worden voldaan om een vergunning te kunnen verkrijgen. Deze criteria zijn:

- het onderzoek moet naar wetenschappelijke maatstaven deugdelijk zijn;
- het onderzoek moet in overeenstemming zijn met de wettelijke regels voor medisch handelen; en
- het te verwachten nut van het onderzoek moet opwegen tegen de risico's die daaraan zijn verbonden.

Het derde en laatste criterium houdt een nut/risico-afweging op populatieniveau in. Dit criterium vervalt in het wetsvoorstel. Het uitgangspunt wordt, dat als mensen goed worden geïnformeerd over de mogelijke

voor- en nadelen, zij zelf kunnen bepalen of het onderzoek nuttig is voor hen. De Gezondheidsraad zal dus toetsen of het preventief gezondheidsonderzoek wetenschappelijk deugdelijk is en of het onderzoek in overeenstemming is met de wettelijke regels voor medisch handelen. Daarmee wordt de kwaliteit ervan geborgd. Voor kankersoorten die zowel ernstig als onbehandelbaar zijn, gelden extra criteria. Dan wordt er wel een nut/risico-afweging op populatieniveau gemaakt en moet er sprake zijn van bijzondere omstandigheden, omdat dan geen sprake is van een handelingsperspectief.

Bij de bevolkingsonderzoeken die het Rijk aanbiedt zijn er stevige waarborgen voor kwaliteit en begeleiding. Het RIVM coördineert de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken en stelt voorwaarden aan de uitvoering. De Gezondheidsraad adviseert aan de voorkant. Bij preventief gezondheidsonderzoek van andere aanbieders, zal steeds gekeken worden naar de risico's en worden de waarborgen daarop afgestemd. Dat betekent dat het niet nodig is dat alle onderzoeken naar kanker straks nog onder een vergunningplicht vallen. Op dit moment worden aanvragen voor vergunningen voor dergelijk preventief gezondheidsonderzoek vaak afgewezen, omdat niet wordt voldaan aan het huidige Wbo-criterium dat het te verwachten nut van het onderzoek moet opwegen tegen de risico's die daaraan zijn verbonden. Dit criterium is met name relevant voor bevolkingsonderzoeken die programmatisch aan grote groepen worden aangeboden, zoals de bevolkingsonderzoeken van Rijksweg.

Het wetsvoorstel heeft echter niet tot gevolg dat alle eisen worden losgelaten. Preventieve gezondheidsonderzoeken naar kanker moeten straks voldoen aan de kwaliteitseisen uit de Wkkgz en aan de Wgbo. Deze wetten waren er nog niet bij de inwerkingtreding van de huidige Wbo. Nu bieden deze wetten voldoende waarborgen voor de kwaliteit. De IGJ houdt toezicht, kan toetsen aan deze kwaliteitsvereisten en kan handhaven indien noodzakelijk. Met deze antwoorden ben ik ook ingegaan op de vragen van mevrouw Van der Laan (D66) over vergunningen bij bevolkingsonderzoeken naar kanker.

Mevrouw Kuik (CDA) wijst ook op het risico dat preventief gezondheidsonderzoek capaciteit kan wegzuigen uit de reguliere zorg en bij de bevolkingsonderzoeken naar kanker die het Rijk aanbiedt. Helaas staat de capaciteit van de zorg over de volle breedte onder druk door een gebrek aan personeel. De uitdaging is veel breder dan de zorg dat preventief gezondheidsonderzoek mensen wegtrekt. De grote uitdaging is om het werken in de zorg aantrekkelijk te maken. Daar richten we ook een omvangrijke arbeidsmarktcampagne op. Wat betreft het bevolkingsonderzoek borstkanker zie ik overigens niet specifiek een risico. De expertise die daarvoor nodig is, kan alleen worden ingezet bij vergunning plichtig preventief gezondheidsonderzoek (omdat er ioniserende straling wordt toegepast). Het is niet te verwachten dat er een grote markt ontstaat voor preventief gezondheidsonderzoek waarbij ioniserende straling wordt toegepast en waar de huidige screeningslaboranten een nieuwe baan vinden. Bij de andere bevolkingsonderzoeken zijn op dit moment geen capaciteitstekorten. Het gaat dan om coloscopisten bij darmkanker en huisartsassistenten en gynaecologen bij baarmoederhalskanker. Wel ligt er al een behoorlijk pakket aan taken bij de huisarts. Een bredere inzet van de zelfafnameset bij baarmoederhalskanker, zoals de Gezondheidsraad heeft geadviseerd op 19 oktober jl.⁵, kan hen op dit punt mogelijk ontlasten,

⁵ Bijlage bij Kamerstuk 32 793, nr. 572.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks) heeft een amendement ingediend onder nummer 19 (Kamerstuk 35 384, nr. 19) dat beoogt dat bij preventief gezondheidsonderzoek naar kanker altijd gebruik gemaakt moet worden van een zorgstandaard of bij afwezigheid daarvan een vergunning. Gelet op de impact van kanker in de maatschappij kan ik mij de achterliggende gedachte van dit amendement voorstellen. Het strookt echter niet met de inzet van het wetsvoorstel dat erop gericht is geen zwaardere eisen te stellen dan nodig. Het voorliggende wetsvoorstel maakt het mogelijk preventief gezondheidsonderzoek te verrichten naar vormen van kanker (bijvoorbeeld huidkanker) die vrijgesteld zijn van aanvullende voorwaarden, dat wil zeggen in aanvulling op de geldende zorgwetgeving. De Wkkgz biedt mijns inziens in die gevallen voldoende waarborgen dat huidkankerscreening goed gebeurt. Aanbieders dienen zich daarbij te houden aan de heldere standaard Verdachte huidafwijkingen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). De IGJ houdt toezicht op het toepassen van deze standaard. Ik laat het oordeel over dit amendement aan de Kamer.

8. Overige vragen

Hieronder ga ik in op de overige vragen.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks) vindt dat met de versoepeling van de vergunningaanvraag kwaliteit en veiligheid centraal staan, maar dat het nut van het onderzoek te weinig aandacht krijgt. De vraag is of het niet beter is om minder aanbod te hebben dat kwalitatief beter van aard is. Hier wil ik graag een ander perspectief naast zetten, namelijk dat van de cliënt. Die wil zelf kiezen of en waarvoor hij een preventief gezondheidsonderzoek uit laat voeren. De behoefte van een cliënt aan een preventief gezondheidsonderzoek houdt al een zeker nut voor die cliënt in. De wetswijziging maakt dit mogelijk door het bieden van meer ruimte voor aanbieders en zorgt ervoor dat de kwaliteit geborgd wordt, zodat het aanbod van goede kwaliteit is. Om het nut van een preventief gezondheidsonderzoek op het niveau van de bevolking te bepalen worden de criteria van Wilson en Jungner gebruikt. De overheid maakt vervolgens de afweging om dit wel of niet op populatieniveau aan te bieden. Dat laat onverlet dat wanneer de overheid hier niet toe besluit dit niet hoeft te betekenen dat

individuen geen behoefte kunnen hebben aan dergelijk preventief gezondheidsonderzoek. Zij kunnen zelf bepalen of dit onderzoek voor hen nuttig is.

De heer Hijink (SP) vraagt zich af of door preventief gezondheidsonderzoek de kloof tussen arm en rijk niet wordt vergroot. Ik vind het terugdringen van gezondheidsverschillen belangrijk. In het algemeen geldt dat op het moment dat met preventief gezondheidsonderzoek op populatieniveau gezondheidswinst gerealiseerd kan worden, het voor de hand ligt dit onderzoek vanuit het Rijk aan te bieden. Met deze bevolkingsonderzoeken wordt er juist voor gezorgd dat iedereen gelijke toegang heeft. Hierbij is de toegankelijkheid voor groepen waarvan de deelname op dit moment nog achterblijft, een belangrijk punt van aandacht. Samen met het RIVM werk ik aan het verlagen van drempels voor deelname. Zo worden de bevolkingsonderzoeken vanuit het rijk kosteloos aangeboden en is de informatievoorziening zo toegankelijk en begrijpelijk mogelijk. Het RIVM onderzoekt daarnaast hoe de drempels voor deelname met name voor mensen met gezondheidsachterstanden verder verlaagd kunnen worden. Hiermee wordt zo effectief mogelijk ingezet op het verkleinen van gezondheidsverschillen. Deelname aan preventief gezondheidsonderzoek op eigen initiatief is voor iedereen een eigen keuze en levert op populatie-

niveau geen gezondheidswinst op. Hiermee heb ik ook de vragen van mevrouw Westerveld (GroenLinks), mevrouw Van der Laan (D66) en mevrouw Kuik (CDA) hierover beantwoord.

In het verlengde hiervan wil ik ook de vraag van de heer Hijink (SP) beantwoorden of preventief gezondheidsonderzoek niet leidt tot een oneerlijke verdeling van de investeringen in gezondheid tussen arm en rijk. Dat lijkt niet het geval. Mensen die zich zorgen maken over hun gezondheid wenden zich tot de huisarts, al dan niet nadat zij aan een preventief gezondheidsonderzoek hebben deelgenomen. Daarbij zie ik op basis van de kennis die we nu hebben, geen aanwijzingen dat dit wetsvoorstel gaat leiden tot extra zorgkosten. Mocht dat wel het geval blijken dan is dat, los van de verschillen tussen arm en rijk, reden om bij de constatering daarvan in te grijpen.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks) vraagt zich af of een preventief gezondheidsonderzoek altijd winst oplevert. Zoals ik eerder aangaf levert preventief gezondheidsonderzoek dat vanuit het Rijk wordt aangeboden, gezondheidswinst op populatieniveau op. Preventief gezondheidsonderzoek op eigen initiatief kan in individuele gevallen ook gezondheidswinst opleveren. Maar mensen hebben allerlei goede redenen om een preventief gezondheidsonderzoek te laten doen. Het kan zijn dat zij zich ongerust maken over hun gezondheid. Een preventief gezondheidsonderzoek kan deze ongerustheid wegnemen, dat is positief. Bij een ongunstige uitkomst kan het twijfel wegnemen om professionele hulp in te schakelen. Ook kan het een stimulans opleveren om te werken aan een gezonde leefstijl.

De heer Van Campen (VVD) vraagt wanneer de Kamer de resultaten van het onderzoek naar prenatale screening en geboortezorg kan verwachten. Ik heb uw Kamer op 16 december jl. de resultaten van dit onderzoek toegestuurd.⁶

Mevrouw Maeijer (PVV) vraagt naar de stand van zaken van de bevolkingsonderzoeken na Corona. De heer Van Campen (VVD) vraagt ook naar de achterstanden in de bevolkingsonderzoeken en naar de gezondheidsgevolgen die dit met zich mee brengt. Hij vraagt ook om deze te monitoren en de Kamer hierover te informeren. De stand van zaken van de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken wordt standaard gemonitord en jaarlijks gepubliceerd. Ik heb uw Kamer hierover op 17 december jl. een brief gestuurd⁷. Daarnaast heb ik verschillende keren de stand van zaken met betrekking tot de achterstanden vanwege de Covid-19-pandemie gemeld in de voortgangsbrieven Covid-19. Op dit moment zijn de achterstanden bij het bevolkingsonderzoek darmkanker ingelopen. Bij baarmoederhalskanker zijn de vertragingen bij het uitnodigen ingelopen. De zelfafnameset wordt breder aangeboden en vrouwen maken hier ook meer gebruik van. Wel zien we nog terughoudendheid bij vrouwen om deel te nemen. Volgend jaar wordt nog een zogenaamde «veegbrief» verstuurd, om de uitnodiging nog een keer onder de aandacht te brengen van de vrouwen die hier nog geen gevolg aan hebben gegeven. Bij borstkanker blijven we met achterstanden kampen. Op 26 november 2020 heb ik uw Kamer geïnformeerd over het tijdelijk verlengen van het screeningsinterval bij borstkanker naar maximaal drie jaar.⁸ Dat had voor een belangrijk deel te maken met de Covid-19-pandemie, en daarnaast is er een tekort aan laboranten. Er wordt alles aan gedaan om met de beschikbare capaciteit zoveel mogelijk mensen te screenen en zo snel mogelijk (in elk geval begin 2024) weer te werken met het reguliere

⁶ Kamerstuk 29 323, nr. 166.

⁷ Kamerstuk 32 793, nr. 579.

⁸ Kamerstuk 32 793, nr. 508.

screeningsinterval van twee jaar. Hierbij wordt ook gebruik gemaakt van modellering om de gezondheidsgevolgen zo gering mogelijk te houden.

Mevrouw Kuiken (PvdA) vraagt zich af wat de basis is als we vrouwen niet meer een keer per twee jaar een screening aan kunnen bieden. Ik betreur het dat we vrouwen op dit moment minder vaak kunnen screenen en vind het ook heel urgent om dit zo snel mogelijk op te lossen. De screeningsorganisatie doet er alles aan. Dat heb ik in de praktijk gezien, hun inzet is echt enorm. Het is heel jammer dat door de coronamaatregelen en capaciteitstekorten nu minder sterfgevallen worden voorkomen dan het geval zou zijn bij een screeningsinterval van twee jaar. Ik wil wel benadrukken dat het bevolkingsonderzoek borstkanker nog altijd per jaar ruim duizend sterfgevallen voorkomt. In mijn brief van 17 december jl. heb ik aangegeven dat het interval op dit moment ongeveer op 32 maanden ligt, waardoor het effect op de gezondheidswinst minder negatief uitpakt dan verwacht. Naar verwachting worden cliënten vanaf begin 2024 weer eens per twee jaar uitgenodigd.

De heer Van Campen (VVD) constateert dat de deelname aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker gemiddeld op 47% ligt en vraagt wat er gedaan kan worden om dit te verhogen. Het cijfer van gemiddeld 47% herken ik niet. De deelnamecijfers lagen voor de Covid-19-pandemie in de orde van grootte van 60–80% voor de verschillende onderzoeken. Door de Covid-19-pandemie is de deelname wel lager, maar inzet is om dat zoveel mogelijk bij te trekken. Voor het einde van het jaar ontvangt u de monitors van de bevolkingsonderzoeken en ga ik verder in op de deelnamecijfers en eventuele verdere maatregelen. Daarbij wil ik wel opmerken dat het doel van de bevolkingsonderzoeken niet is om een zo hoog mogelijke deelname te bewerkstelligen. Ik vind het belangrijk dat iedereen op basis van goede informatie zelf een keuze maakt om al dan niet mee te doen aan de bevolkingsonderzoeken. Dan is het belangrijk dat er geen drempels zijn om deel te nemen. Daar zijn de maatregelen om de deelname te optimaliseren dan ook op gericht.

Mevrouw Maeijer (PVV) vraagt mijn reactie op het bericht van 9 september jl. dat commerciële aanbieders zich massaal storten op de soa-test. In beginsel valt een soa-test onder het besluit in-vitro diagnostica (Wet medische hulpmiddelen). Als de test wordt aangeboden als een dienst, kan ook de Wet preventief gezondheidsonderzoek van toepassing zijn. De seksuele gezondheidszorg is zo ingericht, dat mensen laagdrempelig via de eerstelijnszorg bij de huisarts terecht kunnen voor een soa-consult en een soa-test. Voor specifieke risicogroepen bestaat de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg. Op grond van deze regeling kunnen specifieke hoogrisicogroepen naar de Centra Seksuele Gezondheid bij de GGD om zich gratis te laten testen op soa's. Het staat iedereen vrij om een soa-test te doen of deze zelf te kopen bij een commerciële organisatie. Het is van belang dat de cliënt daarbij wordt geïnformeerd over de nazorg bij een positieve uitslag.

De heer Hijink (SP) vraagt zich af of de wetswijziging een verbetering of een verslechtering oplevert. Hij vindt het daarom van belang dat er een evaluatie wordt uitgevoerd om de effecten van het wetsvoorstel kritisch te volgen. Ik sta positief ten opzichte van de wensen die in de Kamer leven om deze wet op termijn te evalueren. Ik heb dit niet in het wetsvoorstel opgenomen, omdat het altijd mogelijk is om een wet te evalueren, bijvoorbeeld als er aanwijzingen zijn dat een wet niet goed functioneert. Dat wil ik u ook toezeggen.

Samen met mevrouw Kuik (CDA) heeft de heer Hijink het amendement onder nummer 18 (Kamerstuk 35 384, nr. 18) ingediend om een dergelijke

evaluatie na 4 jaar uit te voeren. Het is gebruikelijker om wetgeving na 5 jaar te evalueren, zodat het mogelijk is om over een aantal jaren terug te blikken. Ik laat het oordeel over dit amendement aan uw Kamer. Hiermee hoop ik alle vragen van uw Kamer te hebben beantwoord. U gaf aan nog mondeling terug te willen komen op de ethische aspecten. Daarnaast breng ik graag nog onder uw aandacht de mogelijkheid om desgewenst een technische briefing te organiseren over dit wetsvoorstel. Dit biedt de kans om dieper in te gaan op de verschillende aspecten die de wijziging met zich mee brengt.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis