

Vergaderjaar 2022–2023

**32 793**

## **Preventief gezondheidsbeleid**

**Nr. 671**

### **VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT**

Vastgesteld 15 maart 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 16 februari 2023 overleg gevoerd met de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en de heer Van Ooijen, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 juni 2022 inzake stand van zaken screeningsinterval borstkanker (Kamerstuk 32 793, nr. 611);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 juni 2022 inzake stand van zaken uitbraak apenpokken (Kamerstuk 25 295, nr. 1887);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 juli 2022 inzake stand van zaken apenpokken (Kamerstuk 25 295, nr. 1932);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 juli 2022 inzake reactie op moties inzake Nationaal Programma Kanker (Kamerstukken 32 793 en 31 765, nr. 630);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 juli 2022 inzake advies van de Gezondheidsraad: Screening op huidkanker (Kamerstuk 32 793, nr. 628);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juli 2022 inzake stand van zaken apenpokken (Kamerstuk 25 295, nr. 1928);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 juli 2022 inzake beleidsreactie RVS-verkenning Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend en ZIN-advies Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen: wie neemt de regie? (Kamerstuk 32 793, nr. 615);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 augustus 2022 inzake advies Gezondheidsraad over HPV-vaccinatie, beleidsreactie op dit advies, en stand van zaken aanvullende HPV-campagne voor jongvolwassenen (Kamerstuk 32 793, nr. 633);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 juli 2022 inzake aanpak Vol vertrouwen in vaccinaties en vaccinatiegraadrapport 2021 (Kamerstuk 32 793, nr. 614);**

- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 september 2022 inzake advies Gezondheidsraad: Evaluatie schema Rijksvaccinatieprogramma (RVP) (Kamerstuk 32 793, nr. 634);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 september 2022 inzake vaccinatie tegen rotavirus (Kamerstuk 32 793, nr. 636);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 september 2022 inzake beleidsreactie op het advies van de Gezondheidsraad: Screening op huidkanker (Kamerstuk 32 793, nr. 637);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 september 2022 inzake stand van zaken apenpokken (Kamerstuk 25b 295, nr. 1945);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 oktober 2022 inzake beleidsvisie seksuele gezondheid (Kamerstuk 32 239, nr. 10);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 oktober 2022 inzake advies Vaccinatie tegen meningokokken B: update (Kamerstuk 32 793, nr. 640);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 oktober 2022 inzake reactie op verzoek commissie over een update van de stand van zaken omtrent gordelroosvaccinatie (Kamerstuk 32 793, nr. 641);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 november 2022 inzake reactie op verzoek commissie over de stand van zaken over de tekenaanpak en de ziekte van Lyme (Kamerstuk 32 793, nr. 644);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 november 2022 inzake reactie op aanbevelingen NVMM voor bestrijding van antibioticaresistentie (Kamerstukken 32 620 en 32 793, nr. 281);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 december 2022 inzake stand van zaken mpox (Kamerstuk 36 167, nr. 6);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 december 2022 inzake incident met poliovirus (Kamerstuk 25 295, nr. 1983);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake reactie op verzoek commissie over manifest Inhaalslag kennis menstruatie- en hormoongerelateerde klachten dringend nodig (Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 181);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 december 2022 inzake Gezondheidsraadadvies Evaluatie en optimalisatie van het bevolkingsonderzoek darmkanker (Kamerstuk 32 793, nr. 648);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake ontwikkelingen neonatale hielprikscreening 2022 (Kamerstuk 29 323, nr. 172);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 december 2022 inzake ontwikkelingen in de bevolkingsonderzoeken naar kanker 2022 en monitors 2021 (Kamerstuk 32 793, nr. 649);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 januari 2023 inzake reactie op verzoek commissie over de petitie Meer onderzoek naar (onverklaarde) gezondheidsklachten van vrouwen (Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 199);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 februari 2023 inzake kabinetsreactie op het

- Gezondheidsraadadvies Betekenis van exposoomonderzoek voor beleid (Kamerstuk 32 793, nr. 652);**  
– **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 februari 2023 inzake voortgang Vol vertrouwen in vaccinaties (Kamerstuk 32 793, nr. 651).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,  
Smals

De griffier van de commissie,  
Esmeijer

**Voorzitter: Smals**  
**Griffier: Heller**

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Agema, Bushoff, Ellemeet, Den Haan, Kuik, Paulusma, Smals en Tielen,

en de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en de heer Van Ooijen, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 9.47 uur.

**De voorzitter:**

Goedemorgen, allemaal. Welkom bij de commissievergadering van de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het debat gaat over medische preventie. Hartelijk welkom aan de Minister en de Staatssecretaris. Welkom aan de mensen op de tribune. Fijn om te zien dat er zo veel mensen zijn. Natuurlijk ook welkom aan mijn collega's. We hebben echt tot maximaal 15.00 uur. Ik wil dus om 14.45 uur stoppen. Om 15.00 uur moet de zaal echt weer leeg zijn. Dat is dus alvast een waarschuwing. We hebben vijf uur. Op dit moment hebben we maar zes sprekers, maar dat kan soms nog wijzigen. Ik wil u daarom voorstellen om te beginnen met zes interrupties in totaal, dus zowel voor elkaar alsook voor de regering. Ik begrijp dat dat heel weinig is. Als er tijd is voor meer interrupties, ga ik die gewoon toestaan. Ten tweede wil ik u vragen om uw interrupties echt kort te houden. Tijdens de laatste debatten die ik met u heb meegemaakt, is het mij opgevallen dat de interrupties alsmear langer worden. Ik ga proberen – ik geef alvast een winstwaarschuwing – om na een halve minuut aan te geven dat de interruptie echt ten einde moet komen. Na een minuut ga ik proberen om u af te kappen. Ik vermoed dat dat niet gaat lukken, maar ik ga het wel proberen te handhaven. Dan weet u dat alvast. Ik probeer dat op een charmante en aardige manier te doen, maar er zit wel een strenge ondertoon onder, hoop ik. Goed, ik heb genoeg gezegd en ik hoop verder zo weinig mogelijk te zeggen. Ik geef graag het woord aan mevrouw Paulusma voor haar eerste termijn.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Dank u wel, voorzitter. Ondanks dat ik Groningse ben, begin ik vandaag met iets heel positiefs, want we hebben wat te vieren: jongens mogen ook het HPV-vaccin halen. Het vooruitzicht belooft veel goeds, kijkend naar andere landen. Australië begon twee jaar eerder dan wij met prikken tegen HPV en staat op het punt om baarmoederhalskanker volledig uit te roeien. Hiervoor moet er wel voldoende geprikt worden. Daarom begin ik bij de Staatssecretaris. Ik vraag hem of alle mogelijke doelgroepen bereikt worden. In sommige kringen is HPV, en praten over seks überhaupt, een taboe. Voelen jongeren zich vrij genoeg om het vaccin te halen? Graag een reactie.

Voorzitter. Op een correcte manier informeren is bij vaccineren ontzettend belangrijk. Dat hebben we ook gezien tijdens corona. Bepaalde claims, zoals «jongens hoeven het niet, want ze hebben geen baarmoeder» zijn gevaarlijk, net als dat eerdergenoemde fakenieuws. Het is heel frustrerend dat we hierdoor stil blijven staan in ontwikkelingen waar we in het belang van onze gezondheid al eerder stappen in hadden kunnen maken.

Voorzitter. Ook de manier waarop kosteneffectiviteitsberekeningen van vaccinaties worden gemaakt, is frustrerend. Er worden fictieve vaccin-prijzen gehanteerd, niet de reële. We zien in landen om ons heen dat daar goedkoper en sneller ingekocht wordt. Ik vroeg de Staatssecretaris al eerder om een inkoopstrategie waarbij de overheid niet steeds vastloopt in de fuik van de hoogste prijs. Ik herhaal mijn woorden uit het vorige debat over medische preventie in juni 2022: waarom waarderen we kosteneffectiviteit op het gebied van preventie nog steeds niet hetzelfde

als bij curatieve zorg? In de brief die volgde, schreef de Staatssecretaris dat hij hierover allerlei gesprekken ging voeren. Ik ben heel erg benieuwd naar de uitkomst hiervan, want we zijn inmiddels een halfjaar verder. Voorzitter, dan terug naar HPV. Juist voor hen die ertussendoor glijpen, is het bevolkingsonderzoek ontzettend belangrijk. Ook hierbij moet de drempel zo laag mogelijk zijn. HPV-zelfafnametesten helpen hierbij. Door mijn amendement is hier ook veel geld voor vrijgekomen. Dat is voor heel veel vrouwen heel goed nieuws. Ik hoor dus graag van de Minister wanneer de eerste zelfafnametesten bij jonge vrouwen in de brievenbus vallen.

Voorzitter, dan prep. Ook hier hebben wij vaker aandacht voor gevraagd. Net zoals de Minister zie ik dat tussentijdse resultaten van de prep-pilot positief zijn. Ik ben blij dat de Minister voornemens is om deze zomer een besluit te nemen. De capaciteit van de pilot, en daarmee de beschikbaarheid van prep, blijft echter een probleem. Ik ga dus nogmaals aan de Minister vragen wat hij in de tussentijd wel kan doen voor deze groep wachtenden. Is de Minister bereid om nogmaals met de GGD's het gesprek te voeren over capaciteit, of om toch met de huisartsen te kijken welke zorg er via hen mogelijk is, zodat mensen via de huisarts met een recept alsnog prep kunnen krijgen? Graag een reactie van de Minister.

**De voorzitter:**

Mevrouw Ellemeet heeft een interruptie. Ik kan dus direct proberen om het te doen zoals ik net heb aangekondigd. Gaat uw gang, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik ken D66 als een partij die opkomt voor mensen die prep nodig hebben. Er staan 3.000 mensen op de wachtlijst. Zij zullen nog heel lang moeten wachten. Het RIVM onderzoekt of het effectief is. Uit internationaal onderzoek weten we dat het effectief is. Vind ik D66 aan mijn zijde als ik zal voorstellen om de bewijslast om te draaien? Dan breiden we de prepvoorziening nu uit, zodat alle mensen op de wachtlijst toegang hebben tot prep, en als het RIVM-onderzoek nou onverhoopt zou uitwijzen dat het niet zou werken, wat zeer onwaarschijnlijk is, zetten we die weer stop. Dan draaien we het dus om.

**De voorzitter:**

Dat was 35 seconden, dank u wel! Ik zal hier zo meteen mee ophouden, hoor. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

GroenLinks vindt D66 heel erg aan haar zijde wat betreft het belang van prep. Volgens mij hebben we daar ook altijd samen in opgetrokken. We hebben ook samen moties ingediend. Daarom ben ik teleurgesteld over de gang van zaken. Ik geloof net als mevrouw Ellemeet dat de uitkomst van het onderzoek hetgeen zal uitwijzen waarvoor wij ook steeds het pleidooi hebben gehouden in de Kamer. Ik vraag de Minister daarom nu ook expliciet om te kijken of er niet nog een andere route is om dit wel beter te organiseren. Ik verwacht eigenlijk dat de route via de huisartsen een hele snelle en effectieve is. Ik ben benieuwd naar het antwoord van de Minister. Daarna zou ik willen nadenken over het voorstel van mevrouw Ellemeet.

**De voorzitter:**

Gaat u verder, mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Over prep heb ik het gehad.

Voorzitter. We zetten stappen vooruit als het gaat om preventie. Ik denk dat de afgelopen periode, met corona, ons ook geleerd heeft hoe belangrijk preventie is. Maar we hebben nog wel een hele hoop werk te doen, bijvoorbeeld op het gebied van een gezonde leefomgeving. We hebben het vaak over de gevolgen van fijnstof voor de gezondheid van de natuur. Dat is helemaal terecht, maar laten we het nu ook eens hebben over de gevolgen van fijnstof voor onze eigen gezondheid. Uit onderzoeken van onder andere het RIVM blijkt dat door fijnstof elk jaar tussen de 7.000 en 12.000 mensen vroegtijdig komen te overlijden en dat mensen een verhoogde kans hebben op longontstekingen, astma en hart- en vaatziekten. Fijnstof leidt tot meer medicijngebruik en zelfs tot spoedopnames in het ziekenhuis. Dit komt door de industrie, door ons autogebruik en door de intensieve veehouderij. Onder anderen jonge kinderen, ouderen en zelfs mensen die sporten en zwaar werk doen in de buitenlucht hebben extra last van smog door fijnstof. Dat geldt ook voor boeren, of misschien wel juist voor boeren. Dus tot zover de frisse buitenlucht. Op dit moment hanteert Nederland de doelen voor de luchtkwaliteit van de Europese Unie. Deze zijn tot vijf keer minder ambitieus dan de richtlijnen van de WHO. De Gezondheidsraad gaf in Nederland in 2018 al het advies aan het kabinet om juist die WHO-richtlijnen over te nemen. D66 wil een stap verder gaan. Nederland moet het wat D66 betreft voor elkaar krijgen dat ook de EU deze WHO-ambities overneemt, want fijnstof laat zich niet tegenhouden door landsgrenzen. In de hele afgelopen periode zien we dat verandering pijn doet, zeker als je het idee hebt dat burens over de grens zich niet hoeven aan te passen. Juist voor de boeren vraag ik het kabinet dus om zich in Europa in te spannen voor gezondere WHO-doelen. Graag een reactie van de Minister en de Staatssecretaris vanuit het gezondheidsperspectief. De wetenschap liegt er niet om: een afname van de fijnstofconcentratie leidt tot minder gezondheidsklachten. Dat is een extra reden waarom ik het kabinet ook hier nogmaals oproep om actie te ondernemen om de stikstofdoelen te behalen. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Dan gaan we door naar meneer Bushoff. Ik heb nog één mededeling. Meneer Hijink had ook graag bij dit debat willen zijn, maar hij is ziek, dus hij laat zich excuseren. Meneer Bushoff voor zijn eerste termijn.

**De heer Bushoff (PvdA):**

Dank u wel, voorzitter. Medische preventie is natuurlijk van groot belang, in de eerste plaats omdat we willen voorkomen dat mensen ziek worden, omdat we natuurlijk willen dat mensen zo gezond mogelijk blijven. Maar in de tweede plaats is preventie, naast een individueel belang, natuurlijk ook nog een soort collectief belang. Het is als samenleving goed om te voorkomen dat mensen ziek worden, want daarmee voorkomen we dat er daarmee gepaard gaande hogere kosten op ons afkomen. Het is dus van belang dat we inzetten op medische preventie. Ik zou daar vandaag dan ook vier punten over willen inbrengen.

Ten eerste noem ik een punt dat vandaag ook werd aangestipt door de collega rechts van mij, mevrouw Paulusma. Het gaat over prep.

Hiv-infecties tegengaan blijft natuurlijk van onverminderd belang. De Minister lijkt ook enthousiast over prepzorg en inbedding in de reguliere zorg. De eerste tussentijdse studie van de lopende pilot lijkt ook positief. De WHO adviseert al sinds 2000 positief over dit middel. In heel veel EU-landen om ons heen is prep al laagdrempelig beschikbaar. De huidige pilot in Nederland voor het laagdrempelig beschikbaar stellen van prep heeft een beperkte capaciteit. Dat betekent dat 3.000 mensen er nu nog niet voor in aanmerking komen, terwijl zij dat met goede reden wel graag zouden willen. Waarom, blijft mijn vraag aan de Minister. Hiv-infecties

voorkomen is intrinsiek van belang, kosteneffectief en eerder was het ook al mogelijk om de capaciteit van de lopende pilot te verhogen. Dat roept wel de vraag op waarom het dan nu niet mogelijk zou zijn om de capaciteit tussentijds te verhogen, terwijl dat eerder dus wel mogelijk was. Voorzitter. Mijn tweede punt is mpox, oftewel apenpokken. GGD'en kregen de mogelijkheid om ook homo- en biseksuele mannen te vaccineren als die zelf van mening zijn dat ze tot de hoogrisicogroep behoren. Inmiddels is die vaccinatiecampagne beëindigd, maar het Deskundigenberaad roept nu nadrukkelijk op tot het voortzetten van vaccinatie in een aangepaste vorm. Daarbij zou ook een zelfdiagnosestrategie moeten worden toegepast. Het Deskundigenberaad adviseert ook om een adequate voorraad van de virusremmer Tecovirimat aan te leggen. Voornamelijk voert de Minister het advies niet uit. Hij wil eerst nader onderzoek doen. Dat roept ook bij de PvdA toch nog wel een aantal vragen op. Ook hiervoor geldt namelijk dat voorkomen beter is dan genezen. Bovendien schreef de Minister eerder, in beantwoording op Kamervragen van de PvdA: «Voor het bepalen van de te vaccineren doelgroep laat ik mij leiden door het advies van het Deskundigenberaad, dat zich richt op uitbraakbestrijding.» De vraag is dus waarom de Minister op 7 oktober 2022 zei dat hij zich liet leiden door het Deskundigenberaad, terwijl hij zich daar op 2 december 2022 eigenlijk niet meer of nog maar gedeeltelijk door liet leiden. Conform het advies paste hij namelijk wel de meldplicht aan. Het virus kreeg in plaats van een A-status een B1-status. Maar hij koos niet voor het voortzetten van vaccinatie met een zelfdiagnosestrategie en het aanleggen van een adequate voorraad van de virusremmer, terwijl de mogelijkheden er waren en zijn. Graag een reactie van de Minister. Voorzitter. Dan ook kort een derde punt aangaande vaccinaties, namelijk over het gordelroosvaccin. De Gezondheidsraad adviseerde eerder positief over het gordelroosvaccin. De Kamer nam met algemene stemmen een motie aan om dit zo spoedig mogelijk beschikbaar te stellen. In zijn Kamerbrief van 2 februari schrijft de Staatssecretaris dat het ook kosteneffectief lijkt te zijn. Ik zou van de Staatssecretaris dan ook graag de toezegging willen krijgen dat hij prioriteit geeft aan de gordelroosvaccinatie, zodat uiterlijk in 2024 gestart kan worden. Ik zou de Staatssecretaris ook heel graag willen vragen om een uitvoeringsplan bij de Voorjaarsnota 2023, met daarin dan in ieder geval ook een overzicht van het vaccinatieschema voor de leeftijdsgroepen van 60 jaar en ouder. Voorzitter, tot slot een vierde en laatste punt. Dat gaat over gezondheidsverschillen als gevolg van sociaaleconomische verschillen. Ik woon zelf in Groningen. Als je van Groningen-Zuid naar Groningen-Noord fietst, zo'n 6 kilometer, loopt de levensverwachting zes jaar terug en de verwachting van gezonde levensjaren nog veel meer. Vandaag zagen we ook een open brief aan het kabinet van artsen, hoogleraren en ruim 70 organisaties. Die zeggen dat bestaansonzekerheid en armoede misschien wel de grootste boosdoener zijn wat betreft ziekten. Dat zie je eigenlijk ook wel terug in de recent gepubliceerde Kankeratlas. Op de plekken waar mensen het sociaaleconomisch moeilijker hebben, komt vaker kanker voor. Het is niet mijn bedoeling om dit debat te gebruiken voor een discussie over Sociale Zaken, over de vraag hoe we die bestaansonzekerheid gaan oplossen, maar één punt zou ik toch nog wel willen aanstippen. Dat gaat over de screening van mensen op of bevolkingsonderzoeken naar kanker. We zien bij de bevolkingsonderzoeken dat juist de mensen die misschien wel eerder kanker krijgen, het vaakst wegblijven. Nou lees ik tussen de regels door wel dat het kabinet graag bereid is om daar actie op te ondernemen, maar ik lees nog niet wat voor concrete acties dat dan zijn. Dat zou ik dus ook nog graag van de Staatssecretaris willen weten.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Bushoff. Er is een tweetal vragen. Eerst mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik hoorde meneer Bushoff zeggen dat de Staatssecretaris prioriteit moet geven aan het gordelroosvaccin. Ik zal daar straks zelf ook wat over zeggen. Maar prioriteit aan iets geven, betekent altijd dat iets anders minder prioriteit krijgt. Wat zou meneer Bushoff willen deprioriteren, waardoor gordelroos wel al snel in het vaccinprogramma opgenomen kan worden?

De heer **Bushoff** (PvdA):

Volgens mij is het niet nodig om iets anders nu minder prioriteit te geven. Volgens mij is de vaccinatie gewoon nodig. De Staatssecretaris schrijft zelf dat we in 2024 gaan starten met de vaccinatie. Als we dat willen, is het toch logisch dat we vragen om een uitvoeringsplan bij de Voorjaarsnota 2023? Dat is mijn concrete vraag aan de Staatssecretaris. Ik zou niet weten waarom we daarvoor eerst iets anders naar de achtergrond moeten duwen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik denk dat dat geld gaat kosten. Ik weet nog niet hoeveel. Dat ga ik straks vragen. De heer Bushoff heeft het over een uitvoeringsplan bij de Voorjaarsnota. Een uitvoeringsplan is vaak niet zo ingewikkeld om te maken, alhoewel ... De vraag is dus, even afhankelijk van het budget dat ervoor nodig is, wat meneer Bushoff zou willen deprioriteren, zodat het gordelroosvaccin ook daadwerkelijk een betaald programma kan worden.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Ik dacht al dat de vraag daar een beetje naartoe ging. Met die vraag wordt ervan uitgegaan dat er dus onvoldoende financiële middelen zijn om dingen die we met z'n allen belangrijk vinden te dekken. Volgens mij is dat niet zo. Het is een politieke keuze om te weinig geld beschikbaar te stellen voor zorg, voor dingen die wij met z'n allen belangrijk vinden. Als dat uw vraag is, zou ik zeggen: als Partij van de Arbeid maken wij andere keuzes dan de VVD op het gebied van financiën en dingen die wij belangrijk vinden. Wij denken dat we met andere keuzes genoeg financiële middelen zouden hebben om bijvoorbeeld het gordelroosvaccin wel op te nemen in het vaccinatieprogramma.

De **voorzitter**:

Mevrouw Tielen, heeft u nog een vraag? Dat is het geval.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik vraag precies naar die andere keuze. Waar kan het bedrag dat we nodig hebben – dat horen we hopelijk in de eerste termijn van de zijde van de regering – volgens meneer Bushoff dan vandaan komen?

De heer **Bushoff** (PvdA):

Volgens mij kan ik dat heel makkelijk beantwoorden, want dit hangt samen met onze keuzes, bijvoorbeeld over hoe je belasting heft op bedrijven die veel winst maken; dat wil de VVD niet en de PvdA wel. Op die manier zou je meer geld vrij kunnen spelen, bijvoorbeeld voor de zorg. Dat zijn de keuzes, de sociale keuzes, die de Partij van de Arbeid maakt. Die keuze maken de VVD en dit kabinet niet. Op die manier zou je wel meer geld beschikbaar kunnen stellen, bijvoorbeeld voor de zorg en dus ook voor het opnemen van het gordelroosvaccin in het vaccinatieprogramma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):



Ik heb een vraag over hetzelfde onderwerp maar vanuit een andere invalshoek. Ik heb er in dit huis al vaker voor gepleit om nou eens echt naar de effectiviteit van preventie te kijken, omdat ik en D66 vinden dat daar meer geld naartoe moet. Dat lukt schijnbaar niet. Dat heeft ook heel erg met een bepaalde simpele rekenmethode te maken, maar ik heb dus ook al een aantal keren gevraagd om een strategie te maken met betrekking tot de effectiviteit van vaccins. Het zou dan zomaar kunnen zijn dat er ook vaccins afvallen, omdat de gezondheidseffecten op andere vaccins of in andere bevolkingsgroepen sterker zijn. Dat zou voor ons een inhoudelijke afweging zijn. Volgens mij hebben we allemaal mails gekregen van allerlei partijen die allemaal graag wat willen, maar vind ik de Partij van de Arbeid aan mijn zijde bij die inhoudelijke afweging? Dit staat los van het geld, want dat is een hele makkelijke discussie. Het gaat om de inhoud en de gezondheidseffecten.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Paulusma. In het verlengde van wat ik eerder zei: uw interruptie duurde bijna een minuut. Ik probeer alleen maar om u daarvan bewust te maken.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik zei al «excuus»; deze was te lang.

**De voorzitter:**

Helemaal prima, maar ik hoop dat dit ook een proces is waar we met z'n allen doorheen moeten.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Het simpele en korte antwoord is ja. Natuurlijk vindt D66 de PvdA aan zijn zijde, want ook wij vinden die inhoudelijke afweging van belang tussen wat wel effectief is en wat niet. Als je zo'n strategie uitwerkt, moet je vervolgens op individueel niveau natuurlijk wel kijken of je het ermee eens bent of niet, maar ik zou er wel voorstander van zijn om zo'n strategie of zo'n plan verder uit te werken.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

De Partij van de Arbeid stemde volgens mij vorige week voor een motie waarin stond dat het altijd een politieke afweging moet zijn welke zorg mensen wel of niet krijgen, terwijl u er naar aanleiding van alle mails die u krijgt, eigenlijk voor pleit om het juist op inhoud te doen. Ik ben dus een beetje zoekende naar het standpunt van de Partij van de Arbeid.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Volgens mij was ik daar net heel duidelijk in. Ik ben er heel erg voorstander van dat je op basis van inhoud een strategie of plan ontwikkelt. Vervolgens blijft het altijd een politieke keuze hoe je dan bijvoorbeeld weegt of je een vaccinatie wel of niet in dat vaccinatieprogramma opneemt. Die weging kunnen D66 en de PvdA vervolgens misschien wel anders maken, maar in beginsel is het natuurlijk heel logisch dat je op inhoud zo'n plan maakt en kijkt wat wel effectief is en wat niet.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank, meneer Bushoff. Dan gaan we door naar de bijdrage van mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. We horen dagelijks dat de zorgkosten in ons land de spuigaten uitlopen. Mevrouw Tielen vroeg daar zojuist terecht naar. Daarom zijn elke ziekenhuisbehandeling en überhaupt elke opname die

we kunnen voorkomen, heel erg belangrijk, want dat is winst. Vaccinaties kunnen daar een hele grote rol in spelen. Er valt nog een wereld te winnen met het sneller beschikbaar maken van nieuwe vaccinaties. Er is vorig jaar een motie aangenomen van de heer Heerema en mij. Daarin vragen wij om de doorlooptijd daarvan te verkorten. Het duurt nu gemiddeld negen jaar voordat vaccinaties op de markt komen. Dat is ontzettend lang. In een reactie daarop geeft de Staatssecretaris aan dat die doorlooptijd al korter is, maar ik ben heel benieuwd hoeveel korter dat inmiddels is. Hoelang duurt het dus gemiddeld voordat een nieuw vaccin na goedkeuring op de markt komt? Gaat de Staatssecretaris dit de komende tijd monitoren? En is hij al in gesprek geweest met de Gezondheidsraad over hoe de tijd verkort kan worden tussen goedkeuring van het vaccin en het advies van de Gezondheidsraad?

Voorzitter. De doorlooptijden van geneesmiddelen in een sluis zijn in Duitsland bijvoorbeeld 30 dagen. Hier is dat niet verkort van 500 dagen naar korter, maar is het weer verlengd van 500 dagen naar 600 dagen. Hoe zit het in andere landen dan met nieuwe vaccins? Hoe snel zijn die daar op de markt?

Voorzitter. Als er dan eindelijk een advies van de Gezondheidsraad is over de inzet van een vaccin, wil je ook dat het zo snel mogelijk beschikbaar is voor de juiste doelgroepen, maar ook dat duurt heel lang. Net als mijn buurman kom ik daarbij op het gordelroosvaccin. Het advies van de Gezondheidsraad komt uit 2019. Het vaccin is wel beschikbaar, maar de kosten van het vaccin moeten de mensen op dit moment zelf dragen. Dat is voor veel mensen niet te doen. Trouw kopte gisteren of vandaag ook al dat er een vaccinatiecampagne voor 60-plussers komt. Is dat zo en wanneer komt die? Dat zou heel mooi zijn, want het duurt allemaal veel te lang, zoals ik net zei.

Voorzitter. In de brief van de Staatssecretaris geeft hij aan dat het er na gesprekken met het RIVM op lijkt dat het vaccin kosteneffectief beschikbaar kan komen, maar wat betekent dat nu precies? Gaat de Staatssecretaris dat geld al vinden voor de Voorjaarsnota van dit jaar? Want elke 60-plusser die dat wil, zou zo snel mogelijk gevaccineerd moeten kunnen worden tegen gordelroos. Veel 60-plussers – een op de vier, heb ik begrepen – kunnen dat krijgen. Het is ontzettend pijnlijk. Het zou dus fijn zijn als dit zo snel mogelijk geregeld kan worden.

Voorzitter. Dan een ander onderwerp, boezemfibrilleren. We hebben daar heel veel leed en heel veel behandelingen te voorkomen. Vorig jaar is een motie van mij aangenomen waarin ik vraag om samen met het veld te onderzoeken hoe er ingezet kan worden op beroertepreventie door middel van preventieve opsporing en de inzet van DOAC's. Kan de Staatssecretaris aangeven wat de stand van zaken op dat punt is? Want elke dag worden 110 mensen getroffen door een beroerte. Wat mij betreft is het dus echt van groot belang dat hier snel iets te regelen is met het veld.

Tot slot, voorzitter. Met behulp van moleculaire diagnostiek kan een kankerpatiënt een optimale diagnose en prognose en een doelgerichte behandeling krijgen. Ik weet dat de Minister dit ook heel belangrijk vindt. Het Zorginstituut buigt zich al een paar jaar over de implementatie in Nederland, maar de besluitvorming gaat ook op dit punt heel traag. Ik wil graag een paar dingen aan de Minister vragen. Ik wil graag van de Minister weten hoe hij dit besluitvormingsproces en de concrete implementatie gaat versnellen, zodat elke patiënt die dat nodig heeft, deze DNA-analyse kan krijgen. En hoe ziet hij moleculaire diagnostiek in relatie tot het toegankelijk betaalbaar houden van de zorg in de toekomst? Dat is immers ook een doel van het Integraal Zorgakkoord.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Den Haan. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ook mevrouw Den Haan pleit voor een aantal aanbevelingen. Wellicht zal de hele commissie dat doen. Ik ben juist ook heel erg op zoek naar een strategie van de Staatssecretaris, want anders blijven we in elke commissievergadering vragen om vaccin A tot en met Z, terwijl er volgens mij gewoon een strategie moet liggen. Ik zie mevrouw Den Haan al knikken. Ik verwacht dus dat er een positieve reactie zal komen op mijn vraag.

De **voorzitter**:

We gaan het zien.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ja, dat is een hele makkelijke vraag van de collega van D66, want ik ben het daar helemaal mee eens. Het zou heel fijn zijn als die strategie er komt. Dat geldt overigens niet alleen voor dit onderwerp, maar het zou heel fijn zijn.

De **voorzitter**:

Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Ellemeet namens GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil graag beginnen met een groot compliment voor de publicatie van de Kankeratlas. Ik vind het echt een heel waardevolle publicatie, maar vrolijk word je er niet van. Je ziet bijvoorbeeld dat de overlevingskans bij longkanker maar 23% is. Je ziet ook dat het nogal uitmaakt waar je wieg of je huis staat voor de kans dat je longkanker krijgt. De mensen rondom Tata Steel hebben bijvoorbeeld anderhalve keer meer kans om langkanker te krijgen. Anderhalve keer! In de directe omgeving van de Rotterdamse haven, waar de grote olieraffinaderij van Shell staat, is er 30% meer longkanker. Rondom de Eemshaven, waar de grootste kolencentrale van Nederland staat, zie je dat 42% meer mensen longkanker krijgen. Dat zijn echt schokkende cijfers. Als we zeggen dat het uitmaakt waar je wieg staat, hebben we het vaak over de ene wijk of de andere wijk, maar het gaat ook over regio's waar wij vervuilende industrieën hebben, waar ook de overheid een verantwoordelijkheid voor heeft. Je zou kunnen zeggen dat dat niet het pakkie-an van de commissie voor VWS is, maar het heeft alles te maken met de gezondheid van onze mensen. Ik wil de Minister dus vragen hoe hij hiernaar kijkt en hoe hij zijn verantwoordelijkheid ziet. Is het niet de Nederlandse overheid die alle industrie bij een enorme stad als Rotterdam toestaat? Is het niet de Nederlandse overheid die de kolencentrales openhoudt? Is het niet de Nederlandse overheid die Tata nog steeds toestaat om de meest vervuilende producties te gebruiken? Ik wil daar heel graag een reactie op. Voorzitter. Wat ook opvalt, is dat er geen villa's rondom de Eemshaven, rondom de olieraffinaderij of rondom Tata staan. Het zijn vaak kleine huisjes. Het zijn dus ook mensen met een kleinere portemonnee. Dus wat zien we? Grote bedrijven maken grote winsten en mensen met weinig geld betalen hier gewoon rechtstreeks voor met hun eigen gezondheid. Voorzitter. Om het nog ietsje concreter te maken: ik vraag de bewindspersonen dus waarom het kabinet de kolencentrales rond 2025 niet sluit. Waarom belast het kabinet multinationals niet eerlijk en wanneer gaat het kabinet nu echt strenge uitstootnormen stellen en handhaven? Voorzitter. Naast de gezondheidsverschillen tussen arm en rijk en regionaal, maak ik me ook zorgen over de gezondheidsverschillen tussen man en vrouw. Ook daar geeft de Kankeratlas een heel interessant inzichtje, want je ziet bijvoorbeeld dat er een veel hogere kans op baarmoederhalskanker is als je in het westen en het noorden woont dan als je in het oosten en het zuiden woont. Het lijkt erop dat dat ook te maken heeft met de vaccinatiegraad. Ik vraag dus aan de Minister ... Zal ik even stoppen? De vergaderbel blijft nu twee minuten rinkelen.

**De voorzitter:**

Ja hoor, stopt u maar even. Dit gaat niet van uw tijd af. Ik denk ook dat het zo meteen goedkomt met de tijd.

Gaat u verder.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ik had het erover dat je ziet dat baarmoederhalskanker in sommige regio's in Nederland vaker voorkomt en dat het lijkt alsof er een directe link te leggen is met hoe goed mensen zich laten vaccineren. Ik vraag dan ook aan de Minister – ik hoop dat dit een open deur is – of hij mijn conclusies deelt over het nut van het vaccinatieprogramma en het bevolkingsonderzoek. Hoe gaat hij er nou voor zorgen dat het beter gaat, juist in de regio's waar de graad zo laag is? Is er een plan? Is er een project? Ik hoor graag wat we gaan doen om dit ook echt te verbeteren.

Voorzitter. Ook bij aandoeningen die niet vrouwspecifiek zijn, zien we dat ze vaak een grotere impact hebben op vrouwen dan op mannen, simpelweg omdat we vaak niet onderzoeken wat de impact is op vrouwen. In coronastudies bijvoorbeeld wordt bijna nooit onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen, terwijl vrouwen vaker last hebben van klachten na coronavaccinaties. Het vreemde is dat we ook weten dat vrouwen een actiever immuunsysteem hebben, waardoor ze ook vatbaarder zijn voor bijwerkingen van vaccinaties, maar dat dat dan niet wordt meegenomen in het onderzoek. Ik zou dus graag twee dingen willen zien van het kabinet. Ten eerste wil ik weten hoe de Minister ervoor gaat zorgen dat in al het onderzoek sekse- en genderverschillen worden meegenomen. Ik weet dat hier een programma voor loopt bij ZonMw, maar hoe staat het daar nu mee? Is het nu al standaardbeleid bij onderzoek dat door VWS wordt gefinancierd dat wordt meegenomen wat de impact is op vrouwen en op mannen?

Voorzitter. Het meenemen van sekseverschillen in onderzoek is nodig om de achterstand die er is tussen kennis over het mannen- en het vrouwenlichaam niet verder te laten toenemen, want zo haal je de achterstand niet in. Daarvoor is echt aanvullend onderzoek nodig. Is de Minister bereid om daar structureel financiering voor te zoeken?

Voorzitter. Over prep zei ik al kort in een interruptie dat het wat GroenLinks betreft onbestaanbaar is dat we 3.000 mensen nog een hele lange tijd laten wachten. We kunnen het simpelweg omdraaien. We bieden het aan voor alle mensen die het nodig hebben. Mocht het RIVM-onderzoek nou onverhoopt uitwijzen dat het toch niet effectief is – quod non want we weten al uit internationaal onderzoek dat dat niet de uitkomst gaat zijn – dan kunnen we het alsnog stopzetten. Ik krijg daar graag een reactie op. Ten slotte iets waarbij ik uitgebreider zal stilstaan in het debat over geneesmiddelen: antibioticaresistentie. Dat wil ik hier toch kort noemen, want het is een onderwerp dat we echt onderschatten. Nederland doet te weinig, zowel in Europees verband als in nationaal verband, om dat grote probleem aan te pakken. Als we iets hebben geleerd van corona, is het dat we ons niet moeten laten overvallen. We dreigen het toch weer te laten mislopen als het gaat om antibioticaresistentie. Ik zou dus graag alvast een voorproefje krijgen van wat we uitgebreider bij het geneesmiddelen-debat gaan bespreken.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Tielen namens de VVD.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Ik wilde eigenlijk 500 jaar terug in de tijd, namelijk met een citaat van Desiderius Erasmus. In ieder geval wordt hem al

500 jaar het gezegde «voorkomen is beter dan genezen» toegeschreven. Het is een bekend gezegde geworden, dat in de gezondheidszorg een belangrijke rol heeft. Voorkomen oftewel preventie krijgt een steeds grotere rol, omdat we ervan overtuigd zijn dat gezond blijven en weer gezond worden gebaat zijn bij een heel goed preventiebeleid. Heel veel mensen in het land denken bij preventie aan niet meer roken, minder drinken en meer sporten en bewegen. Dat is op zich niet onterecht, maar er is natuurlijk nog veel preventie en daar hebben we het vandaag over. Ik wil het graag hebben over vaccinaties, over preventie van kanker en over prehabilitatie. Dat laatste is een rotwoord, maar ik leg het straks wel uit. Voordat ik in die onderwerpen duik, wil ik het hebben over de gezondheidsverschillen tussen lage-inkomens-, middeninkomens- en hogere-inkomensgroepen. Een paar voorgaande sprekers hebben het daar ook over gehad. Die verschillen zijn groot. Is de Minister het met mij eens dat ook preventiebeleid die verschillen zou moeten verkleinen? Als dat zo is, wat ik verwacht, dan zou ik daar eigenlijk wel graag wat meer beleids-onderzoek voor zien. Om specifieker te zijn: is de Minister bereid om bijvoorbeeld samen met SZW een interdepartementaal beleidsonderzoek op te zetten om te kijken hoe zorg- en preventiebeleid in relatie staan tot die gezondheidsverschillen? Ik zou daar natuurlijk het liefst een toezegging op krijgen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dit is natuurlijk een inkoppertje voor mij, omdat ik het net had over die gezondheidsverschillen. Ik zei namelijk dat we zien dat die verschillen rondom vervuilende industrieën, zoals rondom de Eemshaven, Tata of de olieraffinaderij, veel en veel groter zijn. Er zijn daar gewoon veel meer mensen die longkanker hebben. We hebben dus geen onderzoek maar daadkracht nodig van dit kabinet. Deelt mevrouw Tielen met mij de opvatting dat wij verantwoordelijk zijn voor die gezondheidsverschillen en dat we daarom die vervuilende industrieën moeten aanpakken?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik vind «verantwoordelijk voor alle gezondheidsverschillen» een nogal grote conclusie, juist omdat er zo veel factoren invloed hebben op gezondheid. Er zijn volgens mij meerdere aspecten bij betrokken. Die kunnen van alles en nog wat zijn, zoals een industrie in de buurt, de manier waarop je je leven inricht, je leefstijl of je DNA. Ik vind niet dat mevrouw Ellemeet de verkeerde conclusies trekt, maar ze trekt misschien wel te nauwe conclusies. Daarom zou ik graag een breder beleids-onderzoek willen zien.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Laat het duidelijk zijn; er zijn zeker verschillende factoren, maar een van die factoren is dat vervuilende industrie mensen ziek maakt en eerder dood laat gaan. Er is gewoon 50% meer kans op kanker als je bij Tata in de buurt woont. We zien dat de VVD de voorstellen die vanuit de Kamer worden gedaan tegen probeert te houden, zoals het voorstel om de meest vervuilende onderdelen van Tata te sluiten. Daar stemt de VVD tegen. Dan vind ik het dus te makkelijk om te zeggen dat we onderzoek moeten doen naar gezondheidsverschillen, terwijl het aantoonbaar is dat het slecht voor je gezondheid is om bij vervuilende industrieën te wonen. Ik verwacht dan dus ook dat de VVD die verantwoordelijkheid neemt en daar wat aan gaat doen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Mevrouw Ellemeet gaat echt te snel en ze slaat het te plat wat mij betreft, maar dat mag, hoor. Helemaal prima. Maar volgens mij hebben we bij plekken als industrie en dat soort dingen ... GroenLinks heeft daar ook zijn eigen visie op. Daar hebben andere ministers ook mee te maken. Maar

waar het hier om gaat, is dat het een breder vraagstuk is. Gezondheid is van heel veel factoren afhankelijk. Het mooie van de Kankeratlas is dat je daar sommige dingen in terugziet maar heel veel ook niet. Volgens mij moeten we dus echt een breder onderzoek hebben, onder andere met SZW en wat mij betreft betrekken we daar EZK ook bij, hoor. Helemaal prima. Maar ik zou graag meer willen zien hoe de invloed van beleid is op bepaalde gezondheidsverschillen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Is het te snel en te plat om op basis van feiten te constateren dat je rondom de Rotterdamse haven zo'n 30%, rondom Tata Steel zo'n 50% en rondom de Eemshaven zo'n 42% meer kans hebt op longkanker? Dat zijn feiten. Die zijn niet snel en die zijn niet plat. Er zijn andere factoren, maar deze factoren zijn rechtstreeks te relateren aan die vervuilende industrieën; dat laat de Kankeratlas heel duidelijk zien. Natuurlijk zal je altijd afwegingen moeten maken, maar het kan toch niet zo zijn dat de VVD blijft stemmen tegen voorstellen zoals het sluiten van de meest vervuilende elementen bij Tata?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik vind de constatering van mevrouw Ellemeet wel te snel en te plat, vooral ook wat de oplossing betreft. De oplossingen van GroenLinks zijn niet te onze, omdat die ook nog veel andere implicaties hebben. Het is echt te eendimensionaal om dit soort verbanden te leggen en om dan maar de oplossingen zo in de lucht te gooien.

De **voorzitter**:

Gaat u verder, mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik ga verder met mijn vragen over de vaccinaties, waar ook meerdere voorgaande sprekers het over hebben gehad. Ik heb vragen over het HPV- en het gordelroosvaccinatieprogramma. Baarmoederhalskanker en ook peniskanker zijn verschrikkelijke en nog steeds vaak dodelijke ziektes. Het is fantastisch dat jonge mensen zich nu kunnen laten inenten tegen het virus dat die kankers veroorzaakt. Toch is het nog niet zo succesvol als gewenst. Afgelopen jaar heeft nog niet eens de helft van de opgeroepen jongeren die vaccinatie gehaald. Vooral voor jongens, waarvoor volgens mij ook geen streefcijfer is benoemd, blijft dat echt achter. Kan de Staatssecretaris aangeven wat zijn ambities zijn voor de vaccinatiegraad tegen HPV, met name voor jongens? Wat maakt dat de Staatssecretaris pas over anderhalf jaar een heroverweging gaat doen voor het type vaccin dat wordt toegepast? Nu wordt er tegen HPV typen 16 en 18 ingeënt – het wordt nu wat technisch – maar er zijn al bredere vaccins beschikbaar. Kan de Staatssecretaris al eerder kijken of hij dit kan verbeteren?

Over gordelroosvaccinatie is al wat gezegd. Ik was eigenlijk in de Kamer op zoek naar gezamenlijke bronnen om de Staatssecretaris te helpen om daadwerkelijk budget te vinden voor deze kosteneffectieve én effectieve preventie, maar dan moet ik natuurlijk ook weten hoeveel dit kost. Mijn eerste vraag is dus: hoeveel budget heeft de Staatssecretaris nodig en wat zijn zijn budgettaire afwegingen de komende tijd? Kan hij met ons delen op welke termijn hij denkt dat hij daadwerkelijk gordelroosvaccinatie in kan zetten, zodat we daar als Kamer ook nog wat extra druk op kunnen zetten?

Wat betreft kanker heb ik de Staatssecretaris meerdere malen gevraagd om grotere nationale ambities. Preventie, vaccinatie en met name ook bevolkingsonderzoek zijn natuurlijk belangrijke onderdelen om kanker te voorkomen. Nederland blijkt Europees kampioen te zijn op het gebied van darmkankeronderzoek; dat is hartstikke goed. Dat is misschien ook niet zo toevallig, want het is best wel makkelijk om mee te doen aan dat

onderzoek, maar dat geldt niet voor baarmoederhalskankeronderzoek. Mevrouw Paulusma vroeg al hoe het eigenlijk staat met haar motie over budget voor zelftesten voor thuis en ze vroeg ook hoe het staat met andere innovaties om bevolkingsonderzoek te vergemakkelijken voor de mensen die eraan mee moeten doen. Dit geldt ook voor borstkankeronderzoek, ook al is de opkomst daarvoor niet heel laag; die is namelijk 72%. Maar het is wel echt een hele vervelende ervaring. Ik zou graag een doorkijkje krijgen naar de innovaties die er zijn.

Voorzitter. Tot slot heb ik een punt over revalidatie. Ik zei net al dat het een moeilijk woord is, maar het betekent dat patiënten in een zo goed mogelijke toestand worden geholpen – dat klinkt wel raar – zodat ze fitter zijn voordat ze bijvoorbeeld een operatie ondergaan. «Fit erin, fit eruit», wordt daar ook wel voor gebruikt. Bij diverse werkbezoeken, onder andere in Utrecht, zagen we daar hele mooie voorbeelden van. Samen met leefstijlinterventies bij al gediagnosticeerde aandoeningen – mevrouw Den Haan noemde al boezemfibrilleren bij hartritmestoornissen – zijn dat hele effectieve programma's, maar die blijven vaak nog pilots zonder betaaltitel. Elke zorginstantie met een goed idee moet dan dus zelf gaan bedelen om financiering, het idee inbedden en een onderzoek opzetten. Elke zorginstantie begint dan dus met het opnieuw uitvinden van het wiel. Ik denk dat dat zonde van de tijd is, maar het is ook zonde van het geld. Ook is het vervelend voor al die patiënten die dan lang moeten wachten op passende preventiezorg; zo noem die maar. Mijn vraag aan de Minister is of de Beleidsregel Innovatie van de NZa ook van toepassing is op bijvoorbeeld revalidatie. Zo niet, wat is er nodig om dat voor elkaar te krijgen? Hoeveel experimenten die gebruik hebben gemaakt van die beleidsregel zijn nu ook structureel belegd en kunnen dus makkelijk worden geadopteerd, als ik dat zo mag noemen, in andere zorginstaties? Graag een toelichting.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Tielen. Ik geef graag het woord aan mevrouw Kuik namens het CDA.

**Mevrouw Kuik (CDA):**

Dank, voorzitter. Ik wil beginnen met de uitvoering van de motie om te komen tot een nationaal actieplan kankerbestrijding. We weten dat een op drie mensen in Nederland te maken krijgt met kanker. Iedereen die het zelf of in zijn omgeving heeft meegemaakt, weet dat kanker over meer gaat dan alleen het bestrijden van verkeerde cellen. De ziekte raakt niet alleen de eigen gezondheid maar ook de omgeving en het zelfvertrouwen. Er spelen vragen bij zoals hoe je ermee omgaat op je werk of wat de ziekte betekent voor je schoolvoortgang. Die kunnen er allemaal onder lijden. Het CDA ziet met het nationaal actieplan kankerbestrijding ook een regierol voor de overheid om samen met de wetenschap, de zorg en het maatschappelijke middenveld te komen tot een plan dat recht doet aan het maatschappelijke probleem dat kanker voor de samenleving vormt. Het gaat over preventie en behandeling maar ook over nazorg. Vanuit het veld horen we dat de Minister goed bezig is met de invulling van die agenda. Complimenten daarvoor. Kan de Minister een update geven van dit proces?

Voorzitter. De omgeving telt voor de vraag hoeveel risico iemand loopt om een bepaalde vorm van kanker te krijgen. De levensverwachtingcijfers laten grote verschillen zien tussen gemeenten. Al eerder is er gerefereerd aan de Kankeratlas. Een voorbeeld dat daarin wordt gegeven gaat over longkanker, waarbij er scherpe grenzen te zien zijn tussen arme en welgestelde wijken. Het is in één oogopslag te zien, omdat die wijken soms slechts gescheiden zijn door water of een spoorweg. Een voorbeeld dat erin wordt gegeven, is de Amersfoortse volksbuurt Soesterkwartier.

De afgelopen tien jaar kwam longkanker daar 60% meer voor dan het landelijk gemiddelde. 60% meer dan het landelijk gemiddelde! Als je dan kijkt in de welgestelde buurt aan de andere kant van het spoor, zie je dat die met 21% kans op longkanker, wat onder het landelijk gemiddelde zit, een enorm verschil heeft. Wat het CDA betreft is Nederland ook gewoon te klein voor zulke grote verschillen; die mogen we dan ook niet accepteren.

Bij longkanker weten we dat sociaaleconomische factoren en de omgeving een hele grote invloed kunnen hebben. Zo werd er al eerder geconstateerd dat er disproportioneel veel tabaksverkooppunten zijn in armere wijken en in middelgrote steden. Veel van die tabakszaken liggen ook nog eens op loopafstand van scholen, waardoor het risico voor jongeren om te gaan roken veel hoger is. Dit zijn natuurlijk omgevingsfactoren waar de overheid iets aan kan doen. Wat het CDA betreft móét de overheid er ook iets aan doen. In hoeverre is in het nationaal actieplan ook aandacht voor maatregelen die de overheid kan treffen om die ongelijkheid in gezondheid effectief tegen te gaan? Hoe wordt de verbinding tussen de beleidsinzet van de Minister en de initiatieven van onder andere KWF op dit punt ook versterkt?

Voorzitter. Het is geen geheim dat we in de onderhandelingen ook hebben gepleit voor extra geld voor de drie grote volksziektes, waaronder kanker. Afgelopen oktober heeft het kabinet de eerste uitwerking hiervan naar de Kamer gestuurd. Daarbij wordt ook ingegaan op de publiekscampagne ter preventie van huidkanker. Ik schrok echt van de gegevens die we kregen. In Nederland krijgen namelijk twee complete voetbalelftallen aan mensen ieder halfuur van iedere werkdag met huidkanker te maken. Dat zegt misschien iets over het bewustzijn bij mij, maar ik denk dat het ook iets zegt over het bewustzijn bij een heleboel andere Nederlanders. Eigenlijk zijn we er niet zo van bewust dat je je gewoon moet insmeren als je lekker gaat sporten in de buitenlucht. Dat zit nog niet voldoende tussen de oren. Als we zien dat huidkanker gigantisch veel voorkomt, dan moeten we daar veel meer op gaan inzetten. Ik heb even een lange bel van het Tweede Kamergebouw tussendoor, dus daar wacht ik even op.

Buiten sporten is dus een aandachtspunt. Hoe staat het met de uitvoering van het voornemen om ook meer schaduwrijke plekken in te richten? Kan de Minister ingaan op het manifest voor een zonneveilige sportomgeving? Ten slotte, het KWF pleit, wat het CDA betreft terecht, voor een interdepartementale aanpak op het gebied van huidkanker. Zijn de Minister en de Staatssecretaris daartoe bereid?

Voorzitter. De omgeving telt voor de verschillen, maar dat geldt ook voor geslacht. De kennis over het mannenlichaam is namelijk nog steeds veel groter dan de kennis over het vrouwenlichaam. Ziektes manifesteren zich vaak niet gelijk en niet op dezelfde manier bij mannen en vrouwen. Mevrouw Ellemeet maakte ook dat punt. De hindernis zit 'm vooral in hoe men is opgeleid.

**De voorzitter:**

Rondt u af?

Mevrouw **Kuik** (CDA):

Ja. Er is een soort van genderblindheid. Er wordt ingezet op genderonderzoek en geslacht krijgt ook meer prioriteit in het onderwijs. Ik vraag de Minister: wat zijn nou de doelstellingen om die verschillen terug te dringen? Kunnen we daar iets meer inzicht in krijgen? Ik zie namelijk dat ermee aan de slag wordt gegaan, maar we kunnen niet echt inzicht krijgen in wat de stappen zijn of wat de resultaten al zijn.

Dank.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Kuik. Welkom, mevrouw Agema.



Mevrouw **Agema** (PVV):

Sorry dat ik te laat was, voorzitter. Ik zat nog heerlijk te tikken op mijn kamer en ik had ook al gemist dat we eerder waren begonnen. Sorry dus daarvoor.

De **voorzitter**:

Ik begrijp de verwarring, maar u bent meer dan welkom. U mag ook direct uw inbreng doen namens de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. De artsenfederatie KNMG slaakte vanmorgen in het AD een noodkreet. Zij zien een groeiend aantal gezondheidsklachten door armoede en schulden. De Rotterdamse huisarts Shakib Sana ziet vooral sociaaleconomische problematiek. Hij zegt: «De coronacrisis, de energiearmoede en de inflatie hebben een enorme weerslag. Ik heb patiënten die hun medicijnen niet ophalen of niet naar de fysio gaan, omdat ze de kosten niet kunnen betalen. Uiteindelijk worden hun gezondheidsproblemen veel groter.»

Voorzitter. Nederland wordt anno 2023 zieker. Wie geld heeft, kan stoken, kan ventileren en hoeft bij gezondheidsklachten een verwijzing naar de specialist niet te vrezen, maar een grote en groeiende groep mensen kan niet stoken, ventileert niet, zodat het kleine beetje warmte binnen wordt gehouden, haalt noodzakelijke, voorgeschreven medicijnen niet op, neemt minder deel aan bevolkingsonderzoeken en laat zich liever niet doorverwijzen. Zij worden ziekere patiënten en daarmee ook duurdere patiënten. Dit alles is vanwege het eigen risico, dat voor velen niet meer op te brengen is. In het najaar constateerde de NZa al klassenzorg. De regering laat het bestaan. De regering bevriest het eigen risico, maar weigert het af te schaffen en creëert daarmee ziekere patiënten en hogere zorgkosten voor iedereen. Wie het eigen risico handhaaft, heeft weinig op met medische preventie. Neem bijvoorbeeld kankerzorg. Ondanks de negen kantjes over de beleidsinzet tegen kanker heeft Nederland de slechtste score op het landenprofiel van de Europese Commissie voor kanker in 2022. Wat gaat de Minister hieraan doen? Maar ook: ligt de dalende trend in de deelname aan bevolkingsonderzoeken misschien aan het feit dat mensen de kosten van het eigen risico niet kunnen betalen, als er vervolgonderzoek of een operatie nodig is? De Minister schrijft dat zijn inzet is gericht op het wegnemen van drempels voor deelname aan bevolkingsonderzoeken. Ik zou zeggen: doe het voor de hand liggende en schaf het eigen risico af.

In de landen om ons heen krijgen patiënten nieuwe, levensreddende en levensveranderende medicijnen eerst vergoed en wordt er daarna onderhandeld over de prijs. In ons land overlijden mensen, ook op jonge leeftijd, door langdurige plaatsing in de sluis. Zorgkostenhaat is hier dood door schuld van de overheid. Graag een reactie van de Minister.

Dan vaccins. Ze werken op veel mensen als een rode lap op een stier, maar ik ga het hier over andersoortige vaccins hebben, namelijk vaccins die wél werken. Die zijn belangrijk voor medische preventie, ter voorkoming van pijn, ellende en soms zelfs kanker, ziekenhuisopname en overlijden. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving stelt dat een snelle invoering van nieuwe vaccins wordt belemmerd door overheidsbeleid, waardoor gezondheidswinst blijft liggen. Ook hier werkt zorgkostenhaat verlamdend. Graag een reactie.

In juli 2019 kwam er een positief advies van de Gezondheidsraad op het gordelroosvaccin, waarover de FDA en medici in 2006 al zeiden: doen! Maar pas vanmorgen had de Staatssecretaris zijn nieuwspuntje in de krant. Ook hier: verlamdende zorgkostenhaat, want er is nog geen dekking. Waarom alleen 60-plussers? Ik heb het ook al eens gehad en een vriendin van mij onlangs ook. Waarom krijgen wij het vaccin niet?

Dan het RS-virus. In september vorig jaar werd er al een vaccin goedgekeurd en toch liepen onze kinder-ic's kortgeleden bijna over. Allemaal onnodig leed en onnodige ziekenhuisopnames. De regering handelt niet en moet nog op zoek naar een dekking. Ook hier: verlammeende zorgkostenhaat.

Er bestaat ook een vaccin tegen waterpokken, dat kinderen in omringende landen wel krijgen en bij ons niet. De Gezondheidsraad vindt de ziektelast te laag. Maar waarom moeten kinderen in ons land zo'n nare ziekte doorlopen, met koorts en soms honderden jeukende bulten en een aantal ziekenhuisopnames per jaar – daar hebben we het weer: de beperkte ziekenhuiscapaciteit – en bij veel kinderen levenslange littekens, vaak in het gezicht. Ook hier weer: verlammeende zorgkostenhaat. Al dat leed hoeft niet.

Dan nog de kosten van vaccins voor volwassenen. Zo bereikte mij een brief van iemand wiens dochter toch nog een HPV-vaccin wilde, maar omdat zij inmiddels 27 jaar is, moet zij € 400 betalen. Wat een bespottelijk hoog bedrag! Ook hier weer: verlammeende zorgkostenhaat. Geef zo'n vaccin!

Bij elk debat over medische preventie pleit ik voor de biologische bestrijding van de teek, ter voorkoming van de ziekte van Lyme. Dat doe ik al sinds bij onze caravan in Brabant de teken gewoon over het tuinmeubilair liepen. Je kunt dat doen door andere bloemen of planten te plaatsen. Ze houden bijvoorbeeld erg van varens. Die kun je verwijderen of verminderen. Er zijn vogeltjes die erg van teken houden. Dat soort dingen kun je allemaal doen. De regering wil dat niet, omdat geen enkel ander land in Europa een tekenaanpak heeft. Maar waarom zou je niet de eerste zijn? Je kunt zo veel ziekte en langdurig leed voorkomen. Ook hierop graag een reactie.

We hebben snel de neiging om bij medische preventie te denken aan het voorkomen van ziekten, maar laten we niet vergeten dat het hier ook gaat om het voorkomen van het zeker worden van mensen die al ziek zijn. Het is fijn dat stamceltherapie voor MS-patiënten, na een reeks Kamervragen van ons, eindelijk ook in eigen land vergoed gaat worden. Ook dat was klassenzorg. Alleen mensen met toegang tot veel geld konden stamceltherapie in het buitenland gaan halen. Nu kan dat gelukkig ook in Nederland. De groep is wel nog te smal en vraag ik de Minister om de grondslag te verbreden.

**De voorzitter:**

Rondt u af, mevrouw Agema?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Tenslotte COPD. Er belanden op jaarbasis 30.000 mensen in het ziekenhuis met een COPD-aanval. De Long Alliantie ontwikkelde de Kwaliteitsstandaard COPD-longaanval met ziekenhuisopname, waarmee zo'n 8.000 ziekenhuisopnames voorkomen kunnen worden. Wanneer wordt deze aanpak landelijk ingevoerd, vraag ik de Minister.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan zijn we aan het einde van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik kijk even naar rechts om te overleggen hoe lang we gaan schorsen. We gaan een half uur schorsen, dus om 11.10 uur gaan we weer door.

De vergadering wordt van 10.38 uur tot 11.12 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Goedemorgen, collega's. Ik heb de ambitie om niet te schorsen voor de lunch, want dat scheelt heel veel tijd. Als het zich toch anders ontwikkelt,

kan dat altijd nog, maar de deadline van 14.45 uur blijft wel gewoon overeind staan. Tijdens de lunch doen we gewoon een half uur, drie kwartier niks, behalve eten. Hoewel: op tijd eten is natuurlijk ook zeer belangrijk, dus misschien kan de Minister de beantwoording beginnen met een reflectie op het belang van de lunch voor de dag? Begint u vooral snel met de beantwoording.

**Minister Kuipers:**

Dank, voorzitter. Vandaag spreken we over het onderwerp medische preventie. Dat is een belangrijk onderwerp. Het levert een hele belangrijke bijdrage aan onze gezondheid, zoals al genoemd is, bijvoorbeeld door ziektes te voorkomen of vroeg op te sporen. Ook het vermogen om seksueel je eigen regie te voeren, is van belang voor je gezondheid. Uit het rapport van het Integraal Kankercentrum Nederland blijkt dat het aantal kankerdiagnoses de komende jaren verder zal stijgen. U hebt eerder de predicties gehoord voor de komende tien jaar. We hebben daar al bij stilgestaan. Er zal een duidelijke stijging zijn van zowel het aantal nieuwe diagnoses, als het aantal mensen dat leeft met en na een behandeling voor kanker. Daarom is het van belang om samen met het veld in te zetten op een goede aanpak van kanker. Daarom werk ik aan het optimaliseren van de bevolkingsonderzoeken naar kanker.

Een mooi voorbeeld van een verbetering van de bevolkingsonderzoeken is de verbrede inzet van de zelfafnameset bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Deelnemers aan dit bevolkingsonderzoek krijgen vanaf de tweede helft van dit jaar de zelfafnameset thuisgestuurd als ze nog geen uitstrijkje bij de huisarts hebben laten maken. Alle 30-jarigen krijgen die zelfafnameset direct met de uitnodigingen meegestuurd. Daarnaast is eergisteren een subsidieoproep van ZonMw gepubliceerd voor het proefbevolkingsonderzoek naar contrastmammografie, afgekort CEM. Met dit proefbevolkingsonderzoek wordt bekeken of CEM het bevolkingsonderzoek borstkanker voor cliënten met zeer dicht borstweefsel kan verbeteren.

We hebben het zojuist al gehoord: medische preventie is een breed onderwerp. Wij zullen de gestelde vragen zo goed mogelijk beantwoorden. De Staatssecretaris zal vooral ingaan op vragen over vaccinaties, seksuele gezondheid, kanker in relatie tot de leefomgeving, en preventie in den brede. Ik zal ingaan op vragen over infectieziektebestrijding, de aanpak van en de bevolkingsonderzoeken naar kanker en de prep-pilot. Ik doe eerst de vragen met betrekking tot kanker, dan infectieziektebestrijding, dan seksuele gezondheid, inclusief de prep-pilot, en dan nog overige, inclusief leefomgeving.

Ik begin met de vragen die gesteld zijn met betrekking tot kanker. Dat begint met de vragen van mevrouw Tielens ten aanzien van de innovatie van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Wat is de doorblik wat betreft de innovaties? Hoe staat het met de inzet van de zelfafnamesets? De Gezondheidsraad werkt op dit moment aan een evaluatie van het bevolkingsonderzoek ... Sorry, er staat op mijn blaadje «evaluatie van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker». Nu lopen er twee vragen door elkaar heen. Excuses, want de vraag ging over het bevolkingsonderzoek borstkanker. De Gezondheidsraad werkt op dit moment aan een evaluatie van het bevolkingsonderzoek borstkanker, waarbij ook gekeken wordt naar mogelijke innovaties en andere screeningstechnieken. Ik verwacht dat advies eind van dit jaar. Verder is eergister een ZonMw-subsidieoproep gepubliceerd voor een proefbevolkingsonderzoek met contrastmammografie; ik noemde dat zojuist al even. Met deze techniek kan de screening bij cliënten met zeer dicht borstweefsel mogelijk worden verbeterd. U bent op de hoogte van het eerdere onderzoek, destijds met MRI, dat hiernaar gedaan is, namelijk het DENSE-onderzoek, de evaluatie van de Gezondheidsraad en het advies daarop. Er is een eerdere call geweest voor die contrastmammografie, toen eigenlijk zonder

inschrijving. Een van de commentaren was dat het beschikbare budget en de ingezette mogelijkheden gewoon te gering waren. Dat hebben we dus uitgebreid. Ik hoop zeer dat er nu wel een oproep is.

Dan de vraag van mevrouw Paulusma over de zelfafnametest bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Ik noemde dat zojuist al in de inleidende tekst. Vanaf de tweede helft van dit jaar krijgt de doelgroep de keuze tussen een uitstrijkje bij de huisarts of een zelfafnameset.

Cliënten die na twaalf weken nog geen uitstrijkje hebben laten maken en zich niet hebben afgemeld voor het bevolkingsonderzoek, krijgen de zelfafnameset thuisgestuurd. 30-jarigen die voor de eerste keer deelnemen krijgen de zelfafnameset direct bij de eerste uitnodiging opgestuurd. Ik denk dat dat een belangrijke verandering is. Ik hoop zeer dat dat de deelnamegraad zal verhogen.

Dat brengt mij bij de vraag van mevrouw Agema over de deelname aan bevolkingsonderzoeken in relatie tot het eigen risico. Deelname aan bevolkingsonderzoeken naar kanker is kosteloos voor een cliënt. Als er sprake is van een afwijkende uitslag, wordt de cliënt doorverwezen naar de zorg voor verdere diagnostiek en eventuele behandeling. Op deze diagnostiek en eventuele behandeling is het verplichte eigen risico van toepassing. Dat geldt voor iedereen, ook voor mensen die niet deelnemen aan de bevolkingsonderzoeken. Het afschaffen van het eigen risico is wat mij betreft dan ook niet aan de orde.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik raak zo verveeld van het oplezen van die blaadjes. Natuurlijk ben ik ermee bekend dat het eigen risico niet geldt voor een bevolkingsonderzoek. Ik zei dat mensen vervolgens niet het nodige vervolgonderzoek laten doen, omdat ze daarvoor hun eigen risico moeten betalen. Ik hoor de Minister nu al een aantal keren mooie woorden spreken over de kankerzorg, maar die staat wel op de laagste plaats. Die bungelt onderaan in het landenprofiel van de Europese Commissie. Er is een dalende trend in de deelname aan bevolkingsonderzoeken. Waarom mag ik niet zeggen dat er een correlatie is met het eigen risico, omdat mensen na een uitstrijkje of ontlastingsonderzoek gewoon niet doorgaan met onderzoek? Waarom wil de Minister dat niet inzien? Waarom reageert hij niet op wat ik daadwerkelijk heb gevraagd? Want nu ben ik mijn interruptie kwijt. De Minister heeft zijn blaadje opgelezen, maar wij wisten natuurlijk allang al wat de Minister zei. Ik raak daar echt een beetje verveeld van.

Minister **Kuipers**:

Ik zal even niet ingaan op het wel of niet voorlezen van een blaadje. Door de veelheid van vragen die ik krijg, helpt het om de blaadjes te hebben, zodat ik geen vragen vergeet. Het helpt om even heel specifiek te kijken over welke getallen we het hebben. Mevrouw Agema verwijst naar de deelnamegraad voor bevolkingsonderzoek. Dat is de deelnamegraad voor de eerstelijnscreening: het laten maken van een baarmoederhalsuitstrijkje, het laten maken van een mammogram en het ondergaan van een fitheidstest voor darmkanker. Aan die deelname zijn geen kosten verbonden. Die deelnamegraden spelen dus geen rol in het eigen risico. Voor vervolgzorg geldt het eigen risico, net als voor alle overige zorg, maar dat wordt voor degenen met de laagste inkomsten gecompenseerd met de stabilisatie van het totale eigen risico dit jaar en met de verhoging van de zorgtoeslag. Dus nogmaals: er wordt verwezen naar lagere deelnamegraden voor het bevolkingsonderzoek in de afgelopen periode, maar daar zitten geen kosten aan verbonden.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, uw tweede vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik moet nu dus mijn tweede interruptie gebruiken voor een Minister die opnieuw de techniek gaat uitleggen. Maar wij zijn bekend met de techniek. Dat wordt van ons verondersteld voordat wij deelnemen aan een debat. Ik stel de vraag naar aanleiding van de techniek. Ik constateer dat we onderaan bungelen: we hebben de laagste plaats in het landenprofiel van de Europese Commissie voor kanker. Ik constateer uit de stukken dat er een dalende trend is in de deelname aan bevolkingsonderzoeken. Ik vraag de Minister: deelt hij de mening dat het weleens zo kan zijn dat mensen die na dat bevolkingsonderzoek een vervolgonderzoek nodig hebben en naar een specialist moeten, afhaken vanwege het eigen risico? Snapt hij de noodkreet van vanmorgen van artsenfederatie KNMG, die een groeiend aantal gezondheidsklachten ziet door armoede en schulden? Mensen kunnen het niet meer betalen. Waarom houdt de Minister die klassenzorg, die tweedeling, in stand, waardoor mensen zich vanwege het eigen risico niet laten doorverwijzen?

**Minister Kuipers:**

Dit is een debat over medische preventie. Dat begint bij bevolkingsonderzoeken naar kanker. Mevrouw Agema verwijst naar onze situatie in de Europese vergelijking met betrekking tot de oncologie. Die heeft een veelheid aan verschillende parameters. Het gaat allereerst over het aantal bevolkingsonderzoeken dat wij hebben. Het gaat ook over de leeftijdsgroepen en cut-off's et cetera, dus over de techniek. Het heeft ook te maken met de verdere deelnamegraad overall. Het heeft te maken met de vervolgonderzoeken als mensen een positieve test hebben. Het heeft te maken met risicofactoren. Het heeft ook te maken met de wijze waarop wij oncologische zorg organiseren. Dat zijn heel veel verschillende aspecten. We kunnen er rustig een hele dag een heel debat over voeren. Als de concrete vraag is of het eigen risico een effect heeft op de gerapporteerde deelnamegraad van het bevolkingsonderzoek, dan is het antwoord: nee, er zijn geen kosten aan verbonden. Mensen kunnen natuurlijk de volgende afweging maken. Stel dat ik een positieve test heb, dan wil ik die niet, dus deel ik die primaire test niet, want ik wil die niet om welke reden dan ook. Daar kunnen heel veel redenen voor zijn. Ja, dat is een individuele afweging, waarover zij zo nodig ook met de regionale kankerscreeningsorganisatie, hun huisarts of een andere professional, zoals bijvoorbeeld hun medisch specialist, in overleg kunnen gaan.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Dan nog één keer. Dit is natuurlijk geen debat. Laat ik dat vooropstellen. De Minister reageert gewoon niet. Dat is heel erg jammer. Ik maak het even heel concreet. Stel dat iemand hier gewoon in de wandelgangen tegen mij zegt: ik heb deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek voor de darmscreening en daar kwam uit dat ik bloed bij mijn ontlasting had, dus ik werd doorgestuurd voor vervolgonderzoek en daarna was ik mijn halve eigen risico kwijt, dus de volgende keer doe ik dat niet meer. Kan de Minister dan begrijpen dat het eigen risico het effect kan hebben dat op het moment dat iemand naar aanleiding van een bevolkingsonderzoek vervolgonderzoek nodig heeft en het eigen risico gaat lopen, die de volgende keer niet meer deelneemt, omdat dit geld kost? Heel veel mensen kunnen namelijk op dit moment de eindjes niet meer aan elkaar knopen.

Daarnaast wil ik graag een reactie van de Minister op de noodkreet van het KNMG vanmorgen, dat wel degelijk een groeiend aantal gezondheidsklachten door armoede en schulden ziet, omdat mensen vanwege de kosten het eigen risico niet meer kunnen betalen.

**Minister Kuipers:**

Dat zijn twee vragen. Eén: ben ik mij ervan bewust dat kosten en de eigen bijdrage een factor kunnen zijn in het wel of niet ondergaan van een

vervolgtest bij een positieve test van een bevolkingsonderzoek? Ja, daarvan ben ik mij bewust. Ik ben alleen niet voornemens om daar iets anders aan te doen, anders dan de maatregelen die er al getroffen zijn, zoals de bevrozing van het eigen risico en het verhogen van de zorgtoeslag. We krijgen precies dezelfde discussie als we het hebben over mensen die niet door een positieve test, maar om een andere reden een zorgvraag hebben. Wat wij gedaan hebben, is het bevrozen van het eigen risico en het verhogen van de zorgtoeslag. Dat is vraag één. Vraag twee: ben ik mij ervan bewust dat levensomstandigheden, financiële situatie, huisvesting en andere factoren, zoals relatieproblematiek et cetera, een rol kunnen spelen bij het ontstaan van gezondheidsklachten en het ontstaan van een gezondheidsvraag? Ja, ook daarvan ben ik mij zeer bewust. Dat is een van de redenen om dit ook breed in te zetten, onder andere in het Integraal Zorgakkoord en bij het GALA-akkoord – ik kijk ook naar de Staatssecretaris – en om bij deze akkoorden bijvoorbeeld ook de Nederlandse gemeentes te betrekken.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik weet niet hoeveel we interrupties we hebben afgesproken, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dat zijn er zes. U bent dus nu bij nummer vier.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dan zet ik ze, met liefde, maar in op de kankerzorg. Wat gaat de Minister concreet doen om ervoor te zorgen dat Nederland van die laatste plaats van het landenprofiel voor kankerzorg afkomt? We staan onderaan! Wat gaat de Minister nú doen om ervoor te zorgen dat we liefst bovenaan die lijst komen te staan of in ieder geval omhooggaan?

Minister **Kuipers**:

Ik deel de ambitie en de inzet van mevrouw Agema geheel. Ik ben de eerste om te zeggen dat wij aan onze stand verplicht zijn om ook op alle plekken van die kankeragenda in Europa bovenaan te staan. Ik heb al eerder met uw Kamer stilgestaan bij het feit dat als je bijvoorbeeld kijkt naar andere parameters, zoals de vijfjaarsoverleving, wij voor veel vormen van kanker niet in de top drie staan, maar regelmatig bij het gemiddelde en soms zelfs daaronder. Dat heeft met heel veel factoren te maken. Voor sommige vormen van kanker heeft dat inderdaad te maken met ... Mevrouw Agema vraagt om een college. Ik kan daar niks aan doen. U vraagt een zeer uitgebreide ...

De **voorzitter**:

De Minister is aan het woord. De Minister is aan het woord. Mevrouw Agema, zou u willen wachten tot de Minister uitgesproken is? Dank. Gaat uw gang, Minister.

Minister **Kuipers**:

Als ik de gelegenheid niet krijg om te vertellen wat ik ga doen, wordt het moeilijk, hè? Ik probeer uiteen te zetten wat ik ga doen en dan zegt mevrouw Agema dat ik een college ga geven. Dat helpt niet. Ik wil best zeggen wat ik ga doen, maar dan moet ik ook gewoon de gelegenheid krijgen om dat antwoord te geven, anders staan we hier voor de bühne en dat helpt niet.

De **voorzitter**:

Daarom zit ik hier. Ik ben hier om ervoor te zorgen dat het debat op een ordentelijke manier verloopt. Minister, ik heb u het woord gegeven en uw microfoon kan aan. Wij horen alleen u en de mensen die thuiszitten horen ook alleen u. Dus gaat uw gang.

**Minister Kuipers:**

Dank u wel. Allereerst, de incidentie van kanker heeft te maken met heel veel risicofactoren. De Staatssecretaris zal daarover wat zeggen en ook over allerlei manieren waarop we proberen daaraan wat te doen. Dan kunnen we vervolgens iets met de bevolkingsonderzoeken voor kanker. Ik ben al bezig met allerlei initiatieven om te proberen om de deelnamegraad weer omhoog te brengen. Ik heb zojuist al wat gezegd over bijvoorbeeld de deelnamegraad van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en over het voor het bestaande bevolkingsonderzoek bekijken of dat op punten verbeterd, dan wel geïntensiveerd kan worden. Ik heb al iets gezegd over de mogelijkheid voor en het onderzoek naar contrastmammografie bij dense borstweefsel. Ik heb van de Gezondheidsraad een advies gekregen ten aanzien van het bevolkingsonderzoek darmkanker. Dat zijn we nu aan het bestuderen en ik kom binnenkort met een respons. Het advies is om het voorlopig niet aan te passen, maar wel onderzoek te doen. Ik zal binnenkort met een respons daarop komen. Het gaat dus om het verhogen van de deelnamegraad en het optimaliseren van de bestaande onderzoeken. Het betekent ook: kijken, mede op basis van het recente EU-advies, of er mogelijkheden zijn voor andere bevolkingsonderzoeken. Dat wil niet zeggen dat we dat gaan doen. Ik heb recent het advies van de Gezondheidsraad gekregen om niet over te gaan tot een bevolkingsonderzoek huidkanker. Er liggen nog aanvullende adviezen vanuit de EU ten aanzien van longkanker en prostaatkanker. Over longkanker zal ik zo nog wat zeggen. Het is dus optimaliseren, kijken naar eventuele uitbreiding van de bestaande onderzoeken en andere toevoegen, al dan niet in de vorm van een pilot.

Tot slot gaat het over het verbeteren van de oncologische zorg. Een van de zaken waarop we daarbij inzetten, ook in het kader van het Integraal Zorgakkoord, is sterke intensivering van regionale samenwerking in de oncologische zorg, met tal van verschillende aspecten die daaraan vastzitten.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Kunt u doorgaan met de verdere beantwoording van de vragen, alstublieft? Dank u wel.

**Minister Kuipers:**

Dat brengt mij automatisch bij de vraag over het nationaal actieplan kankerbestrijding. Dat was onder andere een vraag van mevrouw Kuik: kan de Minister een update geven van het proces? KWF, IKNL en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties hebben in overleg met mij – wij hebben dat gezamenlijk gedaan – eind 2022 het initiatief genomen om het Nederlands Kanker Collectief op te richten. U weet dat de kankerincidentie in Nederland hoog is. Dat werd zojuist al genoemd. We weten uit rapporten dat die de komende tien jaar nog verder gaat toenemen. We weten per kankersoort niet alleen iets over de incidentie, maar bijvoorbeeld ook over de overlevingscijfers. We moeten dan gewoon constateren – ik noemde dat zojuist al – dat wij het op tal van punten niet goed genoeg doen, daar waar de boodschap in het verleden eigenlijk altijd is geweest: wij doen het fantastisch en wij zijn internationaal de top. Ik ben het daarmee al heel lang niet eens. Ik ben echt van mening dat we dit moeten verbeteren. Dat ligt totaal niet aan de inzet van onze professionals. We hebben topverpleegkundigen en topartsen. Het ligt ook niet aan onze faciliteiten. Het ligt vooral aan de verbinding en aan netwerkzorg; we moeten betere afspraken maken over het hele traject. Wat dat betreft ligt de focus heel vaak op in opzet curatieve behandeling. Maar ik denk dat het echt belangrijk is – dat zal dat Nederlands Kanker Collectief ook doen – om daarbij ook de palliatieve zorg te betrekken, die ook erg versnipperd en onvoldoende aangesloten is. Daarbij wordt vaak de ongelukkige term «uitbehandeld zijn» gebruikt,

terwijl wij weten dat dit voor mensen, en hun omgeving, vaak het traject is waarin mensen eigenlijk het meest intensief behandeld moeten worden, maar dan in een andere vorm. Het Kanker Collectief loopt dus.

Ik ben bezig om ook binnen het ministerie een centraal aanspreekpunt in te richten en ik zorg voor goede aansluiting bij de afspraken die zijn gemaakt in het IZA – ik noemde dat zonet al – en bij de onderzoeken op dit terrein die vanuit het Ministerie van VWS worden gefinancierd.

Voorzitter. Mevrouw Kuik vroeg ook in hoeverre er in een nationaal actieplan kanker aandacht is voor maatregelen die de overheid kan treffen om hierbij het verschil in gezondheid tegen te gaan. Dat gaat zeker ook gebeuren. Ik kijk ook naar de Staatssecretaris. Dat is mede een punt van aandacht in het GALA en het Integraal Zorgakkoord. Daarbij zetten we sterk in op het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Als ik daarbij één punt mag noemen, zonder andere tekort te doen: het gaat daarbij uiteraard ook over verschillen in risicogedrag en verschillen in deelname aan bevolkingsonderzoek. Ik geloof dat mevrouw Ellemeet zojuist geheel terecht zei dat we regelmatig zien dat de mensen met de grootste risico's de laagste deelname aan het bevolkingsonderzoek hebben. Daardoor worden zij als er kanker ontstaat in een later stadium gediagnosticeerd, moeten zij weer intensiever behandeld worden, en hebben zij meer bijwerkingen en ook een slechtere uitkomst. Dit vraagt dus wat dat betreft echt om een aanpak op heel veel verschillende manieren.

**De voorzitter:**

Mevrouw Tielen heeft een vraag.

**Mevrouw Tielen (VVD):**

Dat vraagt dus om een aanpak en om daarvoor wellicht ook gewoon eens al die correlaties op een rijtje te zetten. Ik vroeg inderdaad of de regering, het kabinet, de beide bewindspersonen bereid zijn om samen met bijvoorbeeld SZW – ik geloof dat mevrouw Ellemeet daar EZK aan toevoegde – een interdepartementaal onderzoek op te zetten om juist eens die relatie tussen beleid en uitkomsten op het gebied van gezondheidsverschillen in kaart te brengen. Wat zegt de Minister daarop? Een expliciet antwoord daarop heb ik misschien gemist.

**Minister Kuipers:**

Dan zegt de Minister dat de Staatssecretaris daar straks op terugkomt en anders mag u de Minister daarop alsnog bevragen. O, daar gaat de voorzitter over.

Ik kom dan bij de vraag van mevrouw Ellemeet over de incidentie van baarmoederhalskanker, ook in relatie tot het bevolkingsonderzoek. Ik zei daar al iets over. IKNL noemt ook de verschillen in deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker als een van mogelijke, maar ik kan ook wel zeggen zeer waarschijnlijke, oorzaken van regionale verschillen. Waar de deelnamegraad lager is, is uiteindelijk de incidentie van het invasieve carcinoom hoger. U noemde dat al. We hopen dat de verbrede inzet van de zelfafnamesets in ieder geval iets van de drempel afneemt. Ik heb niet de illusie dat die dat volledig doet. We hopen dat die iets helpt. Daarnaast wordt er door het RIVM ingezet op goed geïnformeerde deelname aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker en het wegnemen van drempels. Hierbij wordt met aanvullende investeringen vanuit het coalitieakkoord met middelen rond volksziekten specifiek ingezet op het bereiken van mensen met lage gezondheidsvaardigheden. De heer Bushoff vroeg naar de deelname aan bevolkingsonderzoeken en lage SES. Dat raakt eigenlijk aan ditzelfde punt. Als ik daar nog iets aan toe mag voegen, en ik kijk dan ook naar de Staatssecretaris: het gaat ook over het inzetten en verspreiden van meer doelgroepspecifieke en visuele informatie en het inzetten op voorlichting in, onder andere, buurthuizen en bibliotheken.



Voorzitter. De vraag van mevrouw Paulusma over wanneer de deelnemers een zelfafnametest kunnen ontvangen, heb ik al beantwoord.

**De voorzitter:**

Meneer Bushoff heeft een vraag voor u.

**De heer Bushoff (PvdA):**

Ik hoop dat ik die vraag niet opnieuw hoeft te stellen als blijkt dat de Staatssecretaris daarop ingaat. Het was me namelijk niet helemaal duidelijk wie van de twee er nou verder op ingaat. Mijn concrete punt was namelijk inderdaad: we zien dus dat er grote gezondheidsverschillen zijn en dat relatief mensen die in armoede leven en met bestaansonzekerheid te maken hebben, eerder ziek worden en minder deelnemen aan die bevolkingsonderzoeken. Ik hoor dan de Minister zeggen: we gaan vooral inzetten op een voorlichtingscampagne in buurthuizen en dergelijke. Maar dat is niet specifiek gericht op de mensen die misschien wel het meest kwetsbaar zijn en op de gebieden waar mensen het snelste ziek worden. Mijn vraag is dus eigenlijk: welke andere concrete stappen is het kabinet voornemens om te zetten om deze mensen die het juist het hardste nodig hebben, meer te laten deelnemen aan deze bevolkingsonderzoeken? Mijn concrete vraag is: welke concrete stappen zijn dat dan?

**Minister Kuipers:**

Ik snap de heer Bushoff. Maar ik gaf al een aantal verschillende punten aan. Eén is het optimaliseren van het bevolkingsonderzoek, zoals bijvoorbeeld met een zelfafnameset. We zullen moeten zien of dat iets doet aan verschillen in deelname. Dat weten we niet van tevoren, maar we hopen dat dit iets is. Ik was blij met de positieve opmerkingen over de Nederlandse Kankeratlas. Die hebben we bewust ingezet, met een subsidie van onze kant, om die gegevens nadrukkelijk boven water te krijgen en om op basis daarvan ook bijvoorbeeld gericht in de eerste lijn, met de huisartsen en met de regionale GGD in gesprek te kunnen zijn over versterking van beleid. Er zijn gegevens in die Kankeratlas waarvan je aan de voorkant al wel zegt: ik verwacht bepaalde verschillen. Als je die verschillen vervolgens ziet en je kijkt naar die atlas – er werd al een voorbeeld ten aanzien van longkanker genoemd – word je nog alerter. In sommige gevallen blijken de verschillen dan nog groter dan je gedacht had. Er werd al wat genoemd. Die gegevens zijn ontzettend belangrijk om vervolgens in te zetten op beleid, en waar dat nodig is ook in te zetten op gericht onderzoek, omdat dit echt een langetermijn- en intensieve aanpak vergt. Er werden zonet een paar dingen internationaal vergeleken. Een dergelijke, zeer gerichte, nationale atlas is, bij mijn weten, voor het overige alleen beschikbaar in Australië. We lopen wat dat betreft dus echt voorop. Dat waren de vragen met betrekking tot kanker.

Dan kom ik bij de vragen met betrekking tot infectieziektebestrijding. Ik heb allereerst een vraag van de heer Bushoff over mpox: waarom laat de Minister zich niet meer leiden door het advies van het Deskundigenberaad om de vaccinatie voort te zetten, terwijl hij dat in oktober wel deed? Er was ook een vraag over Tecovirimat. Het advies van het Deskundigenberaad blijft voor mij leidend. Ik wijk daarin niet af van hetgeen ik daar eerder over gezegd heb. Het Deskundigenberaad heeft aangegeven dat de uitbraak onder controle is en dat het meest waarschijnlijke scenario is dat dit de komende periode zo blijft. Het DB adviseert op basis daarvan om een vaccinatiestrategie voor de lange termijn uit te werken. Dat advies neem ik ter harte. Dat betekent ook dat ik inzicht nodig heb in de wijze waarop de vaccinatie de komende tijd kan worden uitgevoerd. Ik heb het RIVM gevraagd om voor de korte termijn samen met de betrokken partijen na te gaan hoe de vaccinatie dit jaar en volgend jaar kan worden uitgevoerd. Daarover ontvang ik uiterlijk 1 maart van dit jaar, dus op korte termijn, advies. Daarna zal ik uw Kamer informeren.

Er is in Europees verband een voorraad Tecovirimat aangekocht. Die is momenteel in Duitsland opgeslagen. Lidstaten kunnen daar gebruik van maken. Daarnaast wordt er, ook in Europees verband, onderhandeld met de producent over een gezamenlijke aankoop van het middel, maar dan met opslag per land. Dat duurt iets langer dan in eerste instantie verwacht werd. Dat heeft ook te maken met het beperkte aantal besmettingen in Europa. Een deel van de lidstaten ziet daarom af van de aankoop en dat is een horde in de onderhandeling. Wij zetten er dus wel op in.

**De voorzitter:**

Meneer Bushoff, een korte vraag.

**De heer Bushoff (PvdA):**

Ik ben eigenlijk wel heel blij om te horen dat de Minister op korte termijn terugkomt op het advies dat hij heeft gekregen. Dan horen wij daar meer over. Kunnen wij dan in de brief die hij naar de Kamer zal sturen, ook meer horen over de stand van zaken rond het medicijn waar ik de naam nu even van kwijt ben? «Tecovirimat», wordt mij ingefluisterd.

**Minister Kuipers:**

Het antwoord is: van harte. Dat kan.

Dan had mevrouw Ellemeet een vraag met betrekking tot antimicrobiële resistentie. Zij stelde dat Nederland te weinig doet in Europees en internationaal verband en vroeg of ik een kan voorproefje geven. Ik deel geheel de opvatting van mevrouw Ellemeet dat het onderwerp van antimicrobiële resistentie, bacteriën en schimmels ongelofelijk belangrijk is en dat het wereldwijd veelal een onderschat probleem is. Er is enige tijd geleden in The Lancet een publicatie verschenen van een internationaal consortium dat met de nodige aannames, maar toch wel overtuigend, berekeningen heeft gemaakt van wat dit mogelijk nu al doet ten aanzien van het aantal sterftegevallen door onbehandelbare infectie. Dat gaat dus om infectieziekten waar je in het verleden een goed werkend middel tegen had en waartegen nu resistentie bestaat. Mensen komen daardoor nu te overlijden, omdat er geen werkzame middelen meer voorhanden zijn. De inschatting is dat dit na hart- en vaatziekten wereldwijd al een van de meest voorkomende doodsoorzaken is. Nog los daarvan levert het veel blijvende schade op en kent het een moeizamere behandeling. De verwachting is dat als we niets doen in de komende langere periode, dit nog aanzienlijk zal stijgen. Het is dus zeer belangrijk. Ik ben het overigens niet eens met de opmerking dat Nederland daar weinig aan doet. Nederland was heel lang en is nog steeds een van de internationale trekkers van dit dossier. Je kunt altijd meer doen. Ik heb zelf net op uitnodiging van de VN en de Wereldgezondheidsorganisatie deelgenomen aan een internationale werkgroep hierover. Daarbij waren ook de vertegenwoordigers van de VN environmental protection en andere organisaties aanwezig. Ook daar hebben we vanuit Nederland sterk ingezet op het internationaal intensiveren van de aanpak. U kunt daarbij onder andere denken aan het monitoren van de resistentie en het gezamenlijk inzetten op sterkere ontwikkeling van nieuwe antimicrobiële middelen. Dat vraagt ook om nadenken over financieringsstructuren daarvoor, zowel voor de ontwikkeling als voor het na lange tijd beschikbaar hebben. Dit zijn immers middelen waarvan je eigenlijk wilt dat ze op de plank liggen, maar ze zo weinig mogelijk hoeven worden ingezet. Dat vraagt om een wat vreemde investering, want je stimuleert, als het privaat is, een partij om iets te ontwikkelen, maar je wilt dat vervolgens eigenlijk niet afnemen. Daar waren dus ook gedachten over. Naast deze factoren is er bijvoorbeeld vanuit Nederland richting alle internationaal betrokken partijen de oproep gedaan om echt te stoppen met het inzetten van deze middelen als groeiremmer. Daar hebben we in Nederland al heel veel aan gedaan, maar internationaal worden deze

middelen nog veel gebruikt als groeiremmer. Het is dus een heel belangrijk topic dat vaak ogenschijnlijk heel abstract is, maar dat voor heel veel patiënten en hun behandelaren eigenlijk al gewoon dagelijkse praktijk is.

Dan vroeg mevrouw Agema ten aanzien van de tekenaanpak: biologische bestrijding van teken is nodig, dus waarom wil de regering dat niet en waarom doet zij dat niet als eerste in Europa? Aan mogelijke biologische bestrijdingsmethodes kleven praktische en ecologische bezwaren. Er zijn nog onvoldoende onderbouwde studies over werkzaamheid en specificiteit. Experts van het RIVM en het Centrum Monitoring Vectoren twijfelen aan de haalbaarheid van de inzet van natuurlijke vijanden als effectieve en duurzame bestrijdingsmethode. Schimmels die ingezet kunnen worden tegen teken doden bijvoorbeeld ook organismen die niet specifiek het doelwit zijn. Nieuwe ontwikkelingen en innovaties in de biologische bestrijding worden echter nauwlettend gevolgd.

Voorzitter. Dan kom ik bij seksuele gezondheid en prep. Prep wordt, zoals bekend, conform het advies van de Gezondheidsraad uit 2018 sinds 2019 middels een pilot verschaft aan hoogrisicogroepen via de Centra Seksuele Gezondheid van de GGD'en. Zoals toentertijd gedeeld, loopt de pilot gedurende vijf jaar, tussen 2019 en medio 2024. Conform het advies van de Gezondheidsraad wordt prep via de CSG's aangeboden in combinatie met een startconsult met goede voorlichting over het gebruik van prep. Daarnaast worden gebruikers gedurende het gebruik goed gemonitord middels een aantal vervolgsconsulten, waarbij uiteraard gekeken wordt naar de incidentie van hiv, maar ook naar de prevalentie van soa's. Er is toegezegd om de pilot na drie jaar en na afloop van de pilot te evalueren. In overleg met de Kamer is de inclusie eerder al uitgebreid. Er is ook toegezegd dat we de pilot na afloop zouden continueren tot het moment dat er een conclusie en een voorstel voor het vervolg liggen. In de pilot wordt voor de medicatie een eigen bijdrage van € 7,50 voor 30 tabletten gevraagd. De tussenevaluatie na drie jaar is inmiddels afgerond en de uitkomsten daarvan zijn gedeeld met uw Kamer. Uit die tussenevaluatie blijkt dat de CSG's een goede kwaliteit van zorg leveren en dat gebruikers de geleverde zorg kunnen waarderen. Ook de laagdrempeligheid, anonimiteit en lage kosten worden benoemd als positieve aspecten.

Ik concludeer op basis van de uitkomsten van de tussenevaluatie voorzichtig dat de seinen op groen staan om de prep-zorg na afloop van de pilot structureel te bestendigen en ik heb het RIVM gevraagd om een evaluatie uit te voeren naar het effect van prep; nu al dus, want de pilot is nog niet afgelopen. Daarnaast voert het RIVM een scenarioverkenning uit van de wijze waarop de prep-zorg na afloop van de pilot structureel kan worden ingeregeld. Op basis daarvan ben ik voornemens om rond de zomer van dit jaar een besluit te nemen over het bestendigen van de prep-zorg na afloop van de pilot.

In de media is het beeld ontstaan dat er geen andere manier is waarop personen die er belangstelling voor hebben maar niet in de pilot zitten, toegang kunnen krijgen tot prep. Dat is niet het geval. Huisartsen zijn in principe het eerste aanspreekpunt voor het verschaffen van prep. Personen die hier belangstelling voor hebben, maar die geen onderdeel zijn van de pilot, kunnen terecht bij de huisarts. Bij prep-zorg via de huisarts is er wel sprake van, onder andere, een hogere eigen bijdrage voor de medicatie van ten minste € 20 per maand, of voor 30 pillen, afhankelijk van het gebruik. Ook bij verstrekking van prep door huisartsen is het belangrijk dat dit gepaard gaat met een startconsult waarbij goede voorlichting wordt gegeven en dat er vooraf ook op hiv wordt getest. Daarnaast moeten gebruikers gedurende het gebruik goed gemonitord worden middels een aantal vervolgsconsulten. Het geluid heeft mij bereikt dat sommige huisartsen eigenlijk terughoudend zijn met het voorschrijven

hiervan. Dat betekent dat ik met de LHV in gesprek zal gaan om dit nog een keer onder de aandacht te brengen. Dat brengt mij bij de vraag van mevrouw Paulusma: wat kan de Minister doen in de periode van de prep-pilot om de wachtlijsten weg te werken? Zijn er mogelijkheden via de huisarts, of is er een andere route beschikbaar? Ik gaf net al aan dat huisartsen in principe het eerste aanspreekpunt zijn voor het aanbieden van goede prep-zorg. Dat is niet altijd bekend. Het verstrekken van prep moet gepaard gaan met goede voorlichting, begeleiding en diagnostiek. Dat vraagt ook om kennis en kunde. De LHV heeft vorig jaar laten weten dat sommige huisartsen principieel tegen zijn, omdat zij het aanbieden van prep zien als een preventietaak en dit beter vinden passen bij de GGD. Ik ga daarover in gesprek met de LHV. Ik zal ook in gesprek gaan met de GGD'en om te kijken of personen die hun belangstelling voor deze medicatie hebben geuit maar die nu geen onderdeel zijn van de pilot, actief kunnen worden benaderd om hen te wijzen op de alternatieve manieren om aan prep te komen.

**De voorzitter:**

Eerst meneer Bushoff en daarna mevrouw Paulusma.

**De heer Bushoff (PvdA):**

Daar dan toch even een vraag over. Als je inderdaad prep via de huisarts moet krijgen, dan kost je dat gemiddeld, laten we zeggen, ongeveer € 500. Via commerciële aanbieders kost het je misschien wel € 1.200. Waarom is het gerechtvaardigd dat een deel van de mensen die het heel goed kunnen gebruiken, het tegen hele lage kosten kan krijgen en dat een ander deel, namelijk de 3.000 wachtenden, daar wel fors voor zou moeten betalen? Hoe rechtvaardigt de Minister dat verschil?

**Minister Kuipers:**

Ik denk dat het verstandig is om het eerst even over de daadwerkelijke getallen te hebben, want u noemt € 500 of € 1.500. Uit de laatste evaluatie blijkt dat 30 tabletten momenteel generiek verkrijgbaar zijn vanaf € 20. Ik zal daar nog een keer een check op laten doen. Ik weet dat dit in het verleden met totaal andere kosten gepaard ging. Die € 500 ken ik uit het verleden, maar in die laatste check – die heb ik niet zelf gedaan, maar die heb ik laten doen – gaat het echt om geheel andere bedragen. Laten we even wegblijven bij het exacte bedrag. Als we die vergelijking maken, is dat dan acceptabel? We doen die pilot op basis van een heel specifieke vraag. Daarvoor hebben we de inclusie ook al verder uitgebreid, ook met specifieke onderzoeksvragen, op advies van de Gezondheidsraad. Wat ik doe, en wat mijn voorganger eerder al deed, is de inclusie uitbreiden en de termijn bekorten. Als er mensen zijn die in deze periode, terwijl zij geen deelnemer zijn, zeggen dat zij toch graag dat medicament willen hebben, dan loopt de route via de huisarts, zoals altijd in dit soort situaties. Ik zal met de huisartsen en met de GGD'en in gesprek gaan hierover.

**De heer Bushoff (PvdA):**

Maar dan is mij een en ander nog niet duidelijk. Eén. Volgens mij zijn er dus wel nog hoge, of relatief hoge, kosten verbonden aan andere wijzen van het verkrijgen van prep. Er is dus een verschil tussen mensen die dat bijna vrij toegankelijk kunnen krijgen en anderen die dat niet kunnen. Ik heb de rechtvaardiging daarvoor nog steeds niet gehoord, anders dan dat de Minister aangeeft dat de inclusie al een keer eerder is uitgebreid. Dat is op zich goed, maar dat roept ook de vraag op waarom dat niet nog een keer kan.

**Minister Kuipers:**

Een rechtvaardiging voor het drukken van kosten voor iemand die als persoon, als burger, als patiënt deelneemt aan een pilot en een onderzoek is altijd dat die deelname gekoppeld is aan een vraag. Daarbij kun je wel of niet helderheid hebben over de keuze en de rechtvaardigheid van die onderzoeksvraag. Daar zijn zojuist een aantal vragen over gesteld en daar zijn opmerkingen over gemaakt, maar ik verwijs dan maar even naar het advies van de Gezondheidsraad. Die deelname gaat meestal gepaard met een verlaging of het geheel kwijtschelden van de kosten. Dat is hier ook gebeurd. Dat is in de zorg bij pilots zeer gebruikelijk.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Wilt u nog een vervolgvraag stellen, meneer Bushoff? U heeft er nog twee.

**De heer Bushoff (PvdA):**

Ik begrijp dat dat heel gebruikelijk is. Het verklaart alleen nog niet waarom andere mensen, die hier niet voor in aanmerking komen, niet ook onderdeel kunnen worden van die pilot. Wat mij betreft zit er nu namelijk een onrechtvaardig verschil tussen mensen die wel toegang hebben tot prep tegen lage kosten en mensen die dat niet hebben. Mijn vraag was zojuist ook waarom we niet nog één keer de inclusie ophogen, zoals al eerder is gebeurd.

**Minister Kuipers:**

We hogen de inclusie niet op, omdat het voor de onderzoeksvraag niet nodig is. Daarnaast zit de pilot nu zelfs al in een stadium waarin ik, denk ik, eerder dan beoogd antwoorden van het RIVM kan krijgen op basis waarvan ik hopelijk conclusies kan trekken over het vervolg. Als we het nu dus zouden ophogen, dan is de kans groot dat tegen de tijd dat we beginnen met de ophoging in de praktijk, we het antwoord van het RIVM al hebben. Laten we daar nou dus eerst eens even van uitgaan. Ten aanzien van de hogere kosten zelf heb ik al aangegeven waarom het in een pilot met een onderzoeksvraag, waarbij gegevens verzameld worden, gebruikelijk is dat je een deel van de kosten van een deelnemer op je neemt. Op het moment dat mensen een eigen keuze maken en zeggen dat ze bepaalde medicatie willen hebben, dan gelden de normale regels. Zoiets zit dan wel of niet in een pakket. Deze medicatie is verkrijgbaar, maar wordt niet vergoed. Mensen moeten die dus zelf betalen. Zoals u weet, zijn er overigens geen kosten verbonden aan huisartsenzorg.

**De voorzitter:**

Meneer Bushoff, uw laatste vraag?

**De heer Bushoff (PvdA):**

Tot slot dan, want het volgende is mij nog niet duidelijk. De Minister zegt: als we deze inclusie ophogen, dan is het risico dat ik de antwoorden van het RIVM al heb. Ik zie niet in wat het probleem daarvan is. Dus zou de Minister kunnen schetsen wat het probleem is als je die inclusie tussentijds ophoogt en dan inmiddels misschien al die antwoorden van het RIVM hebt? De Minister geeft aan dat dat problematisch zou zijn, of dat het een belemmering zou zijn om die inclusie op te hogen. Maar ik zie niet wat het probleem daarvan zou zijn.

**Minister Kuipers:**

Ik geloof dat Siri al een antwoord gaat geven op deze vraag. Dat moeten we vaker doen bij debatten.

Zoals het altijd gaat bij dit soort dingen: uitbreiden van een inclusie vraagt om inzet van mensen en om werk. Het gaat ons in deze fase met een nog resterende looptijd ten aanzien van het beantwoorden van de vragen, in het geheel niet helpen. Er was eerder al een berekening gemaakt op basis

van 6.500 mensen. Dat is uitgebreid. Dat betekent dat ik er vertrouwen in heb dat we die antwoorden ook eerder dan de beloofde looptijd gaan krijgen. Ik weet het nog niet, maar dat is al wel de vraag aan het RIVM. Dan kunnen we ook een besluit nemen over het vervolg daarvan. Er nu op inzetten om nog meer personen te includeren, gaat ten aanzien van de beantwoording van de vragen niet helpen. De inclusietijd is te kort en de vervolgtijd is ook te kort om met die inclusie van extra mensen iets aanvullends te kunnen zeggen over de effecten op de incidentie van hiv en op de prevalentie van soa's. Ik verwacht dat ik die antwoorden al gewoon ga krijgen met de huidige pilot. Hopelijk krijg ik ze ook eerder dan de oorspronkelijk beoogde looptijd.

**De voorzitter:**

Mevrouw Paulusma heeft een vraag.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank voor de reactie van de Minister. Mevrouw Ellemeet begon er ook al over: we hebben samen hard gewerkt aan die inclusie-uitbreiding en ook aan de versnelling van die pilot. Ik snap de vraag van de heer Bushoff eigenlijk niet helemaal, want volgens mij is ons belang dat die pilot zo snel mogelijk wordt afgerond en dat we dit met die uitkomsten, die we allemaal voorzien, gewoon standaard zorg laten maken. Daar hebben die 3.000 mensen op die wachtlijst nu natuurlijk niks aan. Ik ben blij met de beantwoording van de Minister, want de signalen die ik heel veel terugkrijg, hebben niet zo veel te maken met onrechtvaardigheid. Die hebben ermee te maken dat mensen eigenlijk niet weten waar ze óók terecht kunnen. Dus als de Minister zich met de LHV en de GGD's fors kan inspannen als het gaat om die proactieve benadering, zodat de mensen niet wachten maar naar de huisarts gaan, dan zou ik heel graag van de Minister willen horen of daar een bepaalde termijn op zit. Want het zou een beetje jammer zijn als de LHV in beweging komt op het moment dat de pilot is afgerond. Daar hebben die 3.000 mensen op de wachtlijst namelijk niets aan.

**Minister Kuipers:**

Ik ben van plan om dat gesprek op hele korte termijn al te voeren, dus in de komende periode.

**De voorzitter:**

«Hele korte termijn», dat is onvoldoende specifiek denk ik, of niet?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Nou, onvoldoende specifiek ... Ik geloof de Minister als hij zegt dat hij daar heel veel vaart mee gaat maken, maar ik hoor dan ook graag van hem de terugkoppeling.

**Minister Kuipers:**

Sorry, ik keek al naar de volgende vraag. Het antwoord is: ja, dat kan.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik heb toch het idee dat we langs elkaar heen praten op dit onderwerp. Want het is hartstikke mooi dat er goede tussentijdse resultaten zijn, en we willen zo snel mogelijk die pilot afgerond hebben. Maar het is ook niet zo dat als je die pilot uitbreidt ... Het gaat er gewoon om dat er nu 3.000 mensen op die wachtlijst staan. Rechtsom of linksom zou het heel goed zijn als zij snel geholpen worden. Ik ben helemaal niet tegen huisartsen, maar ik ben er ook niet tegen dat die pilot uitgebreid wordt. Dat voegt misschien niets toe aan de pilot, maar het voegt wel iets toe aan de gezondheid van die mensen. Dus volgens mij is dat het punt. Is er een taboe op het uitbreiden van die pilot of willen we met z'n allen die 3.000

mensen zo snel mogelijk helpen? Dan zou het rechtsom of linksom kunnen.

**Minister Kuipers:**

Er is geen taboe op het uitbreiden van een pilot, maar die pilot is ergens op gericht. Het is een pilot met vragen. Nogmaals, ik verwijs naar de Gezondheidsraad. Die vragen gaan we beantwoord krijgen. Als ik nu zou inzetten op het uitbreiden van die pilot – ik gaf dat al aan – dan vraag ik wat van de mensen die die pilots moeten runnen, terwijl hun capaciteit al beperkt is en die uitbreiding niet gaat helpen bij het beantwoorden van die vragen. Er is een alternatieve route. Ik gaf al aan dat ik signalen krijg dat die a onvoldoende bekend is en b onvoldoende gebruikt wordt. Mevrouw Paulusma gaf dat ook nog een keer aan. Ik ga erop inzetten om daarnaar te kijken, maar dat vraagt niet om een uitbreiding van de pilot. Dus er is geen taboe op, maar het gaat ook niet helpen. Ik wil wat dat betreft ook echt de mensen beschermen die de pilot moeten runnen. We hebben de pilot al uitgebreid, laten we nu even kijken naar het volgende. We komen in de laatste fase van die pilot. Laten we die afronden en hopen dat die hele heldere antwoorden oplevert die ook ons in de gelegenheid stellen om goede conclusies te trekken. Laten we dan besluiten over het vervolg.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Gaat u verder met de beantwoording alstublieft.

**Minister Kuipers:**

Dat brengt mij bij het blokje overig. Er is allereerst een vraag van mevrouw Paulusma ten aanzien van kosteneffectiviteit en preventie. Waarom waarderen we kosteneffectiviteit op het gebied van preventie nog steeds niet op dezelfde wijze als bij de curatieve zorg? Wat zijn de uitkomsten van de gesprekken die de Staatssecretaris zou voeren? Voor het antwoord op deze laatste vraag kijk ik uiteraard naar de Staatssecretaris. Sinds mijn brief van 2 december jongstleden heeft het Kennisplatform Preventie een technische werkgroep ingesteld. Zij beantwoorden de vraag hoe de brede kosten en baten van preventie en de budgettaire effecten voor de rijksbegroting meegenomen kunnen worden in de besluitvorming. Ik deel geheel het belang dat met de inbreng van de Kamer en de vraag van Paulusma naar voren wordt gebracht. We zijn vaak geneigd om de opbrengsten van preventie onder te waarderen. Die zijn ook moeilijk vast te stellen, maar we zijn vaak geneigd om ze onder te waarderen, omdat ze op heel veel vlakken heel groot zijn en een veel langere nasleep hebben. Ik noem bijvoorbeeld de potentiële opbrengsten van het programma Een Gezonde Start, maar ik kijk daarbij echt naar de Staatssecretaris. De werkelijke opbrengsten daarvan zie je voor een deel op de korte termijn, maar die zie je voor een deel ook over tientallen jaren na nu, omdat kinderen die onder gezondere condities en meer à terme ter wereld komen, 60 tot 70 jaar later gewoon een lagere kans op hart- en vaatziekten, kanker et cetera hebben. Dat meenemen in opbrengsten is heel erg lastig, maar we moeten het wel meer doen om het breed over het voetlicht te krijgen.

De technische werkgroep gaat dus ook in op het verschil in kosteneffectiviteit tussen curatieve zorg en preventie. Die bestaat uit deskundigen, waaronder mensen van het Zorginstituut en het RIVM. Gezien de omvang van de vraag, heb ik ze gevraagd om hun rapport eind van dit jaar aan mij aan te bieden.

Dan kom ik bij de vraag van mevrouw Den Haan over boezemfibrilleren. Zij vraagt of ik een update kan geven over de stand van zaken met betrekking tot de motie over de beroertepreventie. Vanuit VWS zijn we met verschillende partijen in de zorg het gesprek aangegaan om te bepalen hoe er ingezet kan worden op de verbetering van de preventie ten

aanzien van beroertes. De partijen geven aan dat er al veel gebeurt op dit terrein en op het terrein van antistollingszorg, maar dat er ook nog diverse kennishiaten zijn. Ik zie mevrouw Den Haan knikken. Wij herkennen dit allebei. Dan gaat het zowel om de preventie ten aanzien van beroertes als om de screening op boezemfibrilleren.

Gezien het feit dat de beroepsgroepen primair verantwoordelijk zijn voor de inhoud en de kwaliteit van de zorg, is het met name aan het veld om dit kennishiaten op te pakken. Om daarbij te ondersteunen, zijn we met ZonMw aan het bekijken via welke programma's we vanuit VWS kunnen inzetten op het verbeteren van beroertepreventie. Een van de zaken daarbij is toch het beter zicht krijgen op, dus het registreren en monitoren van uiteraard de CVA's, maar ook van boezemfibrilleren en vroegdetectie.

**De voorzitter:**

Mevrouw Den Haan, een vraag?

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Daar ben ik heel blij mee, dus dank aan de Minister voor dit antwoord. Het is heel mooi dat die gesprekken lopen. Maar zijn er ook wel echt concrete plannen met een concreet tijdpad?

**Minister Kuipers:**

Nee, nog niet, anders dan dat het gesprek en de technische werkgroep lopen. Daar moeten we even de tijd voor nemen. Ik kan het, wat dat betreft, helaas niet anders doen.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ik snap ook dat daar wat tijd voor nodig is, maar de motie is al van vorig jaar. Dus de gesprekken duren ook al een jaar. Ik zou toch niet graag hier volgend jaar nog een keer zitten met weer dezelfde vraag.

**Minister Kuipers:**

Dat deel ik geheel. Zoals ik al aangaf, heb ik aan die technische werkgroep gevraagd of zij een rapport voor het eind van dit jaar aan mij kunnen aanbieden. Ik vind het niet onredelijk dat dit enige tijd vergt, want het is gewoon een complexe vraag.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Minister Kuipers:**

Voorzitter. Dan was er een vraag van onder anderen van mevrouw Ellemeet en mevrouw Paulusma over de relatie tussen leefomgeving en kanker. Zij vroegen wat ik doe met de informatie over deze relatie uit de Kankeratlas en hoe ik de relatie met de industrie als Tata en havens zie. Het beeld in de atlas is zeer gedifferentieerd. Er kwam ook al een aantal voorbeelden voorbij. We hebben het gehad over Tata en over de Eemshaven. Voor de Rotterdamse haven geldt overigens dat daar sprake is van vergelijkbare beelden. Het ging ook over verschillen tussen wijken. Er werd een voorbeeld genoemd van bepaalde wijken in Amersfoort. Ik meen dat mevrouw Den Haan dat heeft gedaan. De atlas laat dus grote spreiding zien, bijvoorbeeld op het terrein van longkanker. De belangrijkste oorzaak is longkanker is roken, zoals we weten. Andere factoren spelen daarbij verder een rol.

Rondom specifieke industriegebieden en havens is met name sprake van zeer grote verschillen in longvlieskanker of, in medische termen, het mesothelioom. Zoals we weten is dat zeer sterk verbonden aan het gebruik van asbest in het verleden. Precies dit voorbeeld geeft een goede illustratie, dus ik ben blij dat dit voorbeeld is genoemd. Het geeft een goede illustratie van zowel het beeld dat de Kankeratlas geeft als het feit



dat het helpt om op specifieke oorzaken in te zoomen. Het illustreert ook dat het een hele langetermijnaanpak is. We weten dat de blootstelling aan asbest veelal dateert van soms tientallen jaren geleden. Er is ook gefocust op het vroegere gebied van Eternit, een asbestfabriek, in het oosten van het land. Daar zie je nu nog steeds een pocket van een hoog aantal gevallen van longvlieskanker. We weten wat er in de loop van vele jaren al is gebeurd, én met de fabriek én met de regio én met het opruimen. Maar dan werkt dat nog steeds tot op de dag van vandaag door. Dit is een voorbeeld met een hele langetermijnaanpak.

Ten aanzien van Tata Steel of bijvoorbeeld de Rotterdamse haven geldt dat de Staatssecretaris van IenW verantwoordelijk is voor het milieubeleid om de bevolking te beschermen tegen gevaarlijke uitstoot van industrie en havens. Daarover hebt u regelmatig overleg. De inbreng van mij en ook van de Staatssecretaris is om daar nadrukkelijk naar te kijken en ook inbreng te hebben over volksgezondheid. Dan kan het gaan over asbest, maar ook over fijnstof of andere zaken. We hebben in dit kader ook weleens met de Minister van LNV gesproken over het Nationaal Programma Landelijk Gebied.

**De voorzitter:**

Eerst mevrouw Paulusma en dan mevrouw Ellemeet.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Ik bedoel dit niet flauw, maar als het gaat om fijnstof of om asbest of om dingen buiten de portefeuille, horen we de bewindspersonen van VWS heel vaak zeggen dat dat ook buiten de portefeuille ligt, terwijl onderzoek aantoont dat mijn hele verhaal over fijnstof juist ontzettend veel gezondheidsimplicaties heeft. Ik vind vooral dat we duidelijkheid moeten verschaffen voor bedrijven die dit aangaat, maar ook voor onze boeren. Het ergste is als we steeds maar dingen uitstellen of niet een hele grote stap durven te zetten, terwijl bedrijven en ook boeren zich moeten aanpassen, ook voor onze gezondheid. Het is dan een beetje te vrijblijvend als ik de Minister hoor zeggen: we hebben er goede gesprekken over. Ik vroeg namelijk of de Minister en de Staatssecretaris er in Europa voor kunnen gaan zorgen dat we de WHO-doelen gaan halen. Er is niets zo erg als straks met voortschrijdend inzicht ... Maar het is eigenlijk geen voortschrijdend inzicht, want we weten al dat we ons nu aan die doelen moeten gaan houden. Volgens mij weegt het veel zwaarder als de Minister van Volksgezondheid daar samen met de Staatssecretaris het pleidooi op voert.

**Minister Kuipers:**

Dank voor deze oproep. Dat doe ik. Dat doe ik. Onlangs ben ik bij verschillende plekken aangesloten, ook hier in de Kamer bij verschillende debatten. Maar dat is de inzet. Dan gaat het over fijnstof, dan gaat het over de gevolgen. We hebben het heel veel over stikstof. Stikstof zelf is voor de mens niet schadelijk, maar vervolproducten wel. Dan kom je weer bij de fijnstof. We hebben het in de Kamer onlangs ook over pfas gehad. Ik sloot toen aan bij een debat met de commissie van IenW. De inbreng is nadrukkelijk: laten we veel strakker kijken naar volksgezondheid. Zoals ik zojuist al aangaf, lijkt het voor de korte termijn dan vaak niet relevant. Nee, het is voor de hele lange termijn relevant.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Het is voor de lange termijn relevant, maar het is ook nu relevant. Er zijn nu heel veel mensen die ziek zijn. Dat is voor een deel veroorzaakt door ellende en ongezonde materialen uit het verleden, maar het wordt ook veroorzaakt door de ongezonde omgeving waarin mensen nu wonen. Ik twijfel er eerlijk gezegd niet aan dat de Minister dit een belangrijk onderwerp vindt. Dat geloof ik best. Maar ik denk dat de krachten en de

belangen zo groot zijn dat de Minister op geen enkele manier kan onderschatten wat er voor nodig is om hier echt iets van beweging in te brengen. Hoe leggen we die doelen langs de meetlat van de gezondheid van de mensen die daar wonen? Nogmaals, dat zijn niet mensen die in villa's wonen. Dat zijn mensen die in kleine rijtjeshuizen wonen. Dat zijn mensen die altijd de rekening moeten betalen, ook als het gaat om een ongezonde leefomgeving. Ik vraag dus net wat meer aan de Minister. Ik vraag hem: formuleer doelen samen met uw collega's en houd ze daaraan, en leg die langs de meetlat van de gezondheid van onze eigen inwoners.

**Minister Kuipers:**

Ik wil er zeker wat over zeggen, maar ik wil niet volledig op het terrein van de Staatssecretaris komen door hier nu al deze discussie te voeren. Maar ik hoor heel duidelijk de oproep voor de concrete doelen. Die concrete doelen moeten vanuit mijn perspectief gaan over volksgezondheidsdoelen. Dat is geen doel van een bepaalde industrie die moet worden gesloten of een bepaalde reductie die bereikt moet worden op het terrein van landbouw ten aanzien van uitstoot van stikstof. Dat hoor ik mevrouw Ellemeet ook niet zeggen. Het is wel het vervolg daarvan voor de effecten die dat heeft op fijnstof en dan bijvoorbeeld de verschillen ten aanzien van longaandoeningen. Met die concrete doelen zijn wij bezig. Die proberen we ook te formuleren, met een vertaling naar de maatregelen die dat dan exact vraagt, want dat is niet eenvoudig. Ik gaf ook al aan dat een deel van deze effecten gewoon echt zeer lange termijn is. Als je op een hele lange termijn zit, kan je ook in de val komen dat je zegt: maar dat loopt allemaal al en dat gaan we uiteindelijk vanzelf bereiken.

Ik ben hier dus mee bezig. Als u me vraagt of ik dat concreet kan vaststeken, bijvoorbeeld in termen van fijnstof en longaandoeningen, zeg ik: nee, dat kan ik voor nu niet.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De laatste vraag, mevrouw Paulusma.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Dat is wel een beetje jammer, voorzitter, want ik heb het gevoel dat ik geen antwoord krijg op mijn vragen en daardoor de vraag opnieuw moet stellen. Ik ga 'm gewoon heel concreet maken. Ik heb met heel veel Q-koortspatiënten gesproken die al jaren thuiszitten en niet verder kunnen komen. We weten allemaal wat de roze olifant in die kamer is. Dat heeft allemaal te maken met hoe we met onze veeteelt omgaan. Dan vind ik niet dat we kunnen zeggen: we zijn bezig. Dan beaam ik echt wat mevrouw Ellemeet zegt. Dan moet ook VWS concrete doelen maken, want het gaat om de gezondheid van mensen, niet in de laatste plaats van boeren zelf. In het laatste onderzoek dat naar buiten kwam zagen we juist dat boeren ontzettend ziek worden van alle materialen die ze op het veld moeten gebruiken. Het begroot mij enorm. Ik vind echt dat we meetbare doelen moeten maken, juist voor de lange termijn, en dat VWS daarin ook aan zet is, inclusief de Staatssecretaris.

**Minister Kuipers:**

Ik hoor dat heel goed. Dit raakt even heel breed. We komen nu even bij de Q-koorts en de landbouw. We hebben het over fijnstof. Wij komen nog voor de zomer met een brief over de leefomgeving. Sta mij toe dat ik er dan, met deze aansporing, nog een keer aanvullend op terugkom.

**De voorzitter:**

Ja, dank u wel. Dan was u volgens mij bijna aan het einde.

**Minister Kuipers:**

Ja. Ik had nog vragen van mevrouw Agema over de COPD-aanpak en over stamceltherapie voor MS-patiënten. Op deze vragen zal ik schriftelijk terugkomen.

Er was een vraag van mevrouw Den Haan over moleculaire diagnostiek. Dat is een belangrijk onderwerp, ook voor de toekomst van de zorg; we hebben het er weleens vaker over gehad. Het Zorginstituut Nederland werkt op dit moment aan de implementatie in de praktijk. Dat vraagt in de gehele keten om aanpassingen van de bekostiging van kwaliteitsstandaarden. Voor de zomer, in het tweede kwartaal van dit jaar, komt er een voortgangsrapportage en eind van dit jaar een eindrapportage.

Dan vroegen mevrouw Ellemeet en mevrouw Kuik naar gender en onderzoek. Aandoeningen hebben vaak grote impact op vrouwen, maar dat wordt slecht onderzocht, zo zeiden zij. Hoe staat het met het ZonMw-programma? Wordt het standaard meegenomen bij VWS-beleid? Via een taakopdracht gender en onderzoek heb ik ZonMw gevraagd duurzame aandacht voor en integratie van sekse en gender in onderzoek en onderzoeksprogramma's verder te stimuleren. Dat onderzoeksprogramma loopt. Ik ben ook met ZonMw in gesprek over wat er ook in de toekomst voor nodig is. ZonMw heeft dit opgepakt en zorgt dat het standaard wordt meegenomen in de opzet van programma's, subsidievoorwaarden, monitoring en evaluatie. Daar waar mogelijk wordt het ook meegenomen als aandachtspunt binnen het VWS-beleid. Ik verwijs hiervoor ook naar de brief over cultuursensitieve zorg die uw Kamer onlangs heeft ontvangen. Dan was er een vraag van mevrouw Kuik over het nationaal programma kanker en gezondheidsverschillen. Dat heb ik volgens mij al grotendeels geadresseerd.

Mevrouw Agema had een vraag over onderhandelingen over prijzen van levensreddende, levensveranderende medicijnen en zei: in sommige omringende landen worden die eerst vergoed en wordt daarna onderhandeld over de prijs, maar in Nederland doen we dat anders. De pakketsluis voor nieuwe, dure intramurale geneesmiddelen is een belangrijk instrument om de hoge kosten te beheersen. Tijdens de sluisperiode worden de middelen inderdaad nog niet vergoed uit het verzekerde pakket. Fabrikanten nemen over het algemeen wel hun verantwoordelijkheid door het middel al wel kosteloos te verstrekken aan patiënten. Ik probeer de sluisperiode zo kort mogelijk te houden. Die doorlooperperiode ligt aan twee factoren: onze kant, maar ook de fabrikant.

**De voorzitter:**

Er is nog een vraag van mevrouw Agema.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Dan krijgen we dus weer zo'n antwoord, waarbij de Minister de techniek achter de sluis als antwoord geeft. Maar wij zijn hiermee bekend. We debatteren met elkaar en we zijn allemaal bekend met de techniek van hoe de sluis werkt. Mijn voorstel en mijn vraag is: in landen om ons heen krijgen mensen eerst het middel vergoed en gaan landen daarna onderhandelen over de prijs. Dat is het verschil tussen leven en dood in Nederland. Natuurlijk zijn er soms artsen die het middel gratis mogen voorschrijven van de fabrikant, maar dat is natuurlijk lang niet altijd zo. Mag ik even in herinnering brengen dat er een 22-jarige vrouw is overleden aan cystic fibrosis, taaislijmziekte, omdat ze het middel Kaftrio niet kreeg, omdat het hier in de sluis zat. In andere landen werd het al wel vergoed. Mijn voorstel is dus om toe te zeggen dat de sluisperiode stopt. De Minister hoeft dus niet nog eens uit te leggen wat de sluis betekent, maar hij moet ermee stoppen en net als andere landen eerst het middel vergoeden en pas daarna onderhandelen over de prijs.

**Minister Kuipers:**

Mevrouw Agema en ik hebben bij eerdere gelegenheden ook over dit punt gediscussieerd. Helaas moet ik mijn antwoord herhalen: ik ben niet van plan om die sluis stop te zetten en bijvoorbeeld het beleid van Duitsland over te nemen. Het is ontzettend belangrijk dat er nieuwe medicijnen op de markt komen en dat dat zo vlot mogelijk gebeurt. In sommige gevallen kunnen die nieuwe middelen leiden tot aanzienlijke klachtenverlichting. Ze kunnen in sommige gevallen ook levensreddend zijn. Tegelijkertijd is het zinvol dat de effectiviteit van die middelen en de precieze doelgroep goed worden beoordeeld, en dat daarbij gelegenheid is om te onderhandelen over de prijs. Daar is die sluis precies voor bedoeld. Veel van deze middelen gaan per individuele behandeling gepaard met zeer hoge kosten en moeten daarom collectief gefinancierd worden. Wij kijken ieder jaar naar de verhoging van de zorgkosten en de verhoging van onze premies. Dure medicijnen vormen ondertussen een substantieel deel van de lasten van onze zorg. Het is dus heel verstandig dat we gewoon gedegen, maar uiteraard binnen een zo kort mogelijke periode, kijken naar de daadwerkelijke kosten en de verhouding tot de baten.

**De voorzitter:**

Dank u wel. U had nog één vraag, toch?

**Minister Kuipers:**

Ik heb nog één vraag van mevrouw Tielen over prehabilitatie: is de beleidsregel innovatie van toepassing op prehabilitatie en hoeveel van die pilots kunnen gemakkelijk worden ingevoerd in andere zorgorganisaties? Ik ben het geheel met mevrouw Tielen eens: prehabilitatie is een zeer interessant voorbeeld van zorg als onderdeel van de behandeling. De effecten daarvan op tal van meer complexe vormen van chirurgie kunnen aanzienlijk zijn. Die zijn daarom zeer belangrijk voor een patiënt. Er wordt ingezet op het verbeteren van de conditie van patiënten voorafgaand aan een operatie, bijvoorbeeld door meer aandacht voor voeding, beweging en stoppen met roken. Het Zorginstituut is op dit moment bezig met een beoordeling van de prehabilitatie die wordt ingezet bij darmkankeroperaties als onderdeel van medisch specialistische zorg en zal op basis daarvan een uitspraak doen over of dit voldoet aan de stand van de wetenschap. Er lopen verschillende andere prehabilitatieprogramma's in het land. Dat gebeurt nog op experimentele basis. Bij de NZa lopen onder de beleidsregel innovatie waar mevrouw Tielen naar vroeg momenteel twee prehabilitatie-experimenten. Die gaan over darmkanker en over vijf andere chirurgische zorgpaden. Ze zijn opgestart door onder andere het Radboudumc en verschillende ziekenhuizen. De beleidsregel geeft zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren de ruimte om te experimenteren met de zorg die nog niet binnen de regelgeving te bekostigen is. Ook voor anderen is het mogelijk om op deze experimenten aan de sluiten.

Tot zover, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik had aangekondigd dat het mijn ambitie was om niet te gaan lunchen, maar ik denk dat het toch verstandig is, want anders blijven we niet overeind. Dat is beter voor ons allemaal, hoezeer we ook uitzien naar de beantwoording van de vragen van de Staatssecretaris. Ik wil voorstellen om de lunch wel kort te houden. Kunnen we om 12.40 uur weer beginnen? Als u wat langer wil, doen we een half uur. Dan zie ik u 12.45 uur terug.

De vergadering wordt van 12.18 uur tot 12.48 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Ik hervat de vergadering. Goedemiddag allemaal. Ik hoop dat iedereen goed geluncht heeft en daar voldoende tijd voor heeft genomen. Als iedereen weer aangehaakt is, geef ik graag het woord aan de Staatssecretaris voor de beantwoording van de vragen. Het woord is aan de Staatssecretaris.

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Dank u wel, voorzitter. Zoals de Minister al aangaf, is medische preventie een mooi onderwerp om over te spreken. We spreken vaak over leefstijlpreventie en vandaag spreken we over medische preventie, maar je zult zien dat die twee dingen elkaar raken. Een bijzondere mijlpaal die ik aan het begin al noem, is het Gezond en Actief Leven Akkoord, dat we een paar weken geleden hebben gesloten met de VNG, GGD GHOR en de zorgverzekeraars. Daarin gaan we gezondheid in de volle breedte versterken, waarvoor structureel substantiële financiële middelen zijn vrijgemaakt.

Ik ga kort op een flink aantal relatief korte blokjes in; het is goed om ze even individueel te benoemen. Mijn eerste onderwerp betreft vaccinaties. Allereerst de algemene vaccinatiestrategieën, mede naar aanleiding van de vraag van mevrouw Paulusma daarover, dan gordelroos en als derde de HPV-vaccinatie. Ten slotte op het punt van de vaccinaties ga ik in op de andere vaccinaties, waar onder anderen mevrouw Agema naar vroeg, bijvoorbeeld met vaccinaties tegen waterpokken. Ik sluit af met een aantal noties over gezondheidsachterstanden en de leefomgeving in combinatie met gezondheid. Ik zei al dat het relatief korte kopjes zijn, maar ik ga ze wel even individueel langs.

Allereerst kom ik te spreken over vaccinaties in algemene zin. Een aantal fracties stelde vragen over de doorlooptijden. In het debat over medische preventie vorig jaar was daar ook al discussie over. Gevraagd werd of de doorlooptijd van negen jaar verkort is. Hoe zit het precies? Onder anderen mevrouw Den Haan vroeg daarnaar. Ik ben doorlopend in gesprek over de doorlooptijden, natuurlijk met de Gezondheidsraad, maar ook met RIVM en HollandBIO. De doorlooptijden zijn inderdaad echt verkort; de doorlooptijd van negen jaar is op dit moment niet meer aan de orde mag ik wel stellen. In het verleden was de doorlooptijd wel negen jaar, maar op dit moment is dat echt niet meer aan de orde. Er is een overzicht van de vaccins, waar we natuurlijk de doorlooptijden doorlopen. Ook bij de huidige vaccins, bijvoorbeeld die tegen gordelroos, zie je dat de doorlooptijden korter zijn.

Mevrouw Agema stelde een hieraan gerelateerde vraag, over belemmeringen bij het aanbieden van vaccins. U stelde volgens mij zelfs dat het overheidsbeleid zou zijn om vaccins te belemmeren. Ik kan zeggen dat dat allerm minst het geval is; er is geen enkele reden om het aanbieden te belemmeren.

**De voorzitter:**

Er is eerst een vraag van mevrouw Den Haan en dan ...

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ja, maar even een klein punt van orde. Ik was het niet, het is de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving die dit stelt.

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Mevrouw Agema heeft dat dan nu in ieder geval herhaald. Ik zou willen zeggen dat er wat mij betreft geen enkele aanleiding is om te veronderstellen dat wij het vanuit de overheid zouden willen belemmeren. Wat wij uiteindelijk doen met een standaardmechanisme is de kosteneffectiviteit en het beschikbaar krijgen van de financiële middelen bekijken en bezien hoe we met een goede prijs uiteindelijk de vaccins kunnen aanbieden als die een publieke status krijgen.

**De voorzitter:**

Dan is er wel een vraag van in ieder geval mevrouw Den Haan voor de Staatssecretaris.

**Mevrouw Den Haan (Fractie Den Haan):**

Dank, voorzitter en dank aan de Staatssecretaris. Hij zegt dat de doorlooptijden tegenwoordig korter zijn. Dat is heel mooi. Maar hoeveel korter zijn ze dan? Ik begrijp dat ze nu rond de vijf jaar liggen. Klopt dat? Wat kan de Staatssecretaris nog doen om na goedkeuring van een vaccin het traject richting de Gezondheidsraad te verkorten? Dat zou toch op zijn minst moeten kunnen, lijkt mij.

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Het is ingewikkeld om in algemene zin iets te zeggen over de doorlooptijd, want die hangt echt af van de verschillende vaccins die op de markt komen. Bij sommige vaccins zal de doorlooptijd korter zijn, maar soms zal die ook langer zijn, met name als de prijs schommelt, omdat dan de kosteneffectiviteit in een eerdere fase negatief zou kunnen uitvallen maar in een latere fase positief, bijvoorbeeld omdat de prijs verbetert. Het is dus ingewikkeld om daar een algemene generieke norm op te zetten. Wel zijn we voortdurend in gesprek, onder andere met de partijen die ik al noemde, om niet onnodig rek in het proces te hebben. Uiteindelijk moeten er aan het einde van het proces ook nog financiële middelen beschikbaar komen; dat zien we zo meteen ook in het geval van gordelroosvaccins. Maar dat is aan het einde van het proces; in het proces daarnaartoe proberen we doorlopend in gesprek te zijn over alle mogelijke ruis die erin zit, om dat proces zo kort mogelijk te maken.

**Mevrouw Den Haan (Fractie Den Haan):**

Is er dan een lijst van verschillende vaccins die op dit moment lopen en hoe dat proces gaat? U zegt dat er ook nog financiële middelen beschikbaar moeten komen. Wat is eigenlijk het verschil tussen vaccins die op de markt komen, waar financiële middelen voor moeten worden gezocht – vaccins zijn vaak preventief – en geneesmiddelen, die voor de cure, de behandeling, zijn en die wél gewoon vergoed worden? Wat zit daar? Ik snap dat niet goed.

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Het eerste deel van uw vraag gaat over de beschikbaarheid van een lijst. Volgens mij heb ik met de brief ook een lijst meegestuurd van alle vaccins waarover het gaat. Daar zit ook een beeld in van de vaccins waarover nog door de Gezondheidsraad wordt geadviseerd. Dat is voor een deel nog aanstaande.

Daarnaast vroeg mevrouw Den Haan naar het verschil met medicijnen. Ik denk dat het belangrijk is dat we echt een aparte strategie doorlopen bij de vaccins. Op dit moment speelt heel erg dat we aan het einde de discussie voeren over het punt dat als er kosteneffectiviteit is, er niet per definitie ook financiële budget beschikbaar is. Het vergt nog een afweging of het kan worden bekostigd. Dat is iets wat in ieder geval bij de vaccinaties echt een rol speelt, waardoor je niet automatisch kunt zeggen: als er kosteneffectiviteit is, is er ook financiering beschikbaar.

D66 vroeg nog specifiek of vaccins niet goedkoper kunnen worden ingekocht. Zijn wij eigenlijk niet een klein beetje duurder uit? Kunnen we in Europees verband daar sterker in optrekken? Het aankoopproces verloopt via een aanbesteding. Het RIVM heeft daar de lead in. Er wordt in den brede naar verschillende factoren gekeken; het gaat ook over leveringszekerheid, de wijze van toediening, de frequentie, gebruiksgemak et cetera. Ook is het ingewikkeld om het beeld helemaal compleet te hebben, want het betreft natuurlijk om concurrentiegevoelige informatie, dus wij kunnen niet zomaar beoordelen of we hoog of heel erg laag in

onze prijzen zitten. Maar de signalen die we daarover krijgen, geven aan dat we het relatief goed doen. Dat is denk ik het algemene beeld. Mevrouw Paulusma vroeg ook naar de vaccinatiestrategie. Ik heb die niet bij me liggen, maar ik weet dat u daarnaar vroeg. We hebben de Kamer een brief gestuurd over «Vol vertrouwen in vaccinaties». Daarin leest u op hoofdlijnen de strategie die we uitrollen. Daarin wordt een aantal wissels echt omgezet, met name in de vaccinatiestrategie voor 18-plus. We zien dat het rijksvaccinatieprogramma voor kinderen, dus 18-min, een heel goede status heeft en een relatief hoge vaccinatiegraad. Dat moeten we vooral onderhouden en versterken. Maar bij de strategie voor 18-plus zijn veel meer vragen te stellen. Er is een diversiteit aan partijen die voor deze groep vaccinaties aanbieden, waardoor het voor de gebruiker niet altijd overzichtelijk is waar je welk vaccin haalt. Voor de 18-plus-groep zou je dus meer eenduidigheid in het vaccinatiestelsel willen krijgen. Dat is op hoofdlijnen de strategie die we hanteren. Er zitten natuurlijk nog heel veel subelementen in, die met name betrekking hebben op de vaccinatiegraad, omdat we ons op dat punt zorgen maken over een aantal vaccins. Dat is op hoofdlijnen de strategie die we hanteren.

Dan kom ik op de vragen over gordelroosvaccinaties. Ik begin met de vraag of ik kan toezeggen dat uiterlijk in 2024 wordt gestart met deze vaccinatie en dat het uitvoeringsplan wordt overlegd. De Partij van de Arbeid stelde deze vraag, maar u stelde collectief de vraag op welk moment precies deze vaccinatie beschikbaar komt. Ik kan niet toezeggen dat er in 2024 wordt gestart met gordelroosvaccinaties, want zoals ik al aangaf in het algemene deel van mijn beantwoording, is er na een positief advies van de Gezondheidsraad uiteindelijk ook structurele financiële ruimte nodig om het vaccin te kunnen toedienen. U kent allemaal de status van de rijksfinanciën. Sterker nog, daar heeft de Kamer zich ook over uitgesproken, net als over het toevoegen van extra middelen. Dit betekent dat het ook in dit geval echt nog wel met de nodige onzekerheden omgeven is of we in deze Voorjaarsnota deze stap kunnen zetten. Maar het ligt nu nog open. Wij nemen de beoordeling mee in het proces van de Voorjaarsnota. Dan zullen we uiteindelijk terugkomen op de vraag of er financiële middelen beschikbaar komen.

Dan ga ik meteen door naar de vraag van mevrouw Tielen over hoeveel dat nou eigenlijk kost. Dat is een hele legitieme vraag. Dit hangt enigszins af van de keuzes die je maakt. Daar is nog wel het een en ander in te variëren, maar de kosten zijn wel fors. Als je een inhaalcampagne zou willen doen, is nu de inschatting dat we voor de eerste vijf jaren daarvoor 200 miljoen per jaar nodig hebben. Daarna schatten we ongeveer 40 miljoen nodig te hebben, omdat het dan de reguliere groep van 60-plussers betreft. Kortom, dat zijn nogal forse bedragen. Je kunt in de herhaalcampagne ook andere afwegingen maken of zelfs zeggen dat we helemaal geen herhaal- of inhaalcampagne doen. In dat geval valt natuurlijk een deel van de kosten weg. Er is dus nog wel iets in te variëren, maar in de meest stevige inzet zal hier een fors financieel budget voor beschikbaar moeten komen.

**De voorzitter:**

Mevrouw Den Haan heeft daar een vraag over.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ik wil toch nog even terugkomen op de financiën. Ik begrijp dat die heel belangrijk zijn, maar voor kosteneffectieve geneesmiddelen, na de sluis, is er per definitie budget. Waarom geldt dat dan niet voor kosteneffectieve vaccinaties?

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Als het gaat over hoe dat werkt met geneesmiddelen, kijk ik naar mijn collega. Wat ik begrijp, is dat daar ook altijd nog een weging zit met

betrekking tot de financiële beschikbaarheid. Ik concentreer me even op wat hier nu voorligt. Er is in ieder geval geen automatische financiële beschikbaarheid als er een positief advies ligt over het toedienen van vaccinaties.

Dan kom ik nog op een andere vraag over kosteneffectiviteit: wat betekent dat nu eigenlijk? Volgens mij was deze vraag ook van mevrouw Den Haan. Kosteneffectiviteit betekent dat een vaccinatie doelmatig is, dus dat er volgens de referentiewaarde van € 20.000, waar mevrouw Paulusma nog vragen over stelde, een gunstige verhouding is ten opzichte van de kosten en de gezondheidswinst. Dat is in feite kosteneffectiviteit. Soms is er dus ook geen kosteneffectiviteit, bijvoorbeeld als het vaccin erg duur is of als de ziektelast erg laag is. Kosteneffectiviteit betekent niet, zoals ik nu al meerdere keren heb gezegd, dat er automatisch budget beschikbaar is.

**De voorzitter:**

Toch nog een vraag van mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ik snap wat kosteneffectiviteit inhoudt, maar het is dan toch geen kostenpost? Het is dan toch een investering, want het rendeert dan toch?

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Die vraag hebben we vorig jaar ook aan de orde gehad in het debat over medische preventie, toen het ging over het rotavirus en de vaccinatie daartegen. Het punt is nu eenmaal dat je niet kan stellen dat daarmee de middelen in het curatieve domein wegvallen. Je kan die middelen eigenlijk niet in het preventieve domein inzetten, om vervolgens die stap te kunnen zetten. Dat is de zorgeconomische werking. Je zult uiteindelijk de keuze moeten maken of je het van toegevoegde waarde vindt. Vorig jaar hebben dezelfde discussie gehad over rota. Maar zo werkt het nou eenmaal. Zorgeconomisch gezien kun je er nog best lang over in gesprek gaan, maar nu betekent het gewoon dat we extra middelen zullen moeten vinden om het vaccin te kunnen toedienen.

**De voorzitter:**

Mevrouw Den Haan zie ik pruttelen ... Sorry, dat is misschien een verkeerd woord. Ik zie haar in ieder geval aanstalten maken om nog een vraag te stellen, maar zij is door haar vragen heen. Ik zie ook mevrouw Tielen en mevrouw Agema. Misschien stellen zij dezelfde vraag.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik ben blij dat de Staatssecretaris het rotavirus in herinnering roept. De Kamer wilde inderdaad graag dat daar geld voor gevonden werd, wat ook is gelukt. Ik ben heel blij daarmee. Het was wel minder geld; daarvan ben ik me bewust. De Staatssecretaris zegt: «Het kost zoveel, je kunt dan nog overwegen of je een inhaalprogramma wilt doen of niet. Dat scheelt natuurlijk. We gaan een beetje kijken en komen dan bij u terug rond de Voorjaarsnota.» Volgens mij is er best wel breed de vraag om te zorgen dat dit voor elkaar komt. De vraag aan de Staatssecretaris is daarom welke oefeningen hij nu gaat doen om te kijken waar we die 40 miljoen, om daar maar even mee te beginnen, vandaan kunnen halen. Of moeten we een aantal dingen meegeven waarvan we zeggen: op de begroting van VWS kan misschien wel iets af van bepaalde posten?

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Dit proces nemen we mee in de Voorjaarsnota. Dan gaan we weer heel kritisch kijken wat we wel kunnen en wat we niet kunnen en welke mogelijkheden er zijn. Daar kan ik nu niet op vooruitlopen. Uiteindelijk nemen we dit mee in die volle wegging, ook binnen VWS. Maar nogmaals, het gaat om serieus geld. Met rota hebben we inzichtelijk gemaakt waar



het ten koste van is gegaan om dit structureel te kunnen dekken. Daar heeft de Kamer uiteindelijk van gezegd dat dit een goede stap vooruit is. Dit gaat echt over andere bedragen, dus dit zal een andere impact hebben. Daarbij komt de vraag naar voren of dat gaat lukken. Dat is de eerlijke vraag die ook op tafel ligt.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het is voor mij al vele jaren een frustratie dat bijvoorbeeld het Centraal Planbureau het alleen als dekking accepteert als je daadwerkelijk gaat schrappen in de zorg. Maar dat je bijvoorbeeld minder kosten maakt in de ziekenhuizen, bijvoorbeeld omdat de opname van RS-patiëntjes niet meer nodig is als je het vaccin zou geven, wordt niet geaccepteerd als dekking. Dat is eigenlijk heel raar en is in tegenstelling tot de grote meevallers die er elk jaar op VWS zijn. In de reguliere begroting zijn bewindspersonen telkens op zoek naar dekkingen, maar sinds 2012 hebben we al zo'n 13 miljard minder uitgegeven dan begroot. Mijn vraag is eigenlijk waarom het niet mogelijk is om deze dingen, waarvan je evident weet dat het ziekenhuisopnames scheelt, toch op te nemen en dan iets te doen met die onderschrijdingen.

Staatssecretaris **Van Ooijen**:

Het is natuurlijk in algemene zin van groot belang dat we proberen zo goed mogelijk te begroten, dus dat we daarmee voorkomen dat er ofwel overschrijdingen zijn, die er overigens ook zijn op de VWS-begroting, ofwel onderschrijdingen, waarbij er budget overblijft. Altijd is het weer van belang om zo precies mogelijk te kunnen begroten en om daar robuust in te zijn, zodat je voorkomt dat je onnodig budget reserveert. Dus dat is waar. De andere vraag die u stelt, is: waarom kun je dat deel niet uit het curatieve domein schrappen en het meenemen in het preventieve domein? Dat heeft ermee te maken dat als je deze behandelingen niet hoeft te doen, de artsen die daar werken, niet op hun handen zitten. Ik zeg dat maar even heel praktisch. Vaak verrichten zij uiteindelijk andere zorg, bijvoorbeeld omdat ze daardoor andere keuzes kunnen maken die nu blijven liggen of omdat er wachtlijsten worden ingelopen, die er op sommige plekken zijn. Het is dus niet zo dat er in het curatieve domein vervolgens niks gedaan wordt door de mensen die hierbij betrokken zijn. Sterker nog, zij vullen dat op een hele nuttige manier ook anders in. Dit is het praktische antwoord. Je kunt er, zoals ik al zei, ook heel zorgeconomisch naar kijken. Dan blijkt ook dat je niet zomaar die schuif kan maken.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter ...

De **voorzitter**:

U bent wel door uw vragen heen, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Sorry, voorzitter. Even heel precies. Voor 2010 waren er 25 jaar lang structureel overschrijdingen op VWS en sinds 2012 zijn er structureel onderschrijdingen op VWS. Per saldo is er een structurele onderschrijding, die optelt tot zo'n 13 miljard euro.

De **voorzitter**:

U bent ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat zeg ik om het even heel precies te houden, voorzitter.

De **voorzitter**:

Maar u bent door uw vragen heen. U heeft ook nog een tweede termijn. Daarin kunt u ook nog uw punt maken.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Maar goed, waar het mij om ging, is dat op het moment dat je al deze vaccins bij elkaar optelt – RS, waterpokken, HPV, gordelroos, rota – er een enorme ziektelast is die ...

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, ik wil voorstellen dat de Staatssecretaris verdergaat met de beantwoording.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Sorry, voorzitter, maar we zitten enorm binnen de tijd.

De **voorzitter**:

Dat klopt. Daarom hebben we daar in de tweede termijn ook nog tijd voor.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Wat ontzettend flauw is dit weer.

De **voorzitter**:

Ik ben wel eerlijk en hanteer voor iedereen dezelfde ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, maar we hebben ook een debat. We kunnen toch ook weleens een debat houden in plaats van de hele tijd een of andere afkaprace te houden?

De **voorzitter**:

Het is zoals het is. Staatssecretaris, gaat u verder met de beantwoording van de vragen.

Staatssecretaris **Van Ooijen**:

Dank, voorzitter. Dat waren de vragen over gordelroos. Dan ga ik naar de vragen over het tweede vaccin, namelijk tegen HPV. Daar wil ik nog het een en ander over kwijt. Allereerst de vraag: is het glas nu halfvol of halfleeg? We zien dat meer dan de helft van de jongens onder de 19 zich heeft laten vaccineren in het eerste jaar dat de vaccinatie aan jongens gegeven werd. Dat is eigenlijk best wel een mooi resultaat, althans, zo beoordelen wij dat. Natuurlijk zijn de doelen nog veel hoger en is er zeker nog ruimte voor verbetering. Daarom wordt er ook actief ingezet op een vaccinatiecampagne en wordt de doelgroep er actief bij betrokken. Kortom, er is een goede eerste stap gezet, maar er is nog heel veel ruimte voor verbetering.

Wat we geleerd hebben van deze eerste campagne is dat jongens, behalve dat ze zichzelf willen beschermen, ook gemotiveerd zijn om zich te laten vaccineren omdat ze daarmee hun partner beschermen. De intrinsieke motivatie is dus dubbel. U vroeg ook nog hoe het zit met specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld religieuze doelgroepen of doelgroepen met andere achtergronden. Voelen die zich wel vrij om het vaccin te halen? We hebben lessen over HPV-vaccinatie, juist ook voor deze, om het zo maar te stellen, bijzondere doelgroepen.

Wat zijn de doelstellingen of ambities met betrekking tot HPV-vaccinatie bij jongens, maar ook in algemene zin? De doelstellingen die wij hanteren, zijn de WHO-doelstellingen. Die zitten, zonder die nu heel precies te delen, natuurlijk nog ver boven de vaccinatiegraad die wij nu hebben. We hebben dus nog fors de ruimte om te ontwikkelen.

Mevrouw Ellemeet vroeg, ook naar aanleiding van de Kankeratlas, hoe we de vaccinatiegraad omhoog krikken in de regio's waar baarmoederhals-

kanker veel voorkomt, zoals in Noordwest-Nederland. Op dit moment kan die hogere incidentie nog niet gekoppeld worden aan de vaccinatie, omdat de vaccinatie natuurlijk veel later is gestart dan datgene wat we nu aan incidentie zien. Maar we hechten uiteraard wel zeer veel belang aan een hoge deelname, juist ook van deze groepen. Daarom worden de jongens uitgenodigd en proberen we in de algemene vaccinatieaanpak «Vol vertrouwen in vaccinaties» heel precies in te prikken op bepaalde doelgroepen en bepaalde plekken in de samenleving, om juist daar aanwezig te zijn in plaats van alleen maar een hoog-over algemene strategie te hanteren. Ook de GGD kiest er veel vaker voor om af te dalen naar specifieke wijken – soms gaat het zelfs om specifieke straten of gemeenschappen – in plaats van een algemene oproep te doen. Dat zal hierop ook zeker van toepassing zijn.

Mevrouw Tielen vroeg waarom we pas over anderhalf jaar een heroverweging doen van het type vaccin dat wordt gebruikt. Het huidige vaccin beschermt goed tegen twee hoogrisico-HPV-typen, die HPV-gerelateerde kanker kunnen veroorzaken. De overeenkomst loopt tot 1 oktober 2024. Begin 2024 start een nieuwe aanbesteding. Daarom is dat een logisch moment om de vaccinkeuze opnieuw te bekijken. Dat over HPV.

Dan ga ik nog naar een aantal overige vaccins. De vragen daarover kwamen dacht ik vooral van mevrouw Agema, maar ook wel van anderen, onder andere over het RS-virus. Het GR-advies over een vaccin tegen het RS-virus loopt nog. Dat is voorzien voor het einde van dit jaar. Op basis daarvan gaan we de kosteneffectiviteit bezien en bekijken we de dekking ervan.

Mevrouw Agema had ook een vraag over de waterpokken. Ik kan me herinneren dat ik die vorig jaar ook heb gekregen. Daarvoor geldt hetzelfde antwoord als vorig jaar, namelijk dat de Gezondheidsraad aangeeft dat de ziektelast dermate laag is dat het niet logisch is om hiervoor een vaccin aan te bieden.

Dat waren alle vragen over de vaccinaties.

**De voorzitter:**

Er is nog een vraag van mevrouw Tielen.

**Mevrouw Tielen (VVD):**

Dit is denk ik mijn laatste interruptie, dus dat is jammer. Ik hoorde de Staatssecretaris zeggen dat hij best tevreden is over de HPV-vaccinatie voor jongens, maar dat de doelen nog niet gehaald zijn. Maar kan hij zeggen wat de precieze doelen zijn? Per wanneer hebben we die bereikt?

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Ik heb nog even nagevraagd wat de WHO-doelstellingen precies zijn. Die zijn met name gericht op meisjes, dus daar hebben we nog wel iets te doen. De doelstelling van de WHO is om in 2030 90% van de meisjes volledig gevaccineerd te hebben op 15-jarige leeftijd.

**Mevrouw Tielen (VVD):**

En ik wil heel graag een jongensdoelstelling. Kan de Staatssecretaris toezeggen dat hij daar iets over gaat zeggen?

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Zeker. Ik ga ervan uit dat de WHO hier ook een doelstelling voor heeft, maar dat is nog even blindvaren. Ik denk dat de WHO ook ziet wat de winst hiervan is. Maar mocht het niet zo zijn, dan zullen wij zelfstandig een doelstelling voor jongens opnemen, want dat is helemaal in lijn met ons beleid. Maar ik ga er voetstoots van uit dat de WHO er een doelstelling voor heeft. Dat gaan we achterhalen. Ik kom erop terug in tweede termijn.

Voorzitter. Dan ga ik naar de gezondheidsachterstanden. Wat doen we in algemene zin om de gezondheidsachterstanden terug te dringen en hoe betrekken we de inzichten uit de Kankeratlas daarbij? Ik zei er al iets over tegen mevrouw Ellemeet. In algemene zin wil ik dit zeggen: we zien inderdaad dat gezondheidsachterstanden te lokaliseren zijn op de kaart, tot op wijkniveau. In het Gezond en Actief Leven Akkoord proberen we om op dat niveau aan te sluiten met onze praktijk. We gaan ook steeds verder en zijn steviger in onze ambitie om ons daarop te richten, in plaats van op een algemene strategie. Wat doen we dan precies? Laat ik het voorbeeld van mevrouw Kuik nemen. In die wijk gaat het om longkanker, dus richten we ons op roken. In de brief over roken en over volksziektes die we een paar maanden geleden gestuurd hebben, ziet u ook dat we ons steeds preciezer en specifiekier gaan richten op doelgroepen waarbij een soort gezondheidsachterstand is, of in dit geval een achterstand in een gezonde leefstijl, in plaats van dat we ons blijven richten op een algehele verhoging van de doelstelling. Dat is natuurlijk uiteindelijk ook de beweging, maar in plaats van te kiezen voor een algemene insteek, kiezen we er steeds vaker voor om onderscheid te maken en in te steken op de achterliggende oorzaken en gebieden. Dat is ook onderdeel van het GALA. In het GALA hebben we afspraken gemaakt met gemeenten over allerlei onderwerpen. Dat gaat niet alleen over roken, maar ook over alcohol, gezonde voeding en een kansrijke start. Gemeenten krijgen daarbij de ruimte om op lokaal niveau in te zoomen en dat soort keuzes te maken. Mevrouw Tielen vroeg ook: zou het niet een verstandig idee zijn om een beleidsonderzoek te doen naar gezondheidsverschillen? Op dit moment loopt er een adviesaanvraag bij de SER, die we gedaan hebben samen met Sociale Zaken en Werkgelegenheid, om het kabinet breder dan alleen op het terrein van VWS te adviseren over sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Naar verwachting wordt het advies in het tweede kwartaal van dit jaar opgeleverd. U ontvangt daarna ook een beleidsreactie van ons. Ik stel voor dat we eerst even dit advies afwachten en daarna overwegen of een ibo of een ander instrument daar nog iets aan kan toevoegen.

**De voorzitter:**

Mevrouw Kuik heeft een vraag.

**Mevrouw Kuik (CDA):**

Dank aan de Staatssecretaris voor dit antwoord. Hij geeft aan dat we niet alleen generieke maatregelen moeten nemen, maar ook echt onderscheid moeten maken. Het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis doet een screening op longkanker, specifiek voor zware rokers. In hoeverre worden dat soort instrumenten ingezet in bijvoorbeeld de wijken waar veel longkanker voorkomt? Kan dat een instrument zijn dat we ook meenemen in het beleid?

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Ik zie dat de Minister daar in tweede termijn iets over wil zeggen. Ik zou er zelf graag iets anders tegenover willen zetten. Ik ben nog niet zo lang geleden bij Pharos geweest. Daar ben ik ook het gesprek aangegaan over hoe we een effectieve aanpak kunnen maken voor de groepen waarbij roken onderdeel is van de leefstijl. Dat is toch een – ik ga toch even een stevig woord gebruiken – tamelijk andere aanpak dan we tot nu toe in algemene zin toegepast hebben. Het vergt een veel betere en andere aansluiting, met veel meer sleutelfiguren en voorbeeldfiguren die die keuze hebben gemaakt, en met veel meer achtergrondverhalen daarover. Dus het is echt een andere aanpak. Ik denk dat we nog niet goed weten wat echt werkt, maar steeds beter weten wat zou kunnen werken. Dat zijn we nog maar op een te kleine schaal aan het toepassen. Ik denk dat we bijvoorbeeld samen met Pharos een dergelijke aanpak moeten uitbreiden.

Mede vanwege die aanpak van volksziektes hebben we daarop kunnen inzetten.

Voorzitter. Ik ga naar de leefomgeving. Een van de vragen ging over huidkanker en het voornemen om meer schaduwrijke sportlocaties in te richten. Wij zijn op dit moment in overleg met het Huidfonds over een brede campagne rond huidkanker om de bewustwording te vergroten. Gemeenten hebben natuurlijk een tamelijk cruciale rol bij het inrichten van zonnevrije sportlocaties. In het GALA zitten mogelijkheden om keuzes te maken op het gebied van sporten en bewegen. In dat kader zal ik gemeenten wijzen op dit fenomeen. Dan kunnen ze wellicht via de methode van het GALA daarop interveniëren. Dat is de enige vraag over leefomgeving die ik nog had, want volgens mij heeft de Minister de rest al beantwoord, met name de vragen over de industrie. Dan ben ik door de vragen heen, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan zijn we aan het einde van de eerste termijn. We gaan door naar de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Er wordt aan mij gevraagd hoeveel tijd ik aan de Kamerleden toesta voor de tweede termijn. De gewoonte is om de helft te doen, of eigenlijk een derde. Dus normaal gesproken is het twee minuten, maar we hebben nog de tijd. Ik zal dus niet heel streng zijn, maar wilt u alstublieft wel ... Het doel is niet om de tijd helemaal vol te maken. Ik geef snel het woord aan mevrouw Paulusma.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Dank, voorzitter. Ook dank aan de bewindspersonen voor de beantwoording. Ik ga mijn tweede termijn gebruiken voor de Staatssecretaris. Hij refereerde zelf aan het vorige debat, maar dat vond ik een beetje flauw, want wij hebben toen niet alleen uitgebreid gesproken over één soort vaccin maar juist over de strategie. Er zijn toen een aantal toezeggingen gedaan. De Staatssecretaris zou met het Zorginstituut in gesprek gaan, omdat we de conclusie trokken dat het Zorginstituut de gezondheidseffecten en de kosteneffectiviteit beoordeelt op basis van het jaar 2015. Ik zei toen in deze commissie: goh, dat is al een aantal jaren geleden en er is ook een coronapandemie geweest. De Staatssecretaris zei dat er maatschappelijk draagvlak is voor de manier waarop we dit financieren. Toen zei ik: ik denk dat dat maatschappelijke draagvlak aan het veranderen is, ook kijkende naar corona. De Staatssecretaris zou in gesprek gaan en zou daarop terugkomen. Dat is niet gebeurd. Hetzelfde geldt voor een aantal andere dingen die er nu nog steeds liggen. Ik snap dat dit tijd kost en dat zo'n groot schip moeilijk in beweging komt, maar de discussie ging niet over één type vaccin. Ik heb in een aantal debatten steeds geprobeerd om hoog-over de urgentie te duiden en ik heb gevraagd of de Staatssecretaris daarmee aan de slag wil. Dus ik wil daar graag meer reactie op dan: we hebben een heel goed debat gehad over het rotavaccin.

Mijn vraag net ging ook niet over het bereiken van doelgroepen in de religieuze hoek. Ik denk namelijk dat een heleboel jonge mensen het gewoon spannend vinden om zich te laten vaccineren. Toen zei ik met een kwinkslag: het is namelijk ook best wel spannend om over seks en de gevolgen daarvan te praten. Dus ik wilde het helemaal niet in de religieuze hoek krijgen. Ik vind het juist belangrijk dat jonge mensen zich goed laten informeren. Ik zou daar dus wel wat meer informatie over willen, in plaats van dat het heel erg versmald wordt tot die hoek.

Ik snap dat de Staatssecretaris zegt dat de Minister antwoord heeft gegeven op de vragen over de leefomgeving, maar ik had ook heel expliciet gevraagd of de Staatssecretaris daarop in wil gaan. Hij gaf mij een uitstekend haakje toen hij zei: rondom het vaccineren hanteren wij de WHO-doelstellingen. Ik heb heel expliciet aan de Minister en de Staatssecretaris gevraagd of het ook een, wat mij betreft fantastisch, idee is om

ook de WHO-doelstellingen rondom schone lucht en fijnstof te hanteren voor gezondheidsbeleid. Dus daar zou ik ook graag een reactie van de Staatssecretaris op willen. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Dan de heer Bushoff, PvdA.

**De heer Bushoff (PvdA):**

Dank u wel, voorzitter. Allereerst ben ik blij dat de Minister zegt dat hij snel weer wil starten met het vaccineren tegen mpox. Dank voor dat antwoord.

Ik was iets minder blij met de beantwoording over prep. Daar was ik toch niet helemaal tevreden over. Ik ben in de tussentijd nog eens in die kosten gedoken. Meedoen aan die pilot kost je in totaal € 7,50 per maand. Als je naar de huisarts gaat, betaal je de kosten van de pillen natuurlijk zelf. De huisartskosten betaal je niet zelf, maar voor het vervolgonderzoek in het laboratorium ben je wel je eigen risico kwijt, in tegenstelling tot wanneer je meedoet aan die pilot. Oftewel: er is wel degelijk een groot kostenverschil tussen meedoen aan de pilot en via de huisarts prep krijgen. Daar zit volgens mij een onrechtvaardigheid in, die op te lossen is door de 3.000 mensen die nu nog wachten op prep toch toe te voegen aan de pilot. Ik vind dat onrechtvaardig en ben benieuwd naar een reactie van de Minister daarop.

Daarnaast heb ik een vraag aan de Minister: hoe gaan we deze 3.000 wachtenden sneller helpen? Doen we dat door ze toe te voegen aan die pilot, wat volgens mij prima kan, of doen we dat, zoals de Minister zegt, door huisartsen toch te vragen om dit middel voor te schrijven? De LHV heeft gezegd dat huisartsen dat niet gaan doen en 95% van de huisartsen doet dat ook niet. Maar is die route volgens de Minister kansrijker dan die 3.000 mensen toevoegen aan de pilot?

**Mevrouw Kuik (CDA):**

De heer Bushoff geeft aan dat hij het niet helemaal rechtvaardig vindt. Is het voor hem ook een optie om te kijken wie de kosten kan dragen en wie niet? Is dat ook iets waar hij aan denkt om er rechtvaardigheid in aan te brengen?

**De heer Bushoff (PvdA):**

In zijn algemeenheid ben ik best wel voorstander van het verdelen van kosten naar draagkracht, dus: ja. Maar nu doet een hele grote groep mensen mee aan de pilot. Zij zijn € 7,50 per maand kwijt. Een hele grote groep die er niet aan meedoet, is veel meer kwijt. Ik zou het onrechtvaardig vinden als we voor de ene groep een onderscheid maken en voor de andere niet.

**Mevrouw Kuik (CDA):**

Ik zit even te zoeken. Als mensen de kosten voor anticonceptie niet kunnen dragen, zorgen we ervoor dat zij dat gratis krijgen. Moeten we niet ook op die manier naar dit systeem kijken? De mensen die het wel kunnen dragen, betalen er dan dus gewoon voor, maar we helpen de mensen die er de portemonnee niet voor hebben. Dat zou mij logisch lijken.

**De heer Bushoff (PvdA):**

In de eerste plaats is het, volgens mij, duidelijk dat de PvdA het liefst ziet dat die 3.000 wachtenden gewoon worden toegevoegd aan de pilot, maar als dat niet gaat, ben ik best wel bereid om te kijken wat er wel mogelijk is. Zou het dan een oplossing zijn om die 3.000 wachtenden via de huisarts te helpen? Helpt het dan als we mensen helpen die dat niet kunnen betalen? In de eerste plaats wil ik dus het liefst dat die mensen worden toegevoegd aan de pilot. Anders voel ik wel wat voor de

suggestie van het CDA om te kijken hoe we mensen kunnen ondersteunen die het via de huisarts niet kunnen betalen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. We gaan door naar de tweede termijn van mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de Staatssecretaris en de Minister voor hun antwoorden. Ook dank aan de ondersteuning. Heel fijn.

Ik blijf ongeduldig over de doorlooptijd van nieuwe vaccinaties. Ik zou het echt heel fijn vinden als dat sneller kan, want volgens mij is vaccinatie een van de meest effectieve manieren van preventie. Nu ik dit zeg, bedenk ik me: waarom zit dit eigenlijk niet in het Preventieakkoord?

Maar goed, wat mij betreft is het dus prima.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel voorzitter. We praten altijd graag en met lovende woorden over het belang van preventie, maar het is lastig om preventie de plek te geven die het verdient. Er werd hier een suggestie gedaan om onderzoek te doen naar kosteneffectiviteit. Ik zou daar graag een verzoek aan willen toevoegen, namelijk: we moeten ook onderzoek doen naar de belemmeringen in het stelsel. Ik ben ervan overtuigd dat het stelsel een van de redenen is waarom preventie niet goed van de grond komt. De baten vallen ergens anders dan de lasten. Ik zie de Minister een beetje relativerend knikken, maar ik denk dat het echt de moeite waard zou zijn om daar preciezer naar te kijken en om die belemmeringen weg te nemen. Als het gaat om die gezondheidsverschillen, vind ik het GALA hartstikke mooi, maar ik denk dat we met elkaar kunnen vaststellen dat het niet genoeg is. Een zorgverzekeraar, CZ, koos in Den Haag niet voor niets voor een schuldenaanpak, omdat zelfs de zorgverzekeraar zag dat schulden het eigenlijke probleem waren en dat dat dus buiten het domein van de zorg lag. Dat roept bij mij de volgende vragen op. Op welke manier verknoopt bijvoorbeeld de Staatssecretaris de schuldenaanpak aan zijn eigen aanpak? Zijn deze twee bewindspersonen bereid om breder te kijken en hun verantwoordelijkheid te nemen met betrekking tot het aanpakken van gezondheidsproblematiek vanwege een vervuilende omgeving? Ik zou hierover graag een compliment willen maken aan de Minister, want ik denk dat we nu een Minister in huis hebben die hierin best wel een stevige rol zou kunnen pakken. Dat is echt niet altijd het geval. Ik zou het dus echt zeer op prijs stellen als er binnen het kabinet een integrale aanpak komt van die gezondheidsschade door de omgeving. Ik zou ook graag zien dat die aanpak, met daarin geformuleerde doelen en maatregelen, naar de Kamer toe komt.

Ik hoor graag van de Minister dat genderspecifieke zorg geborgd wordt bij ZonMw. We hebben daarvoor nu een goede aanpak, maar die blijft niet vanzelfsprekend. Hoe zorgt de Minister dus dat die daar blijft bestaan? Een vrouwspecifieke aanpak ontbreekt nu volledig bij ZonMw. Ik denk dus dat we daar ook iets aan moeten doen. Daar hoor ik de Minister graag over.

Ten slotte: prep. Ik denk dat we twee routes moeten bewandelen: via de huisarts en via de GGD'en, want voor heel veel mensen zal dat de makkelijkste weg zijn. Wat GroenLinks betreft staat er niets in de weg om die pilot uit te breiden.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Ook dank voor het debat. Sommige mensen noemen het geen debat, maar ik wel. Volgens mij hebben we gewoon een hoop informatie en meningen met elkaar gedeeld.

Ik hoorde de Minister iets zeggen over de beleidsregels innovatie bij de Zorgautoriteit over darmkanker en een aantal andere soorten. Misschien is de vraag vergeten, maar ik ben ook wel benieuwd hoeveel van die pilots er structureel gemaakt worden. Hoe gaan ze vanuit de innovatieregel naar een duurzaam traject, ook in kosten en waarde? Het woord «kosteneffectiviteit» is al vaak langsgekomen, maar dat speelt daar natuurlijk ook een grote rol in.

Daarover gesproken: ik snap de discussies die we hebben over de begroting, de vaccinaties en hoe we dat dan doen. Eigenlijk is het zonde dat we geen geld reserveren voor vaccinaties die al bij de Gezondheidsraad liggen voor onderzoek. Ik zie dus de problematiek die voorligt, maar ik hoop toch dat we daar een antwoord op kunnen vinden. Misschien moeten we daar eens structureler naar kijken als we het hebben over preventie. Dat heeft überhaupt met onze rijksbegrotingssystematiek te maken. Ik wil niks groots overhoop trekken, maar het zit ons inderdaad wel enigszins in de weg.

Ik kijk uit naar de doelen voor de HPV-vaccinaties bij jongens. Ik vind gewoon dat we daar een doel voor moeten opstellen, eigenlijk net zo hoog als bij meisjes, maar dat is een suggestie.

Er is veel gezegd over de Kankeratlas. Ik denk dat we daar nog heel veel mee gaan doen en dat er ook wel iets over te doen is. Maar als je het over preventie hebt, vind ik ook hart- en vaatziekten een belangrijk onderwerp. We hebben het al gehad over boezemfibrilleren en beroertes. Ziet de Minister of de Staatssecretaris een kans om, met betrekking tot hart- en vaatziekten, meer grip te krijgen op waar nou beter, effectiever en harder op preventie ingezet moet worden?

Ik knikte al toen de Staatssecretaris zei: laten we eerst dat SER-rapport even afwachten. Dat is ook best wel snel. Ik vermoed dat we dan nog steeds beleidsonderzoek willen, maar daar kom ik dan inderdaad wel op terug. Ik ben benieuwd wat daaruit komt.

Als laatste heb ik eigenlijk een beetje een andere vraag. Overdiagnostiek en overbehandeling kunnen nadelen van vroegdiagnostiek zijn. Volgens mij moeten we dat meewegen in alles wat we doen. Mijn vraag is dan ook welke plek dat volgens het kabinet heeft of zou moeten hebben in het medisch preventiebeleid.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Tielen. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Kuik, CDA.

Mevrouw **Kuik** (CDA):

Dank u, voorzitter. Ik dank de Minister en de Staatssecretaris voor de beantwoording.

Voor ons is het aanpakken van gezondheidsverschillen belangrijk. De Staatssecretaris zegt terecht: die generieke aanpak helpt misschien wel, maar niet om die verschillen te verkleinen. Volgens mij is dat ons doel, omdat die verschillen gewoon onacceptabel groot zijn. De Minister gaf al aan dat niet iedereen in alle gebieden meedoet aan bepaalde bevolkingsonderzoeken. Krijgen wij teruggerapporteerd hoe we dat wel gaan bereiken? Wat wordt de inzet om juist de gebieden die achterblijven mee te krijgen? Hoe krijgen we dat percentage omhoog?

Ik had net een interruptie bij de Staatssecretaris over longkanker. Het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis is begonnen met een pilot om op longkanker te screenen. Ik vind dat heel interessant. In hoeverre kunnen



we dat gericht inzetten, juist in de wijken die ik al eerder noemde, waar het percentage longkanker veel hoger is dan het landelijk gemiddelde? Kunnen we daar een beetje mee spelen? Hebben we daar flexibiliteit in? Kunnen we dat slim inzetten?

**De voorzitter:**

Dank u wel mevrouw Kuik. Dan kijk ik even naar rechts. Moet er geschorst worden of kunnen we direct door? Vijf minuten, hoor ik. Dan schors ik tot 13.40 uur.

De vergadering wordt van 13.34 uur tot 13.43 uur geschorst.

**De voorzitter:**

We gaan verder met de vergadering voor de beantwoording van de regering in de tweede termijn. Ik neem aan dat ik als eerste het woord kan geven aan de Minister; gaat uw gang.

**Minister Kuipers:**

Dank. Allereerst wil ik nog even aansluiten op de vraag die mevrouw Den Haan inbracht; ik geloof dat mevrouw Tielen er ook iets over zei. Die ging over de begrotingssystematiek in relatie tot bijvoorbeeld vaccinatieprogramma's en bevolkingsonderzoeken. Zojuist werd de vergelijking even gemaakt met medicatie. Het klopt inderdaad dat ik voor bijvoorbeeld de introductie van dure medicatie uiteindelijk, nadat het middel is beoordeeld in een sluis, een positief of negatief voorstel krijg. Als het positief is, wordt er iets gezegd ten aanzien van de kosten van een individuele patiënt en een behandeling; die worden uiteraard niet openbaar. Maar er wordt ook iets gezegd ten aanzien van het totale aantal patiënten en daarmee wordt er ook iets gezegd over de budgettaire aanpak. Die is dan voor dat medicament niet begroot, maar zit wel in de totale Zvw-begroting in de systematiek van een percentuele stijging in de loop der jaren. Voor het individuele middel is er dus niet van tevoren begroot, maar het zit wel in de totale begroting. Uiteraard moet er gestuurd worden om te proberen om binnen de totaal beschikbare financiën te blijven; dat spreekt voor zich. Dat is de begrotingssystematiek voor de dure medicatie.

Over vaccinatieprogramma's en bevolkingsonderzoek werd zojuist terecht benoemd dat die lopen via de rijksbegroting. Maar ook als we al weten dat er een bepaalde beoordeling loopt bij de Gezondheidsraad en we dus weten dat we op termijn een positief, negatief of gedeeltelijk advies krijgen, zijn die niet begroot. Dat zijn bijvoorbeeld adviezen ten aanzien van een vaccinatieprogramma – ik kijk naar de Staatssecretaris – of ten aanzien van een aanpassing of uitbreiding van een bevolkingsonderzoek. We hebben recent een aanpassing gedaan aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Daar moet dan aparte financiering voor worden gevonden. Daar zit dus inderdaad een verschil in. Zouden we daar in toekomst gedachten over kunnen laten gaan hoe we dat anders moeten doen? Ja, alleen moeten we het nu doen met de systematiek zoals die er is.

Dat brengt mij automatisch op de vraag van mevrouw Ellemeet, die daar nauw op aansluit. Zij merkte terecht op dat dat wij er onvoldoende rekening mee houden dat de kosten en de baten niet op dezelfde plek vallen. Dit raakt ook aan de vraag die mevrouw Agema had. Het klopt inderdaad geheel. Dat is een discussie die ik ook nog ken uit een heel grijs verleden toen ik nog bezig was met pogingen om een bevolkingsonderzoek naar darmkanker in Nederland van de grond te krijgen. Je ziet dat de baten in het verminderen van de lasten van de behandeling voor de patiënten met darmkanker zitten, maar dat de kosten in de screening en aan de voorkant zitten. Die vallen dus onder een andere systematiek. Het goede nieuws dat ik daarbij wil opmerken, is dat ik in de afgelopen vele jaren waarin ik daar in verschillende rollen mee bezig ben geweest echt

heb gemerkt dat er ook bij partijen zoals de zorgverzekeraar toch wel een substantiële beweging heeft plaatsgevonden. Ik ben namelijk al meer dan twintig jaar bezig met dit dossier en vele jaren geleden werd er door hen nog gezegd: dit zit niet bij ons. Nu staan ze daar heel anders in. U noemt terecht het voorbeeld van een zorgverzekeraar die inzet op programma's voor aanpak van schuldenproblematiek en andere zaken. Daar zit dus een belangrijke beweging in. Zijn we er daarmee integraal en hebben we daarmee ook de problemen opgelost die we door onze eigen financieringssystematiek hebben? Nee, niet volledig. Dat kan ik ook niet in één keer doorbreken.

Ik stopte even omdat ik zag dat er interrupties zijn.

**De voorzitter:**

Mevrouw Ellemeet heeft in ieder geval een interruptie en daarna mevrouw Den Haan.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ik snap dat de Minister geen toverstokje heeft en dat hij de problemen die er nog zijn niet in een keer kan oplossen, maar het zou wel goed zijn om preciezer te weten waar die belemmeringen nog zitten, zodat er wat aan gedaan kan worden. Je kan nu namelijk wel tegen zorgverzekeraars zeggen «pak alsjeblieft je taak een beetje ruim op», maar ik zou het prettig vinden als daar wat preciezer naar gekeken kan worden.

**Minister Kuipers:**

U ziet mij gelijk ook even naar de Staatssecretaris kijken. Er wordt gewoon intensief naar gekeken. Het is ook onderdeel van zowel het Integraal Zorgakkoord als het GALA. Zoals u weet, hebben we die akkoorden bewust ingestoken als integrale akkoorden; dat was in het verleden anders met de hoofdlijnenakkoorden. We hebben er bewust voor gekozen om de verzekeraars, de eerstelijnszorg en de Nederlandse gemeenten er ook bij te betrekken, omdat veel van dit soort dingen echt op verschillende tafels liggen.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Dat weet ik. We hebben eerder natuurlijk uitgebreid over het IZA gesproken. Ik weet dat het idee is dat het integraal is en daar ben ik ook erg voor. Maar we moeten, denk ik, wel uitkijken dat we niet met z'n allen mooi weer willen spelen. Ik denk dus dat het juist goed is dat we met zo'n Integraal Zorgakkoord en zo'n GALA ook kijken waar het niet goed gaat, dus dat we niet alleen op zoek zijn naar de best practices, die we overal graag tentoonspreiden, maar dat we ook kijken naar waar we het alsnog niet goed zien gaan. Dat is eigenlijk de oproep die ik aan de Staatssecretaris en de Minister wil doen: vat uw taak nou zo op dat er ruimte is om ook die signalen aan u te geven, zodat die opgepakt kunnen worden. Dan zetten we namelijk stappen vooruit. Anders blijft het toch een beetje zitten op waar het al wel goed gaat en op de best practices.

**Minister Kuipers:**

Ik benoemde een beweging van de afgelopen langere periode, maar laat ik vooropstellen dat het op veel punten niet goed gaat. En het voorbeeld dat genoemd wordt, is er. Dat is ook de reden dat wij het nu bewust anders doen dan in het verleden. Vroeger werd er een hoofdlijnenakkoord gesloten en daarmee was het dan feitelijk van tafel voor het ministerie en kon men zeggen: nu is het aan het veld. Wij zeggen nu bewust dat we in het hele verdere traject – dat geldt bijvoorbeeld voor het IZA, maar ook voor het GALA – een continue tafel willen hebben waaraan wij zelf zitten en waar alle voorbeelden, juist ook van de plekken waar het niet goed gaat, gemonitord worden om daar vervolgens op te acteren. De eerstvol-

gende overlegtafel voor het IZA is – dat zeg ik even uit mijn hoofd – op 8 maart, en dat is er al een van een continuüm.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Had u nog een vraag, mevrouw Den Haan?

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ik hoor de Minister inderdaad aangeven dat er een verschil is tussen kosteneffectieve geneesmiddelen en kosteneffectieve vaccins en de financiering daarvan en dat hij daar op dit moment mee moet werken. Dat snap ik, maar ik hoorde u tussen neus en lippen door ook zeggen dat we daar misschien eens naar moeten kijken. In hoeverre zou u daarnaar willen en kunnen kijken?

**De voorzitter:**

Dat vraagt u via de voorzitter.

**Minister Kuipers:**

Ik geef voor nu alleen aan dat het een systematiek is waar wij het mee te doen hebben, ook voor deze regeerperiode. Kunnen we voor de toekomst daar iets over aangeven, bijvoorbeeld op basis van een betere indicatie van wat de werkelijke opbrengsten zijn van preventie en vroegdiagnostiek? Ja, dat kan. Ik moet het er nu alleen gewoon mee doen. Ik heb dus geen ambitie en ook niet de mogelijkheid – dat geldt ook voor de Staatssecretaris – om daar in de komende periode iets mee te doen. Maar het algemene begrip daarvan helpt wel, want dat geeft aan waar de worsteling zit; ik kijk bijvoorbeeld naar de Staatssecretaris. Wij zijn ontzettend blij met de introductie en de mogelijkheden die er zijn ten aanzien van het rotavirus, maar voor ieder volgend virus krijg je weer dezelfde discussie.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Gaat u verder?

**Minister Kuipers:**

Ja. Mevrouw Den Haan had zojuist in de discussie aanvullende opmerkingen over huidkanker. Ik hecht eraan om daar nog even op terug te komen. Om te beginnen is dat opnieuw een goede illustratie van die Kankeratlas. Hij is al een aantal keer voorbijgekomen, maar het is, ook wereldwijd, echt een bijzonder initiatief. Ik ben heel erg blij met al het werk dat IKNL daarvoor verricht heeft, ook met de data die zorgprofessionals iedere week weer aanleveren, jaar in, jaar uit. Met die atlas kun je bijvoorbeeld van huidkanker heel goed zien – we hebben het zojuist al over long- en baarmoederhalskanker gehad – dat daarin opmerkelijke verschillen zijn in termen van veel grotere incidentie in allerlei kustregio's. Dat geldt zowel voor het plaveiselcelcarcinoom als voor het melanoom. Dat betekent natuurlijk iets voor de inzet van preventie. Die moet je op dit terrein natuurlijk overal doen, maar hier met extra focus. Voor huidkanker geldt hier hetzelfde ten aanzien van de impact, de blootstelling, de risicofactor en de uiteindelijke vorm van kanker. We moeten ons realiseren dat er in de afgelopen tientallen jaren ontzettend veel gebeurd is, zowel in de aandacht voor de risico's als bijvoorbeeld in de sterkte van de zonnebrandcrèmes. Ik zit zelf, zeker met mijn haargroei, in de risicocategorie. Dat zit ik al vele tientallen jaren. Als je goed kijkt naar de hoofdhuid, dan kun je dat ook zien. Dat heeft natuurlijk te maken met het feit dat er 40 jaar geleden geen zonnebrandcrème gebruikt werd en er weinig aandacht voor was, en als je wat gebruikte, dan was het factor 2 of factor 4; ik weet niet of dat nu überhaupt nog verkrijgbaar is. Het is dus heel belangrijk om ernaar te

kijken, maar we moeten ons ook realiseren dat er in de tussenliggende periode al een hoop verandert en dat we dat verder moeten intensiveren.

Mevrouw **Kuik** (CDA):

Voorzitter, misschien ter verheldering. De Minister haalt Den Haan en Kuik misschien een beetje door elkaar. Dat snap ik, want het heeft ergens iets van die boerderij met de kip en de haan. Maar ik was het die het vroeg!

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Jij hebt het ei gelegd.

Mevrouw **Kuik** (CDA):

No problem.

Minister **Kuipers**:

Dat mag u mij dan aanrekenen en niet mijn ambtenaren, want ik schrijf zelf mee. Het is geheel mijn fout. Excuus.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ik vind het overigens wel heel aardig dat ik een antwoord krijg op een vraag die ik niet heb gesteld. Dank u wel daarvoor.

Minister **Kuipers**:

Het was geen vraag, maar ik sloeg er nog even op aan. De discussie ging over huidkanker en ik denk dat dat juist zo goed illustreert dat je bepaalde dingen moet doen, maar dat je de werkelijke opbrengst daarvan in termen van vermindering van kanker dan misschien pas tien, twintig of veertig jaar later ziet.

Dan kom ik bij de vraag van de heer Buskus.

De **voorzitter**:

Bushoff!

Minister **Kuipers**:

Bushoff, excuus. Nu zeg ik het weer verkeerd. Ik schrijf het zelf op en ik lees wat ik zelf op heb geschreven, maar dan nog. Mijn excuus. Ik ben allereerst blij dat de heer Bushoff de eerdere opmerking over € 500 tot € 1.500 voor medicatiekosten van prep terugneemt. De kosten liggen daadwerkelijk veel lager. De heer Bushoff zegt dat het kostenverschil onrechtvaardig is. Het is inderdaad zo dat er een kostenverschil is. De prep-medicatie is wel veel goedkoper dan € 500 tot € 1.500 per maand. Wat inderdaad overblijft zijn de kosten voor de huisarts, maar die zijn nul. Wat er dus daadwerkelijk aan kosten overblijft, zijn de kosten voor de soatest. Ja, dat is zo. De reden waarom er verschillen zijn tussen de inclusie in een pilot en het onderzoek dat daaraan gekoppeld zit versus de reguliere zorgkosten, heb ik al genoemd. Ik zie voor nu geen mogelijkheden om daar iets aan te veranderen.

De **voorzitter**:

Ik had al een vermoeden dat meneer Bushoff daarop zou willen reageren.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Misschien is dat dan een betere vraag, want we gaan niet helemaal uit dat kostenverhaal komen. Zou ik de Minister mogen vragen of het mogelijk is om schriftelijk nog eventjes uiteen te zetten wat het verschil in kosten is tussen wanneer je het via de pilot doet, via de huisarts of via commerciële praktijken? Is het mogelijk om de Kamer dat nog schriftelijk toe te zenden? Mijn tweede vraag. Wat is volgens de Minister de snelste route om die 3.000 wachtenden te helpen?

**Minister Kuipers:**

Ik ben altijd van harte bereid om van alles schriftelijk te doen, maar ik moet tegelijkertijd ook even naar mijn ambtenaren kijken. De kosten, die ik al genoemd heb, zijn € 7,50 per maand voor de deelname versus € 20. Ik heb het nog een keer laten checken, maar ik krijg dus de informatie dat de goedkoopste medicatie € 20 voor 30 tabletten is. De kosten zijn verder natuurlijk afhankelijk van het gebruik. Slik je het iedere dag dan kun je daar een maand mee vooruit, maar kies je voor risicovolle seksueelcontact-gestuurd gebruik dan zijn het per moment vier tabletten: twee ervoor en twee erna. Dat zijn vier tabletten en dan ... Die som kunt u zo maken. De huisartskosten zijn verder nul en de kosten van de soatest zijn afhankelijk van het panel. Ik kreeg zojuist de informatie dat het loopt van enkele tientjes tot ongeveer € 100. Dat is afhankelijk van de periode en de interval waarmee het gedaan moet worden. Het gebeurt nu in de pilot één keer in de drie maanden. Veel meer heb ik daar niet aan toe te voegen. Ik kan het nog een keer op schrift zetten, maar ik denk dat wat ik nu hier zeg, voldoende zou moeten zijn.

**De voorzitter:**

Ik zie dat de eerste vraag voldoende beantwoord is, maar de tweede vraag ...

**Minister Kuipers:**

De tweede vraag gaat over wat sneller gaat en wat kansrijker is. Ik ben niet voornemens om de pilot uit te breiden, omdat het de pilot niet helpt en ik er de financiering niet voor heb. U kunt hieruit zelf opmaken of het het kansrijk maakt of niet. Ik denk dat het tempo en de aanpak via de huisarts én kansrijker is én sneller gaat. Ik gaf overigens al aan dat ik ook met de GGD's zal praten.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Minister Kuipers:**

Dan kom ik bij de aanvullende vraag van mevrouw Ellemeet over de brede integrale aanpak van gezondheidsschade. Ik neem dat graag mee en ik zeg toe dat ik voor de zomer met een brief hierover zal komen.

Mevrouw Ellemeet had ook een vraag over het structureel borgen bij ZonMw van zowel de focus op gezondheidsverschillen als de aandacht voor vrouwspecifieke klachten. Ik wil dat graag toezeggen en ik zal daar zelf ook zorg voor dragen.

Dan kom ik bij de vraag van mevrouw Tielen over het structureel maken van prehabilitatiepilots. Ja, de hele bedoeling en opzet is dat we het structureel maken als een pilot succesvol is, maar dan heb ik wel eerst de resultaten van die pilots nodig.

**Mevrouw Tielen (VVD):**

Zegt de Minister daarmee dat er nog geen pilots zijn afgerond op basis waarvan die keuze gemaakt had moeten worden?

**Minister Kuipers:**

Ik zeg ... Wij checken het even. Mijn neiging is om met nee te antwoorden, maar ik wil het even gecheckt hebben. Ik denk dat ik het antwoord zo kan geven.

Dan vroeg mevrouw Tielen ook naar de preventie van hart- en vaatziekten. Zij wil dat we daar meer grip op krijgen. Ik deel dat zeer. We hebben, terecht, heel veel focus op oncologie, omdat het veel voorkomt en een enorme ziektelast heeft, maar datzelfde geldt voor hart- en vaatziekten. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor het boezemfibrilleren, dat mevrouw Tielen al noemde. We moeten ons realiseren – het is al eens voorbijge-

komen – dat de ziektelast van met name de consequenties van boezemfibrilleren, zoals een mogelijke beroerte, aanzienlijk is, zoals zojuist al even genoemd is. De diagnose van chronisch hartfalen treft ondertussen een zeer grote groep. Sinds een kleine tien jaar is dat een meer voorkomende hartgerelateerde doodsoorzaak dan de acute hartaanval. Uiteraard is chronisch hartfalen voor een belangrijk deel de oorzaak van een eerder hartinfarct; het is een belangrijke factor. Er wordt overlegd met onder andere de beroepsvereniging en de Hartstichting om te kijken hoe we hier beter grip op kunnen krijgen en hoe we beter kunnen interveniëren. Tot slot vroeg mevrouw Tielen naar overdiagnostiek. Daaraan koppel ik de nevenbevindingen; dat kwam ook een beetje uit het voorbeeld dat mevrouw Tielen gaf. Dat zijn terechte punten om te benoemen. Wij verwachten op hele goede gronden ontzettend veel van preventie en vroegdiagnostiek, maar we zijn er allemaal erg van doordrongen dat dat ook leidt tot nevenbevindingen en daarmee vaak tot extra onrust, extra kosten en soms ook weer hele andere trajecten. Dat betekent dat het bij de inzet van iets specifiek – ik kom daar zo op terug bij de vraag van mevrouw Kuik over longkanker en longkankerscreening – telkens weer ontzettend belangrijk is om een goede afweging te maken. Bij sommige zaken is het aan de voorkant bijna een no-brainer om vroegdiagnostiek in te zetten, maar kan de balans met de nevenbevindingen soms toch negatief uitvallen. Heel erg belangrijk dus. Ik kan op dit punt wijzen op een rapport van de Gezondheidsraad, dat in 2015 al verschenen is, zeg ik uit mijn hoofd, en dat hier veel aandacht voor vroeg. De situatie en de conclusies van dat rapport zijn eigenlijk onveranderd, dus het is niet nodig om daar een nieuwe rapportage over te vragen. Dit gaf het al wel aan. Dat brengt mij tot slot bij de vraag van mevrouw Kuik over longkanker en longkankerscreening. Die ging onder andere over de focus op gezondheidsverschillen en het onderzoek van het AVL. Ik denk dat dit een prachtig voorbeeld is. Het is een belangrijk onderzoek. Het is ook echt wel een vraag wat de precieze afweging tussen de benefits, de opbrengsten, de positieve bevindingen, en de negatieve bevindingen is. Het is met diagnostiek uitstekend mogelijk om verdichtingen in longweefsels te vinden, maar je moet wel zo goed mogelijk specificeren wat onschuldig en wat potentieel kwaadaardig is, want de vervolginventie is meestal op de een of andere manier intensief en ingrijpend. Je wilt zo min mogelijk overdiagnostiek en overingrijpen, maar je wilt ook niemand missen doordat je te kritisch bent. Dat raakt heel erg aan ... Zo'n onderzoek richt zich heel specifiek op mensen met het grootste risico. Dat zijn in dit geval mensen die het langdurigst en het zwaarst gerookt hebben. Dan kom je precies op de doelgroepen die mevrouw Kuik aangaf.

Mevrouw **Kuik** (CDA):

Dan wil ik hem even doorpassen naar de Staatssecretaris, want dit kan misschien ook een instrument zijn in het kader van preventie en mensen van het roken afhelfen. Wil de Staatssecretaris hiernaar kijken? In hoeverre kan dit misschien al een element zijn om mensen over de streep te trekken en verder te helpen om van die dodelijke verslaving af te komen?

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Kuik. Dat is inderdaad een heel mooi bruggetje, denk ik, als de Minister klaar is met de beantwoording. Nee?

Minister **Kuipers**:

Ik had nog één vraag. Ik zei al: ik moet het even checken. Dat was de prehabilitatievraag van mevrouw Tielen. En inderdaad, er zijn nog geen pilots afgerond.

De **voorzitter**:

Dan komen we nu toch via het bruggetje bij de Staatssecretaris.

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Dank, voorzitter. Dan ga ik meteen maar even op de vraag van mevrouw Kuik in. Ik ga eens even bekijken of het in het instrumentarium behulpzaam kan zijn om de stimulans om te stoppen met roken te versterken. Kan dat behulpzaam zijn? Ik kan dat zo even niet beoordelen, want nogmaals, de aanpak die Pharos bijvoorbeeld neerzet is wel heel specifiek, ook cultuurspecifiek en specifiek voor bepaalde doelgroepen en bevolkingsgroepen. Dus ik laat het ook even ter beoordeling aan deskundigen of het behulpzaam kan zijn. Maar ik vind het wel goed om de suggestie bij hen neer te leggen.

Dan ga ik naar mevrouw Paulusma. Zij had een aantal vragen over de strategische kant van de vaccinatie en op welke manier we daarmee omgaan. Naar het deel dat de Minister ook al even noemde, namelijk de manier waarop we nu kosteneffectiviteit berekenen en vervolgens in die begrotingssystematiek de structuur hebben neergezet, moeten we nog wel een keer goed kijken. Maar vooralsnog doen we het met wat we hebben. Op dat punt is in die zin de situatie zoals die is. Wat we de komende jaren wel neerzetten – en dat zijn ook grote wissels die we omzetten – is dat 18-plusvaccinatiestelsel. Daar zitten ook nog heel veel vraagtekens bij. Maar dat is echt wel een stip aan de horizon waarvan we eigenlijk zeggen: daar zouden we een grotere beweging moeten gaan maken om in al die verschillende 18-plusvaccinaties een soort eenheid en ordening aan te brengen en het gewoon gebruiksvriendelijker te maken, waardoor de graden omhooggaan. Dat is een heel belangrijke. Het andere betreft de medische risicogroepen, ook in relatie tot doorlooptijden. Er zijn namelijk wel meer vragen over doorlooptijden. Mevrouw Den Haan zei daar in algemene zin iets over. De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving heeft ons er ook op gewezen dat daar wel een kortere doorlooptijd plaats zou moeten vinden. Daarbij zou er je inderdaad wel van kunnen spreken dat de overheid dat vakkundiger, sneller en proactiever moet aanbieden. Volgens mij is dat waar de uitspraak van mevrouw Agema vandaan komt. Dat is een tweede wissel. Als we die om krijgen om een snellere doorlooptijd te hebben voor de medische risicogroepen en hen beter te bereiken, ook bijvoorbeeld ten tijde van behandelingen, dan is dat ook een grote stap in de vaccinatiestrategie die we kunnen neerzetten.

Dan een ander onderwerp: HPV en jongeren.

**De voorzitter:**

Er is een vraag naar aanleiding hiervan van mevrouw Paulusma.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Dank. Voordat de Staatssecretaris naar het volgende blokje gaat, het volgende. Ik snap heel goed dat dit een heel groot schip is. «Titanic» is misschien niet de goede woordkeuze, maar het kost wat moeite. Maar ik heb vorig jaar bij de begroting al een motie ingediend om juist naar die begrotingssystematiek te kijken. Die is met een ruime meerderheid aangenomen. Er is een soort technische werkgroep. Daar zitten verschillende departementen bij. Die zijn daarmee aan de slag gegaan. Dus het schip is al een beetje in beweging. Wat ik vraag, is om niet te reageren met «we moeten het ermee doen». Ik ben op zoek naar een beetje urgentie om dit te veranderen. Ik denk namelijk dat het naast de Kamer ook het kabinet uiteindelijk helpt. Dan hebben we er beide heel veel profijt van, naast een heleboel mensen hierbuiten.

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Het is een beetje flauw om te zeggen dat we de gesprekken hierover voeren en misschien ook wel moeten intensiveren. Alleen, ik ben er

voorzichtig in omdat ik de verwachting wil temperen dat dit op korte termijn iets zou opleveren. Het is inderdaad namelijk zó'n schip – volgens mij is de vergelijking wel terecht – dat we hier proberen te kantelen. Het gaat eigenlijk over: hoe financier je in algemene zin preventieve maatregelen? Ik ben wat voorzichtig, omdat er al snel een suggestie uit kan voortkomen van «wanneer is die wissel dan omgezet?» Dus ik wil u graag toezeggen dat we u op de hoogte houden van de uitkomsten daarvan en dat we ook misschien her en der eens een tussenstand geven. Hoe kunnen we dit bijvoorbeeld bij de bredewelvaartsmeting meenemen? Of spelen CPB en CBS bijvoorbeeld een rol in dit soort trajecten? Daar neem ik u graag in mee. Maar ik ben wat voorzichtig, omdat er nogal wat verwachtingen uit kunnen voortvloeien die we misschien wel niet kunnen waarmaken.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Heel kort. Ik denk dat we allemaal in deze commissie heel reëel zijn, want we snappen heel goed dat dit niet zomaar te bewegen is, maar we voeren wel steeds dezelfde discussie. Dus in die zin ben ik heel blij met deze toezegging, want dat helpt, denk ik, ook het debat en het met elkaar verder komen. Als de Staatssecretaris ons daar vaker over kan informeren, zou dat helpen.

Staatssecretaris **Van Ooijen**:

Zeker, dus laten we dat op deze manier dan afspraken. We moeten inderdaad niet blijven draaien in dezelfde cirkel, maar stappen zetten in de goede richting.

Dan kom ik op jongeren en HPV. Excuus dat ik uw vraag op een andere manier had opgevat. Het RIVM doet hier specifiek onderzoeken naar. Het heeft bijvoorbeeld bepaalde focusgroepen met jongeren over hun attitudes ten opzichte van HPV en vaccinatie in algemene zin. Ze hebben allerlei interventies om goed te achterhalen hoe de opvattingen van jongeren veranderen en wat die opvattingen zijn. Daar wordt actief op gestuurd. Het is zeker niet bedoeld om te zeggen: we hebben een goeie stap gezet, dus hiermee is het ambitieniveau wel bereikt. We hebben nog veel hogere ambities. We hebben deze onderzoeken nodig om uiteindelijk die stappen te kunnen zetten.

Dan kom ik eigenlijk meteen bij mevrouw Tielen. Die vroeg namelijk naar de vaccinatiegraaddoelstelling voor jongens voor HPV. Ondertussen hebben we geconstateerd dat er geen WHO-doelstelling is voor jongens. Ik stel voor om dezelfde doelstelling voor jongens te hanteren als voor meisjes. Ik kan dus bij deze aan de Kamer toezeggen om dat op die manier in het beleid op te nemen.

Dan kom ik nog bij de vraag van mevrouw Paulusma over de leefomgeving en de WHO-doelstellingen daaromtrent, bijvoorbeeld voor fijnstof. De WHO-advieswaarden zijn opgenomen in een richtlijn. Die richtlijn geldt ook in Nederland. Binnen het kabinet is met de Staatssecretaris IenW een gesprek gaande over hoe de inzet in Europees verband verder wordt aangevlogen. Dat is de inzet van Nederland in Europees verband op dat vlak. Ondertussen is er op dit moment in Nederland het Schone Lucht Akkoord gesloten met provincies en gemeenten. Daarin wordt gewerkt aan schonere lucht. Daar gelden de WHO-advieswaarden dan ook als richtlijnen.

Dan heb ik volgens mij ...

De **voorzitter**:

Mevrouw Paulusma heeft toch een vraag nog. Kort.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik wil even heel precies zijn. Een richtlijn is iets anders dan een doelstelling. Wat bedoelt de Staatssecretaris dus nu?



Staatssecretaris **Van Ooijen**:

Dat klopt. Ik weet dat er over fijnstof lokaal en regionaal discussies zijn over de toepassing. In het Schone Lucht Akkoord zitten vaak doelstellingen, alleen zijn die doelstellingen niet altijd identiek aan de WHO-advieswaarden hieromtrent. Maar in het Schone Lucht Akkoord is dit eigenlijk in zijn totaliteit uitgewisseld tussen gemeenten, provincies en het Rijk. Daar is in vastgelegd wat de vrijheid is die gemeenten en provincies hebben en waar de richtlijn wel geldt. Daar is het nu in vastgelegd.

De **voorzitter**:

Mevrouw Paulusma, de laatste.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja, dit is mijn laatste vraag. Ik vroeg ook heel specifiek of het kabinet juist met die WHO-normen naar Europa toe kan. Ik snap heel goed dat als jij boert in een grensgebied en het over de grens anders is dan in Nederland, het echt wel ingewikkeld is om verandering tot stand te brengen. Ik ben benieuwd naar de reactie van de Staatssecretaris daarop.

Staatssecretaris **Van Ooijen**:

Het klopt dat in algemene zin het in grensgebieden heel ingewikkeld is als zaken net over grens anders liggen, waardoor je niet weet waar je aan toebent. Dat klopt. Dat klopt, ja.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik vroeg: kan dit kabinet in Europa gaan lobbyen om ons in Europees verband aan die WHO-normen te houden? Verandering in Nederland is echt wel moeilijk als de rest niet meegaat. Daar zou ik graag een reactie op willen van de Staatssecretaris.

Staatssecretaris **Van Ooijen**:

Dat is helder. Dan kom ik eigenlijk terug op mijn eerste vraag. De WHO-waarden die zijn gesteld, zijn behoorlijk ambitieus. Ik weet dat er verschil zit in welke toepassing er wordt gekozen. Soms worden die WHO-waarden in gemeenten en provincies als uitgangspunt genomen. Soms gelden andere waarden. Welke ruimte er is om zelf te kunnen kiezen, is uiteindelijk in het Schone Lucht Akkoord neergelegd. Het is niet zo dat alle WHO-waarden op alle plekken in Nederland identiek worden doorvertaald en dat zal niet de inzet zijn van het kabinet, want de afspraken die er nu liggen, liggen vast in het Schone Lucht Akkoord. Daar zit meer ruimte in dan het een-op-een doorvertalen van de WHO-advieswaarden in de lokale praktijk.

Mevrouw Ellemeet vroeg naar het verknopen van schulden en gezondheid. Ik probeer niet om het telkens weer terughalen, maar in het GALA zie je die bredere benadering van gezondheid. We hebben het daarin ook heel expliciet over aanverwante domeinen, waaronder ook de schuldenaanpak. Daarbij leggen we ook wel weer heel nadrukkelijk een scheiding neer; dat zeg ik er ook bij. Er zit namelijk geen geld in het GALA om de schulden aan te pakken, maar we zeggen wel: verknop nou onderwerpen aan elkaar, waardoor je van één plus één drie maakt. Het ligt natuurlijk heel erg voor de hand dat juist de gemeenten, die in de schuldenaanpak eigenlijk de eerste overheid zijn, verbindingen leggen met andere onderwerpen van het gezondheidsdomein. Dat kan helpen om diezelfde doelgroep te bereiken, maar met zo'n aanpak zoals Welzijn op Recept kun je ook heel vaak hele mooie combinaties maken. Nogmaals, er ligt een scheidslijn in wat we financieren vanuit het departement van VWS en wat we financieren vanuit Sociale Zaken en Werkgelegenheid, maar juist op het lokale niveau doen we de uitnodiging en stimuleren we ook echt om dat te verknopen en bij elkaar te brengen.

Daarmee heb ik volgens mij de vragen beantwoord, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dat klopt. Ik zie instemmend geknik. Hartelijk dank in ieder geval voor de beantwoording van de vragen. We komen bij het einde. We hebben een aantal toezeggingen samen gehoord en genoteerd. Ik zal ze voorlezen.

- De Minister stuurt de Kamer dit voorjaar een brief over het RIVM-advies met betrekking tot mpox.
- De Minister gaat op korte termijn in gesprek met de LHV en de GGD over prep-zorg en koppelt hierover terug aan de Kamer.
- De Minister en de Staatssecretaris sturen voor de zomer een brief over een gezonde leefomgeving, waarbij zij onder andere ingaan op de in het debat gemaakte opmerkingen door de leden over fijnstof, landbouw et cetera.
- De Minister komt schriftelijk terug op de gestelde vragen van mevrouw Agema over de stamceltherapie en de COPD-aanpak voor MS-patiënten.
- De Minister stuurt in het tweede kwartaal een voortgangsbrief over moleculaire diagnostiek.
- De Staatssecretaris stuurt de Kamer te zijner tijd een reactie op het SER-rapport over sociaaleconomische gezondheidsverschillen.
- De Minister stuurt voor de zomer een brief met betrekking tot een brede aanpak voor gezondheidsschade.

Ik hoor dat er een dubbeling in zit. Vandaar dat ik ook aan het haperen was. Maar deze toezeggingen worden nog even netjes opgeschreven. De achtste toezegging op het lijstje is als volgt.

- De Minister zegt toe genderspecifieke zorg en vrouwspecifieke aanpak te borgen bij ZonMw.

Misschien verandert de formulering van die toezegging nog iets.

- De Staatssecretaris houdt de Kamer op de hoogte van de financiering van preventie in brede zin en de ontwikkelingen op dit gebied.

Ik constateer dat er geen tweeminutendebat is aangevraagd. De toezeggingen zijn dus extra belangrijk. Dan rest mij nog de collega's te danken voor het debat. Ook hartelijk dank aan de Staatssecretaris, de Minister, de ondersteuning, de mensen op de tribune en alle andere ondersteuning. Hartelijk dank.

Sluiting 14.17 uur.