

Vergaderjaar 2025–2026

31 765

Kwaliteit van zorg

32 793

Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 951

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Den Haag, 13 november 2025

Bevolkingsonderzoek is een belangrijke en effectieve manier om kanker in een vroeg en behandelbaar stadium te ontdekken en daarmee veel ziektelast, ellende en overlijdens te voorkomen. Het bevolkingsonderzoek borstkanker wordt sinds 1990 landelijk aangeboden. Jaarlijks worden ruim 6.000 tumoren opgespoord. Naar schatting voorkomen we jaarlijks 1.300 sterfgevallen met het bevolkingsonderzoek.

Ongeveer 5–8% van de doelgroep van het bevolkingsonderzoek heeft zeer dicht borstweefsel. Bij deze vrouwen werkt een mammogram minder goed, waardoor tumoren minder vaak zichtbaar worden dan bij anderen.¹ Een aanvullend MRI-onderzoek kan het bevolkingsonderzoek voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel verbeteren.² Het RIVM heeft het afgelopen half jaar onderzocht op welke manier MRI's kunnen worden aangeboden aan deze vrouwen, naar aanleiding van de duidelijke maatschappelijke oproep hiertoe en verschillende debatten in uw Kamer hierover. De uitvoeringstoets die ik op 1 oktober naar uw Kamer heb gestuurd is daarvan het resultaat.³ Conform mijn toezegging informeer ik uw Kamer met deze brief over hoe het MRI-aanbod voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel eruit komt te zien, en welke vervolgstappen worden genomen om dat aanbod te realiseren. Hiermee voer ik de afspraak uit die is gemaakt in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)⁴ en geef ik invulling aan de motie van het lid Paulusma c.s. over het toegankelijk maken van MRI voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel.⁵

¹ Bij deze groep vrouwen wordt circa 60% van de tumoren gevonden met de mammografie terwijl dit bij vrouwen zonder zeer dicht borstweefsel 70–85% is.

² Bakker MF, et al. Supplemental MRI Screening for Women with Extremely Dense Breast Tissue. N Engl J Med. 2019;381(22):2091–2102.

³ Kamerstukken 31 765 en 32 793, nr. 947

⁴ In het AZWA is afgesproken om het bevolkingsonderzoek borstkanker voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel te verbeteren door hen een MRI aan te bieden. Kamerstuk 31 765, nr. 937

⁵ Kamerstuk 32 793, nr. 797.

Samenvatting

Ik ben erg blij met het uitvoerige werk dat het RIVM in korte tijd heeft verzet samen met onder andere vertegenwoordigers van patiënten, artsen en onderzoekers. De uitvoeringstoets van het RIVM laat zien dat er verschillende mogelijkheden zijn om het MRI-aanbod te realiseren voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Deze mogelijkheden worden helder en concreet omschreven in de uitvoeringstoets. Dat rapport vormt een solide basis voor het vervolg.

De afgelopen weken heb ik de uitvoeringstoets van het RIVM goed bestudeerd. Op 9 oktober 2025 ben ik in gesprek gegaan met alle partijen die betrokken waren bij de uitvoeringstoets om hun adviezen en aandachtspunten te horen. Deze input heeft mij ertoe gebracht om het MRI-aanbod voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel als volgt vorm te geven:

- Vrouwen met zeer dicht borstweefsel uit de doelgroep van het bevolkingsonderzoek worden aansluitend op hun mammogram (die iedere 2,5 à 3 jaar wordt aangeboden) uitgenodigd voor een MRI.
- Deze MRI zal plaatsvinden in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), onder regie van het bevolkingsonderzoek zodat uniforme kwaliteitsborging en strakke capaciteitssturing zijn gewaarborgd.
- Er zal sprake zijn van een capaciteit gestuurde instroom en een ingroeimodel, waarbij de beschikbare capaciteit die volgt uit de aanbestedingen leidend is voor de hoeveelheid vrouwen die op jaarbasis kunnen worden uitgenodigd. Dit betekent dat het niet (meteen) mogelijk zal zijn om alle vrouwen met zeer dicht borstweefsel direct aansluitend op hun mammogram een uitnodiging te sturen voor een MRI.
- Ik verwacht dat na zorgvuldige voorbereiding en implementatie de eerste MRI's in 2030 uitgevoerd worden.
- Vanaf dat moment wordt borstdensiteit gemeten met de mammografie. Deelnemende vrouwen krijgen vanaf dan ook te horen of zij zeer dicht borstweefsel hebben of niet. Ook als ze door capaciteit gestuurde instroom en het ingroeimodel niet direct aansluitend een MRI kunnen krijgen.

Ik geef het RIVM-opdracht om bovenstaande uit te werken in een implementatieplan. Ik realiseer me dat 2030 nog even duurt. Het liefst wil ik dat het sneller zou kunnen, maar de route die we nu inslaan is de snelste mogelijkheid binnen mijn invloedssfeer. De implementatie vraagt om een aantal noodzakelijke stappen en zorgvuldige voorbereiding. Ik zal elke mogelijkheid om te versnellen met beide handen aangrijpen. Ik ben positief dat ik op deze manier wel een forse versnelling kan realiseren ten opzichte van wanneer we de resultaten van het proefbevolkingsonderzoek met verkorte MRI en contrastmammografie (CEM) (DENSE-2) zouden afwachten in 2031 om vervolgens pas te starten met voorbereidingen en implementatie.

Met dit besluit kunnen we eindelijk het bevolkingsonderzoek borstkanker voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel verbeteren. Daar ga ik mij samen met alle partners in het veld voor inzetten. Hier is jaren onderzoek naar gedaan en jaren over gesproken, ik zie het dan ook als een heel bijzondere mijlpaal dat we dit nu gaan realiseren. In deze brief licht ik toe waarom ik voor bovenstaand MRI-aanbod kies, aan de hand van de verschillende onderdelen van de uitvoeringstoets.

Organisatievorm

Het aanvullend MRI-aanbod voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel zal plaatsvinden in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC) en onder regie van het bevolkingsonderzoek (organisatievorm 3 in de uitvoeringstoets).

Het rapport van het RIVM beschrijft vier manieren om de uitbreiding van het bevolkingsonderzoek borstkanker met MRI voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel te organiseren.

- Organisatievorm 1: De aanvullende MRI wordt volledig binnen de reguliere zorg georganiseerd en daarmee gefinancierd via de zorgverzekeringswet.
- Organisatievorm 2: De uitvoering vindt grotendeels plaats in de zorg, maar met enige centrale coördinatie vanuit het bevolkingsonderzoek, door tijdsloten in zorginstellingen te inventariseren en deelnemers door te verwijzen.
- Organisatievorm 3: De uitvoering gebeurt in ziekenhuizen en ZBO's, maar onder centrale regie en financiering vanuit het bevolkingsonderzoek.
- Organisatievorm 4: De MRI-screening wordt volledig geïntegreerd binnen het bevolkingsonderzoek door het openen van speciale screeningslocaties.

Het RIVM adviseert om te kiezen voor organisatievorm 3. Het overgrote deel van betrokken partijen, waaronder beroepsorganisaties van artsen, ondersteunt dit advies. Deze vorm kent volgens het RIVM een aantal belangrijke voordelen: deelnemers betalen geen eigen risico, er is regie op capaciteitsbeheersing vanuit het bevolkingsonderzoek, en centrale kwaliteitsbewaking maakt landelijk uniforme protocollen, gerichte scholing en continue monitoring van de kwaliteit mogelijk. Daarmee wordt de kwaliteit van het MRI-onderzoek landelijk gewaarborgd. Deze organisatievorm is ook gebruikt in het eerdere onderzoek naar de inzet van MRI voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel (DENSE-studie).

Een deel van de patiëntvertegenwoordigers, waaronder Borstkankervereniging Nederland, wil niet dat voor deze organisatievorm wordt gekozen. Zij geven aan vanwege de kortere implementatietijd de voorkeur te hebben voor organisatievorm 1. De gekozen organisatievorm is het meest bepalend voor de implementatietijd.

Ik heb dit ervaren als een dilemma. Enerzijds wil ik net als Borstkankervereniging Nederland dat vrouwen met zeer dicht borstweefsel zo snel als mogelijk kunnen rekenen op een MRI. Tegelijkertijd sta ik ook voor een duurzaam, uitvoerbaar en kwalitatief goed bevolkingsonderzoek. Het kiezen voor het laten uitvoeren van de MRI's als onderdeel van de reguliere zorg (organisatievorm 1 of 2) acht ik vanwege verschillende nadelen geen verstandige keuze. Een belangrijk nadeel is dat in deze organisatievormen beperkte sturing mogelijk is op capaciteit. Er zouden dan heel veel vrouwen in één keer doorgestuurd worden voor een MRI, waardoor het risico op verdringing groter is dan in andere organisatievormen. Een consequentie van verdringing is dat andere mensen die MRI hard nodig hebben, bijvoorbeeld omdat zij een verhoogd risico op borstkanker hebben of een knobbeltje hebben gevoeld, langer moeten wachten. Dit is voor mij het meest zwaarwegende nadeel, ook gelet op de zorgen van andere partijen hierover. Een ander nadeel van organisatievormen 1 en 2 is dat er minder sturing mogelijk is op kwaliteit en uniformiteit, waardoor niet kan worden gegarandeerd dat overal op dezelfde manier de MRI wordt aangeboden. Dit kan bijvoorbeeld zorgen voor regionale verschillen in het aantal fout-negatieve en fout-positieve

uitslagen. Daarnaast benoemt het RIVM dat in de reguliere zorg het eigen risico van toepassing is. Bovendien worden in deze organisatievormen alle vrouwen met categorie D densiteit doorverwezen naar de zorg. Zij worden daarmee «patiënt» in de zorg zonder een verdenking van borstkanker, in plaats van deelnemer aan het bevolkingsonderzoek.

Tot slot is het van belang om te benadrukken dat het aanbieden van MRI's in de reguliere zorg (organisatievormen 1 en 2) vraagt om wijzigingen van zorgrichtlijnen. Ik kan daar als Staatssecretaris niet toe besluiten, omdat ik niet over deze richtlijnen ga. Dat is aan de beroepsgroepen zelf. Dus zelfs als ik – ondanks de nadelen – toch voorkeur zou hebben voor een sneller implementeerbare organisatievorm, ligt de uitvoering daarvan buiten mijn invloedssfeer en is er geen garantie dat er echt snellere toegang is tot kwalitatief goede aanvullende screening.

Na organisatievormen 1 en 2 kan organisatievorm 3 het snelst worden geïmplementeerd. Dit scenario kent grote voordelen. Ik vind het vooral belangrijk om te benadrukken dat ik het risico op verdringing van andere zorg wil verminderen door regie op de capaciteitsbeheersing. Het is voor mij heel belangrijk om het risico te beperken dat patiëntgroepen die MRI óók echt nodig hebben, zoals vrouwen met erfelijke aanleg voor borstkanker, langer moeten wachten. En dat kan het best met organisatievorm 3. Ook kan in organisatievorm 3 beter gestuurd worden op kwaliteit en uniformiteit en is het eigen risico niet van toepassing. Om deze redenen volg ik het advies van het RIVM op om MRI-aanbod via organisatievorm 3 te realiseren.

De implementatie van deze organisatievorm duurt naar verwachting 4 tot 5 jaar. Ik vind het pijnlijk dat vrouwen na jarenlange discussie nog zo lang op MRI-aanbod moeten wachten. Verderop in deze brief beschrijf ik hoe het vervolgproces er grofweg uit komt te zien. Hier licht ik ook toe waarom er 4 tot 5 jaar nodig is en welke stappen ik neem om bepaalde voorbereidende werkzaamheden overlappend uit te voeren. Ik wil namelijk alle mogelijkheden om te versnellen aangrijpen.

Screeningsstrategie

Vrouwen met zeer dicht borstweefsel uit de doelgroep van het bevolkingsonderzoek worden aansluitend op hun mammogram (dat iedere 2,5 à 3 jaar wordt aangeboden) uitgenodigd voor een MRI. Er wordt gebruik gemaakt van 3T MRI-apparatuur en het reguliere MRI-protocol. De keuze voor de screeningsstrategie wordt niet eerst aan de Gezondheidsraad voorgelegd.

Het Landelijk Evaluatie Team Borstkanker (LETB) heeft verschillende screeningstrategieën die mogelijk zijn om MRI aan te bieden aan vrouwen met zeer dicht borstweefsel, doorgerekend als onderdeel van de uitvoeringstoets.

De strategieën variëren in deelnameleeftijden en uitnodigingsintervallen. Met deze berekeningen wordt inzichtelijk wat de effecten en gevolgen zijn van de verschillende screeningsstrategieën. De uitvoeringstoets van het RIVM beschrijft de volgende vijf strategieën als meest kansrijk:

- Strategie 2a: MRI + mammografie elke 2 jaar, leeftijd 50–74 jaar.
- Strategie 2b: MRI + mammografie elke 2 jaar, leeftijd 50–64 jaar.
- Strategie 5a: MRI + mammografie elke 4 jaar, leeftijd 50–74 jaar.
- Strategie 5b: MRI + mammografie elke 4 jaar, leeftijd 50–64 jaar.
- Strategie 7: eenmalig MRI op leeftijd 50 jaar.

Uit de analyses blijkt dat de meest intensieve screening (2a) de meeste gezondheidswinst oplevert, meer capaciteit en geld kost en leidt tot meer

overdiagnose. Minder intensieve strategieën, zoals MRI elke 4 jaar of stoppen op de leeftijd van 64 jaar, leveren een groot deel van de gezondheidswinst op tegen lagere kosten en minder capaciteit en met minder overdiagnose. Voor de precieze cijfers die volgen uit de berekeningen, verwijs ik naar hoofdstuk 3 uit de uitvoeringstoets.

Advies over de screeningsstrategie van de Gezondheidsraad

Het RIVM adviseert in de uitvoeringstoets om de Gezondheidsraad om advies te vragen welke screeningsstrategie gekozen moet worden. Uitgangspunt is om bij het opstarten van nieuwe bevolkingsonderzoeken of bij grote wijzigingen van bestaande bevolkingsonderzoeken advies in te winnen van de Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad toetst het aanbod vervolgens op basis van de stand van de wetenschap aan de internationale criteria voor verantwoorde screening.⁶ De Gezondheidsraad beoordeelt daarmee of het aanbod verantwoord is en of het aangewezen is dat het Rijk het aanbiedt. Dat doet de Raad onafhankelijk en multidisciplinair. Ik hecht daarom veel waarde aan de adviezen van de Gezondheidsraad.

Tegelijkertijd kan het vragen van een nieuw Gezondheidsraadadvies over de specifieke screeningsstrategie die gehanteerd moet worden, zoals het RIVM adviseert, naar verwachting enkele maanden tot een jaar duren. Dit zet mij voor een lastig dilemma. Ik wil het bevolkingsonderzoek voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel zo snel mogelijk verbeteren, maar ik wil ook verantwoorde keuzes maken. Juist omdat het de gezondheid van zoveel vrouwen betreft. Ik heb besloten om geen apart Gezondheidsraadadvies te vragen over welke screeningsstrategie gekozen moet worden. Hieronder leg ik uit hoe ik tot dit besluit ben gekomen.

De Gezondheidsraad heeft in 2020 advies gegeven over een aanvullend MRI-aanbod voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel. De Raad oordeelde toen dat de nut-risicoverhouding van een MRI-aanbod positief is.⁷ Dit was op basis van de DENSE-studie. De Gezondheidsraad heeft dus over de in de DENSE-studie gehanteerde screeningsstrategie, na een zorgvuldige afweging, geconcludeerd dat de voordelen van betere opsporing van borstkanker groter zijn dan de potentiële nadelen als overdiagnose, overbehandeling en de extra kosten. Een nieuw Gezondheidsraadadvies zou essentieel zijn als we nu een nieuwe aanpak zouden kiezen, zoals het hanteren van andere leeftijdsgrenzen, het verkorte MRI-protocol of andere MRI-apparatuur. Ik kies ervoor om MRI nu te implementeren met een screeningsstrategie die zo dicht mogelijk blijft bij de aanpak zoals die is gehanteerd in de DENSE-studie. Daarmee durf ik erop te vertrouwen dat we nu, zonder nieuw Gezondheidsraadsadvies, MRI op een verantwoorde én zo snel mogelijke manier kunnen implementeren. Zodra de DENSE-2 resultaten in 2031 beschikbaar zijn, vraag ik de Gezondheidsraad alsnog om advies. De Gezondheidsraad kan dan de eerste periode van het MRI-aanbod wetenschappelijk evalueren, en uitgebreid adviseren over hoe het aanbod nog meer verantwoord en effectief ingericht kan worden. Door de DENSE-2-onderzoeksresultaten hierbij te betrekken, evenals het eventueel aanpassen van de screenings-

⁶ <https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoeken-en-screeningen/theorie-en-achtergrond>

⁷ De Gezondheidsraad adviseerde dat de nut-risicoverhouding van een aanvullende MRI positief is, maar beschouwde een aanvullend MRI-aanbod niet als een toekomstbestendige oplossing. Dat had onder meer te maken met de beperkte capaciteit in de zorg en de benodigde langdurige aanloop om de infrastructuur op te bouwen. Daarom adviseerde de Raad een proefbevolkingsonderzoek uit te voeren met een andere screeningstechniek: contrastmammografie. Dit is de DENSE-2-studie die op dit moment loopt. Zie: Gezondheidsraad (2020) *MRI in bevolkingsonderzoek borstkanker*. <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/2020/10/06/mri-in-bevolkingsonderzoek-borstkanker>

modaliteit naar CEM, of het toepassen van het verkorte MRI-protocol, kan te zijner tijd een verbeter slag en/of efficiëntieslag worden gemaakt in het gerealiseerde MRI-aanbod voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel.

Overigens zal de Gezondheidsraad wel een advies formuleren, namelijk over de vergunningverlening. Dit is onderdeel van de implementatiewerkzaamheden omdat in de Wet op het bevolkingsonderzoek de verplichting is opgenomen om over de vergunningaanvraag advies in te winnen van de Gezondheidsraad. Dat zal ik vanzelfsprekend doen. Dit is een ander traject waarbij de Gezondheidsraad niet aan de criteria voor verantwoorde screening toetst, maar aan de criteria uit de wet. Deze toetsing duurt doorgaans 6 maanden. Op die manier is in mijn optiek gewaarborgd dat de Gezondheidsraad met zijn advies het voorgenomen MRI-aanbod kan bijsturen op basis van de laatste wetenschappelijke inzichten.

Capaciteit en kosten

De screeningsstrategie die het meest aansluit bij de DENSE-studie is strategie 2a in de uitvoeringstoets. Deze strategie kost de meeste capaciteit en het meeste geld. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat in de RIVM-uitvoeringstoets het LETB heeft gerekend met uitnodigingsintervallen van 2 of 4 jaar, omdat hierover data beschikbaar zijn. In de praktijk is het echter noodzakelijk aan te sluiten bij het daadwerkelijke uitnodigingsinterval van de mammografie, zo schrijft het RIVM. Tijdens de mammografie wordt immers de borstdensiteit bepaald, en pas daarna kunnen vrouwen worden uitgenodigd voor een vervolgaanbod met MRI. Zoals bekend bij uw Kamer is sinds enkele jaren sprake van vertraging in het uitnodigingsinterval van het reguliere bevolkingsonderzoek. Waar de norm is om vrouwen elke 2 jaar uit te nodigen voor het bevolkingsonderzoek, ligt het daadwerkelijke uitnodigingsinterval hoger door personeelskrapte. De afgelopen jaren hebben het RIVM en Bevolkingsonderzoek Nederland (BVO NL) alles op alles gezet om dit interval weer terug te brengen naar 2 jaar, maar zoals ook in de laatste Kamerbrief over dit onderwerp van 20 maart 2025 gemeld, is de verwachting dat komende jaren vrouwen nog steeds te maken hebben met een verlengd uitnodigingsinterval en dat de vertraging waarschijnlijk zelfs nog gaat toenemen.⁸ Vanwege de aanhoudende krapte op de arbeidsmarkt en de hoge uitstroom bij BVO NL, ligt het interval tussen twee uitnodiging nu ongeveer op 2,5 jaar. De verwachting dat dit de komende jaren verder gaat toenemen lijkt realistisch, al worden alle mogelijke maatregelen om dit verder te beperken ingezet.

Zoals gezegd, betekent dit ook iets voor de screeningsstrategie voor het aanvullende MRI-aanbod voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Het is immers noodzakelijk om het MRI-uitnodigingsinterval aan te laten sluiten bij het interval tussen twee uitnodigingen voor het reguliere bevolkingsonderzoek met mammografie. Hierdoor is de keuze dus niet elke 2 of 4 jaar een MRI, maar eigenlijk elke uitnodigingsronde of om de uitnodigingsronde een MRI. Dat ik screeningsstrategie 2a, die aansluit bij de DENSE-studie, wil hanteren als norm, betekent in feite dat ik inzet op een MRI elke uitnodigingsronde. De gezondheidswinst is dan kleiner dan berekend in de uitvoeringstoets voor scenario 2a en de benodigde capaciteit en kosten zullen lager liggen. Immers, deze cijfers zijn berekend bij een tweejaarlijks interval terwijl het interval in de praktijk langer is dan 2 jaar. De cijfers over gezondheidswinst, capaciteit en kosten zullen naar verwachting tussen strategie 2a (interval van 2 jaar) en strategie 5a (interval van 4 jaar) in liggen.

⁸ Kamerstuk 32 793, nr. 814.

Het aantal MRI-onderzoeken zou grofweg circa 35.000 per jaar zijn (tussen de 26.000 van 5a en 44.000 van 2a). De geschatte kosten zouden € 16,4 miljoen per jaar bedragen (tussen € 13 miljoen van 5a en € 19,8 miljoen van 2a). Dit kostenplaatje past binnen de beschikbare middelen voor een MRI-aanbod die zijn gereserveerd in het AZWA (€ 17 miljoen per jaar structureel vanaf 2030).

Samenvattend zet ik in op MRI-aanbod met een screeningsstrategie aansluitend op elke uitnodigingsronde voor het reguliere bevolkingsonderzoek met mammografie voor de leeftijdsgroep 50–75 jaar.⁹ Dit sluit aan bij het gehanteerde protocol in de DENSE-studie waarvan de Gezondheidsraad in 2020 de nut-risicoverhouding als positief heeft beoordeeld. Op basis van de berekeningen in de uitvoeringstoets, verwacht ik hiermee dat door MRI in de periode 2030–2040 aan te bieden op termijn in totaal tussen de 910 en 1230 extra borstkanker sterfgevallen kunnen worden voorkomen, dus per jaar van MRI-inzet gemiddeld 80–110 voorkomen sterfgevallen op termijn extra, ten opzichte van de *jaarlijkse* 1300 borstkankersterfgevallen die met het reguliere programma met mammografie worden voorkomen. Op termijn worden tussen de 14.200 en 19.400 extra QALY's¹⁰ gerealiseerd door het MRI-aanbod in de periode 2030–2040. Daartegenover staat dat er tussen de 13.900 en 21.100 extra foutpositieve uitslagen zullen zijn. Deze berekeningen zijn gebaseerd op modelleringen die beperkingen kennen, waardoor de cijfers in praktijk kunnen afwijken. Ook kunnen de cijfers afwijken als gevolg van het ingroeimodel en de capaciteitsgestuurde instroom (zie ook verderop in deze brief).

MRI-apparatuur en -protocol

Het RIVM beschrijft in de uitvoeringstoets twee varianten in MRI-apparatuur: scanners met een veldsterkte van 1,5 Tesla (1,5T) en scanners met een veldsterkte van 3 Tesla (3T). Hoewel gebruik van 1,5T apparatuur de organisatie van voldoende MRI-capaciteit aanzienlijk kan vergemakkelijken, adviseert het RIVM om 3T-scanners vooralsnog als standaard te hanteren. De reden hiervoor is dat het beschikbare wetenschappelijke bewijs uit de DENSE-studie verkregen is met 3T-scanners. Over het MRI-protocol schrijft het RIVM dat het verkorte protocol de efficiëntie van MRI-onderzoek aanzienlijk kan verhogen. Er is recent wetenschappelijk onderzoek gepubliceerd over het verkorte protocol, met veelbelovende resultaten. Echter, zo schrijft ook het RIVM, heeft de Gezondheidsraad nog niet over het verkorte protocol geadviseerd. Het nu al inzetten van het verkorte protocol, acht ik daarom niet verantwoord zonder dat de Gezondheidsraad hiertoe heeft geadviseerd op basis van de genoemde wetenschappelijke publicatie.

Zoals ik eerder in deze brief heb toegelicht, wil ik MRI zo snel mogelijk én op een verantwoorde wijze implementeren. Dat leidt ertoe dat ik, ook wat betreft MRI-apparatuur en protocolduur, zo veel mogelijk wil aansluiten bij de aanpak uit de DENSE-studie. Zodra de resultaten van DENSE-2 beschikbaar zijn, vraag ik de Gezondheidsraad om een breed advies over het verbeteren van het MRI-aanbod voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel, waarbij o.a. kan worden gekeken naar het toepassen van andere MRI-apparatuur en het verkorte protocol.

⁹ Er is gemodelleerd met intervallen van 2 en 4 jaar en daardoor is de eindleeftijd van de modelleringen 64 jaar of 74 jaar. De eindleeftijd voor het daadwerkelijke aanbod zal echter 75 jaar om aan te sluiten bij het huidige aanbod voor de mammografie.

¹⁰ Quality-Adjusted Life Year, levensjaar in goede gezondheid.

Het RIVM adviseert een capaciteitsgestuurde instroom van vrouwen met zeer dicht borstweefsel uit het bestaande bevolkingsonderzoek richting de MRI. Dat betekent dat het aantal vrouwen met zeer dicht borstweefsel dat jaarlijks voor een MRI kan worden uitgenodigd afhankelijk is van de beschikbare capaciteit. Vanzelfsprekend is de uiteindelijke deelname aan de MRI's medebepalend voor de benodigde capaciteit. Niet alle vrouwen met zeer dicht borstweefsel zullen een MRI willen of kunnen ondergaan.

Daarnaast adviseert het RIVM een gefaseerde invoering van MRI om de druk op vervolgdagnostiek en behandeling beheersbaar te houden in de eerste jaren en om grote schommelingen over de jaren te voorkomen. Deze adviezen sluiten aan bij de uitgangspunten zoals die geformuleerd zijn bij de start van de uitvoeringstoets, waaronder het beperken van het risico op verdringing van andere patiëntgroepen. Dat is voor mij heel belangrijk.

Voor vrouwen betekent dit concreet dat, wanneer MRI-aanbod start, niet (meteen) alle vrouwen met zeer dicht borstweefsel worden uitgenodigd voor een MRI. Ik zet weliswaar volop in op MRI-aanbod aansluitend op de mammografie voor de leeftijdsgroep 50–75 jaar, maar wanneer de beschikbare MRI-capaciteit in de praktijk onvoldoende blijkt, moet de instroom worden aangepast zodat deze aansluit bij wat wel haalbaar is. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat in de beginperiode een kleinere leeftijdsgroep wordt uitgenodigd. Ik wil dat liever niet, omdat ik het liefst de gekozen strategie meteen volledig zou aanbieden, maar ik moet realistisch zijn. We gaan doen wat we kunnen. Ik vind het belangrijk om daar eerlijk over te zijn.

Ik vraag het RIVM om in het implementatieplan (zie ook verderop in de brief) ook uit te werken hoe deze capaciteitssturing en het ingroeimodel er precies uit komen te zien.

Terugkoppeling densiteit

Zodra MRI-aanbod is gerealiseerd wordt borstdensiteit gemeten en teruggekoppeld. Vrouwen krijgen dan te horen of ze zeer dicht borstweefsel hebben, ook als ze door capaciteitsgestuurde instroom en het ingroeimodel niet direct aansluitend een MRI kunnen krijgen.

Wanneer het bevolkingsonderzoek wordt uitgebreid met MRI voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel, moet ook opnieuw gekeken worden naar de informatievoorziening rondom densiteit. Het MRI-aanbod van het bevolkingsonderzoek vereist namelijk dat borstdensiteit van alle vrouwen wordt gemeten op de mammografie en dat daar vervolgens over wordt gecommuniceerd. Dat is nu nog niet het geval. Het RIVM schetst drie opties om met deze informatie om te gaan.

1. Terugkoppeling bij densiteit D – óók als nog niet alle vrouwen met zeer dicht borstweefsel vervolgonderzoek krijgen aangeboden vanwege het capaciteitsgestuurd uitnodigen.
2. Terugkoppeling bij densiteit D alleen aan vrouwen die ook daadwerkelijk vervolgaanbod krijgen.
3. Terugkoppeling van borstdensiteit naar alle vrouwen dus ook aan vrouwen met densiteit A, B en C.

Dit is voor mij een heel belangrijke en lastige kwestie. Ik snap namelijk heel goed dat vrouwen informatie over hun borstdensiteit willen hebben omdat het gaat om informatie over hun eigen lichaam. De Gezondheidsraad en zorgprofessionals hebben mij echter steeds op het hart

gedrukt om borstdensiteit alleen terug te koppelen als er ook vanuit het bevolkingsonderzoek wat mee gedaan kan worden. Ik heb daarom besloten om vanaf het moment dat het MRI-aanbod gerealiseerd is, alle vrouwen te informeren over of zij wel of geen zeer dicht borstweefsel hebben (optie 1 van het RIVM).

Totdat het MRI-aanbod is gerealiseerd, is er geen vervolgaanbod voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Om die reden wordt borstdensiteit pas gemeten in het bevolkingsonderzoek zodra het MRI-aanbod staat. Ik begrijp dat in sommige gevallen vrouwen die informatie eerder zouden willen om vervolgens zelf op een andere manier een MRI proberen te krijgen. Maar ik vind dat als een overheid een besluit neemt sprake moet zijn van solidariteit met alle vrouwen. Ik wil ongelijkheid voorkomen, juist ook omdat het tot verdringing in de zorg kan leiden met alle schadelijke gevolgen van dien. Toen ik hierover sprak met zorgverleners tijdens het overleg op 9 oktober 2025, noemden zij het belangrijke medische principe: *first, do no harm*. Daar wil ik naar luisteren.

Zoals ik eerder in deze brief heb toegelicht, zal MRI-aanbod geleidelijk worden geïmplementeerd met een ingroeimodel. Zodra het MRI-aanbod gerealiseerd is, kan het dus zo zijn dat vrouwen met zeer dicht borstweefsel wél het bericht krijgen dat ze zeer dicht borstweefsel hebben – maar nog niet (meteen) uitnodiging voor een MRI. Die uitnodiging kan dan later volgen, bijvoorbeeld bij een volgende screeningsronde.

Deze manier van terugkoppelen (optie 1 van het RIVM hierboven) acht ik wenselijker dan alleen terugkoppeling te geven aan vrouwen met zeer dicht borstweefsel voor wie MRI ook direct beschikbaar is (optie 2 van het RIVM hierboven). Deze tweede optie zou namelijk betekenen dat er twee mogelijkheden zijn als je geen uitnodiging voor een MRI krijgt. Ofwel je hebt wél zeer dicht borstweefsel maar bent nog niet uitgenodigd, ofwel je hebt geen zeer dicht borstweefsel. Dat is dan onduidelijk. Bovendien zou in deze situatie borstdensiteit wel worden gemeten (in tegenstelling tot de huidige situatie), maar de informatie voor sommige vrouwen met zeer dicht borstweefsel actief achtergehouden. Dat vind ik onuitlegbaar. Voor vrouwen die geen zeer dicht borstweefsel hebben blijft het bevolkingsonderzoek hetzelfde. Ik acht het niet nodig en niet wenselijk om hen expliciet te informeren of zij borstdensiteit A, B of C hebben (optie 3 RIVM).

Ook bij andere bevolkingsonderzoeken worden deelnemers niet geïnformeerd bijvoorbeeld over de precieze labuitslagen. Er wordt alleen gecommuniceerd als er vervolgonderzoek nodig is. Ik wil hier zoveel mogelijk bij aansluiten. Het is een belangrijk uitgangspunt in de bevolkingsonderzoeken dat mensen alleen relevante informatie ontvangen, waar zij ook iets mee kunnen.

Tijdens de bijeenkomst op 9 oktober 2025 hebben verschillende betrokkenen benadrukt hoe belangrijk communicatie is. Het is essentieel dat voor vrouwen begrijpelijk is wat het betekent dat ze zeer dicht borstweefsel hebben, en waarom ze wel of niet worden uitgenodigd voor een MRI. Samen met het RIVM en BVO NL bekijk ik hoe de communicatie hierover zo zorgvuldig mogelijk kan worden vormgegeven en ik betrek daar de relevante veldpartijen bij. Het RIVM werkt dit ook uit in het implementatieplan waartoe ik opdracht verleen. Het zal ook worden beschreven in de vergunningaanvraag op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek, waarover de Gezondheidsraad nog advies gaat geven. In het advies over de vergunning kan de Gezondheidsraad dus specifiek adviseren over het terugkoppelen van borstdensiteit.

Vervolgstappen

De eerste stap is een implementatieplan door het RIVM en BVO NL. Onderdeel hiervan is de vergunningaanvraag. Als de vergunning is verleend starten de aanbesteding en implementatiewerkzaamheden. De verwachting is dat de eerste MRI's kunnen worden aangeboden in 2030. Alle mogelijkheden om tijd te besparen worden aangegrepen.

Er zijn verschillende concrete stappen die worden gezet om het MRI-aanbod daadwerkelijk te implementeren. Het RIVM schrijft hierover ook in de uitvoeringstoets. Omdat ik het bevolkingsonderzoek voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel zo snel mogelijk wil verbeteren, kijk ik bij elke stap naar versnelmogelijkheden. Hieronder leg ik uit hoe het vervolg eruitziet en welke mogelijkheden ik zie om zo min mogelijk kostbare tijd te verliezen.

Een belangrijke vervolgstap is het maken van een implementatieplan. Dat zal het RIVM doen samen met BVO NL, waarbij de stakeholders die ook betrokken waren bij de uitvoeringstoets als belangrijke gesprekspartners fungeren. Het maken van het implementatieplan zal naar verwachting ongeveer 15 maanden duren. In dit implementatieplan moeten in ieder geval de volgende aspecten worden uitgewerkt, en vervolgens uitgevoerd:

- Organisatievorm 3, uitvoering in ziekenhuizen en ZBC's onder regie van het bevolkingsonderzoek, inclusief logistiek, personele inzet, financiering en kwaliteitsborging. Hierbij hoort ook het aanbestedings-traject en de afstemming met ziekenhuizen, ZBC's en leveranciers van MRI-apparatuur.
- Een communicatieplan voor de communicatie richting deelnemers, professionals (zoals huisartsen en radiologen) en betrokken organisaties, met specifieke aandacht voor de terugkoppeling van de borstdensiteit.
- De capaciteitsgestuurde instroom en het ingroeimodel. Indien de beschikbare capaciteit erom vraagt, kan een selectiestrategie worden toegepast. Bijvoorbeeld op basis van leeftijd.
- Opleiding en certificeringstrajecten voor radiologen en Medisch Beeldvormings- en Bestralingsdeskundigen (MBB'ers) die de MRI's uitvoeren, inclusief planning en capaciteitsopbouw.
- Monitoring- en evaluatiesystematiek om de kwaliteit van de MRI's te waarborgen.
- Eisen voor infrastructuur en ICT, waaronder beeldopslag, gegevensdeling en privacyaspecten. Hier zijn we nu extra alert op vanwege de datahack bij het laboratorium dat werkzaamheden uitvoerde in het kader van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.

Als onderdeel van het implementatieplan moet BVO NL ook een vergunningaanvraag op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek indienen. Over deze vergunningaanvraag vraag ik vervolgens advies aan de Gezondheidsraad. Dit adviestraject neemt maximaal 6 maanden in beslag. Bij een positief advies kan het Ministerie van VWS de vergunning voor de uitvoering van de MRI's verlenen. Ik vraag het RIVM om samen met BVO NL binnen het implementatieplan prioriteit te geven aan het opstellen van de vergunningaanvraag (en de aspecten die daarvoor uitgezocht moeten worden). Zo kan parallel aan de uitwerking van het implementatieplan alvast advies worden ingewonnen van de Gezondheidsraad over de vergunning, en kan dus tijd worden gewonnen.

Zodra de vergunning is verleend, start de implementatiefase en daarmee de uitvoering van de werkzaamheden, zoals op hoofdlijnen geformuleerd

in de uitvoeringstoets en straks gedetailleerd in het implementatieplan. De aanbesteding van de instellingen die de MRI's gaan uitvoeren, ziekenhuizen en ZBC's, is het meest tijdrovende onderdeel van de implementatiefase. Hiervoor geldt namelijk het Europees aanbestedingsrecht, wat betekent dat het inkooptraject volgens de geldende aanbestedingsregels moet worden uitgevoerd. Door de wettelijk vastgestelde termijnen en bezwaar- en beroep-regelingen is de gemiddelde doorlooptijd van een grote aanbesteding als deze rond de 2 à 3 jaar.

Ook hier liggen kansen om zo min mogelijk tijd te verliezen. Het RIVM en BVO NL kunnen namelijk parallel aan dit aanbestedingstraject verschillende werkzaamheden uitvoeren, zoals het implementeren van de densiteitsmeting op de mammogrammen, informatiemateriaal ontwikkelen, centrale opslag van MRI-beelden aanbesteden en implementeren, aanpassingen doorvoeren in ICT-systemen, in overleg met veldpartijen uitvoeringsprotocollen aanpassen en radiologen opleiden om MRI-beelden goed te kunnen beoordelen.

Voorlopige planning

De eerstvolgende stap is dat ik het RIVM de meerjarige opdracht zal geven om samen met BVO NL een implementatieplan te maken en uit te voeren, en om tot een vergunningaanvraag te komen. Deze werkzaamheden starten per direct en lopen in ieder geval tot en met 2030. Voor de uitvoering van MRI's is per 2030 structureel € 17 miljoen per jaar beschikbaar. Ook voor de voorbereidende werkzaamheden de komende jaren van het RIVM en BVO NL zijn middelen voorzien in AZWA. Mijn verwachting is op dit moment dat het mogelijk is om de eerste MRI's aan te bieden in 2030. Ik zal uw Kamer doorlopend op de hoogte houden over de voortgang van dit traject en de verwachtingen wat betreft de planning. Verder zal ik iedere mogelijkheid voor versnelling met beide handen aangrijpen.

Tot slot

Ik ben het RIVM en alle betrokken stakeholders dankbaar voor het harde werk dat zij hebben verricht om binnen een halfjaar deze uitvoeringstoets op te leveren. Deze uitvoeringstoets vormt een goede basis voor mijn besluiten over de inrichting van het aanvullende MRI-aanbod voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Ik ben blij dat we nu eindelijk deze stap gaan zetten om dit aanbod te realiseren. Gedurende de voorbereidingen blijf ik samen met de betrokkenen voortdurend zoeken naar manieren om te versnellen. Uw Kamer kan hiervoor mijn volle inzet verwachten.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J.Z.C.M. Tielen