

## 9

### Actuele ontwikkelingen op het terrein van preventief gezondheidsonderzoek

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:  
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet op het bevolkingsonderzoek in verband met actuele ontwikkelingen op het terrein van preventief gezondheidsonderzoek ( 35384 )**.

(Zie vergadering van 9 september 2021.)

#### De voorzitter:

Wij gaan door met de Wijziging van de Wet op het bevolkingsonderzoek in verband met actuele ontwikkelingen op het terrein van preventief gezondheidsonderzoek, Kamerstuk 35384. Dit is de voortzetting. U zult zich de eerste termijn van de Kamer herinneren. We hebben toen de behandeling afgebroken. Vervolgens is er een brief van de minister verschenen.

De algemene beraadslaging wordt hervat.

#### De voorzitter:

Het woord is nu aan de minister voor zijn bijdrage aan de eerste termijn.



#### Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Zoals gezegd zetten we vandaag de plenaire behandeling voort van de Wijziging van de Wet op het bevolkingsonderzoek. Het debat over deze wetswijziging neem ik graag over van voormalig staatssecretaris Blokhuis, die ik wil bedanken voor zijn uitstekende werk. Er ligt een mooi wetsvoorstel. De Kamer heeft hier op 9 september vorig jaar al een keer over gedebatteerd. De vragen die toen gesteld zijn, zijn schriftelijk beantwoord op 22 december van het afgelopen jaar. Op 15 maart van dit jaar heeft nog een technische briefing over het wetsvoorstel plaatsgevonden. Ik ga graag met uw Kamer in gesprek over het wetsvoorstel. Misschien leiden eerdere antwoorden nog tot nadere vragen, die ik uiteraard ook graag wil beantwoorden. Er zijn ook amendementen ingediend. Ook daar is reeds een schriftelijke appreciatie van gegeven.

Voorzitter. De huidige Wet op het bevolkingsonderzoek dateert uit 1992 en is 30 jaar oud. Inmiddels is er veel gewijzigd en is de wet niet meer toegesneden op de huidige situatie. Er worden steeds meer preventieve gezondheidsonderzoeken aangeboden. Ik heb zelf in het verleden een bijdrage mogen leveren aan het tot stand komen van een bevolkingsonderzoek darmkanker. Ik draag preventie en dit wetsvoorstel dan ook een warm hart toe. Het is immers goed dat mensen zelf meer verantwoordelijkheid voor hun gezondheid kunnen nemen. Dat kan in de vorm van meer aandacht voor leefstijl of in de vorm van het nagaan of hulp van een zorgprofessional nodig is. Het kabinet stimuleert een gezonde leefstijl voor iedereen. Dat kan ons langer gezond houden en kan helpen om ziekte last te voorkomen. Voor sommige mensen is het gebruik van preventief gezondheidsonderzoek een logisch onderdeel daarvan.

Als eerste komen de bevolkingsonderzoeken in beeld die het Rijk aanbiedt, te weten bevolkingsonderzoeken naar kanker, maar denk ook aan hielprikscreening en de prenatale screening rondom zwangerschap. Daarnaast zie ik zeker ook een rol voor preventief gezondheidsonderzoek dat niet door de overheid wordt aangeboden en waartoe mensen zelf het initiatief nemen. Mijn verwachting is dat de rol die preventief gezondheidsonderzoek kan spelen in het hebben van grip op de eigen gezondheid zich de komende tijd verder gaat ontwikkelen. Die beweging is al in gang gezet in de afgelopen 30 jaar. Hierna zal ik ingaan op de vragen en zal ik per onderwerp ook nog een inleiding geven. Daarmee kom ik ook terug op de vragen die gisteren tijdens het debat over medische preventie aan de staatssecretaris zijn gesteld.

De eerste vraag is: waarom moet de wet worden gewijzigd? Bij goed preventief gezondheidsonderzoek hoort ook een adequaat wettelijk kader. Zoals gezegd, is het huidige wettelijk kader verouderd. De wet was oorspronkelijk bedoeld voor het reguleren van bevolkingsonderzoeken die het Rijk aanbiedt, zoals bijvoorbeeld het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Bij de totstandkoming van de huidige wet was de setting meer op zorg gericht en kwam het aanbod van de rijksoverheid. Inmiddels is er een breed aanbod aan preventief gezondheidsonderzoek, door een veelheid van aanbieders waar mensen zelf uit kunnen kiezen. En dat betreft allerlei gezondheidsonderzoeken, van een simpele fitheidstest tot een specifieke scan. De variatie is groot, net zoals het aantal aanbieders, en de huidige wet is daar nooit voor bedoeld en ook niet op toegerust. Met de wetswijziging kunnen we mensen beter beschermen tegen preventieve gezondheidsonderzoeken waarvan de kwaliteit te wensen overlaat, omdat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd beter kan handhaven. Het gericht toepassen van criteria bij de vergunningverlening biedt aanbieders meer mogelijkheden om een vergunning aan te vragen, en kan zo ook tot nieuw aanbod leiden. Daardoor komt er meer keuze voor gebruikers van preventief gezondheidsonderzoek. Ook krijgen zij op basis van professionele standaarden betere informatie, zodat zij een weloverwogen keuze uit het aanbod kunnen maken.

Als we spreken over de categorieën is de kern van dit wetsvoorstel dat de waarborgen die gesteld worden aan preventief gezondheidsonderzoek afhankelijk zijn van de risico's die een dergelijk onderzoek met zich meebrengt. Naargelang de risico's groter worden, gelden strengere eisen. Dat loopt van geen aanvullende eisen tot een vergunningplicht. En het wetsvoorstel onderscheidt daarvoor drie categorieën. De eerste is de categorie onderzoek waarvoor we geen extra eisen stellen. Dit is het geval bij onderzoek waar geen risicovolle BIG-geregistreerde handelingen worden uitgevoerd. Algemene wet- en regelgeving rond kwaliteit van zorg is hierop wel van toepassing; denk hierbij aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, en de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst. Een voorbeeld van deze categorie is preventief gezondheidsonderzoek op basis van vragenlijsten. De tweede categorie is onderzoek waarvoor een professionele standaard moet zijn vastgesteld. Als een dergelijke standaard ontbreekt, is een vergunning vereist. Een voorbeeld hiervan is preventief gezondheidsonderzoek waarbij bloed wordt afgenomen. De derde categorie, tot slot, is onderzoek waar een vergunning voor nodig is. In ieder geval gaat het dan om onderzoek waarvoor ioniserende straling wordt gebruikt, en ook onderzoek naar ernstige onbehandelbare aandoeningen. De minister van VWS verleent in dat geval de vergunning, en de Gezondheidsraad adviseert hierover. Zonder vergun-

ning is een dergelijk onderzoek verboden. Een mooi voorbeeld om de verschillende categorieën te duiden, is de zogenaamde MoederVlekkenKliniek voor onderzoek naar huidkanker. Onder de huidige wetgeving valt die onder categorie drie, en onder de wet zoals die wordt voorgesteld in categorie een.

Dan, voorzitter, ten aanzien van handhaving. Om een goede kwaliteit van het aanbod te realiseren, is ook een goede handhaving nodig. En het nadeel van de huidige wet is dat de handhavingmogelijkheden voor de IGJ heel beperkt zijn. Dit lossen we op met de wetwijziging. De IGJ krijgt meer mogelijkheden om de wet te handhaven, die ze gericht in kan zetten naargelang de overtreding en het type aanbieder. Omdat bij de uitvoering van de wet ook de capaciteit van de IGJ een rol speelt, is die uitgebreid, zodat de IGJ zich nu al goed kan voorbereiden en straks de gewijzigde wet goed kan handhaven.

**De heer Hijink (SP):**

Voorzitter. Ik loop ook even naar voren omdat de opbouw van het betoog van de minister mij niet precies duidelijk is. Hij gaat er in sneltreinvaart doorheen, is mijn indruk, maar het is mij niet helemaal duidelijk waar in het betoog we nu precies beland zijn.

Ik wil even terug naar het begin. De charme van de wet zoals die nu is, de Wet op het bevolkingsonderzoek, is dat het heel duidelijk is voor mensen dat het preventieve onderzoek dat gedaan wordt in het kader van het bevolkingsonderzoek naar kanker, borstkanker en dergelijke, een aantoonbaar nut heeft, en dat de Gezondheidsraad daar goed naar gekeken heeft en ook heeft gezegd: dit is kosteneffectief, en hiermee gaan we er als samenleving op vooruit als we dit doen; als collectief hebben we hier voordeel van. Dat geldt heel vaak niet — en dat zegt de Gezondheidsraad ook — voor allerlei andere vormen van preventief onderzoek, bijvoorbeeld de bodyscans of andere testen die je kunt laten doen. En ik wil de minister vragen waarom er nou toch voor gekozen is om dat op één hoop te gooien. Want het risico dat hij nu neemt, is dat het vertrouwen in het hele bevolkingsonderzoek afneemt, omdat een hele serie aan niet-kosteneffectieve, maar wel geldverslindende onderzoeken dan in één adem genoemd kan worden met het belangrijke bevolkingsonderzoek dat gedaan wordt.

**Minister Kuipers:**

Ik zal straks even precies de verdere stappen van mijn betoog duiden. Ik zal aangeven aan welke categorieën en kopjes we nog gaan toekomen.

Eerst even ten aanzien van de dingen die de heer Hijink noemt. Zoals ik al aangaf, werd het bevolkingsonderzoek 30 jaar geleden ingezet. Het werd op advies van de Gezondheidsraad georganiseerd door rijksoverheid. Soms was het gebaseerd op basis van uitgebreid onderzoek. Heel lang geleden had het onderzoek nog een andere standaard en kwamen het onderzoek en de resultaten eigenlijk tijdens het bevolkingsonderzoek tot stand. Maar dat is lang geleden. Ondertussen zijn er in Nederland, maar ook in het buitenland veel mogelijkheden voor mensen om op de een of andere manier preventief onderzoek te gebruiken. Uit een analyse die een aantal jaren geleden bijvoorbeeld door het Nivel gedaan is, bleek dat van de volwassen Nederlanders in een gegeven kalenderjaar ongeveer 5% op enig

moment om een preventieve test vroeg. Die testen, die mogelijkheden, zijn nu niet gereguleerd. Wij proberen dus een ander kader te scheppen voor een situatie die in 30 jaar gewoon veranderd is en waar nu onvoldoende mogelijkheden voor zijn om daar kwaliteitseisen en -criteria aan te stellen.

**De heer Hijink (SP):**

Nu heeft de minister het over reguleren, maar de grap is natuurlijk juist dat deze wet het mogelijk gaat maken dat preventief onderzoek, bijvoorbeeld de total bodyscan, die nu nog niet gedaan mag worden in ons land, straks wel gedaan mag worden in ons land. Die zou nu vergunningplichtig zijn en die is straks niet meer vergunningplichtig. De minister heeft het dus heeft over "reguleren" en "kwaliteitseisen stellen", maar dit betekent gewoon dat een scan waarvan we als Kamer al heel vaak hebben gezegd dat je die niet moet normaliseren ineens wel in de volle breedte ingezet kan gaan worden omdat de minister de vergunningplicht eraf haalt. Daar waar hij het dus heeft over "normeren" en "regels stellen", laat hij juist regels los. Zolang de beroepsgroep maar een richtlijn heeft, kan iedereen dat namelijk gewoon gaan aanbieden, terwijl dat nu niet mag.

**Minister Kuipers:**

Ik gaf het in mijn inbreng al aan. Als het gaat om 5% van de Nederlanders die in een gegeven jaar op basis van hun eigen vragen preventief bevolkingsonderzoek gebruikt, dan is die praktijk er al. Dat kan van alles zijn. Datzelfde geldt voor het aanbod van bodyscans, ook op de Nederlandse praktijken. Een deel daarvan wordt uitgevoerd in het buitenland, maar het wordt gewoon aangeboden. Dat gebeurt al heel lang.

**De heer Hijink (SP):**

Ja, maar dat is natuurlijk geen reden om het nog verder uit te breiden en regels en vergunningsplichten te schrappen waardoor het nog veel makkelijker wordt om dat soort testen en scans aan te bieden. De Gezondheidsraad heeft nota bene gezegd dat die testen niet kosteneffectief zijn, dat ze geen aantoonbare meerwaarde hebben voor de volksgezondheid en dat ze er tegelijkertijd wel voor zorgen dat er regulier zorgpersoneel wegvalt. Ik bedoel: wie gaan daar werken? Dat zijn toch de zorgverleners die nu nog in de ziekenhuizen of ergens anders werken? Wie gaan die onderzoeken doen? Dat zijn toch laboranten die nu nog in de reguliere zorg werken? Wat ik bij deze wet dus ten principale niet begrijp, is dat deze minister, die het daarstraks nog had over het bestrijden van niet-effectieve zorg, over passende zorg, over de juiste zorg op de juiste plek ... Elk debat horen we dit soort dingen. Maar hier hebben we een wetsvoorstel dat allerlei vormen van niet-effectief of niet bewezen effectief preventief onderzoek niet gaat reguleren, maar juist makkelijker gaat maken. Daarmee wordt juist aangemoedigd dat veel meer bedrijven dat soort zorg in ons land gaan aanbieden. Dat moet je dus niet willen als je tegen niet-effectieve zorg bent.

**Minister Kuipers:**

De heer Hijink stelt in één vraag een aantal vragen, dus eerst even ten aanzien van de adviezen van de Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad richt zich op de inzet van preven-

tief onderzoek in het kader van bevolkingsonderzoek: moeten we een hele specifieke persoonscategorie preventief van overheidswege een onderzoek aanbieden? Dat is iets anders dan dat een individu zelf om een specifieke test vraagt bij de huisarts of in een andere setting. Voor een deel kan dat zelfs bij de apotheek. Zo wordt het regelmatig aangeboden. Het kan bij de apotheek, bij de drogist. Het kan ook bij specifieke preventieklinieken, die in Nederland ook gewoon bestaan.

**De voorzitter:**  
De minister continueert.

**Minister Kuipers:**  
Voorzitter. Ik zal de verdere categorieën nog even benoemen. Ik wil nog ingaan op nevenbevindingen en op de relatie met de reguliere zorg. Tot slot heb ik nog een aantal vragen die voortkomen uit het commissiedebat over medische preventie.

Het zorgvuldig omgaan met nevenbevindingen vraagt binnen de gehele zorg aandacht. In het wetsvoorstel wordt aangesloten bij de omgang met nevenbevindingen in de reguliere zorg. Het zou onlogisch zijn om bij preventief gezondheidsonderzoek een andere lijn aan te houden over nevenbevindingen dan in de reguliere zorg. Daarom wil ik graag teruggaan naar het nog steeds actuele advies van de Gezondheidsraad uit 2014 over nevenbevindingen bij diagnostiek in de patiëntenzorg. Met dit advies heeft de Gezondheidsraad een ethisch-juridisch kader geschetst en aanbevelingen gedaan aan artsen, hun beroepsorganisaties, patiëntenorganisaties en overheid, om te komen tot een zorgvuldige omgang met nevenbevindingen. Partijen hebben het advies van de Gezondheidsraad ook daadwerkelijk opgepakt. Zo heb ik bijvoorbeeld gezien dat bij grote cohortstudies in Nederland goede protocollen ontwikkeld zijn voor het omgaan met nevenbevindingen. Ik zie hier een duidelijke parallel met preventief gezondheidsonderzoek. Bij beide gaat het immers om onderzoek bij mensen die in beginsel gezond zijn en geen last hebben van klachten.

Voorzitter. Dan wil ik overgaan tot de relatie met de reguliere zorg.

**Mevrouw Van der Laan (D66):**  
Het gaat in een rap tempo. Ik wil nog even op de nevenbevindingen ingaan. Daar heb ik twee vragen over. Zorgverleners moeten nu natuurlijk ook kunnen oordelen over het al dan niet delen van nevenbevindingen. Daar bestaat gewetensnood voor. Maar we hebben ook commerciële aanbieders. Op basis waarvan kunnen wij nu zorgen dat de commerciële aanbieders deze afweging ook op een integere wijze kunnen maken? Welke waarborgen ziet de minister hiervoor?

**Minister Kuipers:**  
Dank voor de vraag. Ook dat is iets waar bijvoorbeeld de inspectie op toe kan zien. De uitvoering van onderzoek moet erop gericht zijn ... Ik verwijs nog maar even naar het advies van de Gezondheidsraad uit 2014. Zoals gezegd, denk ik dat dat nog steeds zeer actueel is. Daarin is een aantal categorieën gemaakt. Zo is er een categorie van nevenbe-

vingingen, bevindingen die niet voortkomen uit iets waar het primaire onderzoek op gericht is, maar die wel direct relevant zijn voor een persoon en ook een indicatie zijn voor een behandelbare aandoening. De algemene teneur is — dat is ook het advies van de Gezondheidsraad in dit soort gevallen — om dat te melden, tenzij een persoon aan de voorkant gezegd heeft dat hij daar niet over geïnformeerd wil worden.

Dan is er een categorie waarbij het belang van de nevenbevinding onduidelijk is. Het advies van de Gezondheidsraad is om dan zeer terughoudend te zijn met de melding. En dan is er een categorie waarbij er indicaties zijn voor de aanwezigheid van een meer of minder ernstige, maar onbehandelbare aandoening. Daarover adviseert de Gezondheidsraad in een ethisch-juridisch kader om zeer terughoudend te zijn met het melden daarvan.

Afhankelijk van het type onderzoek moet er een dergelijk kader onder liggen. Daar kan een inspectie op toezien, ongeacht op welke plek of door wie het preventieve onderzoek wordt aangeboden.

**Mevrouw Van der Laan (D66):**  
Een vervolgvraag, voorzitter. U zegt dus eigenlijk dat de inspectie een toetsingskader moet hebben om op oneigenlijk gebruik te kunnen handhaven? Dat was vorige keer echt het punt in mijn inbreng: dat er geen oneigenlijk gebruik mag bestaan door bijvoorbeeld de vergunningsplicht te omzeilen. Hoe kunnen we handhaven?

**Minister Kuipers:**  
Ja. Die handhaving kan door de inspectie. Geheel eens. Eén van de indicaties — die werden in de beantwoording, maar ook in uw vorige inbreng genoemd — kan bijvoorbeeld zijn dat onderzoek gebruikt wordt om als nevenbevinding te rapporteren over aandoeningen waarvoor specifiek bevolkingsonderzoek geldt. Juist dat wil je voorkomen, want dat kan invloed hebben op deelname aan het bevolkingsonderzoek, dat met zijn methode veelal specifiek gericht is op het aantonen of uitsluiten van die specifieke aandoening.

**De heer Hijink (SP):**  
Ik heb nog een vraag over die nevenbevindingen, ook voor de mensen die het debat volgen. Het gaat er dus om ... Je laat een total bodyscan maken. Je wilt specifiek weten hoe het gesteld is met je longen of je lever, dus je zegt: maak daar eens een mooie scan van. Vervolgens wordt die scan gemaakt en zegt de arts of degene die de scan heeft gemaakt: nou, dat ziet er prima uit. Maar op diezelfde scan is wel iets te zien in je darmen, om maar wat te noemen, waar niet specifiek naar gevraagd is, maar wat op die foto of die scan misschien wel te zien is. Mijn vraag is: in hoeverre is de oplossing van de minister niet louter hypothetisch en theoretisch? Je laat een scan maken; in welke situatie zou een arts of andere zorgverlener nou niet vertellen wat er wél op de foto of de scan te zien is?

**Minister Kuipers:**  
Daar is in het verleden zeer uitgebreid onderzoek naar gedaan. Ik verwijs opnieuw naar de rapportage van de Gezondheidsraad. Er zullen ondertussen ongetwijfeld ook

meer recente onderzoeken zijn. Ik heb geen nieuwe survey van de literatuur gedaan, maar ik heb even opnieuw naar dat advies van de Gezondheidsraad gekeken. Voor het voorbeeld dat u noemt, kunnen we kijken naar grote onderzoeken naar bijvoorbeeld het doen van een scan van de buik. Dan worden, afhankelijk van de leeftijdscategorie van de betreffende personen, tot in enkele tientallen procenten van mensen nevenbevindingen gedaan. Daar wordt al heel lang op een prudente manier mee omgegaan, zowel in de reguliere patiëntenzorg alsook in de cohortonderzoeken waar ik het over heb. Dus er is al heel lang een bestaand kader dat ook op allerlei plekken al wordt toegepast. Dat betekent dat niet iedere bevinding wordt gerapporteerd. Ik heb zonet even een aantal categorieën genoemd. Een deel van de bevindingen wordt gerapporteerd, een deel van de bevindingen niet. Dat is ook afhankelijk van wat een individu zelf aangeeft.

**De heer Hijink (SP):**

Het probleem waar we straks mee te maken krijgen, is dat we commerciële aanbieders hebben die dat ook promoten. Ze maken daar reclame voor: maak een apk van je lichaam. Dus wat is het doel van het onderzoek? Een totale test van alles. Dus in hoeverre kun je dan nog spreken van een nevenbevinding als het doel van het onderzoek alles is, van boven tot onder? Hoe kun je dan nog spreken van nevenbevindingen als het hele lichaam gescand wordt, of het hele bovenlichaam? Dan past dus ieder plekje dat gevonden wordt binnen de scope van het onderzoek. Dus hoe kun je dan nog zeggen dat het een nevenbevinding is als in de praktijk eigenlijk wordt gezegd: doe een apk voor je hele lichaam?

**Minister Kuipers:**

Ik denk dat het in de verwoording richting een individu dat overweegt een dergelijk onderzoek te ondergaan — ik blijf bij dat voorbeeld van de scan — allereerst gaat om de juiste formulering en de juiste berichtgeving. Ik weet zeker dat de heer Hijink het daarmee eens is. Een totale scan van alles, een totale apk van je gehele lijf bestaat niet. Er bestaat niet zo'n test. Ik wil u niet parafraseren, maar zo'n test bestaat niet. Een check waarbij je vervolgens zegt "nu is alles goed" bestaat niet en is ook geen enkel zicht op dat die tussen nu en de afzienbare toekomst gaat bestaan. Je doet gericht onderzoek en dat helpt ook om aan te geven wat we nou met een specifieke test wel in beeld kunnen brengen en wat niet. Ik kan bij de voorbeelden van zo'n scan van een buik blijven. U noemde het voorbeeld dat u wilt weten hoe het met uw lever gesteld is. Je kunt bij zo'n scan van de buik een onderzoek doen of er wel of niet sprake is van leververvetting. Dat kan, maar met zo'n zelfde scan ook weten of er in de darm sprake is van ontsteking kan niet. Een total bodyscan waar je alles aan ziet is onmogelijk.

**De heer Hijink (SP):**

Dat kan wel zo zijn, maar dat is natuurlijk wel wat die bedrijven al jaren promoten. En dat is wel precies aan de ene kant reclame die zij maken en aan de andere kant natuurlijk ook angst die zij mensen aanjagen: je doet er goed aan om af en toe maar even door de scan te gaan, dan kunnen we in ieder geval uitsluiten dat je morgen dood neerval. Dat is niet zo, maar dat is natuurlijk wel hoe de reclame werkt. Ik blijf toch bij mijn fundamentele punt dat

het heel raar is dat, daar waar we aan de ene kant proberen om onzinnig medisch onderzoek en medische handelingen te voorkomen, de deur met dit wetsvoorstel wordt opengezet, juist voor dit type onderzoek. Nog even los van de nevenbevindingen is het natuurlijk heel erg raar dat deze minister, die aan de ene kant probeert de zorgkosten te beperken, nu met een voorstel naar de Kamer komt dat het mogelijk gaat maken dat er straks bij wijze van spreken op iedere straathoek een MRI-scanner komt te staan waar je voor een hoop geld doorheen gejaagd kunt worden. Ik begrijp gewoon niet waar dat vandaan komt, van een kabinet dat zegt te willen waken voor te hoge zorgkosten.

**Minister Kuipers:**

Voorzitter, ik zal niet in herhaling vallen met hetzelfde antwoord. Twee dingen. Het ene is precies het punt dat de heer Hijink aangeeft ten aanzien van controle op en zeggenschap over wat nou precies de communicatie is rondom een bepaalde test die aangeboden wordt. We hebben nu te weinig mogelijkheden om daar iets mee te doen. Wat deze wet beoogt, is om wat dat betreft tot een betere regulering te komen en ook tot een beter toezicht door de inspectie. Dat is een.

Het tweede wat die test nu beoogt is na 30 jaar gewoon een stap te maken naar daar waar het ondertussen in 30 jaar, van oorspronkelijke de eerste bevolkingsonderzoek naar de huidige praktijk, gewoon naartoe gegroeid is, in Nederland maar ook in het buitenland. Daarmee kunnen we vragen: staat straks op de hoek van iedere straat een MRI-scanner? Dat verwacht ik niet. Maar ik zie wel dat er nu ook in Nederland de mogelijkheid is voor mensen om te zoeken naar mogelijkheden om zo'n scan te laten maken, en we hebben weinig mogelijkheden om daar iets mee te doen.

**De voorzitter:**

Meneer Hijink, héél kort, want dit is uw vierde keer al.

**De heer Hijink (SP):**

Ja. Weet u, voorzitter, dit is best wel een heel ingrijpend wetsvoorstel. We hebben hier een halfjaar geleden over gesproken en dat debat is toen niet voor niets vroegtijdig gestopt. Het is intens ingewikkeld en de staatssecretaris was op dat moment eigenlijk niet in staat om fatsoenlijk te beantwoorden. Dat was toen de inschatting van de hele Kamer. Het is wetgeving en ik hecht eraan dat wij de ruimte krijgen om die op een goede en zorgvuldige manier te bespreken.

De vergunningplicht gaat eraf voor dat soort bodyscans. Nu mag het nog niet, straks mag het wel, zolang voor de aanbieders een beroepsrichtlijn geldt, die is opgenomen in het register van het Zorginstituut. Die richtlijn is er al, maar de grap is dat nou juist heel veel artsenverenigingen — die van de KNMG, maar ook de Nederlandse Vereniging voor Radiologie, de koepelorganisatie Artsen Maatschappij + Gezondheid, de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie — allemaal hun handen hebben afgetrokken van de richtlijn die nu is ingediend bij het Zorginstituut. Zij zeggen: wij willen hier niks mee te maken hebben. En wie heeft deze richtlijn bij het Zorginstituut overgenomen? De koepelvere-

ninging voor aanbieders van precies die commerciële preventieve onderzoeken. Die zijn nu bezig met het formuleren van hun eigen richtlijn en die gaan dus straks op basis van hun eigen richtlijn bepalen dat ze heel goede kwaliteit aan het leveren zijn, want ze hebben immers die richtlijn zelf geschreven. Het is toch een bizarre toestand dat wij de sector zelf, die hier een commercieel gewin bij heeft, de richtlijn laten bepalen? De vergunningplicht verdwijnt en daarvoor in de plaats komt er een richtlijn die de sector zelf geschreven heeft.

**Minister Kuipers:**

Ten eerste even: ik heb genoemd dat er drie verschillende categorieën zijn. De vergunningplicht verdwijnt niet over het geheel. Die blijft voor specifieke categorieën bestaan. Dat wil ik even zuiver neerzetten. Die blijft voor sommige categorieën bestaan. En ook voor die andere zitten er nadrukkelijke eisen en voorwaarden aan en een mogelijkheid om daarop toe te zien, terwijl dat op dit moment onvoldoende mogelijk is. Het is dus onvoldoende mogelijk om te sturen op een bestaande praktijk.

**De voorzitter:**

Echt heel kort. Dit is de vijfde interruptie, hè.

**De heer Hijink (SP):**

Maar dit is feitelijk onjuist. Het aanbieden van die total bodyscan is nu verboden, tenzij je een vergunning krijgt, en die vergunning krijgen ze niet. Dat is volgens mij in de beantwoording opgeschreven. En waarom krijgen ze die vergunning niet? Omdat het aanbod niet kosteneffectief is en geen bijdrage levert aan de collectieve volksgezondheid. Daarom krijgen ze die vergunning niet. Straks hoeven ze die vergunning niet meer te hebben, omdat ze kunnen voldoen aan de richtlijnen die ze zelf hebben bepaald. En dat is volgens mij de crux van dit debat: de deur gaat wel degelijk open voor die vormen van onderzoek die nu niet voor niks verboden zijn.

**Minister Kuipers:**

Die vergunning is één situatie, maar de praktijk is een andere. Nederlandse burgers ondergaan dit soort scans. Die ondergaan ze ook over de grens, in het buitenland. Dat is de situatie. Je beoogt hiermee om dat te reguleren en te zoeken naar iets waarbij we meer kunnen doen dan wat de huidige Wet op het bevolkingsonderzoek biedt. Die is ontstaan in een tijd waarin dit allemaal niet kon en niet bestond en je ook niet naar het buitenland kon. Men deed alleen maar dingen die echt door de overheid werden aangeboden op basis van een advies van de Gezondheidsraad, en dan met name gericht op kanker. De huidige praktijk is anders.

**Mevrouw Westerveld (GroenLinks):**

De heer Hijink raakt natuurlijk wel de kern. Ik denk dat weinig mensen in deze Kamer vinden dat er geen nieuwe wet zou moeten komen als een wet verouderd is. Maar hier is het natuurlijk wel de vraag of je met die wet de goede kant op gaat. Ik vind het dan bijzonder dat de minister zegt dat we het moeten gaan reguleren en dat tegelijkertijd de deur wordt opengezet voor commerciële aanbieders. Daarmee raak je natuurlijk aan een dilemma tussen het publieke

belang en een eigen, commercieel belang. En dan even op dat punt van de nevenbevindingen. In de beantwoording lees ik dat er een heel praktische reden is om te zeggen dat die nevenbevindingen niet gemeld moeten worden. Tegelijkertijd zit hier natuurlijk een ethische vraag achter. Mag je als zorgverlener aandoeningen verzwijgen die je aantreft, en waarvan je misschien in sommige gevallen niet zeker weet wat je precies aantreft? En raakt dit niet ook aan het commercieel belang dat commerciële aanbieders hebben? Die hebben natuurlijk alleen maar baat bij het wel melden, zodat er weer een vervolgonderzoek kan komen.

**Minister Kuipers:**

Ten aanzien van die aanbieders slash zorgverleners en nevenbevindingen gelden de criteria ook nu al in de klinische praktijk, dus in de gezondheidszorg, maar ook in de cohortonderzoeken waar ik naar verwijs. Daarom was dat advies van de Gezondheidsraad destijds zo belangrijk. Het is echt vaak een afweging. Ik weet dat er bij de cohortonderzoeken hele zorgvuldige protocollen zijn die je telkens weer tegen het licht houdt of het moet worden bijgesteld. Dan gelden de criteria van wel doen en niet schaden en de autonomie van een cliënt. Dat betekent dat je zaken meldt en dat je ook zaken niet meldt. Dat geldt om te beginnen al in de klinische praktijk.

**Mevrouw Westerveld (GroenLinks):**

Als er ook een commercieel belang aan vastzit — dat hebben veel van die aanbieders, ze hebben een heel duidelijk commercieel belang en moeten het hoofd boven water houden — dan is het moeilijk om een goede ethische afweging te maken. Ik noemde in mijn eerste termijn een heel concreet voorbeeld. Stel, je laat een pretecho maken en er wordt een aandoening bij de foetus ontdekt. Ik vroeg of dit wetsvoorstel het verbiedt om dit soort zaken te melden, en wanneer is dat wel het geval en wanneer ook niet?

**Minister Kuipers:**

Ook nu al geldt datzelfde kader van de Gezondheidsraad. Ook nu al geldt voor de pretecho's dat het afhankelijk is van de consequenties. Bij bloedonderzoek, maar je kunt ook kijken naar een afbeeldend onderzoek, zijn nevenbevindingen afwijkingen van de norm. Zonder het technisch te willen maken is de norm voor veel gevallen gemaakt door een bepaald onderzoek veelvuldig uit te voeren in een populatie zonder klachten, zonder een specifieke ziekte. Dan kijk je naar de 95% bandbreedte van iets normaal. Als je een normaal hemoglobinegehalte of een normaal bloedsuiker of een normaal iets als je norm bepaalt, dan heb je bij een bandbreedte van 95% altijd 2,5% die daaronder zit en 2,5% daarboven. Dat is dan een nevenbevinding. U kent ongetwijfeld uit uw eigen omgeving dat, als een huisarts een bloedonderzoek laat doen, de kans bestaat dat bij 20 bepalingen die hij doet, er 1 bijzit die aan de hoge kant zit of aan de lage kant. Dat is in de praktijk heel reëel. In de praktijk kijk je wat de relatie is met de klachten die een cliënt heeft of de vraag waar een cliënt voor komt. Dan informeer je op basis van de potentiële consequenties. Dat is dat kader.

Mevrouw **Van der Laan** (D66):

De medische wetenschap zit natuurlijk niet stil. Toen de huidige wet in '92 werd ingevoerd, waren vele soorten kanker nog onbehandelbaar en ongeneeslijk. Dat is nu gelukkig niet meer zo. In mijn inbreng heb ik alzheimer genoemd, en ik hoopte van ganser harte dat de wetenschap daar een doorbraak in gaat krijgen. Maar als we deze wet nu aannemen, kan de minister dan een toelichting geven hoe deze wet in de weg zit of juist voorziet in die medische ontwikkeling waarbij een ziekte van ongeneeslijk naar behandelbaar gaat?

**Minister Kuipers:**

Op dit moment is alzheimer onbehandelbaar. Het kan zijn dat een cliënt daar specifiek om vraagt. Dat kan nu in klinische settingen voorkomen wanneer mensen iets in hun familie hebben. Dan vraag je daar specifiek naar, en dan kan een test of een scan of iets anders enige indicatie geven van een mogelijk risico. Maar in de algemene setting is dit een potentieel ernstige bevinding die voor nu niet vraagt om een klinisch ingrijpen, maar waarbij je een persoon wel belast met informatie over een mogelijk risico. Ik zal u uit bestaande cohortonderzoeken zo'n voorbeeld noemen. U weet dat er in Nederland verschillende cohortonderzoeken zijn waarbij groepen volwassen mensen heel langdurig — in een enkel geval al bijna 40 jaar lang — gevolgd worden en regelmatig onderzoek ondergaan. Bij sommige van die onderzoeken komt het voor dat mensen op enig moment een hersenscan krijgen of hebben gehad. Dan kun je, in het kader van die normaalwaarde, bijvoorbeeld kijken naar de omvang van de vochtruimtes in de hersenen, in medische termen de ventrikels. In het hersenweefsel zitten vochtruimtes. Die vochtruimtes hebben een normaalwaarde en als die net iets te groot zijn, kan dat een indicatie zijn dat er hersenweefsel verloren gaat en dat er te veel vocht zit. Het kan een indicatie zijn van een toekomstig risico op dementie. Bij dit soort cohortonderzoeken is over het algemeen nadrukkelijk afgesproken dat je die informatie niet deelt, tenzij een individu zegt: ik wil alles weten. Maar dan ben je daar zeer terughoudend mee, omdat er op dat moment geen enkele indicatie is, omdat je niet zeker weet of dat groter of anders wordt. Je staat dus eigenlijk een beetje met lege handen en doet een soort observatie. Sorry voor het technische antwoord, maar ik denk dat dit het naar aanleiding van uw terechte vraag illustreert.

De heer **Slootweg** (CDA):

Ik denk dat ik een deel van dit college nog wel even ga nalezen om het goed tot me te laten doordringen.

**Minister Kuipers:**

Excuus, maar het helpt misschien.

De heer **Slootweg** (CDA):

Ja. In ons zorgstelsel heeft de huisarts een belangrijke functie als poortwachter. De minister gaf met zijn 5% aan dat er een grotere roep gaat komen van mensen die zelf dingen willen vinden. Ik vond het voorbeeld dat de minister noemde met die nevenbevindingen wel illustrerend. Is de minister niet bang dat, waar je nu de huisarts vooropzet en waar die de medische indicatie geeft om zo'n preventieonderzoek te laten uitvoeren, de druk op die huisarts, als er

een nevenbevinding komt, er veel meer toe gaat leiden dat er zorg moet worden verleend in de tweede lijn omdat er een nevenbevinding is? Terwijl anders de huisarts waarschijnlijk een hele grote geruststelling geeft als die waardes ook maar een beetje afwijken. Ziet de minister dat gevaar?

**Minister Kuipers:**

Ik zie dat gevaar absoluut. Een paar kanttekeningen daarbij. In het verleden — ik heb het dan niet over de bevolkingsonderzoeken naar kanker — is er wel onderzoek gedaan hoe vaak de verschillende typen van preventief onderzoek op instigatie van een individu leiden tot vervolgvragen en vervolgzorg, zowel bij de huisarts als in een ziekenhuis. Dat blijkt gelukkig heel erg mee te vallen. Maar het risico zit erin. Ik zie het, met een aanpassing van de wet, als een kans dat de huisarts, of welke andere zorgprofessional ook, nog meer gericht informatie kan geven over de pro's en con's van een eventueel onderzoek. Dat moet dan via degenen die die testen, die mogelijkheden aanbieden. Het risico zit er gewoon in. Dat klopt.

De heer **Slootweg** (CDA):

Ik heb ook geprobeerd om de antwoorden heel goed te lezen. Ik zie dat er op een gegeven moment in een antwoord staat: mocht preventief onderzoek een heel grote vlucht nemen — in eerste instantie verkondigt de minister de grote voordelen daarvan — dan hebben we een vangnetbepaling om dat ongedaan te kunnen maken. Het ligt wellicht aan mij, maar dan komt er bij mij een soort kortsluiting. We vinden heel veel gezondheidswinst bij mensen, maar dat gaat dan blijkbaar leiden tot heel veel zorg in die tweede lijn. En wat zegt de minister dan? Dan zetten we een vangnetbepaling in zodat daar geen gebruik meer van kan worden gemaakt. Lees ik dat verkeerd?

**Minister Kuipers:**

Wat de vangnetbepaling bepaalt, zijn de voorwaarden waaronder en met welke informatie daaromheen dit soort onderzoek aangeboden kan en mag worden, en ook uitgevoerd wordt. Ten aanzien van de uitvoering: de kans voor elk van ons is reëel aanwezig dat wij op enig moment in een contact met onze huisarts een gesprek hebben over het wel of niet doen van een bepaalde test. Is zo'n test niet een keer verstandig? Ik heb helemaal klachten, bij mij is er niets aan de hand, maar is het niet toch verstandig om een keer mijn cholesterol te laten prikken? Of bij mannen op mijn leeftijd om een keer de prostaat via het bloed te laten onderzoeken? Ik weet zelf uit ervaring en waardeer het ook heel erg dat mijn huisarts dan nadrukkelijk komt met de pro's en de con's, met waarom je het eventueel wel doet of niet doet en wat eventueel de onduidelijkheden in de interpretatie zijn. Dat het gebeurt, is evident.

De heer **Slootweg** (CDA):

Mijn laatste interruptie, voorzitter. In zoals we het nu geregeld hebben, is het voorbeeld van de minister iets wat wij fijn en goed vinden. Je zet de huisarts dan in een positie. Onze angst is heel erg dat scans zonder medische indicatie kunnen worden gevolgd, dat de druk van de bevindingen bij de huisarts ligt en dat dat leidt tot een enorme toeloop in de tweedelijnszorg. Ik heb in het wetsvoorstel en in de beantwoording niet kunnen vinden dat de minister aangeeft:

die zorg hoeft u niet te hebben. Daar wil ik me van laten overtuigen. Ik wil daar dan geen vangnetbepaling over hebben.

**Minister Kuipers:**

Ik zit even te zoeken. Ik kijk ook naar meneer Hijink, naar aanleiding van de discussie van zojuist. Ik werd in positieve zin door de heer Hijink getriggerd wat betreft de apk, of de controle op alles. Wij realiseren ons dat dat niet kan. Voor als je een specifiek onderzoek doet, of dat nou een afbeeldend onderzoek is of iets anders, moeten we zoeken naar een manier om in de voorwaarden goed vast te leggen waarnaar je op zoek gaat en wat een onderzoek wel of niet kan aantonen, en waar het specifiek op gericht is. Dat moet heel duidelijk zijn. In de huidige situatie wordt het breed ingezet en is daar geen controle op.

**De heer Rudmer Heerema (VVD):**

Een aantal vragen van mijn collega's gaat over de druk op de zorg. Mijn beeld is dat, op het moment dat er een steeds ernstiger wordende aandoening in een later stadium gevonden wordt, de druk op de zorg later ook groter is. Het duurt langer voordat mensen hersteld zijn. Ze zijn minder fit, dus het herstel duurt sowieso langer. Als we aandoeningen eerder kunnen vinden en eerder kunnen behandelen, zou dat volgens mij aan de voorkant weliswaar wat meer druk kunnen geven, maar op de langere termijn een verlichting voor de zorg kunnen betekenen. Ik zie dat weinig terug in de discussie. Ik vroeg me af of de minister vanuit die invalshoek kan reageren op de vraag welke druk er op de langere termijn precies op de zorg ontstaat als we vroegtijdig kunnen signaleren.

**Minister Kuipers:**

We hebben het heel terecht net al gehad over de potentiële opwaartse druk op de zorg. Er wordt een preventief onderzoek gedaan. Iemand vraagt ergens om. Dat leidt tot een bevinding en die leidt tot een vervolgvraag, maar dan in de zorg. Dat is wel degelijk en nadrukkelijk een punt van aandacht, zoals net besproken. Geheel terecht geldt dat ook andersom. Als je zaken eerder detecteert, zijn ze veelal eenvoudiger, met minder ingrepen, met minder zorg en ook langer preventief te adresseren en te behandelen. Een deel van de bestaande bevolkingsonderzoeken en een scala aan andere onderzoeken zijn daar al op gericht.

Als ik een willekeurig voorbeeld mag geven: hart- en vaatziekten zijn nog steeds een zeer veel voorkomende oorzaak van langdurige zorgvraag, van ziekte en ook van sterven. Daar waar tot een aantal jaren geleden de sterfte met name lag in de sterfte als gevolg van acute hartaanvallen, zit de meeste zorgvraag nu bij langdurig hartfalen en bij langdurige hartritmestoornissen, of terugkerende hartritmestoornissen. Heel veel mensen hebben daar eigenlijk weinig klachten van, maar op het moment dat je een deel van die mensen vroegtijdig detecteert, zijn ze zeer eenvoudig behandelbaar. Daar voorkom je erger mee. Dat is dus een voorbeeld van wat er kan.

**De heer Rudmer Heerema (VVD):**

Dank voor dit antwoord en dank voor dit voorbeeld met betrekking tot hartritmestoornissen. Als ik het voorstel goed

gelezen heb, wordt een uitbreiding voorgesteld in het kader dat we al hebben voor bevolkingsonderzoek en preventie. Maar in hoeverre is er ruimte voor het gebruik van wearables, zeker als het gaat om hartritmestoornissen, voor de signalering dat er iets mis is? Dat is een soort van slimme zorg die nu nog in de kinderschoenen staat maar op termijn misschien wel een hele belangrijke rol gaat spelen, juist om huisartsen te ontlasten. Je hebt dan namelijk zelf iets om je pols wat een signaal kan geven of wat kan helpen bij het detecteren van aandoeningen. Zit er in dit wetsvoorstel ruimte om dat later toe te voegen? Of heeft de minister daartoe al ambities?

**Minister Kuipers:**

Dit wetsvoorstel richt zich niet op het gebruik van een wearable zelf. Dat is een techniek, maar het wetsvoorstel richt zich niet op de wearable zelf. Het richt zich wel op de situatie waarin het gebruik van een wearable kan leiden tot een vervolgvraag en een specifieke interventie. Dan is het gebruik van die wearable ook gericht op dat eventuele onderzoek. Daar richt dit wetsvoorstel zich wel op. Kun je dat dus toevoegen? Ja, dat kan.

**De voorzitter:**

De heer Hijink, en dan gaan we weer verder.

**De heer Hijink (SP):**

Om de ballon over hogere of lagere zorgkosten meteen maar even door te prikken, heb ik een opmerking. De Gezondheidsraad was er in 2015 best duidelijk over. Die zei: "In het geval van health checks zal er op populatieniveau geen gezondheidswinst zijn. Screenen met health checks zal daarom ook niet kosteneffectief zijn, laat staan dat het leidt tot kostenbesparingen. De introductie van de nieuwe technologie, en zelfs alleen de beschikbaarheid van de technologie, drijft de zorguitgaven op." Nou, dat is toch een waarschuwing die de VVD zou moeten aanspreken, zo zou ik willen zeggen.

Mijn vraag is heel concreet. Is het met de richtlijn die er voor preventief onderzoek al is, die staat in het register van het Zorginstituut, voor aanbieders van bijvoorbeeld totalbodyscans mogelijk om direct in Nederland aan de slag te gaan als deze wet wordt aangenomen? Dat is eigenlijk mijn vraag.

**Minister Kuipers:**

Zonder de ballon weer op te willen blazen, zeg ik het volgende. De cruciale woorden in het citaat van de heer Hijink zijn "op populatieniveau". Dat zijn de twee cruciale woorden. Daar heeft de Gezondheidsraad volledig gelijk in. Dat richt zich dus op bevolkingsonderzoeken en op het "op populatieniveau", aan een hele groep, bijvoorbeeld aan alle mensen van 50 jaar en ouder, breed aanbieden van iets. Dit voorstel richt zich op het individuniveau. Dat is het cruciale verschil.

Dan ten aanzien van uw andere vraag. Ik schreef mee, maar ik mis de helft. Laat me daar even in tweede termijn op terugkomen, als u dat goedvindt.

**De voorzitter:**

Ik vind het wel leuk dat de minister steeds andere ziektes ter sprake brengt. Zo gaan we het hele menselijk lichaam een beetje door. Het is eigenlijk een soort full bodyscan wat betreft de medische wetenschap en het menselijk lichaam. Je steekt op zo'n dag toch wat op.

**Minister Kuipers:**

Dank, voorzitter. Ik zal nadenken over wat we nog niet gehad hebben, maar we hebben al wel het een en ander gehad.

Dan de relatie met de reguliere zorg. We hebben net al een aantal punten daarvan benoemd. Ik zie hier een apart kopje voor de relatie met de huisarts. Dat heb ik eigenlijk allemaal al besproken.

Dat brengt mij tot de vragen die gisteren tijdens het commissiedebat Medische preventie zijn gesteld aan de staatssecretaris. Allereerst ging het over de verbrede inzet van de zelfafnametest bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Hierover heeft de Gezondheidsraad vorig jaar oktober geadviseerd. De voormalig staatssecretaris heeft eind vorig jaar op dit advies gereageerd: we gaan de zelfafnametest breder inzetten. Het RIVM heeft in beeld gebracht wat de mogelijkheden zijn om dit te doen en wat de gevolgen daarvan zijn. Op dit moment lopen de reguliere aanbestedingen voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, waarmee duidelijk gaat worden op welke manier de verbrede inzet van de zelfafnametest vorm kan krijgen. Eind dit jaar zijn die aanbestedingen afgerond en zal ik uw Kamer hierover informeren. Ik wilde dat schriftelijk bevestigen conform de toezegging van de staatssecretaris gisteren, maar misschien volstaat deze toelichting.

Voorzitter. Daarnaast zijn er vragen gesteld over mijn brief van gisteren over een aanvulling van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker met MRI of CEM, Contrast Enhanced Mammography, zoals dat mooi heet. Laat ik beginnen met te zeggen dat ik het van belang vind om ook aan vrouwen met zeer dicht borstweefsel een goed bevolkingsonderzoek aan te bieden. Ik voel hier urgentie bij.

De vraag is gesteld waarom er geen aanvullende verkorte MRI wordt aangeboden aan deze doelgroep. In mijn brief licht ik toe dat hiervoor geen financiële dekking is en dat er onvoldoende zekerheid is of er genoeg capaciteit is. Bovendien heeft de Gezondheidsraad eerder al geadviseerd om géén MRI aan te bieden, maar eerst een proefbevolkingsonderzoek CEM vorm te geven. Aan een MRI kleven namelijk ook nadelen, zoals veel foutpositieve uitslagen, overdiagnose en beperkte toekomstbestendigheid. Al met al acht ik het nu niet doelmatig om MRI-screening aan te bieden en zet ik in op een proefbevolkingsonderzoek CEM, conform het advies van de Gezondheidsraad. ZonMw heeft hier eerder een subsidieoproep voor gepubliceerd, maar daar hebben geen onderzoekers op ingeschreven. Ik bekijk nu of de subsidieoproep aangepast moet worden, zodat onderzoekers zich wel inschrijven. Ik heb uw Kamer toegezegd hier begin 2023 op terug te komen. Ik zal kijken of dit eerder lukt, al komend najaar.

Tot slot zijn er vragen gesteld over het zo snel mogelijk terugbrengen van het screeningsinterval bij het bevolkingsonderzoek borstkanker naar twee jaar. Hierover volgt nog een brief aan uw Kamer voor het zomerreces. Daar wordt

het maximale aan gedaan. Er worden door het RIVM en door Bevolkingsonderzoek Nederland zo snel mogelijk mensen geworven en opgeleid, en ook wordt waar mogelijk geoptimaliseerd in de logistiek. Het screeningsinterval is nu ongeveer 32 maanden en dat is dalende. De verwachting is dat het nog enige tijd duurt voordat het weer over de volle breedte eens per twee jaar plaats kan vinden. Maar ik kan u aangeven dat ik al twee keer overleg heb gehad met het RIVM om te kijken hoe dit zo veel mogelijk versneld kan worden.

Voorzitter, tot zover mijn tekst. Zoals al gezegd had ik met u afgesproken dat de amendementen al eerder van een appreciatie zijn voorzien.

**De voorzitter:**

Goed. Mevrouw Van der Laan. Kort en puntig, dan kunnen we daarna naar de tweede termijn.

**Mevrouw Van der Laan (D66):**

Yes! Ik heb nog een vraag over de Gezondheidsraad. In de huidige wetstekst vervalt de plicht om de Gezondheidsraad om advies te vragen. In de memorie van toelichting staat: het is de gewoonte dat de Gezondheidsraad om advies wordt gevraagd, voordat een bevolkingsonderzoek van rijkswege wordt aangeboden en verricht. Nu staan onze instituties onder druk en ik vind de Gezondheidsraad een heel belangrijk instrument. Ik zou graag aan de minister willen vragen of hij wil toezeggen dat de Gezondheidsraad hierbij betrokken blijft.

**Minister Kuipers:**

Ja. Het antwoord daarop is volmondig ja. Zoals u weet is de Gezondheidsraad tot nu toe twee keer bij bevolkingsonderzoek betrokken, namelijk eerst aan de voorkant voor een proefbevolkingsonderzoek en dan later nog een keer, naar aanleiding van het proefbevolkingsonderzoek en een uitvoeringstest. Of we dat op een andere manier kunnen doen is dus ook onderwerp van gesprek.

**Mevrouw Westerveld (GroenLinks):**

Ik heb nog twee vragen openstaan uit de eerste termijn. De eerste vraag gaat over de kloof tussen rijk en arm. Het is namelijk zeer aannemelijk dat vooral mensen die wel een spaarpot hebben die scan kunnen doen, waar zij ook zelf voor betalen. Ik zei al in mijn eerste termijn dat dit misschien niet leidt tot een groot gezondheidsverschil tussen rijk en arm. We weten immers al dat dat gezondheidsverschil er is. We weten al dat mensen die geld te besteden hebben, gezonder leven en langer leven. Maar zorgt dit wetsvoorstel er niet voor dat die kloof nog groter wordt?

**Minister Kuipers:**

Ik deel met mevrouw Westerveld dat we dit onderwerp nadrukkelijk moeten bekijken en moeten blijven bekijken. Tot nu toe is het gebruik van een dergelijke total bodyscan, met alle kosten die daaraan vastzitten, en die kosten zijn zeer hoog, eigenlijk zeer incidenteel, naar verhouding. Dat zal het gezondheidsverschil, breed, niet doen toenemen. Maar overall is het wel degelijk zinvol om dit verder te blijven onderzoeken.



**De voorzitter:**  
Kort, afrondend.

**Mevrouw Westerveld (GroenLinks):**  
Maar het idee is nu juist dat die deur wordt opengezet en dat er dus meer van dit soort onderzoeken gaan plaatsvinden. Dan is het toch zeer aannemelijk dat dit wel weer mensen zijn die ervoor kunnen betalen en dan is het toch zeer aannemelijk dat die kloof, dat die gezondheidsverschillen tussen rijk en arm een stuk groter worden met de invoering van dit voorstel?

**Minister Kuipers:**  
Om de gezondheidsverschillen echt op populatieniveau te doen toenemen, moet je zeer grote aantallen mensen hebben die dergelijk onderzoek zouden laten doen. Ik zie dat voorlopig niet gebeuren, maar zoals aangegeven is dit echt iets om verder zicht op te houden.

**De voorzitter:**  
Prima. Heel kort nog, mevrouw Westerveld. O, dat hoeft niet meer. Dan gaan we naar de heer Hijink.

**De heer Hijink (SP):**  
De minister maakt zich er nu wel heel gemakkelijk vanaf. Ook de Gezondheidsraad zelf waarschuwt voor die groeiende gezondheidsverschillen, juist door invoering van dit soort maatregelen. Als namelijk mensen die heel veel geld hebben dit soort scans kunnen laten doen, dan kun je wel zeggen: dat betalen ze dan toch zelf. Ja, maar de vervolgcosten worden natuurlijk wel gemaakt in de reguliere zorg. Uiteindelijk kan meer gebruik van dit soort preventieve zorg, bijvoorbeeld van die bodyscans, leiden tot wachtlijsten of langere wachttijden voor mensen die zo'n scan niet kunnen betalen, zegt ook de Gezondheidsraad. In die zin vergroot het wel degelijk de kloof.

**Minister Kuipers:**  
Dat zou kunnen op het moment dat ze zeer breed gebruikt worden en er ook zeer brede vervolgadvisen komen. Dan komen we op nevenbevindingen et cetera. Zoals ik zonet al aangaf: laten we sturen op het gericht inzetten. Dat is één. Twee. We hebben het steeds maar over de bodyscans, maar een heel groot deel van het preventieve onderzoek dat nu gebeurt, betreft niet deze hele dure scans. Het gaat om een veelheid aan allerlei testen via apotheken et cetera, die ook in prijs verschillen. Die hebben dus ook een andere inzet en kunnen soms voor andere groepen juist breed gebruikt worden en heel zinvol zijn.

**De voorzitter:**  
Mevrouw Westerveld weer. Ik heb u net al gehoord, hè.

**Mevrouw Westerveld (GroenLinks):**  
Dit is weer een andere vraag.

**De voorzitter:**  
Dit is weer een andere vraag. Ik wil naar de tweede termijn.

**Mevrouw Westerveld (GroenLinks):**  
Dat kan ook.

**De voorzitter:**  
Ja? Tot zover de eerste termijn. Dank aan de minister. We gaan naar de tweede termijn. De eerste spreker is mevrouw Westerveld van de fractie van GroenLinks.

□

**Mevrouw Westerveld (GroenLinks):**  
Dank u wel voor het woord, voorzitter. Ik vind dit een ontzettend ingewikkeld wetsvoorstel, niet alleen omdat het technisch heel erg ingewikkeld is, maar ook omdat er best nogal wat fundamentele vragen zijn over dit voorstel. Die hebben we in de eerste termijn ook al benoemd. Er kwamen trouwens best kritische bijdragen vanuit verschillende Kamerfracties. Er zijn ook best veel amendementen ingediend die dit wetsvoorstel veranderen.

Mijn bezwaren zitten op een aantal punten. Het eerste, dat ik net al noemde, is de vraag of dit voorstel niet de kloof tussen rijk en arm vergroot. We weten namelijk dat mensen die geld te besteden hebben, gemiddeld een jaar of zeven langer leven en een jaar of vijftien langer in goede gezondheid leven. We weten dat dit de mensen zijn die voor dit soort onderzoek kunnen betalen. We weten ook dat dit wetsvoorstel waarschijnlijk de deur opent voor veel meer commerciële aanbieders. Dan lijkt het me heel erg logisch dat de kloof daardoor groter wordt. Dat moeten we niet willen. We moeten juist zorgen dat de gezondheidsverschillen in Nederland kleiner worden.

Het tweede bezwaar zit 'm in het volgende. We weten dat er te weinig zorgpersoneel is. Er zijn nu al overal grote tekorten in de zorg. We weten ook dat de mensen die dit soort onderzoek gaan doen, die misschien worden weggetrokken door commerciële bedrijven, precies de zorgmedewerkers zijn die we ook in de ziekenhuizen en in de laboratoria nodig hebben. Het lijkt me een heel onwenselijke ontwikkeling dat we de reguliere zorg en de publieke taak die er is voor ons allemaal, onder druk zetten en dat commerciële organisaties vervolgens hiermee aan de haal gaan.

Een volgend bezwaar zit 'm in hoe we dit gaan organiseren. Dat zit 'm in die vergunningsplicht. Dat zit 'm erin dat ik me afvraag of we het hiermee goed reguleren of dat we hierdoor juist de deur openzetten voor heel erg veel nieuwe aanbieders die er flink aan gaan verdienen en die ongetwijfeld de beste bedoelingen zullen hebben, maar die er ook financiële winst uit proberen te halen.

Dan heb ik nog één vraag, voorzitter. Die gaat over de inspectiecapaciteit. De minister zei net in zijn antwoorden dat de inspectie daar straks beter op kan handhaven en op kan toezien, maar ik meen toch echt gelezen te hebben dat er niet meer capaciteit komt. Hoe kan een inspectie beter gaan handhaven als ze nu al onder druk staat en als er niet meer capaciteit gaat komen?

Voorzitter. Wij hebben dus best wel bedenkingen bij dit wetsvoorstel. We gaan dadelijk luisteren naar de antwoorden van de minister. Daarna zullen wij in onze fractie een discussie gaan hebben over de vraag of we het kunnen steunen of niet.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan de heer Heerema van de VVD.



**De heer Rudmer Heerema (VVD):**

Voorzitter, dank. Dank voor de antwoorden. Voor een deel is het duidelijker geworden en voor een deel moet ik er nog dieper over nadenken. De eerste termijn is gedaan door mijn collega Thom van Campen. Hij heeft in de overdracht van dit dossier dit wetsvoorstel bovenop het stapeltje gelegd met enige informatie erbij: "De eerste termijn is wat chaotisch verlopen. Wij verwachten dat er een eerste termijn vanuit het kabinet gaat komen waarbij ook nog wat vraagtekens geplaatst kunnen worden." Dat is vandaag ook bewaarheid geworden. Er is een redelijk aantal amendementen op dit wetsvoorstel ingediend. Ik moet echt even de tijd hebben om alles wat er in eerste termijn door het kabinet en in tweede termijn door de Kamer is gezegd, op een rijtje te zetten, samen met de amendementen. Daarom doe ik in ieder geval al het verzoek om niet aanstaande dinsdag stemmen over dit wetsvoorstel, maar in de week erna, zodat we tijd genoeg hebben om dit goed te kunnen voorbereiden. Het is, zoals de heer Hijink ook zegt, een moeilijke wetsbehandeling. We moeten voldoende tijd hebben voor het stellen van vragen, maar ook om onze gedachten te kunnen ordenen.

**De voorzitter:**

Dat is een ordevoorstel. Ik wil even kijken of er bezwaar tegen bestaat dat we de stemming een andere keer doen, dus niet deze dinsdag maar een andere keer, namelijk de dinsdag erna.

**De heer Rudmer Heerema (VVD):**

De dinsdag erna, is mijn voorstel.

**De voorzitter:**

Daar zijn alle leden het mee eens, dus dan stemmen we daar over een dag of tien over.

**De heer Rudmer Heerema (VVD):**

De aandachtspunten voor de VVD liggen vooral op de manier waarop de kwaliteit van de onderzoeken gecontroleerd en beoordeeld wordt, waar de borging zit en of er sprake is van goede zorg, begeleiding en de behandeling van mensen. We hebben wat antwoorden gekregen. Die gaan we leggen naast de wet die we gelezen hebben. Ik denk dat wij in de behandeling, als we gaan stemmen over de wet, terug gaan komen met of we instemmen of niet. We moeten ons besluit nog opmaken.

**De voorzitter:**

Heel goed. De heer Hijink van de SP.



**De heer Hijink (SP):**

Dank, voorzitter. Ik denk dat uit de vragen duidelijk is geworden dat de SP geen heel groot voorstander is van deze wet. Ik wil ook uitleggen waarom dat is. De minister

heeft het daarstraks gehad over het reguleren van datgene wat nu nog niet gecontroleerd en gereguleerd kan worden. Maar wij zien dat precies tegenovergesteld, want op dit moment hebben wij nog een vergunningplicht, bijvoorbeeld daar waar het gaat om onderzoek waarbij kanker worden aangetroffen, zoals bijvoorbeeld bij de total bodyscan waar gebruik wordt gemaakt van een MRI. Daar geldt een vergunningplicht. Die vergunningplicht gaat er gewoon af. Ik noem dat niet reguleren, maar dereguleren. Dat betekent namelijk dat de sector zelf, in zijn eigen richtlijnen, gaat bepalen hoe de zorg eruit hoort te zien. Die richtlijnen liggen nu al klaar bij het Zorginstituut. Het zet ook de deur open voor al die aanbieders, die commerciële aanbieders. Daar wil ik echt voor waarschuwen. Die commerciële aanbieders moeten we niet willen in ons land. De minister kan dan zeggen: ja, maar het gebeurt toch nu in het buitenland? Daar hebben wij natuurlijk hier niks mee te maken. Als mensen voor een scan naar Duitsland of een ander land gaan, betekent dat toch niet dat wij dat zelf ook maar moeten gaan aanbieden? Want iemand moet dat uiteindelijk wel gaan betalen. En iemand moet ook de vervolgcosten gaan betalen als zo'n scan gedaan is.

Ik vind het ook tekenend dat beroepsgroepen, belangrijke beroepsgroepen zoals bijvoorbeeld die van de cardiologen, en ook die van de microbiologen en de radiologen, hebben gezegd: wij willen niks meer met die richtlijn te maken hebben. Ook de KNMG heeft zich eruit teruggetrokken. Waarom? Omdat men daar zegt: de sector houdt zich er maar amper aan en is in de eerste plaats uit op commercieel gewin. Men wil gewoon geld verdienen. Dat is het grote risico dat we met deze wet gaan lopen. We lopen het risico dat de deur open wordt gezet voor commercieel onderzoek en dat de samenleving daar uiteindelijk de prijs voor gaat betalen.

Ik denk dat mevrouw Westerveld ook terecht heeft gewezen op het punt van de gezondheidsverschillen, de groeiende gezondheidsverschillen. Die verschillen gaan met dit wetsvoorstel groter worden. Daar waarschuwt ook de Gezondheidsraad voor. Waarom worden die verschillen groter? Omdat je de toegang tot preventief onderzoek makkelijker maakt voor de mensen die het kunnen betalen. En wat gebeurt er als jij een onderzoek hebt laten doen en er wordt iets gevonden? Dan ga je alsnog een beroep doen op vervolgonderzoek. Dan ga je naar de huisarts, dan ga je naar de specialist en kom je in het ziekenhuis terecht. En zo wordt dan het beroep op de zorg, waar we allemaal aan meebetalen, alleen maar groter. Dat gebeurt dan, terwijl tegelijkertijd dit kabinet en voorgaande kabinetten druk zijn geweest met bezuinigen op de zorg. Wie wint er dan uiteindelijk en wie verliest er? Uiteindelijk wordt de kloof dus alleen maar groter.

De capaciteit van de IGJ is ook een terecht punt. Wij hebben altijd gezegd: als de inspectie extra taken krijgt, dan moet daar ook extra capaciteit tegenover staan. Ik vraag de minister dus: waarom komt die dan niet? En de vraag is natuurlijk ook wel interessant hoe de inspectie moet gaan handhaven en controleren als we alleen maar richtlijnen hebben die door de sector zelf zijn opgesteld. Dat zijn dus de richtlijnen waar belangrijke beroepsgroepen zich uit teruggetrokken hebben.

Al met al is mijn fractie helemaal niet blij met het intrekken van die vergunningplicht. Wij denken dat die juist heel belangrijk is omdat daarmee ook de Gezondheidsraad een

belangrijke rol heeft in het voorkomen van "onzinnige zorg". Ik was nooit zo voor dat soort termen als "onzinnige zorg" of "de juiste zorg op de juiste plek". Van die marketingslogans van het ministerie hadden wij nooit een heel hoge pet op. Maar ik wil het hier toch maar even aanhalen: geen onzinnig zorg, geen ineffectieve zorg. Als dat nou echt het standpunt is van het kabinet, moet het dus ook niet kiezen voor het in huis halen van allerlei vormen van commercieel onderzoek, met hele grote risico's op juist hoge vervolggkosten. Dan ben je dus alleen maar bezig met ineffectieve en niet-zinnige zorg.

Dus, voorzitter, wij zullen niet voor deze wet gaan stemmen. Wij hadden liever gezien dat het bevolkingsonderzoek verbeterd zou worden, en dat er een andere regeling getroffen zou worden om zaken op een andere manier op te lossen als er risico's zijn, bijvoorbeeld als het gaat om preventief onderzoek. Wij denken niet dat dit een goede weg is.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Heel goed. Dank u wel. Mevrouw Van der Laan van D66.



**Mevrouw Van der Laan (D66):**

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de minister voor de beantwoording. Ik voel en deel wel het ongemak bij deze wet, hoewel ik het wel goed vind dat de huidige wet herijkt wordt. Het is nou niet zo dat dit niet al in de praktijk bezig is. We proberen de praktijk rondom de preventieve gezondheidsonderzoeken te reguleren. Daarbij probeer ik niet te veel een onderscheid te maken tussen commerciële en niet-commerciële aanbieders. In die zin sta ik er dus voor open. Maar ik probeer wel de balans te zoeken tussen aan de ene kant de sector zelf, de zelfregulering en de beroepsstandaarden, en aan de andere kant het recht op privacy en informatie van de cliënt. Dat dilemma zit wel in deze wet. Ik heb daar onder andere een amendement voor ingediend. Het amendement op stuk nr. 17 gaat over dat totaalverbod op nevenbevindingen versus het recht op informatie. Nou, ik heb een halfjaar de tijd gehad om te studeren op de beantwoording. Ik heb het hier ook nogmaals gevraagd. Ik zal dat amendement intrekken. Misschien is het wel second best, maar ik zal dat amendement op stuk nr. 17 intrekken. Ik heb mijn twijfel geuit. Ik denk uiteindelijk dat dit de juiste weg is, zoals het wetsvoorstel ook voorstelt.

**De voorzitter:**

Het amendement-Van der Laan (stuk nr. 17) is ingetrokken.

**Mevrouw Van der Laan (D66):**

Het andere amendement handhaaf ik natuurlijk omdat ik het echt heb over de informatievoorziening aan de cliënt. Ik wil niets meer of minder dan dat u ... Sorry. Ik wil niets meer of minder dan dat de minister een bepaald handvat, een bevoegdheid heeft in de wet om in te kunnen spelen op een veranderende situatie, bijvoorbeeld wanneer een ziekte verandert of wanneer hij ziet dat de commerciële aanbieders een vlucht nemen. Daarom handhaaf ik dat amendement.

Voorzitter. Al met al is het een ingewikkelde wet. We doen er al een paar maanden over, maar ik denk dat het ook vandaag zorgvuldig is gebeurd.

**De voorzitter:**

Een vraag van de heer Hijink.

**De heer Hijink (SP):**

Ik heb een meer principieel punt. Is er met deze wet, met het laten vallen van de vergunningplicht voor belangrijke delen van onderzoek, voor D66 sprake van reguleren of dereguleren?

**Mevrouw Van der Laan (D66):**

Ik denk dat je in bepaalde mate reguleert. Deze wet stelt regulering voor. Het is een veld dat in beweging is, dus in die zin zie ik dat je wel degelijk reguleert. Als je mij op de vrouw af vraagt of het laten gaan van bepaalde vergunningen deregulering is, zou ik ja zeggen. In aanvulling daarop denk ik dat het heel goed is — u noemde dat zelf in uw bijdrage — dat de sector zelf eigen richtlijnen gaat bepalen. Ik vind dat heel goed, want ik wil niet op de stoel van de professional gaan zitten. Of je nu commercieel bent of niet, je bent een geregistreerd professional. Ik vind dat de sector dan ook zelf over de beroepsstandaard mag gaan.

**De heer Hijink (SP):**

De vraag is natuurlijk de volgende wanneer een sector de eigen richtlijnen opstelt. In een verpleeghuis kun je zeggen dat iedereen meepraat over wat goede kwaliteit is: ouderen, de cliëntenorganisaties, werkgevers, werknemers, personeel. Het is natuurlijk wel een verschil of je een commercieel belang hebt bij het zorgaanbod dat je doet. Hier gaat het over een met name commercieel aanbod, bijvoorbeeld als het gaat over de bodyscans. Dat is heel commercieel. Daar wordt grof geld mee verdiend, zeker als ze straks nog veel meer naar Nederland komen. Als je zo'n sector grotendeels zelf laat bepalen hoe die vorm van goede zorg eruit moet zien, neem je toch hele grote risico's, niet alleen met de toegang tot de zorg, maar ook met de betaalbaarheid van de zorg?

**Mevrouw Van der Laan (D66):**

Ik deel niet helemaal dat we daarbij heel grote risico's nemen. Wat ik wel met u deel — dat proef ik tenminste — is het ongemak dat er bepaalde organisaties zijn afgehaakt. U heeft ze ook genoemd. Een voorbeeld daarvan is de Vereniging voor Radiologie. Mijn vraag, via de voorzitter, aan de minister is nogmaals wat hij eraan kan doen om de afgehaakte organisaties nogmaals te betrekken, want ik deel het ongemak dat zij er geen deel van uitmaken en afstand hebben genomen van de richtlijn. Maar ik deel niet met u het "de slager keurt zijn eigen vlees"-principe. Dat wil ik niet met u delen.

**De voorzitter:**

Met de heer Hijink delen.

Mevrouw **Van der Laan** (D66):  
O ja ... Het is allemaal zo formeel!

**De voorzitter:**

Ja. Het is de Tweede Kamer, hè?

De laatste spreker van de zijde van de Kamer is de heer Slootweg van de fractie van het CDA.

**De heer Slootweg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Het is inderdaad een ingewikkelde wet.

Voorzitter. De drie belangrijkste drijfveren van mensen waar reclamemakers volgens Victor Lamme, professor cognitieve neurowetenschappen aan de UvA, op inspelen zijn angst, hebzucht en kuddegedrag. De gevolgen van hebzucht hebben we gezien bij de wetgeving rond onlinekansspelen. Wij willen niet dat bij deze wet angst een drijfveer wordt waarop wordt ingespeeld. Voor het CDA is goede, betaalbare zorg een basisrecht voor eenieder met een stelsel van op onderling gerichte solidariteit. Dit betekent voor ons wél zinnige zorg, waarbij de patiënt vooropstaat. Geen verkeerde financiële prikkels en productietargets, omdat die laatste alleen maar leiden tot onnodige behandelingen. Als we naar deze wet en naar een advies van bijvoorbeeld de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving kijken, kunnen we een aantal dingen niet rijmen. Want wat zegt de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving? Er dreigt een groeiende tweedeling, waardoor kapitaalkrachtige mensen gemakkelijker zorgdiensten kunnen kopen dan minder gefortuneerde mensen. Bovendien leidt het ertoe dat beroepskrachten vanwege aantrekkelijkere arbeidsvoorwaarden zullen kiezen voor deze commerciële bureaus en dan minder inzetbaar zijn voor de reguliere zorg. Ook bestaat de kans dat de rechtsbescherming en de arbeidsvoorwaarden van arbeidskrachten verslechteren, dat er uitbuiting ontstaat en dat we toegroeien naar een ongezonde markt. Het CDA beoordeelt de wetswijzigingen langs de criteria of ze ervoor zorgen dat de kosten niet gaan oplopen en ervoor zorgen dat de vruchten van de wet ook solidair en bereikbaar zullen zijn, en bij de bevolking terecht komen. En daarom vinden wij de rol van die huisarts als poortwachter ook zo belangrijk, en hebben wij echt het gevoel dat hiermee die functie eerder wordt ondergraven dan dat die wordt versterkt.

We hebben een heel aantal kritische vragen gesteld. En de minister heeft er een aantal beantwoord, maar wat wij nog steeds niet hebben gehoord is of de minister een analyse heeft gemaakt van het aantal commerciële preventieve onderzoeken, zoals healthscans en bodyscans. En waar baseert de minister het op dat het gebruik van preventief onderzoek geen noemenswaardige invloed heeft op het geheel van de kosten in de zorg? Verder vragen wij ons ook af waarop de minister het vertrouwen baseert dat deze commerciële sector komt tot het zelfregulerend vermogen om te komen tot een kwalitatief goede richtlijn en toezicht. Die vraag hebben we ook in eerste termijn gesteld, en we hebben geen antwoord gehad. En ik moet zeggen dat, sinds wij hebben gezien — de heer Hijink wees daar ook naar — dat bijvoorbeeld de radiologen niet eens weggaan, dat ons gevoel niet versterkt dat artsen zich hier ook echt bij willen

betrekken. Juist omdat er mooie winsten kunnen worden gemaakt in deze sector, denken wij dat het reëel is dat mensen gaan kiezen voor commerciële bureaus die dit preventief gezondheidsonderzoek uitvoeren. Is de minister van mening dat de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving ongelijk heeft, of denkt de minister dat hier geen grote markt gaat ontstaan?

En ten slotte, voorzitter. Gisteren hebben wij ook gesproken over preventief gezondheidsonderzoek. In de brieven van 4 maart en 21 september heeft de toenmalige staatssecretaris aangegeven dat er nu te weinig screeningslaboranten zijn. Het gevolg: in plaats van om de 24 maanden een bevolkingsonderzoek naar borstkanker, vindt dat nu plaats eens in de 32 maanden. Heeft de minister een analyse gemaakt van de vraag en het aanbod van het aantal screeningslaboranten door deze wetswijziging? En zo ja, wat is daarvan de uitkomst, en wil hij die delen?

De antwoorden op de vragen die wij hebben gesteld, hebben onze zorgen na de eerste termijn niet weggenomen. Het CDA gelooft in preventie, maar dan preventie die eenieder ten goede komt; preventie die gezondheidsverschillen verkleint in plaats van vergroot.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

U bedankt. Dit was de tweede termijn van de Kamer. Ik schors tot vijf over vier, en dan gaan we luisteren naar de minister.

De vergadering wordt van 15.44 uur tot 16.10 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Het woord is aan de minister.

**Minister Kuipers:**

Dank u wel, voorzitter. Allereerst beantwoord ik een vraag van mevrouw Westerveld: wat zijn de ethische afwegingen rond het wel of niet melden van nevenbevindingen? Het beleid dat we in het wetsvoorstel vastleggen rond nevenbevindingen is gestoeld op de principes van weldoen, niet-schaden en autonomie van een cliënt. Zo geldt dat ook in de reguliere zorg. Het zijn principes die de arts moet afwegen bij het beslissen om nevenbevindingen wel of niet te maken. Ik gaf al aan dat dit in de reguliere zorg zo is. Dit is ook al van toepassing in de cohortonderzoeken. Maar ik wil de Gezondheidsraad van harte vragen om ook nog eens een nadere duiding te doen van wat dit zou betekenen in de specifieke situatie van het aanbod van preventief gezondheidsonderzoek. Ik denk dat dat ons kan helpen. Ik gaf al aan dat dit onderzoek van 2014 dateert. Dat was nog in een ander kader. Laten we de Gezondheidsraad nog eens vragen om hier specifiek naar te kijken.

Mevrouw Westerveld en de heer Hijink stelden een vraag ten aanzien van de capaciteit van de inspectie. De inspectie heeft, anticiperend hierop, haar capaciteit uitgebreid. Daarbij ga ik van het volgende uit. Stel dat deze wet zou worden aangenomen, dan is er op dit moment voldoende capaciteit beschikbaar. Daarbij wordt jaarlijks, zoals dat

gebruikelijk is, in een jaarcyclus bekeken of de capaciteit voldoende is en blijft.

Dan was er een vraag van mevrouw Westerveld. Die vraag sloot ook aan bij een vraag van de heer Slootweg ten aanzien van schaars zorgpersoneel. De heer Slootweg vroeg ook specifiek naar de beschikbaarheid van screeningslaboranten. We hebben op dit moment geen signalen dat de aanbiedingen die er van onderzoek zijn, leiden tot het ontrekken van personeel aan de reguliere zorg. Dat zou zeer onwenselijk zijn; dat deel ik geheel met uw Kamer. Mocht het aanbieden van preventief gezondheidsonderzoek tot problemen leiden in de reguliere zorg, dan is in de beoogde wet ook een vangnetbepaling opgenomen.

Dan is er een aanvullende vraag van mevrouw Westerveld ten aanzien van de gezondheidskloof. Laat ik daarbij in de beantwoording eerst benadrukken dat een belangrijk deel van die gezondheidskloof allereerst komt door grote verschillen in situaties zoals bewegen, voeding, rookgedrag et cetera. Dat zijn zaken die we allereerst op een hele andere manier moeten adresseren. Ik verwijs daarbij naar de staatssecretaris en naar het preventiedebat, waar ook veel op wordt ingezet. De staatssecretaris is ook zeer actief om daarop te blijven inzetten. Zoals u weet, zijn dit factoren die verklaren dat, veelal op wat latere leeftijd, én ziektes én uiteindelijk ook sterfte eerder optreden. Dat moeten we op een andere manier adresseren dan met dit type onderzoek, op welke wijze dan ook, of dat nou bloedonderzoek is of urineonderzoek of een vragenlijst of een bepaalde vorm van afbeeldend onderzoek. Er is dus een specifieke aanpak van gezondheidsachterstanden. Mocht de inzet uit dit wetsvoorstel nou wel leiden tot een uitbreiding en vergroting van de kloof, dan zijn er twee manieren waarop dat aangepakt kan worden. Voor de eerste verwijs ik opnieuw even naar die vangnetbepaling. De tweede ligt eigenlijk meer voor de hand: als een onderzoek onder een populatie of een grotere groep echt tot een verbreding van gezondheidsverschillen leidt, dan is het bij uitstek iets om te overwegen om juist heel breed en juist ook op populatieniveau in te zetten. Dan maak je een slag. Dan maak je er een georganiseerd bevolkingsonderzoek van. Maar zoals ik al aangaf, is dit een van de punten die ik zelf zeer belangrijk vind. Ik vind dus echt dat we dat moeten monitoren. We moeten kijken naar het gebruik, naar wie het gebruikt en naar wat dat dan betekent.

**De heer Slootweg (CDA):**

Ik probeer dit laatste even op me in te laten werken. We doen het dus niet op basis van wetenschappelijke standaarden of zo, maar we gaan het op het moment dat er heel veel vraag naar is ineens omkatten naar een soortement bevolkingsonderzoek. Dat kan de minister toch niet bedoelen? Het gaat toch om wetenschappelijke standaarden die gezondheidswinst tonen? Dat kan toch alleen maar de aanleiding zijn voor een bevolkingsonderzoek? De aanleiding kan toch niet zijn dat er opeens veel vraag is?

**Minister Kuipers:**

Ik ben het geheel met de heer Slootweg eens dat een bevolkingsonderzoek niet ontstaat op basis van de vraag. Ik gaf iets aan, op basis van de terechte vraag van mevrouw Westerveld. Stel dat onderzoek breed wordt ingezet maar meer gebeurt onder één deel van de bevolking en minder in een ander deel. Als dat zou leiden tot gezondheidsver-

schillen tussen die twee groepen, dan moet dat zijn op basis van de effectiviteit van het gebruik van dat preventieve onderzoek. Dat is dan even de aanname. Als dat zo is, dan is dat een overweging om te zeggen: moeten we het dan niet van overheidswege breed aanbieden? Het is dus niet de vraag; het is de effectiviteit en het verschil in inzet tussen verschillende bevolkingsgroepen. Alleen de vraag om een onderzoek kan dus geen reden zijn voor het inzetten en aanbieden van een bevolkingsonderzoek van overheidswege.

**De heer Slootweg (CDA):**

Nog even om het heel goed te begrijpen. Op het moment dat er echt wetenschappelijk bewezen is dat je iets bij een populatie kan doen, dan komt dat volgens mij voort uit wetenschappelijk onderzoek dat voor de hele populatie van belang is. Nu komt er eigenlijk nog een zijpad. We kijken en we zien dat er toch ineens grotere gezondheidsverschillen bestaan, en daarom betrekken we eigenlijk de hele populatie erbij. Maar goed, het is het antwoord van de minister en ik ... Laat ik het zo zeggen: ik laat het even rustig op me inwerken, maar het lijkt me toch echt heel anders dan hoe wij bevolkingsonderzoeken op dit moment funderen.

**Minister Kuipers:**

Ik ga toch nog even in op het punt van de heer Slootweg. Bevolkingsonderzoek funderen wij, zoals u weet, op criteria die al heel lang, al tientallen jaren, vastliggen: de Wilson-en-Jungnercriteria. Ik zal ze niet allemaal langslopen, maar die gaan uit van vragen als: is er daadwerkelijk een gezondheidsprobleem, is er een test die onderscheid kan maken tussen mensen met en zonder aandoening, heeft het vroegtijdig vinden van de aandoening een impact en is er dan ook een behandeling voor mogelijk? Dat zijn een aantal van die stappen.

Mevrouw Westerveld gaf terecht aan: stel dat een onderzoek op een gegeven moment breed gebruikt wordt en stel dat dat uiteindelijk leidt tot een verschil in gezondheidsuitkomsten. We hebben het even gehad over het toevoegen van gezonde levensjaren of de toename van de levensverwachting op populatieniveau. Als dat zou gebeuren door het inzetten van een onderzoek, is er dan niet, volgens de Wilson-en-Jungnercriteria — daar verwijs ik dan maar even naar; dan kom je ook specifiek bij de Gezondheidsraad terecht — een situatie ontstaan waarin je moet zeggen: maar dan moeten we het georganiseerd breed aanbieden? We kijken dus wel degelijk naar die criteria, die we breed, ook internationaal, al tientallen jaren gebruiken, maar dat doen we dan op basis van de aanname: zou het zo kunnen zijn dat door gebruik hiervan gezondheidsverschillen ontstaan? Als dat zo is, dan moet je ernaar kijken.

**De voorzitter:**

Prima.

**Minister Kuipers:**

Mevrouw Van der Laan en de heer Slootweg vroegen: kan de minister ervoor zorgen dat andere beroepsgroepen betrokken worden bij de richtlijn? De Nederlandse Vereniging voor Preventief Gezondheidsonderzoek is de primaire

trekker van het proces, maar andere beroepsgroepen zijn hier nauw bij betrokken. Daarbij wil ik graag alle relevante beroepsgroepen ertoe oproepen om daar constructief in samen te werken. Daarnaast leest de IGJ mee met een richtlijn in wording en stuurt zij ook een reactie aan de betreffende beroepsgroepen.

De heer Slootweg vroeg: heeft de minister een analyse gemaakt van het aantal commerciële aanbieders van preventief onderzoek? Het Nivel — daar refereerde ik aan — heeft wel onderzocht in hoeverre mensen kiezen voor preventief gezondheidsonderzoek in de volle breedte. Hierover is onlangs een rapport aan uw Kamer aangeboden. Maar ik heb geen analyse van het precieze aantal preventieve gezondheidsonderzoeken noch van het precieze aantal aanbieders daarvan.

Dan vroeg de heer Slootweg naar de impact, de gevolgen, van preventief gezondheidsonderzoek op de totale zorgkosten. Onderzoekinstituut Panteia heeft in 2014 onderzoek gedaan naar de effecten van preventief gezondheidsonderzoek op de zorgkosten. Daarbij is zowel naar zorgkosten als naar besparingen gekeken, in lijn met de discussie die we zojuist hadden. De conclusie was toen dat het preventief gezondheidsonderzoek netto 25 miljoen euro aan verdere kosten met zich meebracht. Zo nodig, laat ik dat ook zeggen, biedt het wetsvoorstel de mogelijkheid om preventief gezondheidsonderzoek dat ongewenste gevolgen heeft — dan hebben we het over inzet van personeel en ook over kosten — te verbieden.

De heer **Slootweg** (CDA):

De minister begon zijn betoog met een hele ontwikkeling die is opgetreden. Is dat onderzoek uit 2014 toen ook gebaseerd op die 5% van de individuele vraag, of is die 5% ook gegroeid tussen 2014 en 2022? Dan kan ik me voorstellen dat dat toch wel verschil kan uitmaken, als het toen bijvoorbeeld 2% of 3% was, en nu 5%.

**Minister Kuipers:**

Het precieze percentage moet ik u even schuldig blijven. Daar kan ik op een later moment op terugkomen; dat kan ook schriftelijk als daar behoefte aan is. Ik ken dat percentage niet uit mijn hoofd. De 5% die ik al aangaf is van een paar jaar daarna. Ik weet het nu niet. Ik kan kijken of ik die informatie krijg.

**De voorzitter:**

Dat kan ook wel schriftelijk, een andere keer. Kan de minister afronden?

**Minister Kuipers:**

Ja. Er was nog een laatste vraag van de heer Slootweg: hoe kijkt de minister naar het RVS-rapport over gezondheidsverschillen en commerciële partijen? Als uw Kamer doelt op het rapport "Gezondheidsverschillen voorbij" van de RVS, dan staat mij niet bij dat dat ook ingaat op de rol van commerciële partijen. Uiteraard worden in dat rapport interessante bevindingen gedeeld, zoals dat bij het tegengaan van gezondheidsverschillen veel gefocust wordt op het individu. In de wet zoals zonet al even benoemd zitten vangnetbepalingen om bepaalde preventieve gezondheidsonderzoeken

te verbieden als — dan refereer ik even aan de discussie die wij zonet al hadden — de situatie zich voordoet dat ...

De heer **Slootweg** (CDA):

Ik vind het heel vervelend, want ik heb nu de pagina niet bij de hand, maar het komt uit Anders leven en zorgen. Volgens mij is dat het laatste advies. Laat ik het dan zo zeggen: ik hoop dat de minister ook begrijpt dat zo'n recent advies dat dit echt aantoont, voor ons heel zwaar weegt op het moment dat zoiets komt. Dit wetsvoorstel, of je het nou regulering of deregulering noemt, lijkt toch een trend te hebben die commerciële bureaus meer ruimte geeft.

**De voorzitter:**

Prima.

**Minister Kuipers:**

Dan moet ik daar schriftelijk op terugkomen, want ik heb dit nu niet bij de hand.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Fijn dat de minister de Gezondheidsraad gaat vragen om eens opnieuw te kijken naar een ethisch kader. Mijn vraag is een andere, namelijk over het zorgpersoneel in een tijd waarin we flinke tekorten hebben, eigenlijk zorgbreed. Is de minister dan niet bang dat als er meer commerciële partijen zullen toetreden, die natuurlijk ook gekwalificeerd personeel nodig hebben, en dat juist weer extra druk gaat leggen op onze ziekenhuizen, laboratoria en andere plekken waar we deze mensen ook heel hard nodig hebben?

**Minister Kuipers:**

Deze preventieve onderzoeken, als ze uitgebreid worden ten opzichte van ... Laten we er eerst even van uitgaan, want het gebeurt al, zoals ik al aangaf. Maar stel dat dat uitgebreid zou worden ten opzichte van wat we nu doen, dan is daar personeel voor nodig. Dat kan concurreren. De vraag is wel even wat de impact is, ook in vergelijking tot het totale volume van mensen dat in de zorg werkt. Dat is niet een ontwijkend antwoord, maar als het zeer veel personeel zou vragen, dan kun je daar met dit wetsvoorstel wel degelijk op sturen. Dan zouden we dat moeten zien. Logischerwijze, als we kijken naar de beantwoording zonet van de vraag, is er veel focus op afbeeldend onderzoek, zoals een scan. Er kunnen ook andere onderzoeken, andere typen afbeeldend onderzoek zijn; we hebben het even gehad over een echo bij zwangerschap et cetera. Maar afbeeldend onderzoek is naar verhouding arbeidsintensief. Een deel van het onderzoek dat nu aangeboden wordt, zit in een heel andere hoek, laboratoriumonderzoek. Veelal zijn veel van dat soort bepalingen sterk geautomatiseerd en hebben naar verhouding heel weinig personeel nodig.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik had ook nog een vraag gesteld over de capaciteit bij de inspectie.

**Minister Kuipers:**

Daar heb ik al op geantwoord. De capaciteit van de inspectie is al anticiperend hierop, rekening houdend met uitgebreid. Daarmee ga ik ervan uit dat er voor nu voldoende is. Dat is ook vervolgens iets wat jaarlijks geëvalueerd wordt, zoals dat al gebeurde. Maar voor nu heeft de inspectie anticiperend hierop de capaciteit uitgebreid.

**De voorzitter:**

Ik wil afronden. De heer Hijink.

**De heer Hijink (SP):**

Misschien ging het antwoord van de minister zo snel dat ik het niet goed heb gehoord. Heeft hij nu op basis van de richtlijn die er nu is bij het Zorginstituut gezegd dat, als deze wet wordt aangenomen, het inderdaad mogelijk wordt voor alle aanbieders, zoals Prescan, Total Bodyscan, om aan de slag te gaan in Nederland en hier de MRI-scans te gaan uitvoeren?

**Minister Kuipers:**

Ja. Dat was een vraag die ik niet heb beantwoord. Excuus daarvoor. Het antwoord is onder alle voorwaarden van de wet "ja". Laat ik even de situatie op dit moment benoemen, wat er op dit moment in Nederland gebeurt. U hebt daar net al iets over gezegd, maar ik beschrijf alleen maar even de situatie. Op dit moment worden die scans in Nederland aangeboden op tal van verschillende plekken. Ze mogen alleen niet uitgevoerd worden. Het aanbod zelf kan niet worden gereguleerd. Als ze vervolgens uitgevoerd worden op een plek over de grens, kunnen we dat ook niet reguleren. Maar ze worden aangeboden. Ik denk dat mensen ze ook vinden. Mogelijkerwijs hebt u er zelf ook naar gekeken. Je kunt in tal van grote steden in Nederland ergens naar binnen lopen en dan krijg je zo'n aanbod. Aan dat aanbod zelf kunnen wij niks doen.

**De heer Hijink (SP):**

Dat was ook niet de vraag. Op het moment dat het in Nederland gaat gebeuren, maak je het laagdrempeliger. Dan wordt het makkelijker en misschien aantrekkelijker voor een grote groep om het te gaan doen. Dan zal het voor die bedrijven lonender worden om daar heel veel tijd en geld in te steken en meer reclame te maken. Dan zal dit soort onderzoek, dat aantoonbaar geen zinnige bijdrage levert aan de volksgezondheid, meer worden aangeboden. De reden waarom ik er nog een keer naar vraag, is dat volgens de voorwaarden in deze wet, waarnaar de minister verwijst, de vergunningplicht vervalt. In plaats daarvan gaan richtlijnen gelden die de sector zelf bepaalt, richtlijnen die nu al geregistreerd staan in het register van het Zorginstituut, en waar belangrijke beroepsorganisaties de handen vanaf hebben getrokken. Zij zeggen: ze bieden onvoldoende waarborgen voor de kwaliteit. Ik vind het best wel zorgwekkend dat dat de conclusie van dit debat is. Daar waar sommigen spreken over het reguleren van dit type onderzoek, is er duidelijk sprake van dereguleren.

**Minister Kuipers:**

Dit is besproken, voorzitter.

**De voorzitter:**

Helder. Tot zover dit debat.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

**De voorzitter:**

Wij gaan van de zomer stemmen over dit wetsvoorstel. Op 21 juni 2022 stemmen wij over de wet en de amendementen. Er zijn geen moties ingediend. Hartelijk dank aan de minister voor zijn aanwezigheid vandaag.

De vergadering wordt van 16.29 uur tot 19.30 uur geschorst.