

4

Actuele ontwikkelingen op het terrein van preventief gezondheidsonderzoek

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet op het bevolkingsonderzoek in verband met actuele ontwikkelingen op het terrein van preventief gezondheidsonderzoek (35384).**

De voorzitter:

Dan is nu aan de orde het wetsvoorstel Wijziging van de Wet op het bevolkingsonderzoek in verband met actuele ontwikkelingen op het terrein van preventief gezondheidsonderzoek (35384). Ik heet de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom.

Dan gaan we beginnen met de eerste termijn van de kant van de Kamer.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De voorzitter:

Ik geef als eerste spreker het woord aan mevrouw Westerveld, die zal spreken namens GroenLinks.

□

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Het is fijn om hier voor de tweede ochtend op rij een wetsbehandeling te doen. Dat is soms een best wel ondergewaardeerd deel van ons werk, omdat er bijna nooit massale media-aandacht voor is, tenzij het misgaat natuurlijk, terwijl wetten wel heel erg belangrijk zijn. Ik weet dat er flink wat voorbereidingstijd in gaat zitten voor ons en voor de staatssecretaris en zijn ondersteuning. Daarvoor dus alvast hartelijk dank.

Voorzitter. De wetsbehandeling die we bespreken is vrij complex, dus ik ga even heel kort op een rijtje zetten waar de Wet bevolkingsonderzoek over gaat. De wet verandert ook van naam naar de Wet preventief gezondheidsonderzoek. Maar allereerst heb ik een vraag over het doel van de wet, want dat is mij niet helemaal duidelijk, zelfs na het een paar keer lezen van de memorie van toelichting. Ter illustratie, gisteren stonden wij hier ook, om een wet over onderwijs te bespreken. Daar lag een duidelijk probleem, namelijk dat het stelsel van het aanbieden van toetsen volgens de huidige minister niet meer houdbaar is. Daar doet hij dan een voorstel toe en dan kun je als Kamer van gedachten wisselen of je het nou eens bent met die oplossing of niet. Maar bij deze wet vind ik het veel onduidelijker wat nou het probleem is en waarom deze wet nu voor ons ligt.

Wij lezen dat de wet meer keuzevrijheid creëert voor mensen die gebruik willen maken van preventief gezondheidsonderzoek, om deelnemers van zo'n onderzoek te beschermen. Tegelijkertijd lijkt het makkelijker te worden voor aanbieders om toe te treden en dat lijkt nogal met elkaar te wringen. Ook worden de taken en handhavingmogelijkheden van de IGJ wel uitgebreid, maar lees ik in de memorie van toelichting dat nog helemaal niet zeker is of de IGJ ook versterkt en meer gefaciliteerd gaat worden, om het werk goed te kunnen doen. Daar ga ik zo verder op

in. Heel graag hoor ik in de beantwoording van de staatssecretaris echt meer over het precieze doel. Dat is voor ons nodig om te kunnen besluiten of wij straks instemmen met deze wet of niet.

Voorzitter. In deze wet wordt geregeld dat er drie categorieën van preventief gezondheidsonderzoek komen. De eerste categorie is preventief onderzoek waarbij geen medisch risico is en waarbij geen ernstige ziekten kunnen worden aangetroffen. Aan deze onderzoeken worden geen extra eisen verbonden, hoewel ze nu onder de wet vallen. De tweede categorie bestaat uit onderzoeken waarbij handelingen worden uitgevoerd die voorbehouden zijn aan BIG-geregistreerde zorgverleners, of gaan over onderzoek naar ernstige ziekten. Voor deze onderzoeken moet je een vergunning aanvragen of een zorgstandaard volgen. Dat geeft ook de Inspectie Gezondheidszorg handvatten om beter te kunnen handhaven, zodat de kwaliteit beter wordt geborgd. De derde en laatste categorie gaat over preventief onderzoek dat van rijkswege wordt aangeboden, bijvoorbeeld bevolkingsonderzoeken naar darmkanker, borstkanker en baarmoederhalskanker. Deze mogen alleen vanuit de overheid worden aangeboden. Daar hebben wij straks nog een paar vragen over.

Daarnaast worden een paar kleinere dingen geregeld. Er wordt bijvoorbeeld bepaald dat nevenbevindingen niet meer mogen worden gedeeld, dat preventief gezondheidsonderzoek naar kanker in principe moet kunnen zonder extra eisen en dat de inspectie een sterkere rol krijgt in de handhaving van categorie 2-onderzoeken. Er komen ook andere eisen voor de uitgifte van vergunningen. Over al deze punten hebben wij een paar vragen aan de staatssecretaris, want dit maakt het toch wel een ingewikkeld samenspel, waardoor het moeilijk is om te wegen en te beoordelen of deze wet wel nuttig en, vooral, noodzakelijk is. Ik vraag mij ook af wie er nou precies geholpen zijn bij deze wet. Zijn dat nou mensen die gebruikmaken van dat onderzoek, of zijn dat de commerciële aanbieders van preventief onderzoek? Ik vind dat een belangrijk punt.

Voorzitter. Om de vraag te beantwoorden, kijken we in eerste instantie naar het doel van de wet. Als wij het goed begrijpen, wil de staatssecretaris de keuzemogelijkheden vergroten. In deze wet gebeurt dat door het verlenen van een vergunning te versoepelen. Dat gebeurt door preventief gezondheidsonderzoek toe te staan naar kanker, zonder dat daar een vergunning voor nodig is, en door het te verbieden om nevenbevindingen te delen met de persoon die is onderzocht, zodat er zo veel mogelijk onderzoek aangeboden kan worden en er veel keuze is.

Volgens GroenLinks moeten we veel beter kijken naar de kwaliteit van het onderzoek, bijvoorbeeld bij preventief onderzoek naar kanker. In de memorie van toelichting kunnen we lezen dat volgens het kabinet kanker niet meer een ziekte is die ernstig en onbehandelbaar is. Daarom moet daar preventief onderzoek naar gedaan kunnen worden, zonder dat daar extra eisen aan verbonden zijn, tenminste, zolang er onderzoek wordt gedaan naar vormen van kanker die behandelbaar zijn, en er geen handelingen worden gedaan die voorbehouden zijn aan zorgverzekeraars. Dat maakt het toch wel lastig, niet alleen op medisch, maar ook op ethisch vlak.

Ik kan het me namelijk voorstellen dat het nu mogelijk wordt om preventief onderzoek te laten doen naar huidkanker.

Iemand kijkt dan naar je huid of die huidkanker ziet. Dat maakt het lastig, want met het blote oog kun je wel vaststellen dat een plekje verdacht is, maar kun je niet meteen zien of het nou kanker is of niet, en al helemaal niet of het een ernstige vorm van huidkanker is of niet.

Als je dit soort onderzoek zou toelaten, kunnen er twee dingen gebeuren: of mensen krijgen te horen dat ze misschien wel kanker hebben zonder dat er professionele verzorgers bij worden betrokken, of mensen krijgen te horen dat er helemaal niets aan de hand is, terwijl dat misschien wel zo is. Beide gevallen lijken ons onwenselijk. Daarom zijn wij, ondanks dat kanker een ziekte is die steeds beter te behandelen is, van mening dat het voorbarig is dat deze wet stelt dat iedereen preventief onderzoek mag doen naar kanker. Dat is namelijk een ziekte waarbij de prognose heel erg afhangt van het soort, het type en het stadium. Onderzoek daarnaar zou van bepaalde kwaliteit moeten zijn. Daar dient wat ons betreft ook een vergunning voor aangevraagd te worden, of er moet een zorgstandaard worden gevolgd. Daar hebben wij een amendement over ingediend.

Voorzitter. Dan het punt over het inspectietoezicht. Ook in andere sectoren wordt er steeds meer gevraagd van inspecties terwijl de facilitering in de afgelopen jaren soms is wegbezuinigd. Zo was er niet lang geleden ook hier in de Kamer nog flink wat te doen over de NVWA, de organisatie die onder meer verantwoordelijk is voor de veiligheid van ons voedsel. Zij konden hun taken niet aan waardoor er flink wat schandalen ontstonden. Daarbij kun je dus niet eenzijdig naar de inspectie wijzen, want vanuit hier is er de afgelopen jaren flink beknipt op de inspectie. Het lastige voor overheidsinstanties of semioverheidsorganisaties is natuurlijk dat ze minder makkelijk hardop of terug kunnen praten.

Het onderliggende wetsvoorstel geeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd meer handvatten om te handhaven. Dat hoeven ze alleen maar te doen bij onderzoek waarvoor een zorgstandaard of een vergunning nodig is. Dat is natuurlijk heel erg belangrijk. Toch heb ik daar in het licht van wat ik net al benoemde een aantal vragen over. Hoe waarborgt de staatssecretaris dat er voldoende kennis bij de IGJ is? Ik ken hen onder meer van hun rapporten over jeugdzorginstellingen. Dat doen ze volgens mij heel erg goed, maar dit is nogal een andere tak van sport. Hoe zorgen we ervoor dat er voldoende kennis is bij de IGJ om hier goed te kunnen handhaven? Hoeveel verschillende aanbieders van preventieve gezondheidsonderzoeken zijn er ongeveer die de IGJ moet controleren? Hoeveel tijd zijn ze daar naar verwachting aan kwijt? Hoeveel extra geld is daarvoor nodig? En waarom is er in de memorie van toelichting vrijwel geen aandacht voor wat de extra taken worden en wat de extra facilitering moet zijn?

Voorzitter. Waar kunnen melders van misstanden eigenlijk terecht? Want als er meer aanbieders komen, dan kan ik me voorstellen dat meer mensen gedupeerd zullen worden. Ik weet van verschillende inspecties dat ze niet kunnen ingaan op allemaal individuele meldingen, maar in dit geval lijkt het me goed dat er een plek komt waar mensen het kunnen melden als ze deelnemen aan een onderzoek dat niet naar behoren wordt uitgevoerd. Graag een reactie daarop.

Voorzitter. Dan heb ik nog een vraag over nut en noodzaak. Heel veel preventieve gezondheidsonderzoeken vallen straks in categorie 1 van die preventieve onderzoeken. Aan deze onderzoeken worden geen nadere eisen gesteld; waarom moeten ze dan onder de reikwijdte van deze wet vallen? Wat maakt deze wet dan voor verschil? Zijn er preventieve onderzoeken die onder het huidige regime niet zijn toegestaan, maar die wel worden toegestaan als deze wet wordt aangenomen? Graag een antwoord van de staatssecretaris.

Dan over de versoepeling van de vergunningsaanvraag. Er wordt voorgesteld om de veiligheid en de kwaliteit van het aanbod centraal te laten staan en minder het nut van het onderzoek. Dan wordt er dus wel meer keuze mogelijk gemaakt, maar wordt er minder gekeken naar de kwaliteit en wordt misschien ook het onderzoek wel minder nuttig. Hoe ziet de staatssecretaris dat? Je kunt toch beter minder onderzoek hebben, maar wel van kwalitatief goede aard? Graag daar een reactie op. Hoe ziet de staatssecretaris dat?

Voorzitter. Een volgend punt, dat ook ethische kwesties raakt. Want meer onderzoek naar ziektes betekent natuurlijk meer diagnoses. De druk op de zorg zal dus toenemen, lijkt ons. Dat is ook een dilemma. Want het is natuurlijk in beginsel heel erg fijn als een ziekte in een vroegtijdig stadium wordt opgespoord door een preventief gezondheidsonderzoek en dat er ook een behandeling kan worden gestart, maar we weten ook, onder meer door de covidcrisis, dat op dit moment echt duizenden en duizenden mensen al op wachtlijsten staan, mensen van wie een diagnose is vastgesteld, die behandeld moeten worden door een arts en die moeten wachten totdat ze aan de beurt zijn, mensen van wie de aandoening nu al tot klachten leidt. Daar zit een heel lastig dilemma dat we graag aan de staatssecretaris voorleggen. Want waarschijnlijk gaan vooral mensen die veel geld hebben, gebruikmaken van deze preventieve onderzoeken. Dat betekent dus dat deze groep vanwege de dikte van de portemonnee, als uit dat gezondheidsonderzoek komt dat verder onderzoek nodig is, eerder toegang zal krijgen tot ander onderzoek, dat we ook nog eens met elkaar collectief betalen.

Ik wil de staatssecretaris vragen of hier dan geen nog grotere kloof ontstaat tussen rijk en arm. Ik vind dat een belangrijke vraag, ook omdat we weten dat mensen die geld hebben over het algemeen langer en gezonder leven. Ik zou toch echt willen voorkomen dat door deze wet juist mensen die geld hebben veel makkelijker toegang krijgen tot zorg. Nogmaals, natuurlijk is dat goed, maar het moet niet ten koste gaan van mensen die minder geld hebben om dit soort onderzoeken te doen. Ik zie dus heel graag hoe de staatssecretaris dit dilemma ziet. Gaat het de kloof tussen rijk en arm niet vergroten? Hoe ziet de staatssecretaris dit in het licht van de toch al enorme gezondheidsverschillen, waar gelukkig steeds meer aandacht voor is, tussen mensen die veel geld hebben en mensen die minder geld hebben?

Voorzitter. Hier hangt nog een dilemma rondom zorgkosten mee samen. Want extra druk op de eerste en tweede lijn brengt ook gewoon hogere zorgkosten mee, die we met elkaar, dus collectief moeten financieren. Hoeveel extra zorgkosten preventief onderzoek met zich meebrengt, is nog maar de vraag. Ik wil de staatssecretaris vragen of hij daarvan een inschatting heeft. Zijn daar berekeningen van? Hoewel ik me echt kan voorstellen dat het heel erg moeilijk is om dat te doen. Zo ja, wat komt daar uit? In het verlengde van de vraag die ik net stelde, vraag ik me ook af of het

eerlijk is tegenover de mensen die al die preventieve gezondheidsonderzoeken niet kunnen betalen. Ik vraag me af of het eerlijk is dat zij collectief meebetalen aan de behandeling van een groep mensen die gewoon meer geld heeft. Leidt dit niet tot verschillen in gezondheid? Hadden we dat geld niet beter kunnen besteden om bijvoorbeeld gezond eten en sporten te promoten, dus om al dat soort zaken die leiden tot preventie goedkoper te maken?

Voorzitter. Ik ga zo toe naar mijn laatste punten. Maatschappelijke kosten en baten van het onderliggende wetsvoorstel zijn moeilijk te voorspellen. Ik vraag de staatssecretaris of het mogelijk is om daarnaar een uitgebreide evaluatie te doen. Inmiddels zag ik al een amendement van de SP dat dit regelt. Wij zouden graag zien dat in die evaluatie de verschillen in gezondheidswinst tussen arme en rijke mensen worden meegenomen en ook in hoeverre dit wetsvoorstel die kloof vergroot.

Dan nog een punt over de nevenbevindingen. Dat zijn aandoeningen die worden ontdekt terwijl men daar niet specifiek naar op zoek is. In het voorstel wordt het melden van nevenbevindingen verboden, omdat aanbieders van preventieve onderzoeken de vergunningsplicht kunnen ontlopen door onderzoeksresultaten te brengen als nevenbevinding. Dat voelt toch ongemakkelijk, want hiermee vergroot je inderdaad het aanbod sterk. Maar stel dat bij een onderzoek toch een medische aandoening wordt ontdekt waar men niet specifiek naar op zoek was. Dan kun je dit toch niet verzwijgen voor die persoon, vraag ik de staatssecretaris, tenminste niet als die persoon van tevoren aangeeft dat hij of zij dit soort nevenbevindingen wel zou willen weten? Om het wat concreter te maken het volgende. Ik weet niet of dit voorbeeld klopt, maar stel dat bij een pretecho toch een medische aandoening in de foetus wordt ontdekt waar men niet naar op zoek was. Moet dit dan gemeld worden of verbiedt dit wetsvoorstel dat sterk? Ik heb de indruk dat dat laatste gebeurt. Ik hoor daar graag van de staatssecretaris een reactie op, want het lijkt mij echt wenselijk dat mensen wel op de hoogte worden gesteld, nogmaals, als ze dat willen, van nevenbevindingen die worden geconstateerd bij dit soort onderzoeken.

Voorzitter. We hebben ook al een amendement van de PvdA gezien waarin wordt voorgesteld om het niet te verbieden dat nevenbevindingen worden gemeld en om mensen vooraf de keuze te geven of zij wel of niet nevenbevindingen willen horen. Ik ben ook heel benieuwd naar de appreciatie van de staatssecretaris van dat punt. Tegelijkertijd ben ik ook benieuwd wat het amendement van de PvdA doet met dit wetsvoorstel. Vanochtend zag ik trouwens nog veel meer amendementen langskomen. Ik heb de indruk dat deze Kamer flink haar best heeft gedaan om de wet behoorlijk te veranderen. Ik ben heel benieuwd hoe de staatssecretaris dat ziet.

Voorzitter, tot slot. Ik lees dat het bevolkingsonderzoek, de preventieve onderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker, alleen mag worden aangeboden vanuit de overheid. In principe begrijp ik dat goed, maar tegelijkertijd schiet de overheid tekort als het gaat om het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Eigenlijk moet er elke twee jaar een mammografie worden gemaakt om dit preventief onderzoek echt goed te kunnen doen, maar via het overheidsprogramma wordt die nu elke drie jaar aangeboden. Ik wil de staatssecretaris vragen wat de reden is om ook in deze gevallen bevolkingsonderzoek door andere

aanbieders te verbieden. Is het niet slim om dat wel toe te staan, maar de onderzoekers ook te vragen om de gegevens te delen? Ik begrijp best dat je de gegevens op een centrale plek wilt hebben om daar beter onderzoek naar te kunnen doen en om daar beter gevolgen aan te kunnen verbinden.

Voorzitter, ik ben klaar. U hoort het: we hebben flink wat vragen en dilemma's die zowel de medische als de ethische kant raken. Ik ben heel erg benieuwd naar de antwoorden van de staatssecretaris en natuurlijk ook naar de inbreng van alle collega's.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Maeijer, die zal spreken namens de PVV. Gaat uw gang.

□

Mevrouw Maeijer (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Voorkomen is beter dan genezen. Medische preventie staat volop in de belangstelling. Gezien de snelle ontwikkelingen op dit gebied is het wonderbaarlijk dat de Wet op het bevolkingsonderzoek nog uit 1992 stamt. Het doel van de voorliggende wetswijziging is, zo lezen we, om meer keuzevrijheid te creëren voor mensen die, zonder dat ze klachten hebben, willen weten hoe het ervoor staat met hun gezondheid. Dat is op zich een prima gedachte, als die hand in hand gaat met waarborgen voor de kwaliteit.

Wij hebben daarover nog een aantal vragen en opmerkingen. Het wetsvoorstel gaat uit van drie categorieën preventief gezondheidsonderzoek. Categorie 1 gaat over het vrij toestaan van bevolkingsonderzoeken zonder medisch risico. Categorie 2 gaat over beroepsnormen voor bevolkingsonderzoeken met een medisch risico en categorie 3 gaat over een vergunning voor bevolkingsonderzoeken. Het komt op ons echter over alsof de verruiming van de keuzevrijheid, wat zo te lezen toch het doel van het wetsvoorstel is, met name gericht is op categorie 1 en in mindere mate op categorie 2. Klopt dat? En wat wordt er nu eigenlijk precies verruimd aan de keuzevrijheid in categorie 3? Graag een toelichting.

Voorzitter. Deelname aan preventief gezondheidsonderzoek is vrijwillig en valt daarmee onder de eigen verantwoordelijkheid van de burger, maar dat neemt natuurlijk niet weg dat er oog moet zijn voor de kwaliteit van het onderzoek. Dat is niet alleen van belang voor de betreffende persoon maar voor iedereen, want behandelen terwijl dat niet nodig is, heeft effect op de zorgkosten. Maar niet behandelen terwijl er gezondheidswinst te behalen valt, heeft dat ook. Zou je daarom niet beter in kaart moeten brengen welke test voor wie en wanneer precies zinvol is?

Voorzitter. Bevolkingsonderzoeken zonder medisch risico worden in dit voorstel vrij toegestaan. Hieronder vallen bijvoorbeeld de zelftesten. Sinds corona worden die zelftesten massaal aangeboden en gebruikt, maar we hebben ook gezien dat complete partijen ondeugdelijk waren of verkeerde uitslagen gaven. Die testen moesten dan worden overgedaan of herbevestigd door gekwalificeerd personeel. Hoe ziet de staatssecretaris deze ervaringen in relatie tot dit wetsvoorstel? Ik zag ergens een bericht voorbijkomen dat Amazon een compleet nieuw bedrijfsonderdeel wil opzetten voor medische zelftesten. Dan rijst bij mij de vraag hoe de kwaliteit van deze testen gewaarborgd kan worden.

Daarover lees ik eigenlijk niks in dit voorstel. Waarom eigenlijk niet? Hoe wordt de kwaliteit dan gewaarborgd en kan de staatssecretaris verzekeren dat dit ook afdoende is? En welke hulpverlener moet de patiënt eigenlijk inlichten als het gaat om een zelftest uit de supermarkt? Kan de staatssecretaris in dit licht ook reageren op het bericht van vandaag dat commerciële teststraten zich nu massaal op soa-testen gaan richten?

Voorzitter. Hoe meer je onderzoekt en test, hoe meer je opspoort. Dat is aan de ene kant gunstig, maar aan de andere kant ligt er ook een risico op overbehandeling. Dat is niet nodig voor de persoon in kwestie en dat is ook niet goed voor de totale zorgkosten. Hoe wordt overbehandeling precies tegengegaan als er niet gemonitord gaat worden wat de gevolgen van dit wetsvoorstel zijn voor de kosten en de werkdruk? Is een Nivel-onderzoek om de zoveel jaar, zoals de staatssecretaris aangeeft, dan eigenlijk niet te weinig?

Voorzitter. Kwalitatief preventief onderzoek naar kanker is ongelofelijk belangrijk. Hoe eerder je erbij bent, hoe beter. De staatssecretaris stelt voor om de vergunningplicht voor preventief gezondheidsonderzoek naar kanker, tenzij deze ernstig en onbehandelbaar is, te laten vervallen. Wat zijn hiervan precies de gevolgen? Is er voldoende zicht op de kwaliteit? En hoe gaat dit er dan in de praktijk precies uitzien? Krijgen we dan aanbieders die je vragen om een foto van je moedervlek te maken om te controleren of je huidkanker hebt? Heeft de inspectie zicht op de nieuwe aanbieders die zich wellicht op deze nieuwe markt gaan storten? Kortom, zijn alle voor- en nadelen wel goed in kaart gebracht? Graag een reactie.

Voorzitter. Dan ga ik nu in op de kwestie van het melden van de nevenbevindingen. Dat is een lastig dilemma. Wat de PVV betreft hoort die afweging bij de arts en patiënt te liggen, en niet bij de overheid. De oplossing die het kabinet kiest, namelijk een verbod op het kenbaar maken van nevenbevindingen tenzij de arts in gewetensnood komt, is in onze ogen dan ook niet de juiste oplossing. Daarmee wordt niet voorkomen dat de vergunningplicht omzeild wordt en het is ook niet goed voor de zorg voor de patiënt. Wat is nu eigenlijk precies gewetensnood? En hoe kan een arts de nadelen — de staatssecretaris gaat daar uitgebreider op in — dan precies afwegen tegen de voordelen voor de persoon in kwestie? Ieder mens reageert toch anders op een betreffende ziekte of aandoening die wordt geconstateerd?

Afrondend. Er blijven, zoals ik net aangaf, toch nog een aantal vragen leven, bijvoorbeeld over het waarborgen van de kwaliteit van de onderzoeken uit categorie 1, bijvoorbeeld een zelftest. Een ander voorbeeld is de vraag of niet in kaart gebracht zou moeten worden welke test voor wie wanneer zinvol is, en of er niet beter gemonitord moet worden op de gevolgen van bijvoorbeeld overbehandeling.

Ik rond af met een laatste vraag. Kan de staatssecretaris nog eens toelichten wat de stand van zaken is met betrekking tot de van rijkswege lopende bevolkingsonderzoeken en de invloed van corona op de voortgang daarvan? We ontvangen al een brief over borstkanker. Kan de staatssecretaris ook specifiek ingaan op de stand van zaken ten aanzien van baarmoederhalskanker en darmkanker?

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Van Campen, die zal spreken namens de VVD.



De heer Van Campen (VVD):

Voorzitter. Een gezond en gelukkig leven is toch wel het grootste goed dat we met elkaar kunnen hebben. Persoonlijk mag ik mijzelf, voor zover ik weet, gelukkig prijzen met een gezond lichaam, vrij van pijn en vrij van klachten. Vaak realiseren we ons die onschatbare waarde van gezondheid pas op het moment dat we die gezondheid kwijt zijn of kwijtraken. Ik ben er trots op dat ik in een land woon waar we allemaal toegang hebben tot de beste gezondheidszorg ter wereld en waar we allemaal een bijdrage leveren voor mensen die een beroep doen op die zorg, omdat iedereen die gezond is of zich gezond voelt, weet dat dit beroep op zorg morgen weleens voor hem zou kunnen gelden.

In deze Kamer discussiëren we vaak over hoe we zorg voor mensen beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar houden. Vaak gaat het over zorg die mensen op een bepaald moment nodig hebben of, zoals het wetsvoorstel stelt, om "vaststelling van ziekte, aandoeningen en risico-indicatoren op basis van gezondheidsklachten". Maar het voorliggende wetsvoorstel richt zich op een andere groep. Hierbij is de te onderzoeken persoon in beginsel vrij van klachten. De oude wet is vastgesteld in 1992, waarbij de doelstelling was dat mensen beschermd moesten worden tegen de nadelen en risico's van preventief gezondheidsonderzoek.

De VVD vindt het goed dat deze wetswijziging na een toch wel lange aanloop van maar liefst zes jaar eindelijk ter bespreking in de Kamer ligt. De innovatie in de zorg is bijna niet bij te houden, zeker niet door de overheid. Lichte health checks, variërend van fitheidstesten, hartslagmeters en speekseltesten tot aan zwaarder bloedonderzoek, echo's en infraroodscreening vragen om telkens een totaal andere benadering en beoordeling. Deze onderzoeken verschillen van aard en zwaarte, helpen mensen keuzes te maken in hun leefstijl en een besluit te nemen over het al dan niet raadplegen van een zorgverlener of kunnen geruststelling geven over de gezondheid. Maar natuurlijk hebben we nog wel een aantal vragen en opmerkingen, waarbij er wat raakvlakken met de vorige sprekers zijn.

Voorzitter. Het is goed dat de uitgangspunten van goede zorg de kwaliteit van zorg in alle categorieën borgen. Dat klinkt als een open deur, maar we weten dat daar strenge en handhaafbare kwaliteitsverplichtingen aan vasthangen. Categoriëring tussen onderzoek zonder medisch risico, onderzoek waarbij voorbehouden handelingen komen kijken en vergunningplichtig onderzoek, die differentiatie begrijpen wij, zeker gelet op de oorspronkelijke geest van de wet, de ontwikkelingen die er zijn en ook het toezichtkader dat inmiddels geldt. Maar hoe zien die toezicht en beoordeling er in de praktijk nou eigenlijk uit? We lezen dat aanbieders bij onderzoek in categorie 1 ervoor kunnen kiezen om kwaliteit van onderzoek te borgen via standaarden; dus kiezen voor borgen via standaarden. Nou, dat is natuurlijk hartstikke mooi, maar wie toetst of die aanbieder hier niet te lichtzinnig over denkt, regelgeving ontduikt, onderzoek te makkelijk in categorie 1 onderbrengt? Bij categorie 2 wordt gesteld: aan te wijzen onderzoeken waarbij weliswaar geen voorbehouden handelingen worden verricht, maar

waarbij naleving van beroepsnormen noodzakelijk wordt geacht. Nou, op zich een prima uitgangspunt, maar wie beoordeelt dat onafhankelijk, en hoe weten we dat dat op zorgvuldige wijze gebeurt? Graag een reactie van de staatssecretaris.

Het wettelijk kwaliteitsraamwerk onder alle categorieën ziet er degelijk uit, maar is ontzettend complex. Hoe voorkomen we dat onderzoeken, soms met grote gevolgen en uitkomsten, tussen wal en schip vallen bij de beoordeling en het toezicht? En hoe borgen we dat die samenhang wordt gewaarborgd, zodat mensen weten dat ze deelnemen aan onderzoeken waar een degelijke beoordeling aan ten grondslag heeft gelegen, dus dat er een degelijke beoordeling heeft plaatsgevonden? Graag een reactie.

Voorzitter. Ik heb het gisteren even opgezocht: maar liefst 4,3 miljoen uitnodigingen stuurde Bevolkingsonderzoek Nederland in 2019 uit naar Nederlanders voor bevolkingsonderzoeken naar borst-, baarmoederhals- of darmkanker. Toen de oude wet in werking trad, was kanker een zeer ernstige ziekte, waarbij de kans op een succesvolle behandeling klein was, evenals de overlevingstermijn. Het kabinet stelt dat kanker inmiddels vaker een goed behandelbare of chronische ziekte is geworden, en daarom niet meer vergunningplichtig zou moeten zijn. Hoe graag zouden onze collega's in 1992 dat in een wetsvoorstel hebben kunnen lezen! En wat een prestatie toch van de wetenschap dat we deze conclusie vandaag met elkaar kunnen bespreken! Maar die onderzoeken — collega Westerveld wees er ook al op — naar borst-, baarmoeder- en darmkanker leiden jaarlijks tot ongeveer 31.400 diagnoses van kanker. En het is mooi dat het perspectief voor mensen zoveel beter is dan in 1992, maar nog altijd leidt een diagnose bij mensen tot grote ongerustheid, en ook psychisch lijden. En er zijn vele vormen van kanker. Nog steeds is er in veel gevallen sprake van lange, intensieve behandelingen, waarbij genezing lang niet altijd een zekerheid is. Hoe borgt de regering dat hierbij, ook met een vervallen vergunningplicht, nog steeds sprake is van een goede zorg, begeleiding en behandeling van mensen? En zijn er vormen van kanker waarbij er nog wel sprake is van de vergunningplicht op grond van de ziekte? De onafhankelijke advisering van ... Ik zie een collega aan de interruptiemicrofoon, dus dit slik ik even in.

De voorzitter:

Ja, die heb ik ook gezien. Er is een interruptie van de heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

De VVD, de heer Van Campen, haalt me hier de woorden uit de mond. Nou, dat gebeurt niet zo vaak, dus ik denk: dat is een moment om te markeren, dus ik sta op om dat te zeggen. Mijn vraag is dan ook: als hij dat zelf op deze manier zegt, de "vergunningplicht voor borstkanker", wat zou dan het bezwaar zijn om die vergunningplicht gewoon te handhaven, puur afgaande op zijn eigen woorden van daarnet?

De heer Van Campen (VVD):

In dat opzicht heb ik met belangstelling geluisterd naar het betoeg van mevrouw Westerveld, als het gaat om de drie grote bevolkingsonderzoeken. Zij geeft aan: zou je, als je die vergunningplicht wegneemt, natuurlijk met de waarbor-

ging — als ik het goed heb begrepen — van kwaliteit, ook andere partijen kunnen inroepen om te helpen dat die onderzoeken op een degelijke wijze plaatsvinden en dat er recht wordt gedaan aan alle aanvragen die daarbij zijn gedaan? Die kwaliteit is het uitgangspunt. Maar waar ik ook zoekende naar ben, is wat die vergunning nou precies regelt. Houdt die het nou heel dicht bij de overheid? Ik zou mogen hopen dat preventief bevolkingsonderzoek dat niet-vergunningplichtig is ook voldoet aan de strengste kwaliteits- en zorgeseisen. Dus wat ik eigenlijk wil voorkomen, is dat we een doeldiscussie voeren over de vergunningplicht, maar ik wil wel van de staatssecretaris horen hoe ook zorg zonder de vergunningplicht wel de maximale waarborging in kwaliteit en goede zorg voor mensen behelst. Dus daar ben ik ook nog niet helemaal uit, zeg ik in de richting van collega Hijink.

De heer Hijink (SP):

Wat de vergunningplicht in mijn ogen heel belangrijk maakt, is dat er niet alleen wordt gekeken naar het individuele belang maar ook naar het collectieve belang. Dus voegt preventief onderzoek iets toe aan het collectief, aan de samenleving, of alleen aan het individu, ook als het gaat om kosten, risico's en bijvoorbeeld de mogelijkheden van en risico's op vervolgonderzoek? Dat vind ik heel belangrijk. Ik ben blij dat u dit op deze manier aangaat, want ik hoop eigenlijk dat we vandaag tot de conclusie kunnen komen dat we die vergunningplicht gewoon moeten houden. Dus ik ben met u heel benieuwd naar het antwoord van de staatssecretaris. Net als mevrouw Westerveld hoop ik dat we dit in stand kunnen houden, want ik ken niemand die de diagnose kanker krijgt na een onderzoek en denkt: dit kon weleens meevallen, want het is misschien wel een chronische ziekte. Ik ken ze niet. Het mag in de praktijk misschien vaak behandelbaar zijn, maar zo ervaren mensen het zeker niet. Ik denk dat die zorgvuldigheid dus ingebouwd moet blijven.

De heer Van Campen (VVD):

Daar kan ik me alleen maar bij aansluiten, ook met betrekking tot wat collega Hijink zegt over wat zo'n diagnose met mensen doet. Tegelijkertijd zou ik het ook jammer vinden — het is een beetje een risico om in de geest van collega's te parafaseren — als we door het handhaven van de vergunningplicht nog meer diagnoses mislopen van partijen die misschien ook wel degelijke onderzoeken kunnen uitvoeren, en daarmee mensen vroegtijdige diagnoses ontzeggen. Zo heb ik de motivatie van de regering begrepen in het voorliggende wetsvoorstel. Maar laten we de reactie van de staatssecretaris daarop afwachten.

Voorzitter. De onafhankelijke advisering over vergunningverlening is ondergebracht bij de Gezondheidsraad. Daarbij kunnen risico's worden ondervangen, zo lezen we. Voorgesteld wordt om de veiligheid en de kwaliteit van het aanbod bij het verlenen van een vergunning centraal te stellen. Maar, eigenlijk in het verlengde van het interruptiedebat net: wat betekent het voor de veiligheid en kwaliteit wanneer er dus geen sprake meer is van een vergunningplicht?

Voorzitter. Nu we toch spreken over die drie grote bevolkingsonderzoeken, kan de staatssecretaris ons bijpraten over de vertraging bij deze onderzoeken vanwege corona? Kunnen de gezondheidsgevolgen in kaart worden gebracht?

Hoe gaat het kabinet deze achterstand zo snel mogelijk inlopen? Is het kabinet bereid om de Kamer daarover periodiek te informeren?

Voorzitter. Dan wil ik stilstaan bij de nevenbevindingen. De grote verscheidenheid aan preventieve gezondheidsonderzoeken leidt tot een minstens zo grote verscheidenheid aan uitkomsten. Daarbij wordt ook weleens iets opgemerkt waarop het onderzoek niet direct gericht was. Het is voor de fractie van de VVD — ik hoorde het andere collega's ook al zeggen — niet duidelijk hoe het kabinet wil omgaan met deze zogenaamde nevenbevindingen. Het kabinet stelt dat nevenbevindingen die betrekking hebben op ernstige en onbehandelbare ziekten en aandoeningen niet aan betrokkenen mogen worden gemeld, tenzij de arts hierdoor in gewetensnood komt. Daarbij wordt herhaaldelijk als voorbeeld genoemd dat bepaalde onbedoeld gevonden aandoeningen nadelige gevolgen kunnen hebben voor de rijvaardigheid. Dat is ook het enige wat we steeds teruglezen, in de memorie, in de nota naar aanleiding van het verslag, in de reactie op de advisering van de Raad van State, maar hoe werkt dit in de praktijk? Gaat dit om de autorit van de zorginstelling naar huis? Of gaat het over een autorit die zich over tien jaar weleens zou kunnen voordoen? Hoe moeten we ons dat voorstellen? Hoever gaat die gewetensnood eigenlijk? Ik zou me kunnen voorstellen dat het een hoge standaard is voor een medicus om een beroep te doen op gewetensnood. Volgens mij zou je die standaard niet zo hoog moeten stellen, mits de patiënt daar belang bij heeft en er natuurlijk ook zelf op zit te wachten.

Een ander argument om vooral maar te zwijgen over onbedoeld gevonden aandoeningen is het voorkomen dat de vergunningplicht wordt omzeild doordat bevindingen van ernstige en onbehandelbare ziekten en aandoeningen worden gepresenteerd als onbedoelde nevenbevindingen. Wat betekent dit in gewonemensentaal? Het zou toch niet zo mogen zijn dat de handhaafbaarheid en het toezicht leidend zijn om mensen een diagnose te ontzeggen, terwijl ze daar misschien wel op zitten te wachten? Ik hoor hier graag een reactie op van de staatssecretaris.

De Gezondheidsraad zegt dat er nevenbevindingen aan het licht kunnen komen bij de NIP-test en dat die moeten worden gerapporteerd als de zwangere vrouw daarvoor kiest. Ook stelt de raad dat alleen die uitslagen moeten worden gerapporteerd die zeker of zeer waarschijnlijk ziekten veroorzaken die leiden tot ernstige gezondheidsproblemen bij het kind. Vindt de staatssecretaris, met de VVD, dat patiënten bij een preventief gezondheidsonderzoek of bij een bevolkingsonderzoek zelf zouden moeten kunnen bepalen of zij worden geïnformeerd over nevenbevindingen? We lezen dat het RIVM bijvoorbeeld over borstkanker stelt dat een nevenbevinding bijna nooit iets ernstigs is. Maar dat kun je natuurlijk ondervangen met een heldere richtlijn vanuit de beroepsgroep. Laat de beroepsgroep zich daar nou eens over buigen. Laat die daar een richtlijn over opstellen en bepalen wanneer je die nevenbevindingen nou met een patiënt deelt. Mits hij daarop zit te wachten, zeg ik nogmaals.

Voorzitter. Vorige week was ik met collega Aukje de Vries op werkbezoek in het Wilhelmina Kinderziekenhuis. Daar mocht ik een 3D-printje van een breintje van een ongeboren kindje vasthouden. Het had echt slechts een doorsnede van een paar millimeter. Ik ben nog steeds diep onder de indruk

van wat de kinderchirurg mij vertelde over afwijkingen en aandoeningen die ze al zo vroeg in het leven kunnen zien, terwijl het kindje zich nog in de eerste weken van het prille leven bevindt. De prenatale screening, die ook onder de reikwijdte van deze wet valt, is zó belangrijk voor ouders om zich voor te bereiden op vaak zware keuzes. Gezondheidskansen van het kindje na, of misschien zelfs al voor de zwangerschap staan daarbij centraal.

Eerder dit jaar diende mijn collega Tellegen een motie in die de regering verzocht om te onderzoeken of prenatale screening aangemerkt kan worden als reguliere medische zorg. Naar aanleiding van deze motie heeft het kabinet aan een onderzoeksbureau de opdracht gegeven om een analyse te maken van de voor- en nadelen van de huidige organisatie rondom prenatale screening in relatie tot geboortezorg. Het scenario waarin prenatale screening onder de reguliere zorg valt, en dus niet onder het RIVM, wordt hierbij expliciet meegenomen, zoals de motie vroeg. We horen graag van de staatssecretaris wanneer de Kamer over de uitkomsten hiervan wordt geïnformeerd.

Voorzitter, ik sluit af. Deze wijziging van de wet zorgt voor keuzevrijheid voor mensen die gebruik willen maken van preventief gezondheidsonderzoek. Het geeft ons de kans om keuzes te maken over onze leefstijl en het al dan niet raadplegen van een zorgverlener, of het stelt gerust over onze gezondheid. Maar ook wij zouden het op prijs stellen als er een evaluatiebepaling komt waaruit blijkt of de gedane beloftes met deze wet daadwerkelijk nagekomen worden. Ook wij hebben het amendement gezien; dat steunen we van harte. We vragen de staatssecretaris of ook de gevolgen van de zorgkosten meegenomen kunnen worden. Want de onderbouwing van het voorliggende wetsvoorstel is een Panteia-onderzoek uit 2014. Dat is al best een poosje terug. Kan dat worden meegenomen? Kan de keuze van mensen als het gaat om leefstijlpreventies daarin ook worden meegenomen? Leidt dit preventieve gezondheidsonderzoek nou tot bewustwording bij mensen, zodat zwaardere zorg verderop in de tweedelijnszorg kan worden voorkomen en eerder kan worden aangepakt?

De heer Hijink (SP):

Het valt mij op dat de VVD heel tactisch langs een voor de SP heel belangrijk element van deze wet heen gaat. Dat is het extra aanbod van commerciële aanbieders dat mogelijk wordt gemaakt door deze aanpassing van de wet. Wij hebben daar grote problemen mee. We hebben eerder in de Kamer de discussie gehad over bijvoorbeeld de totalbody-scan en andere vormen van preventief onderzoek die veel geld kosten, waar mensen zelf voor moeten betalen en waarvan het effect, de resultaten, de wetenschappelijke basis en ook de kosteneffectiviteit op alle fronten ontbreken. Mijn vraag aan de VVD, aan de heer Van Campen, is: hoe kan het nou dat de VVD, die altijd hamert op zinnige zorg, met deze wet eigenlijk alle deuren voor ónzinnige zorg wagenwijd openzet?

De heer Van Campen (VVD):

Ik weet niet of ik het eens ben met de veronderstellingen over de kwaliteit van de zorg waar de heer Hijink naar verwijst. Dat weet ik niet. Hij stelt dat en daar neem ik kennis van. Ik denk dat mensen niet gezonder of beter worden van grote stelseldiscussies. Ik ben het wel met hem eens dat

de zorg en de onderzoeken aan de beste kwaliteitsstandaarden en richtlijnen moeten voldoen, of die nu door publieke organisaties, door zorginstellingen of door commerciële organisaties geboden worden. Ziekenhuizen zijn in zekere zin natuurlijk ook commerciële organisaties. Daar kunnen we lange discussies over voeren, maar dat is nou eenmaal het geval. Daar heb ik de staatssecretaris een aantal kritische vragen over gesteld. Ik lees over een heel raamwerk waarin al die categorieën worden gestut en onderbouwd met wet- en regelgeving. De Wkkgz zou het nu niet meer mogelijk of nodig maken om een vergunningsplicht in te stellen. Dat lees ik, maar ik wil wel weten of het toezicht daarop ordentelijk is ingericht en of er daadwerkelijk wordt toegezien op het juridische en kwaliteitsframework dat hieronder ligt. Ik denk dat dit belangrijker is dan dat we hier heel principiële discussies gaan voeren over stelsels. Nee, de kwaliteit moet voldoen, mensen moeten daarop kunnen vertrouwen en daar is streng en effectief toezicht voor nodig.

De heer Hijink (SP):

Mijn vraag ging helemaal niet over het stelsel. Het is misschien een reflex van de VVD om te zeggen dat wij alleen maar over het zorgstelsel willen praten, maar dat is niet het geval. Ik doe dat heel graag, maar niet altijd. Mijn vraag ging over de kosteneffectiviteit. Dat is nou juist echt zo'n dingetje waar de VVD altijd graag over praat. In de memorie van toelichting, van de staatssecretaris zelf, staat als reden waarom veel vormen van preventief onderzoek geen vergunning krijgen dat er geen wetenschappelijke basis is als het gaat om kosteneffectiviteit en kwaliteit. Dat zou een reden kunnen zijn om nieuwe vormen van preventief onderzoek niet op te nemen in het pakket van het bevolkingsonderzoek. Zou die basis er wel zijn, dan hadden we nu wellicht meer vormen van preventief onderzoek in het bevolkingsonderzoek gehad, maar die is er niet. De staatssecretaris en zijn voorgangers hebben juist altijd gezegd: bijvoorbeeld zo'n totalbodyscan kost verschrikkelijk veel geld voor degene die erin gaat liggen, maar levert ons als samenleving geen gezondheidswinst op. Ook de Gezondheidsraad zegt: al dit type onderzoeken levert de samenleving geen gezondheidswinst op. De VVD zit altijd zo op de kosten, maar hoe kan er dan met deze liberalisering zo veel medicalisering van gezonde mensen gaan gebeuren?

De heer Van Campen (VVD):

Het zal de heer Hijink niet verbazen dat mijn liberale hart wel een sprongetje maakte bij de passages die gingen over de keuzevrijheid van mensen en over mensen de kans en de gelegenheid geven om zelf deel te nemen aan preventief gezondheidsonderzoek. Mensen maken daar hun eigen afweging in. Techniek en wetenschap bieden mensen de mogelijkheden om gebruik te maken van preventief gezondheidsonderzoek. Dat is er in vele soorten en maten, hebben we kunnen lezen in het voorstel van de regering. Dan moeten mensen ook wel van die mogelijkheden gebruik kunnen maken. Ik vind daarbij wel — dat wil ik de heer Hijink toch ook zeggen — dat de zorg voor iedereen toegankelijk moet zijn. Die is toegankelijk. Iedereen kan terecht bij de huisarts met klachten en zorgen, waarbij een gesprek en mogelijk doorverwijzing en behandeling plaatsvinden. Die beschikbaarheid en bereikbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel zijn een groot goed.

De voorzitter:

De heer Hijink, afrondend.

De heer Hijink (SP):

Ja, afrondend. De VVD gaat voorbij aan de effecten van commercieel preventief gezondheidsonderzoek. Dat is niet iets wat op zichzelf staat, want dat heeft effect. Als iemand door de scan is geweest en voor vervolgonderzoek, als er weinig aan de hand is, de reguliere zorg ingaat, wat vaak het geval is, dan heeft dat effect op de ziekenhuizen en de huisartsen. Huisartsen geven dat zelf ook aan; er komen bij ons mensen binnen die in het buitenland of elders een onderzoek hebben gedaan en die belasten dus de zorg terwijl andere mensen die veel meer baat zouden hebben bij preventie niet geholpen kunnen worden. Dat vind ik de grote spagaat waar ook de VVD bij deze wet in zit: aan de ene kant altijd erop hameren dat zorg altijd effectief en voor iedereen toegankelijk moet zijn en aan de andere kant enthousiast worden over een wet die dus heel veel ruimte gaat geven aan onzinnige zorg. Dat kan ik, ook vanuit de redenering van de VVD, gewoon niet verklaren.

De heer Van Campen (VVD):

Laat ik er twee dingen over zeggen. Je kunt ook redeneren, zoals de regering doet — ik ben een optimistisch mens dus ik zou die redenering graag willen volgen — dat je met deze preventieve gezondheidsonderzoeken ook veel zwaardere zorg verderop in de tweede lijn zou kunnen voorkomen, omdat je er vroegtijdig bij bent en je daardoor veel sneller kunt behandelen en je ziektes in de kiem smooit. Laat ik dan een handreiking doen in de richting van de heer Hijink, wat ik volgens mij overigens al heb gedaan. Hij heeft een mooi amendement ingediend dat vraagt om een evaluatie. Dat steun ik van harte. Laten we de staatssecretaris vragen of hij dit punt, waar de heer Hijink zich zorgen over maakt, ook meeneemt. En dan gaan we bespreken of de effecten inderdaad zo zijn als de heer Hijink ze schetst of dat we inderdaad zien dat veel zwaardere zorg verderop in de keten kan worden voorkomen omdat we er met elkaar op tijd bij zijn.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Er op tijd bij zijn, maar wel voor de mensen die het kunnen betalen, want daar gaat mijn vraag over. Zelfs als je de die positieve bril van de heer Van Campen opzet, dan is het toch aannemelijk dat vooral mensen die het kunnen betalen, meer gebruik gaan maken van deze preventieve gezondheidsonderzoeken en dat zij dus daardoor vaker worden doorverwezen naar zorg die door ons allemaal, dus collectief wordt betaald. Ziet de heer Van Campen met ons dat dit best weleens de kloof tussen rijk en arm kan vergroten, ook als het gaat om gezondheidswinst?

De heer Van Campen (VVD):

Ik zou het oprecht heel onwenselijk vinden als we in een land komen te leven waarbij de dikte van je portemonnee bepaalt of je wel of niet in aanmerking kan komen voor zorg. Dat ben ik met mevrouw Westerveld eens. Ik denk overigens dat we een zorgstelsel in Nederland hebben waar dit niet het geval is. We hebben de huisarts. We hebben in de buurt ondersteuning waar mensen heel dichtbij kunnen spreken over zorg die ze nodig hebben. Ik vind die toegan-

kelijkheid belangrijk. Ik wil ook iedere stap zetten met mevrouw Westerveld die bijdraagt aan het beter toegankelijk maken, zoals ten aanzien van voorlichting van mensen dat ze bij klachten toch een stap moeten zetten. Ik denk dat we met de grote bevolkingsonderzoeken, mits mensen daaraan deelnemen — ik zal daar straks nog iets over zeggen — een heel belangrijke troef hebben. Maar ik vind niet dat omdat bepaalde mensen het geld er niet voor hebben, dit moet betekenen dat mensen die misschien wel hebben gespaard of hard hebben gewerkt om toch zo'n gezondheidscheck te kunnen laten doen, die mogelijkheid wordt onthouden. Nee, de toegankelijkheid van zorg mag nooit leiden tot sociaal-economische ongelijkheid, maar laten we alsjeblieft niet de mensen de kansen die de innovatie van de zorg biedt, ontzeggen. Dat zou ik jammer vinden.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ik snap dat punt wel, maar we weten dat de reguliere zorg onder druk staat. Mede door de coronacrisis staan er nu duizenden mensen op wachtlijsten die hulp nodig hebben en die nu langer moeten wachten, terwijl artsen zeggen dat zij behandeling nodig hebben. Dan is er natuurlijk wel een kans dat door dit wetsvoorstel, dat inderdaad de deuren wijd opent voor aanbieders, wat misschien ten koste gaat van kwaliteit — daar stelde ik in mijn bijdrage ook een paar vragen over — mensen die gespaard hebben en het geld hebben om zo'n preventief gezondheidsonderzoek te doen, worden doorverwezen waardoor wel die kloof tussen rijk en arm ontstaat. Dat is overigens een kloof die we al kennen. We weten dat mensen die minder geld hebben, over het algemeen minder bewegen en minder gezond eten en dat dit dus alles met de portemonnee te maken heeft. Ik snap het punt van de heer Van Campen wel, maar zou het niet kunnen dat dit wetsvoorstel toch onbedoeld die kloof verder vergroot? Dat zou ik hem willen vragen.

De heer Van Campen (VVD):

Ik geloof dat niet, omdat ik geloof dat we een heel toegankelijk zorgstelsel hebben, waarbij iedereen die zich zorgen maakt of klachten heeft terecht kan bij de arts en daarmee in aanmerking komt voor de zorg die hij nodig heeft. We hebben grote bevolkingsonderzoeken in dit land, waar iedereen gratis aan kan meedoen en waar ik trots op ben. Dus ik zou het onwenselijk vinden als die kloof daardoor wordt vergroot, zoals mevrouw Westerveld vreest, maar ik denk dat dat in Nederland, met het beste zorgstelsel ter wereld dat we hebben, niet het geval zal zijn.

Mevrouw Kuik (CDA):

Hierop volgend: je voelt toch aan alles dat dit de kloof wel gaat vergroten. Want voor wie zijn de kansen om die preventieve onderzoeken te doen? Dat zijn mensen die daar het geld voor hebben, niet de mensen die daar geen geld voor hebben. We zien nu al dat heel duidelijk wordt aangegeven dat de gezondheidsverschillen uitvergroot worden. Dit is toch de mogelijkheid om die kloof te vergroten? Kan de heer Van Campen me uitleggen hoe die kloof overbrugd wordt met dit voorstel?

De heer Van Campen (VVD):

Volgens mij is dit wetsvoorstel niet bedoeld om sociaal-economische kloven te overbruggen; volgens mij is dit

wetsvoorstel bedoeld om zoveel mogelijk gebruik te maken van de innovatie en de kansen die techniek in de zorg biedt, maar er wel voor te zorgen dat dat op een ordentelijke, nette manier gebeurt zodat mensen erop kunnen vertrouwen dat dat op een kwalitatief goede manier gebeurt. Dat vind ik belangrijk. Daar is goed en streng toezicht voor nodig en daarom kan ik mij vinden in de gedachte van dit wetsvoorstel. Maar als je kijkt naar de onderliggende argumentatie van de regering op basis waarvan zij tot die drie categorieën komt — een RIVM-quickscan uit 2016 — dan zie je een hele lijst van verschillende vormen van preventief gezondheidsonderzoek waar dit onder valt. Het gaat bijvoorbeeld ook over fitheidstesten in sportverenigingen. Nou ja, ik had daar zelf nog niet aan gedacht, maar ik ben toch wel blij dat de regering erover nadenkt dat daar een ordentelijk wettelijk kader onder ligt en dat daar geen misbruik van kan worden gemaakt. Dus ja, je hebt inderdaad van die peperdure scans waar mensen voor kunnen kiezen om er gebruik van te maken. Ik weet niet of ik dat zelf zou doen, ik denk van niet, maar ik vind het wel belangrijk dat als ze beschikbaar zijn, als de techniek die kansen biedt, er nette regelgeving onder ligt en dat mensen die daar wél geld aan willen uitgeven, of ze daar nou heel lang voor hebben moeten sparen of dat geld misschien direct beschikbaar hebben, erop kunnen vertrouwen dat dat op een nette en goede wijze gebeurt. Dat regelt dit wetsvoorstel volgens mij.

Mevrouw Kuik (CDA):

Natuurlijk is het heel goed dat we regels daaromtrent hebben, maar met dit wetsvoorstel zorgen we ook wel dat commerciële aanbieders veel meer kansen krijgen om in de zorg winst te gaan maken. Dus er komt een prikkel om vooral reclame te maken voor die bodyscans: ga dat vooral doen. Iedereen wil gezond zijn. Wie gaan dat doen? Dat is het groepje mensen die daar het geld voor hebben. Dus die gaan daarna, als er wat uit komt, uiteraard ook naar de huisarts, maar er komen natuurlijk ook dingen uit die niet nodig zijn om te behandelen. Maar ik kan me voorstellen dat mensen zeggen: er komt wel iets uit; ik wil toch dat het behandeld wordt. Dus het zorgt voor extra zorgkosten in de reguliere zorg. Die betalen we weer met z'n allen, dus ook de mensen die er geen geld voor hadden om die preventieve onderzoeken te doen. Dus de premies en de zorgkosten gaan daardoor wel omhoog. Dus die commerciële markt kruipt onze reguliere zorg binnen. Ziet de heer Van Campen dat niet ook als een risico, dat de zorgkosten gigantisch gaan stijgen en dat de solidariteit van het zorgstelsel onder druk komt te staan?

De heer Van Campen (VVD):

Ik denk toch dat het ook inherent is aan de tijd waarin we over zo ongelofelijk veel informatie kunnen beschikken. Ik weet niet hoe het met mevrouw Kuik zit, maar als ik eens last heb van mijn rug, dan duik ik het internet op en kijk ik eens even welke richting het op kan gaan. Ik denk dat heel veel Nederlanders en heel veel mensen dat doen. En ja, ik zal niet ontkennen dat ik daarbij ook weleens een belletje naar de huisarts heb gedaan om te vragen: joh, is het handig dat ik langskom? Maar ik denk dat het beter is dat we gewoon een net, goed wettelijk framework hebben waarin toegezien kan worden op kwaliteit, op het aanbieden van die testen die zo beschikbaar zijn. Ik denk dat het niet onmogelijk is om die testen te weren; dan gaan mensen dat misschien over de grens doen. Als er inderdaad uitkom-

sten zijn waarbij er sprake is van klachten en er behoefte is aan vervolgonderzoek, moeten mensen de weg kunnen vinden om die klachten een naam te geven of — zoals het wetsvoorstel terecht stelt — gerustgesteld worden zodat ze de gang naar de huisarts niet meer hoeven te maken. Daarmee zouden we natuurlijk ook de druk op de reguliere zorgketen kunnen verminderen. Dat kan dus ook nog een effect zijn van de preventieve gezondheidstest.

De voorzitter:

Mevrouw Kuik, afrondend.

Mevrouw Kuik (CDA):

Volgens mij gaan we niet helemaal op één lijn komen, maar ik kom nog even terug op het punt van de zorgkosten van ons stelsel. Het risico is dat die gigantisch omhooggaan. Daarvan draagt iedereen de gevolgen, dus niet alleen de dames en heren die de bodyscans kunnen betalen, maar eenieder.

De heer Van Campen (VVD):

Ja.

Mevrouw Kuik (CDA):

Ziet de heer Van Campen dat? En ziet hij dat als een probleem?

De heer Van Campen (VVD):

De regering staat daar ook bij stil in de memorie van toelichting, ook in antwoord op vragen van mevrouw Kuik in de nota naar aanleiding van het verslag. Er is onderzoek voorhanden dat stelt dat dit niet wordt herkend in huisartsenpraktijken en dat preventieve gezondheidstesten vaak een goede basis zijn voor patiënten om de juiste afweging te maken. Als dat dan niet het geval is en mensen gaan toch naar de huisarts, is de huisarts heel wel in staat om de uitkomsten van die onderzoeken te duiden. Als mevrouw Kuik daar ander onderzoek tegenoverstelt dat dat weer ontkracht, dan ben ik er uiteraard zeer ontvankelijk voor om daar kennis van nemen.

Voorzitter, tot slot. Ik noemde het getal van die ruim 4,3 miljoen uitnodigingen voor het bevolkingsonderzoek naar borst-, baarmoederhals- en darmkanker al even. Jaarlijks leidt dat tot 31.400 diagnoses bij mensen bij wie door een van deze onderzoeken kanker wordt gevonden. Maar van die ruim 4,3 miljoen uitgenodigden deden er slechts 2 miljoen mee aan de onderzoeken. Dat is slechts 47%. We horen echt heel graag van het kabinet hoe er nog meer aan kan worden gedaan om nog meer deelnemers naar de bevolkingsonderzoeken te laten gaan, dus om de deelname drastisch omhoog te brengen om zo iedereen een tijdige diagnose en een voorspoedige behandeling te kunnen bieden. We zien uit naar de reactie van de staatssecretaris.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan wij luisteren naar de heer Hijink, die zal spreken namens de SP.



De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. Dank voor boek en brochure over gezondheidschecks. Dat is niet helemaal goed Nederlands, maar daar kan ik niks aan doen, want het is een citaat. Ik zal dadelijk ook vertellen van wie dit citaat is. "Dank voor boek en brochure over gezondheidschecks. Veel mensen checken hun gezondheid weleens buiten het reguliere medische circuit. Hiermee weten zij beter waarop ze dan moeten letten. Het advies dat ik overal onthoud, is: ga gewoon naar de huisarts als u iets vreest." Dit zijn natuurlijk historische woorden om mijn inbreng in het debat vandaag te beginnen, want het waren de woorden van de staatssecretaris zelf, een jaar of drie geleden, toen hij een boek in ontvangst nam van een club waarvan ik de naam niet meer weet over gezondheidsonderzoeken. Ik denk dat de staatssecretaris met deze reactie de spijker op de kop heeft geslagen, want wie zich zorgen maakt over zijn gezondheid of wie klachten of pijn heeft, doet er goed aan om naar de huisarts te gaan.

Voorzitter. De wet die wij vandaag bespreken heeft een hele lange voorgeschiedenis. Deze is al in 2006 door VVD-minister Schippers voorbereid. Op zichzelf, zo zeg ik ook tegen de collega's, is dat al een reden op zich om je zorgen te maken en de alarmbellen te laten rinkelen. We weten immers welke wind er destijds waaide op het ministerie en deels nog steeds waait op het ministerie. Dat is: meer ruimte scheppen voor commercie en meer ruimte om geld te verdienen aan de zorg en aan de ziekte van mensen. Minister Schippers was ook heel duidelijk over het doel van de wet die op dit moment voorligt. Ik citeer haar: "Door de vergunningplicht te beperken wordt de markttoegang voor andere health checks" — ze spreekt van health checks, extra hip — "verruimd. Dit verlaagt de drempel voor het aanbieden van deze health checks." Dus dat was het doel. Bij het opstellen van deze wet was het scheppen van meer ruimte voor vaak commercieel onderzoek heel belangrijk. Dat was bijvoorbeeld veel belangrijker dan het wegen van de maatschappelijke gevolgen en het nut van deze onderzoeken. Voor de SP is dat heel frappant. Er is namelijk geen onderzoek waaruit blijkt dat pretscans en onzincontroles bijdragen aan een betere collectieve gezondheid in ons land.

En het is uiteraard zo: in uitzonderlijke gevallen kun je wat vinden of passen mensen hun levensstijl aan. Maar van de voorstanders van dit soort commerciële gezondheidsonderzoeken horen we eigenlijk zelden iets over de risico's van commercieel onderzoek, bijvoorbeeld overdiagnose en gemiste diagnoses. Meneer Van Campen zegt net: mensen zijn gerust nadat ze een onderzoek hebben gedaan. Het omgekeerde is ook zo: je komt gerust uit een onderzoek, maar het zegt niks over wat er volgende week met jou gebeurt, het zegt niks over jouw levensstijl. Mensen met een slechte levensstijl die zich door de scan laten halen en dan gerustgesteld worden, denken dat ze hun slechte levensstijl kunnen voortzetten, want de scan was toch gunstig? Het is dus niet zo zwart-wit. Er is ook een risico op overbehandeling en op schijnzekerheid.

Voorzitter. De SP staat bekend als heel groot voorstander van preventie, maar wij zien dat er heel veel betere manieren zijn om dit te stimuleren dan het toestaan van onnodige preventieve scans voor mensen met veel geld. Investeer bijvoorbeeld in meer huisartsen, zodat die meer tijd hebben om hun preventietaken op zich te nemen. Geef iedereen de

mogelijkheid om gratis naar de tandarts te gaan. Dat is nou nog eens een preventieve maatregel om heel veel zorgkosten op de lange termijn te besparen en mensen gezonder te houden. Dat zijn maatregelen die zoden aan de dijk zetten als het gaat om preventie.

Bevolkingsonderzoek hoort wat de SP betreft ook in dat rijtje thuis. Niet voor niks hebben wij groot bezwaar gemaakt tegen het inperken van de screening op borstkanker. In plaats van iedere twee jaar kunnen vrouwen van boven de 50 nog maar eens in de drie jaar meedoen aan het bevolkingsonderzoek. Als gevolg daarvan zullen meer vrouwen overlijden aan borstkanker. Dat is een hele heftige conclusie. Ik weet dat de staatssecretaris die conclusie deelt, maar wij zouden veel liever zien dat wij investeren in die effectieve vormen van bevolkingsonderzoek in plaats van in flauwekul. Waarom is dit bevolkingsonderzoek effectief? Omdat één op de zeven vrouwen getroffen wordt door borstkanker. En dan heb je het dus over een belangrijk gezondheidsprobleem. Het is een ziekte die behandeld moet worden en waarbij ook nog eens de voordelen van screening heel duidelijk opwegen tegen de mogelijke nadelen ervan.

Bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker wordt met andere woorden aangesloten bij de criteria van Wilson en Jungner en de aanvullende criteria van de Wereldgezondheidsorganisatie. Bij die criteria gaat het om de ernst van de ziekte, de betrouwbaarheid van onderzoeksmiddelen en de wetenschappelijke onderbouwing van het onderzoek dat wordt gedaan. Wat ons opvalt, is dat de regering ervoor lijkt te kiezen dat deze criteria wel belangrijk zijn, maar er eigenlijk niet zo toe doen als het gaat om onderzoek dat mensen zelf betalen.

Geef dus vooral €150 uit aan een DNA-analyse van je speeksel. We wensen je succes met de uitslag. Laat u gerust voor €1.000 scannen in een commercieel centrum. Dan pakt de reguliere zorg het vervolgonderzoek wel op. Maar zo werkt het niet. Het is niet zo dat gezondheidsonderzoek op de vrije markt geen bijeffecten heeft. Zowel de KNMG, de federatie van artsenverenigingen, als de Gezondheidsraad wijst erop dat een ruimer gebruik van preventief gezondheidsonderzoek kan leiden tot meer verwijzingen in de reguliere zorg en tot hogere kosten voor de samenleving en wachtlijsten voor alle patiënten die vormen van zorg nodig hebben. Of commerciële gezondheidsonderzoeken de gezondheid van mensen verbeteren, is vooralsnog niet bewezen. En zoals de Gezondheidsraad in 2015 al stelde: "baat het niet dan schaadt het niet" gaat in dit geval niet op, want er kleven wel degelijk nadelen aan de inzet van preventief onderzoek bij mensen die geen medische klachten hebben. Dat is precies de reden waarom wij als SP ons altijd hebben verzet tegen algemeen gebruik van de totalbodyscan. Die draagt namelijk bij aan de medicalisatie van in de basis gezonde mensen.

Natuurlijk, soms is het raak. Dat is ook logisch. Als je maar genoeg mensen door de scan trekt, dan vind je weleens wat. Bij Henny Huisman werd nierkanker gevonden in het onderzoek. En prompt werd hij een van de belangrijkste uithangborden van Prescan. Dat is hoe die dingen gaan. De uitzondering bevestigt hier de regel, maar levert voor bedrijven die geld willen verdienen, wel veel klanten op. Ik las een stuk van een radiotherapeut in het AMC. Hij zei het heel mooi: tegenover het succesverhaal van een man die dankzij Prescan nog leeft, hoor je nooit het verhaal van een

man die een iets verhoogde prostaatwaarde had en overleed aan de gevolgen van een infectie die hij opdeed bij het afnemen van vervolgonderzoek in het ziekenhuis. Dat is precies het punt. Van de prostaat is bekend dat een heel groot aantal afwijkingen die daar gevonden worden, nooit tot enige gezondheidseffecten gaan leiden. Is iedere vorm van preventief onderzoek daarmee onzinnig? Nee, uiteraard niet. Mensen die zich zorgen maken over hun gezondheid, klachten hebben of in hun familie bepaalde ziektes zien voorkomen, doen er goed aan om naar de huisarts of het ziekenhuis te gaan. Wat dat betreft sloeg de staatssecretaris drie jaar geleden precies de spijker op de kop: ga met zorgen of klachten naar de huisarts.

Voorzitter. Het valt de SP op dat dit kabinet de mond vol heeft van het besparen op onzinnige zorg. Ik had daarover net ook een debat met de heer Van Campen van de VVD. Maar dat idee wordt volledig losgelaten nu het gaat om het aanbieden en uitbreiden van het aanbod aan commercieel gezondheidsonderzoek. Deze wet gaat niet-bewezen medisch onderzoek onderbrengen in de Wet op het bevolkingsonderzoek. De wet krijgt een andere naam, maar het feit blijft dat het door elkaar gerommeld wordt. Daar waar in de ziekenhuizen alles op alles wordt gezet om onnodig onderzoek en onzinnige behandelingen te stoppen, wordt nu met deze wet de deur opengezet voor nieuwe groepen patiënten die in de ziekenhuizen niet op basis van concrete klachten, maar op basis van een commerciële test een beroep doen op extra zorg. Ik zou van de staatssecretaris willen vragen hoe hij zich redt uit deze spagaat van aan de ene kant jaar in, jaar uit praten over zinnige zorg en aan de andere kant hier de ruimte uitbreiden voor onzinnige zorg. Waarom legitimeert de staatssecretaris onbewezen preventief medisch onderzoek, terwijl het kabinet op alle fronten juist zegt medicalisering tegen te willen gaan?

Vanuit huisartsen en artsen in de tweede lijn komen, anders dan het kabinet beweert, wel degelijk geluiden van mensen die zich na een gezondheidsonderzoek melden voor een aanvullend onderzoek. De staatssecretaris lijkt dat zelf ook te erkennen wanneer hij in de memorie van toelichting zegt dat de rol van de huisarts als poortwachter best wel goed wordt opgepakt. Ja, dat zal best eens zo kunnen zijn. Iemand komt met een uitslag bij de huisarts en de huisarts zegt dan dat die persoon een flauwekulonderzoek heeft gedaan of misschien wel iets heeft. Dat is de rol van poortwachter. Maar de vraag is: willen wij dat een overbelaste huisarts — de huisartsen zijn overbelast — deze taak er nog bij krijgt? Willen wij de druk op huisartsen nog verder vergroten, terwijl we juist willen dat ze meer aandacht kunnen hebben voor preventie voor de patiënten die ze nu niet zien? Is de huisarts de poortwachter tussen preventief onderzoek en de reguliere gezondheidszorg, ook als het gaat om commercieel onderzoek? Wij hebben daar hele grote bezwaren tegen. Wij vinden dat die huisarts gewoon zijn werk moet kunnen doen. Hier dreigt ook verdringing, waar de samenleving als geheel last van heeft. Huisartsen zijn meer bezig met mensen die eigenlijk geen onderzoek nodig hadden, in plaats van hun tijd te besteden aan anderen.

De risico's en de extra kosten van het aanvullende onderzoek en de extra druk op de zorg mogen, wat de SP betreft, niet gebagatelliseerd worden. Hoe zorgt het kabinet dat huisartsen en artsen in de tweede lijn de middelen krijgen om deze potentiële nieuwe groep mensen op te vangen? Hoe gaat de staatssecretaris tweedeling voorkomen als mensen met een goed gevulde portemonnee via een

duurbetaald commercieel onderzoek een extra beroep gaan doen op de reguliere zorg? Kan hij ook reageren op de uitspraken van minister Schippers van vijf jaar geleden? Zij zei: een toename in het gebruik van health checks kan leiden tot medicalisering en beslaglegging op de capaciteit van de zorg en het kan gevolgen hebben voor de kosten van de zorg. Het is dus een reëel risico, waar ook mevrouw Schippers van de VVD zich destijds al zorgen over maakte. Dan rijst natuurlijk wel de vraag: waarom zouden we er überhaupt aan beginnen?

Voorzitter. Met de indeling zoals de staatssecretaris wil, wordt preventie in toenemende mate vrijgegeven aan de markt en de commercie. Hiermee gaan we opnieuw een brug over. Nu krijgen commerciële partijen meer ruimte om aan preventie te verdienen. De huisarts moet zich in het kader van zinnige en zuinige zorg de blaren op de tong praten om mensen duidelijk te maken dat een scan of bloedonderzoek feitelijk geen zin heeft, maar aan de andere kant worden zij ingehaald door patiënten die zo'n test voor veel geld al hebben laten doen. Ik kan mij niet voorstellen dat deze staatssecretaris dit vanuit zijn achtergrond daadwerkelijk een goed idee vind. Dat is misschien een meer persoonlijke noot. Zo kennen wij hem namelijk niet. Ik kan mij voorstellen dat dit misschien vijf jaar geleden door de VVD is bedacht, zeker luisterend naar het betoog van daarnet, maar dat het door deze bewindspersoon ook naar voren wordt geschoven, daar kan ik mij een stuk minder bij voorstellen.

Voorzitter. De regering wil de verschillende vormen van preventief onderzoek onderbrengen in drie categorieën. In de eerste categorie is feitelijk alles toegestaan zolang er geen medische risico's zijn. In de tweede categorie gaan beroepsnormen, een vorm van zelfregulering, gelden als er wel een medisch risico is. In de derde categorie geldt een vergunningplicht voor bevolkingsonderzoeken waarbij ernstige ziektes kunnen worden vastgesteld. Het is de SP niet duidelijk hoe de regering met deze indeling precies wil omgaan. Hoe wordt omgegaan met gezondheidsonderzoeken die eigenlijk dwars door die drie categorieën heen lopen? Zou een totalbodyscan niet per definitie vergunningplichtig moeten zijn, omdat de mogelijkheid bestaat dat ernstige en mogelijk onbehandelbare ziektes worden aangetroffen? Ik hoor graag hoe de staatssecretaris hierover denkt. De staatssecretaris denkt dat met zelfregulering een totalbodyscan wel in de tweede categorie kan worden ingedeeld, zo las ik in antwoord op de vragen die we over de wet hebben gesteld, volgens mij vragen van het CDA. Ik vraag mij af waarom de staatssecretaris hiervoor kiest. Wij overwegen om een amendement op dit punt in te dienen, maar we moeten nog even kijken hoe we dat technisch doen. Dit was in de consultatieversie van deze wet eigenlijk beter geregeld. Daarin gold het ook voor vormen van onderzoek waarbij ernstige afwijkingen kunnen worden gevonden en ernstige ziekten kunnen worden aangetroffen. Als je iemand helemaal door de scan trekt, is dat in mijn ogen per definitie zo. Wij zouden zeggen: zorg ervoor dat die vormen van onderzoek vergunningplichtig blijven, ook omdat je alle waarborgen op het gebied van kwaliteit wilt behouden.

Voorzitter. Wij hebben inmiddels genoeg voorbeelden gezien van zelfregulering en waar dat toe kan leiden, hoe commerciële belangen zwaarder gaan wegen dan de medische belangen en de belangen van de samenleving. Ik vind ook dat het kabinet veel te hoge verwachtingen heeft

van de professionele richtlijnen die bedrijven en sectoren zullen ontwikkelen om aan de vergunningplicht te ontkomen. We hebben hierover mede grote zorgen omdat de KNMG, de federatie van beroepsverenigingen van artsen, zich heeft teruggetrokken uit de richtlijn preventief medisch onderzoek. Uit onderzoek van de KNMG bleek namelijk dat commerciële aanbieders van bevolkingsonderzoek te weinig evenwichtige informatie geven over nut, noodzaak en risico's van het onderzoek dat mensen doen. Hoe reageert de staatssecretaris op het zich terugtrekken van de KNMG uit deze richtlijn? Is dit voor ons niet een grote waarschuwing dat we grote risico's lopen als we de vergunning loslaten en het aan zelfregulering overlaten? De sector maakt een richtlijn en wil uiteraard geld verdienen. Het is groten-deels commercieel onderzoek, dus als jij wilt werken zonder vergunning, zorg je dat je een richtlijn hebt waaraan jij je al dan niet gaat houden. Maar dat heeft met de kwaliteit niet zo heel veel van doen.

Voorzitter. Wie bepaalt nu de waarde en het belang van de richtlijn? Hoe reageert de staatssecretaris op de opmerkingen van de KNMG dat het RIVM nu verantwoordelijk lijkt te worden voor de informatievoorziening rondom preventief onderzoek in plaats van de aanbieders zelf? Mensen moeten zich maar wenden tot het RIVM als ze willen weten welk gezondheidsonderzoek voor hen van belang kan zijn.

Voorzitter. Dan het schrappen van de vergunningplicht. Met dit wetsvoorstel wordt de vergunningplicht voor verschillende vormen van preventief onderzoek geschrapt, waaronder het preventief onderzoek naar kanker. We hebben het daar net over gehad en wij vinden dat onverstandig. Wij vinden dat geen goede ontwikkeling omdat bij screening voorkomen moet worden dat belangen of de gezondheid van individuele burgers of de samenleving geschaad worden. Waarom een vergunning belangrijk is, heeft de staatssecretaris eigenlijk zelf al benoemd, ook in de beantwoording van de vragen die zijn gesteld, want hij schrijft over de huidige situatie: "Als er al een andere aanvraag is, dan wordt deze in het algemeen afgewezen, omdat niet voldaan kan worden aan de criteria van wetenschappelijke deugdelijkheid en positieve nut/risicoverhouding." Dus waarom hebben wij niet meer vergunningplichtige onderzoeken dan we nu hebben? Omdat die, zo zegt de staatssecretaris zelf, de toets der kritiek niet kunnen weerstaan, namelijk de toets of ze wel wetenschappelijk deugdelijk zijn en of de nut-risicoverhouding wel op orde is. Het voorstel dat de staatssecretaris nu doorvoert, zal juist leiden tot meer aanbod van onderzoek dat die toets van wetenschappelijke deugdelijkheid en een positieve nut-risicoverhouding niet kan doorstaan, en dat is een slechte zaak. De SP ziet ook het bezwaar niet om de vergunningplicht te handhaven voor preventief onderzoek naar kanker. Ik zou de staatssecretaris willen vragen wat nou precies het probleem is. En waarom is het een probleem dat de Gezondheidsraad blijft adviseren over nut en noodzaak van nieuwe vormen van preventief onderzoek?

De staatssecretaris verandert ook de aanvraag van de vergunning, als ik het goed gelezen heb. Aanbieders hoeven niet langer aan te tonen dat het preventief gezondheidsonderzoek op collectief niveau gezondheidswinst brengt. Dreigt hiermee, is onze vraag, niet een verslechtering van de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek om meer commercieel, individueel onderzoek mogelijk te maken? Voorzitter, ik ben bijna aan het eind, dus ik zal een beetje opschieten. Ik ben al door de tijd heen, zie ik.

De grote vraag is natuurlijk of dit wetsvoorstel uiteindelijk een verbetering of een verslechtering is. De staatssecretaris stelt dat er met het invoeren van beroepsrichtlijnen en zelfregulering meer kwaliteit geleverd gaat worden. De SP ziet het omgekeerde, namelijk dat eisen en een vergunning voor zorgvuldig onderzoek ingeruild worden voor meer commerciële onzinonderzoeken die geen bijdrage leveren aan de volksgezondheid.

Mijn vraag is: hoe wordt dit straks in de gaten gehouden? We hebben inderdaad een amendement klaarliggen voor een evaluatie. Mocht de wet het onverhoopt halen, dan vinden wij het heel belangrijk dat de effecten ervan in de gaten worden gehouden. Uiteraard hoop ik dat de wet het niet gaat halen. Ik zie daar ook nog wel kansen voor, dus ik hoop dat we daar ons best nog voor kunnen doen vandaag, maar als het al door zou gaan, hoop ik dat we het heel kritisch gaan volgen.

Dan is het natuurlijk ook nog de vraag waarom de staatssecretaris ervoor kiest om de nieuwe eisen en mogelijkheden voor individueel onderzoek onder te brengen in een wet die over bevolkingsonderzoek gaat. Had de staatssecretaris niet beter een aparte wet kunnen maken over individueel preventief gezondheidsonderzoek, in plaats van de Wet op het bevolkingsonderzoek feitelijk af te schaffen? Want dat is wat er gebeurt. De Gezondheidsraad was ook glashelder: wetenschappelijk gezien zijn de voordelen niet aan te tonen. Van het bevolkingsonderzoek dat we op dit moment doen, zijn die voordelen er wel.

Onderzoek laat ook zien dat er op bevolkingsniveau geen gezondheidswinst te verwachten is, in de zin van verminderde sterfte of verminderde ziekte. Dat neemt niet weg dat er natuurlijk situaties zullen zijn waarbij ook in een duurbetaald commercieel onderzoek een ernstige ziekte wordt gevonden. Dat kan. Maar als een dergelijk onderzoek niet voldoet aan wetenschappelijke standaarden, en aan een goede verhouding tussen nut en risico's, dan hoort zo'n onderzoek in onze opvatting niet thuis in de Wet op het bevolkingsonderzoek.

Tot slot, voorzitter. De SP is van mening dat deze wet de deur openzet voor meer commerciële vormen van gezondheidsonderzoeken. Meer handel en schijnzekerheid dreigen daarmee gelegitimeerd te worden omdat ze een plek krijgen in de wet. Bij preventief gezondheidsonderzoek mogen commerciële belangen nooit zwaarder wegen dan de belangen van de patiënt en de samenleving. Daarom blijven wij voorstander van de vergunningplicht en van meer en gerichte preventie om ziekte te voorkomen, want voorkomen is uiteindelijk beter dan genezen maar wel zorgvuldig en niet commercieel.

Dank, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Kuiken namens de Partij van de Arbeid. De reden dat ik de heer Hijink uit liet spreken is dat dit een wetsbehandeling betreft. Dan kan en wil ik uw spreektijd niet beperken. Tegelijkertijd hebben we wel een drukke agenda verder vandaag. Er staan meer debatten op de agenda. De richttijd om dit debat af te sluiten is 14.15 uur. Dat gezegd hebbende geef ik het woord aan mevrouw Kuiken.

□

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Het voelt toch wel weer een beetje als een maidenspeech. Ik ben hier vandaag voor het eerst. Ik moest zelfs even zoeken. Mijn opa was boerenknecht. Ik weet niet precies of hij deze achterwand per se heel mooi had gevonden, maar dat hoeft ook niet. Kunst mag inspireren en irriteren. Het mag iets uitlokken. Je kunt in een debat symbolisch met modder gooien, of: wie zonder zonde is, gooi de eerste kluit. Maar ik moest vandaag vooral heel erg denken aan aarden, letterlijk aarden en zorgen dat je goed voor jezelf zorgt, dat je dicht bij jezelf blijft. Dat is in het kader van gezondheid ontzettend belangrijk. Daarom zou ik voormalig minister Van Ark vanaf deze plek van harte gezondheid willen wensen.

Voorzitter. Goed voor jezelf zorgen heeft natuurlijk alles te maken met preventief onderzoek. Bevolkingsonderzoeken in welke vorm dan ook moeten bijdragen aan het gezond houden van mensen, ziektelasten beperken en het risico op overlijden zo veel mogelijk verminderen. Op basis daarvan doen wij een dappere poging om dit wetsvoorstel goed te beoordelen. Ik kan mij grotendeels aansluiten bij veel vragen die zijn gesteld. Ze laten een beetje het dilemma zien. We dienen allemaal het doel van goed preventief bevolkingsonderzoek, maar hoe voorkom je dat dat leidt tot ongelofelijk veel onrust en doorverwijzingen naar zorg die helemaal niet nodig is, overbehandelingen? Hoe zorgen we ervoor dat er geen tweedeling ontstaat tussen mensen die onderzoeken kunnen betalen en degenen die dat niet kunnen? Hoe zorgen we ervoor dat het van voldoende kwaliteit blijft? Ik denk dat meerdere sprekers hierover vandaag heel terechte zorgen hebben geuit.

Voorzitter. Eerst maar even over het doel en de kwaliteit. Als je meer ruimte laat aan commerciële aanbieders, kan kwaliteit onder druk komen te staan, want dat betekent prijs versus belang en doel dat daarmee wordt gediend. Ik denk dat meerdere sprekers hierover terechte vragen hebben gesteld. Als ik alleen al het voorbeeld mag geven van een zelftest: vanmorgen heb ik nog even een Kruidvat-zelftest gedaan, omdat ik het belangrijk vind dat ik vandaag hier weer kan zitten. Ik heb geen klachten, maar ik ga er dan wel vanuit dat dat van voldoende kwaliteit is, maar eigenlijk weet ik dat niet en kan ik dat ook niet toetsen. Dat geldt voor heel veel zelftestvoorzieningen, die eigenlijk alleen maar groter worden. Kruidvat heeft meer van dit soort testen, maar dat geldt natuurlijk ook als je de markt meer opengooit voor commerciële aanbieders om scans en onderzoeken te mogen doen. Is er voldoende ruimte en zijn er voldoende garanties om die kwaliteit ook te toetsen? Heeft de inspectie daarvoor voldoende ruimte? Corona heeft laten zien dat een aantal testbureaus het niet zo nauw nam met hun zorgplicht en met hun privacyplicht, en dat een aantal dingen misging. Is er dan voldoende body en zijn er voldoende mensen en standaarden om daarop in te grijpen? Hoe zorg je ervoor dat prijs geen prikkel wordt om daar ongelofelijk veel aanbiedingen tegenaan te zetten? Dat zijn oprechte zorgen die ik heb. Niet voor niets zegt de heer Hijink, liever te kiezen voor veiligheid en goede kwaliteitsstandaarden, en veel meer in te willen zetten op die vergunningsplicht.

Voorzitter. Ook mevrouw Westerveld heeft nadrukkelijk vragen gesteld. Hebben we voldoende mensen bij de inspectie om dat waar te kunnen maken? Hebben we vol-

doende mensen in de eerste lijn, de poortwachters, de huisartsen, om eventuele doorverwijzingen op te kunnen vangen? Hoe zijn zaken als ander preventief onderzoek, zoals actieve hulp bij de bestrijding van obesitas, leefstijlpreventie, preventieontwikkeling in ziekenhuizen of eerste lijnszorg, waar ook daadwerkelijk geld tegenover staat in plaats van dat het meer oplevert om een behandeling te starten, met elkaar verenigd? Graag een reactie van de staatssecretaris.

Voorzitter. Over het bevolkingsonderzoek zelf heb ik ook nog wel een aantal vragen en opmerkingen. We hebben hierover zelf twee amendementen ingediend. Het ene gaat over nevenbevindingen, waarop verschillende sprekers al zijn ingegaan. Het lijkt me bijzonder beroerd dat, als ik een mammografie of een uitstrijkje onderga en men vindt iets anders, dit niet kan worden gemeld, terwijl er misschien wel ernstige gezondheidsrisico's zijn. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor vrouwen die implantaten hebben en daarmee een verhoogd risico lopen. Als daar dan nevenbevindingen zijn, bijvoorbeeld een lek, dan zou je toch willen dat dat gemeld wordt. Ik leg het nu kort uit, maar het amendement ligt er al een tijdje en is van mevrouw Ploumen; ik zal het om laten zetten naar mijn eigen naam. Het gaat erover om het melden van nevenbevindingen wel mogelijk te maken. Verschillende sprekers zijn daar vandaag al op ingegaan.

Het tweede amendement beoogt om het mogelijk te maken dat bij algemene maatregel van bestuur categorieën worden aangewezen waarvoor het bevolkingsonderzoek tevens wordt gebruikt als controlemoment. Dan denk ik ook weer specifiek aan vrouwen met borstimplantaten, omdat we nu weten dat de risico's behoorlijk zijn. Toezicht op niet-lekken is onontbeerlijk. Zou dat moment van screening ook niet hét moment zijn om een controle in te bouwen?

Voorzitter. Een tweede punt van zorg ...

De voorzitter:

Er is eerst nog een interruptie van de heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Ja, over dat amendement. Ik snap de bedoeling van de PvdA heel goed, maar ik vraag me af of hier niet twee trajecten door elkaar gaan lopen. Als er inderdaad sprake is van lekkage, dan hoop je dat dat zo snel mogelijk gevonden wordt. Maar is dat niet juist de verantwoordelijkheid van degene die die dingen geïmplant heeft? Hoe zeg je dat beter? Moet je dat afschuiven op preventief onderzoek of moet je de verantwoordelijkheid laten waar die hoort te liggen, namelijk bij degene die de operatie heeft gedaan? Als we dit zouden doen, dan ben ik er bang voor dat de drempel om troep in te brengen alleen maar omlaaggaat. Dan gebeurt dat misschien alleen nog maar makkelijker, omdat men denkt: mensen gaan wel naar de huisarts als er klachten zijn en met dit amendement op zak kunnen ze er bij het bevolkingsonderzoek nog uitgepikt worden. Verlegt dat de verantwoordelijkheid niet juist naar de verkeerde kant?

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Heel veel vrouwen hebben implantaten genomen zonder dat ze voldoende op de hoogte waren van de risico's. Niet elke vrouw doet dat uit een soort schoonheidsideaal. Er zijn

ook vrouwen die dat uit reconstructieoogpunt doen. Vooral in die gevallen vind ik het heel logisch dat je zo'n mammografie als controlemoment invoert, zeker bij de wat verouderde implantaten, waarvan de risico's toch navenant zijn.

De heer Hijink (SP):

Ja, maar het is niet gezegd dat een probleem daarmee eerder gevonden wordt. Moet de persoon die de operatie heeft gedaan dan niet de controle blijven doen? Het onderzoek naar borstkanker vindt eens in de drie jaar plaats. Het is niet gezegd dat er niks aan de hand is in de jaren daartussen. Het gaat natuurlijk over schijnzekerheid en over weten waar je aan toe bent. Als je implantaten hebt en je je daar zorgen over maakt, moet je dan wachten tot het bevolkingsonderzoek of wil je dan dat degene die jouw operatie heeft gedaan, degene die jouw medisch behandelaar is, zijn verantwoordelijkheid neemt en zorgt voor een controle, in welke periode of termijn dan ook?

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Een hele groep vrouwen heeft vanwege een kankerverleden reconstructies laten doen. Die hebben soms implantaten gekregen waarvan ze de risico's op dat moment niet kenden en waarover ze ook niet voldoende zijn geïnformeerd. Dat is gebeurd door de aanbieders waar u het nu over heeft. Ik wil juist voorkomen dat deze vrouwen onnodig schade oplopen. Ik zie dit als een moment om dat te kunnen doen. Er is een tijd geweest waarin het heel modern en hip was om er alles in te stoppen wat maar kon, maar ik geloof dat er zo langzamerhand een bewustwording aan het ontstaan is. Het is je eigen keuze als vrouw of man — er zijn ook mannen die het doen — maar je moet wel op de hoogte zijn van de risico's. Ik vind het dus wel een preventief en daarmee een algemeen belang, omdat de risico's gewoon navenant zijn. Overigens is er nog verder onderzoek nodig. Ook daartoe zou ik het kabinet willen oproepen. Er is geld nodig om specifiek onderzoek te doen naar de risico's van implantaten op borstkanker. Ook dat ontbreekt nog.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Het is altijd een afweging, maar deze afweging maak ik en daarom heb ik dit amendement ingediend.

Voorzitter. Ik heb nog twee andere vragen over het bevolkingsonderzoek. De heer Hijink maakte dat punt ook al. Mevrouw Westerveld en anderen zeiden dat waarschijnlijk ook. Je zou eigenlijk elke twee jaar een borstkankeronderzoek moeten doen. Vanwege de oplopende druk op de zorg en corona is dat opgelopen tot drie jaar. Ik vind dat niet geruststellend. Ik weet dat we nog niet alle vrouwen bereiken, maar de vrouwen die we wel bereiken en die willen meedoen aan zo'n onderzoek, zou ik die geruststelling willen geven. Als we dat al niet eens op orde hebben, wat is dan nog onze basis? Graag een reactie van de staatssecretaris.

Ik heb het al gehad over het onderzoek dat ik graag zou willen. Volgens mij ben ik nog één relevant punt vergeten, maar dat weet ik nu even niet meer, dus dat komt straks wel. Ik denk dat ik daarmee rond ben, voorzitter. Volgens

mij zijn er heel goede en terechte vragen gesteld, dus ik ga weer even aarden op mijn stoel en wachten op de antwoorden.

Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van der Laan, die zal spreken namens D66.



Mevrouw Van der Laan (D66):

Voorzitter, dank u wel. Ik zal in mijn verhaal ingaan op het verbod op nevenbevindingen, de gezondheidsverschillen, de kwaliteit van leven en de informatievoorziening.

Voorzitter. Iedereen in Nederland verdient de kans op een gezond leven en preventie kan daarbij helpen, want gezondheidsonderzoeken kunnen helpen om bepaalde keuzes te maken waardoor je gezondheid beter wordt. Zo kan een cholesteroltest je helpen om gezonder te gaan eten waardoor je minder kans hebt op een hartaanval of beroerte. Er komen steeds meer van deze preventieve gezondheidsonderzoeken in Nederland en daar willen mensen graag gebruik van maken. Dat blijkt maar weer. Wij vragen ons wel af hoe deze wet bijdraagt aan het verkleinen van de gezondheidsverschillen en hoe die de kansenongelijkheid tegen kan gaan. We kunnen ons voorstellen dat bepaalde commerciële gezondheidsonderzoeken simpelweg te duur zijn voor veel mensen. Als je zeshoog-achter woont, heb je het geld niet om een duur onderzoek te laten doen, of heb je überhaupt misschien geen ruimte in het hoofd om daaraan te denken. De een vindt dus makkelijker zijn weg naar de test dan de ander. Dan kan het dus zo zijn dat een selecte groep mensen, die dat dure onderzoek wel heeft laten uitvoeren, eerder in de reguliere zorg terecht komt, maar dat anderen die kans niet krijgen. Zo kunnen onrechtvaardige gezondheidsverschillen ontstaan. Hoe ziet de staatssecretaris dit? Is deze wet nou het instrument om gezondheidsverschillen te verkleinen? Ik zie het nog niet zo. Ik heb de discussie natuurlijk net ook gevolgd en ik ben daar heel gevoelig voor. Want als deze wet niet het instrument is om die verschillen te verkleinen, dan moeten we dat als Kamer ook uitspreken, ons dat realiseren en dat meenemen in onze besluitvorming.

Voorzitter. Dan ga ik in op de inhoud van de wet. Ik kan me vinden in de categorieën die de regering in de wet schetst. Mijn fractie vindt het goed dat er voor bepaalde preventieve gezondheidsonderzoeken een vergunningsplicht is. De discussie die mevrouw Westerveld net heeft aangedragen rondom de vergunningsplicht omtrent kanker is voor mij wel echt een breinbreker. Ik ken werkelijk waar niemand in mijn omgeving die er rustig onder blijft wanneer het bericht komt: u heeft kanker. Er is altijd verdriet en paniek. Ik bedoel met breinbreker dat ik er niet bij kan dat de regering voorstelt om het vergunningsvrij te laten zijn, terwijl het om zo'n verdrietig bericht gaat. Dat is dus een breinbreker voor mij. Ik wacht op de reactie.

Met een vergunningsplicht kan de kwaliteit worden getoetst en kunnen de effectiviteit en de veiligheid worden gewaarborgd. Het is dus wel belangrijk dat een vergunningsplicht niet wordt omzeild. In de basis moet een gezondheidson-

derzoek zo zijn ontworpen dat er echt alleen gekeken wordt naar de ziekte of risicofactor waar je ook daadwerkelijk naar op zoek bent. Maar het kan gebeuren dat je per toeval iets anders vindt, oftewel een nevenbevinding. Je was er niet naar op zoek, maar het is toch door de arts gezien. Dan snap ik best wel dat we niet via nevenbevindingen een vergunningsplicht willen omzeilen, dus dat we willen voorkomen dat mensen niet meer naar het borstkankeronderzoek van het RIVM gaan omdat ze elders al uitsluitel hebben gekregen. Maar het kabinet is wel van plan om in de wet vast te leggen dat het verboden is voor de hulpverlener om deze nevenbevinding door te geven aan de deelnemer van het onderzoek. We vragen ons echter sterk af of dit middel wel het juiste middel is. Daar wil ik graag drie dingen over aankaarten.

Als basis vindt D66 het essentieel dat de hulpverlener samen met de patiënt, de deelnemer, van tevoren afspraken maakt over het onderzoek, over hoe ermee om te gaan als er nevenbevindingen worden gevonden. Dat is al de praktijk. Artsen hebben al richtlijnen over hoe om te gaan met nevenbevindingen. Wij vinden toch dat met dit verbod de staatssecretaris wel heel erg op de spreekstoel van de arts gaat zitten. Het kan onterecht wantrouwen naar hulpverleners en de patiënt weerspiegelen. Patiëntenverenigingen geven mij aan dat dit verbod geen goed idee is en ook artsen hebben mij aangegeven dat zij hier geen voorstander van zijn. Dan vraag ik mij wel af voor wie dit wel een goed idee is. Dient dit middel proportioneel het doel om te voorkomen dat vergunningen worden omzeild? Zijn er voldoende alternatieven bekeken? Kan de staatssecretaris aangeven hoe vaak de vergunningsplicht zou worden omzeild middels nevenbevindingen? Kortom, hoe groot is dit probleem dat we willen tackelen met een verbod?

Dan het tweede punt. In de bepaling over deze nevenbevinding staat verder dat het verbod over ernstige onbehandelbare aandoeningen of risico-indicatoren gaat. Maar wanneer is iets nou onbehandelbaar? Denk aan een vorm van Alzheimer, dementie. Dat is verschrikkelijk. Het is ernstig en onbehandelbaar, maar het kan wel een constatering zijn dat het goed is om te weten dat je dat gaat krijgen. Bij zo'n ernstige ongeneeslijke ziekte wil je als patiënt nog steeds bepaalde keuzes maken om de kwaliteit van je leven te bevorderen. De kwaliteit van leven vinden we wel heel belangrijk, dus vraag ik de staatssecretaris: wat is nu onbehandelbaar? Wordt dat curatief bedoeld of is het zo bedoeld dat er helemaal geen behandelingen mogelijk zijn, ook geen palliatieve? Kortom, het wél weten kan in enkele gevallen meer opleveren dan het níet weten.

Het derde punt. In deze bepaling over nevenbevindingen staat ook dat de deelnemer toch geïnformeerd kan worden als de hulpverlener in gewetensnood komt. Dat is al eerder aan bod gekomen. Tegelijkertijd heeft het kabinet ook aangegeven dat er achteraf streng wordt gecontroleerd of de hulpverlening juist heeft gehandeld. Komt een arts bij de ontdekking van een ernstige onbehandelbare ziekte niet sowieso in gewetensnood? Voelen artsen zich wel voldoende vrij om te bepalen wanneer zij in gewetensnood verkeren, of wanneer zij moeten zwijgen? We stellen echt kritische vragen, omdat wij ons grote zorgen maken over het mogelijke verbod op het vertellen van deze nevenbevindingen. We hebben daarom ook een amendement ingediend waarmee we dit verbod willen schrappen en tegelijkertijd met een alternatief komen.

Voorzitter. Dan iets over de informatievoorziening waar deelnemers aan preventief gezondheidsonderzoek recht op hebben. Dit is de crux van preventief onderzoek, want om te bepalen of ik deel wil nemen aan een dergelijk onderzoek wil ik zo goed als mogelijk geïnformeerd zijn. Wat is eigenlijk het nut van het onderzoek? Ik wil graag weten welke lichamelijke of psychische risico's eraan zitten, maar ook of er alternatieven zijn. Ik wil weten hoe betrouwbaar het is. En wat gebeurt er als ik niets doe? Met al deze informatie kan ik, de patiënt, vervolgens een weloverwogen keuze maken om deel te nemen of juist niet. Volgens de staatssecretaris valt dit allemaal al onder bestaande wetgeving, de WGBO. Echter, dat is toch wel onvoldoende, vinden wij, want de Gezondheidsraad zei in 2015 al dat deze huidige wetgeving wel enige bescherming biedt, maar niet afdoende. De KNMG, de artsenfederatie, geeft in haar richtlijnevaluatie aan dat we in regelgeving moeten zorgen voor wet- en regelgeving om burgers te beschermen tegen risico's van preventief medisch onderzoek. Echter, we krijgen nu zelfs een categorie, categorie 1, waar straks helemaal geen kaders voor zijn, en daar zie ik toch echt wel een risico in voor de positie van de deelnemer. Marktpartijen zullen hun onderzoeken gaan verkopen, maar aan elk onderzoek kunnen risico's verbonden zijn. Daarnaast adviseerde in 2015 de Gezondheidsraad ook een nationale screeningscommissie voor deze categorie, maar hier is vervolgens niets mee gedaan. Nou, omdat ik me hier dus ook zorgen om maak, dien ik een amendement in om te zorgen dat er een haakje blijft om mensen beter in staat te stellen — informatievoorziening heeft ook met een gelijk speelveld te maken — om een weloverwogen keuze te maken.

Een van de doelen van deze wet is om onnodige vervolgcosten door deze gezondheidsonderzoeken te verminderen of te voorkomen. Maar of dit het geval is, en of het misschien erger wordt, is onvoldoende aangetoond. De staatssecretaris is voornemens om het Nivel-onderzoek periodiek te herhalen, maar hoe vaak is "periodiek" en wat wordt er dan meegenomen? Ik sluit eigenlijk aan bij wat de heer Hijink ook noemde in de evaluatie. Een heel goed punt, dat wij ook zullen steunen. Want ik vind dat er zowel gekeken moet worden naar vervolgcosten als naar de vraag: hoe vaak was de vervolgzorg eigenlijk onnodig? Ik geef hierbij aan dat ik een motie overweeg, maar ik denk dat ik goed kan aansluiten bij het amendement van de heer Hijink. En we moeten dus ook echt niet willen dat er onevenredig en onnodig veel zorgen op het bordje van de toch al overbelaste professional komen te liggen.

Mevrouw Kuik (CDA):

Volgens mij terechte punten die mevrouw Van der Laan hier aankaart. Mijn vraag is wel: zou je aan de voorkant niet veel beter moeten weten wat we kunnen verwachten, in plaats van dat we beginnen en dan achteraf moeten constateren "ai, het heeft toch echt tot meer zorgkosten geleid", wat volgens mij, in mijn optiek, ook wel te verwachten valt? Want ja, het is toch heel lastig om het dan nog weer een keer helemaal terug te draaien. Dus zouden we niet aan de voorkant veel meer scherp moeten hebben wat reëel is in de verwachtingen?

Mevrouw Van der Laan (D66):

Ja, dat vind ik een goed punt. Ik ben er nog niet helemaal over uit of ik met deze wet mee kan gaan. Ik heb ook nog

wel een set vragen gesteld over andere onderwerpen en andere dilemma's. Dit is er een van, ja.

De voorzitter:

Vervolgt u uw betoog.

Mevrouw Van der Laan (D66):

Ja. Tot slot hoop ik graag antwoord te krijgen op een aantal vragen waar tot dusver nog onvoldoende antwoord op is gekomen. Bij de tweede categorie, dat zijn de onderzoeken waar er een medisch risico is, wordt er gewerkt met professionele standaarden, maar voor mij is onduidelijk wat een "professionele standaard" is. Wat wordt daarmee bedoeld? Wanneer is een professionele standaard een "professionele standaard"? Kan iedereen die zomaar opstellen? Het is ook al eerder aangedragen. Kan een bedrijf die zelf opstellen? We willen toch niet dat de slager zijn eigen vlees keurt?

Daarnaast iets over ongeboren kinderen, oftewel foetussen. Deze vallen ook onder de wet. Aan welke onderzoeken moet ik dan denken? Gaat het dan om onderzoeken waarbij je ook een behandeling doet bij het ongeboren kind?

Dat was mijn laatste vraag. Ik kijk nog even of ik iets vergeten ben. Mijn verhaal is compleet, voorzitter. Dank u wel. Ik heb veel vragen gesteld. Ik hoop op een goede beantwoording. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Er is nog een interruptie van mevrouw Westerveld.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Over het amendement op stuk nr. 17 heb ik een inhoudelijke vraag. Mevrouw Van der Laan stelt terecht in de toelichting dat het niet communiceren van nevenbevindingen het recht van patiënten op informatie indamt. Vervolgens lees ik in het amendement — maar misschien lees ik het verkeerd — dat dit vooral aanbieders de kans geeft om nevenbevindingen te vertellen. Zou het niet omgedraaid moeten worden, zodat je juist aan degene die het onderzoek laat verrichten, dus de patiënt of de cliënt — ik weet niet precies hoe het erin moet staan — het recht geeft om aan te geven dat hij het wil weten als er nevenbevindingen worden geconstateerd? Of lees ik het amendement verkeerd?

Mevrouw Van der Laan (D66):

U leest het amendement zoals u het zelf interpreteert. Ik kan uw vraag volgen. In de wet wordt nu voorgesteld om het delen van nevenbevindingen door de arts te verbieden. Daar heb ik me op gericht, wel vanuit het perspectief dat de patiënt recht heeft op informatie. Dus als we op dat gebied nog enigszins moeten zoeken naar woorden of taal, sta ik daar zeker voor open, want dat is wel wat ik bedoel. Ik kan ook met de arts afspreken dat ik het niet wil weten als hij een nevenbevinding doet. Dat is bijvoorbeeld ook het recht van de patiënt. Het is aan de patiënt om dat te zeggen. Het is niet de arts zelf die bepaalt: oké, dan mag ik het wel vertellen. Dus het recht van de patiënt op informatie vind ik heel belangrijk.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Wellicht staat het er ook zo, maar soms is het even puzzelen met de amendementen die we krijgen. De wet is vrij technisch. Maar ik ben in ieder geval blij dat we het doel delen. Ik ga zelf zo ook nog even goed kijken wat er precies staat en of ik het goed heb begrepen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan tot slot in deze eerste termijn van de kant van de Kamer mevrouw Kuik van het CDA.



Mevrouw **Kuik** (CDA):

Voorzitter. Ik heb heel veel kritische vragen gehoord en ik moet eerlijk zeggen dat wij als CDA ook behoorlijk kritisch zijn over deze wetwijziging, want ik vraag me wel af welk probleem we in de kern precies oplossen. Ik zie wel dat het een hoop problemen oplevert. Het komt erop neer dat er naast de reguliere bevolkingsonderzoeken ook een markt wordt gefaciliteerd voor preventief medisch onderzoek in een commerciële setting. Waar dat toe kan leiden, heeft de covidpandemie ook wel aangetoond: cowboygedrag over de rug van mensen die zich ernstig zorgen maken over hun gezondheid.

Als je je niet helemaal lekker voelt, last hebt van je knie of een plekje hebt waar je je zorgen over maakt, dan kun je naar de huisarts om ernaar te laten kijken. Ga naar de huisarts om ernaar te laten kijken. Ik heb ook een aantal artsen gesproken over hoe zij tegen deze wetwijziging aankijken. Daarbij werd breed aangegeven dat scans gemaakt zijn voor aanvullend onderzoek, na lichamelijk onderzoek, dus op medische indicatie. Lukraak scans doen omdat mensen het willen, is niet handig, want regelmatig worden dingen ontdekt die niet relevant zijn maar wel gevolgen hebben en zelfs tot onnodige medische interventies leiden, en dus tot extra zorgkosten. Eén arts zei zelfs: als je niks mankeert, is er nog te weinig aan je getest. Dat is dus de medicalisering van gezonde mensen.

Preventief onderzoek bij bepaalde hoogrisicogroepen is wat anders, want dan heb je in feite een medische indicatie en ga je gericht preventief ergens naar zoeken. Een health check laten uitvoeren zonder dat er sprake is van klachten of gebleken risicofactoren, brengt grote risico's met zich mee voor de burger en leidt tot aanzienlijke gezondheidskosten, aldus de Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad geeft ook aan dat er op bevolkingsniveau geen gezondheidswinst van te verwachten valt, in de zin van verminderde sterfte of ziekte. Dus ik vraag nogmaals: welk probleem lost deze wetwijziging nou precies op?

Op de site van het KWF staat dat potentiële nadelen van bodyscans, zoals overdiagnose, overbehandeling en onnodige psychische belasting zwaarder wegen dan de potentiële voordelen ervan. Nogmaals, mensen die vrezen dat ze een verhoogd risico lopen op het krijgen van kanker, bijvoorbeeld omdat die ziekte veel voorkomt in hun familie, kunnen met hun arts overleggen of er specifiek onderzoek nodig is.

En ja, we willen natuurlijk allemaal voorkomen dat we ziek worden. Gezondheid staat op nummer één. Maar of we daar altijd naar handelen, is de vraag. Daarom moeten we

volop investeren in een gezonde leefstijl en leefomgeving, bijvoorbeeld in het tegengaan van roken, in een rookvrije generatie. Dat hebben we de afgelopen periode gedaan, maar wat het CDA betreft kan dit nog een stuk ambitieuzer. Maar het gaat hier niet over een actieve leefstijl, over werken aan je gezondheid of over het gericht laten doen van onderzoek naar een risicogroep. Het gaat over gezondheidsonderzoek, over een momentopname.

Wat doet dit met onze zorg? Wat het CDA betreft is goede, betaalbare zorg een basisrecht voor eenieder, met een stelsel dat gericht is op onderlinge solidariteit. Als CDA kiezen we voor zinnige zorg, waarbij de patiënt vooropstaat. We willen af van verkeerde financiële prikkels en productietargets, voor zover die alleen maar leiden tot onnodige behandelingen. De zorg is mensenwerk. Het is geen markt waarop winst gemaakt wordt en waar het recht van de sterksten/rijksten geldt. In het regeerakkoord staat: "Het kabinet wil voorkomen dat geld dat is bedoeld voor zorg, niet ten goede komt aan zorg. Er wordt onderzocht hoe dit op een houdbare wijze binnen het systeem gestalte kan krijgen." Zodra er winst valt te behalen in de zorg, komen daar toch ook prikkels bij kijken? Ik vraag de staatssecretaris of daarover is nagedacht.

Komen het zorgstelsel en de solidariteit in de zorg niet onder druk te staan wanneer zorgkosten sterk stijgen als gevolg van het detecteren van allerlei mogelijke aandoeningen waar diegene in werkelijkheid mogelijk nooit last van zal krijgen? Mensen komen dan met een uitdraai van de scan bij de huisarts om het toch te laten verhelpen. De druk komt dan op de tweede lijn in de zorg terecht. De solidariteit komt onder druk te staan als alleen mensen die het kunnen betalen deze preventieve testen laten uitvoeren, terwijl de kosten van het vervolg door het collectief worden gedragen en premies omhooggaan.

Dan over het effect op de zorgkosten als het gaat om de bodyscan. De regering is van plan om de totalbodyscan in de tweede categorie in te delen. Daardoor worden scans mogelijk als er een professionele standaard of een kwaliteitsstandaard is en als er niet wordt gezocht naar ernstige, onbehandelbare aandoeningen. Maar dat kan per definitie toch een bijvangst zijn? Uit zo'n scan kan toch komen dat er ernstige, onbehandelbare aandoeningen zichtbaar zijn? Hoe kan het dan dat de regering zegt: die kan wel in de tweede categorie vallen?

Kan de staatssecretaris ook ingaan op het advies dat de Gezondheidsraad in 2015 schreef? Daarin staat dat de kans dat totalbodyscans kunnen voldoen aan de criteria voor verantwoord screenen klein is, en dat een vergunningplicht bij het aanbieden daarvan daarom noodzakelijk blijft. Waarom wijkt het wetsvoorstel af van dit advies van de Gezondheidsraad? Op basis waarvan heeft de staatssecretaris vertrouwen in het zelfregulerend vermogen van de commerciële sector om tot kwalitatief goede richtlijnen en toezicht te komen?

Het wetsvoorstel voorziet ook nog in een vangnetbepaling. Er kunnen alsnog verboden worden ingesteld als de kosten voor de reguliere zorg te hoog worden. Ik vraag me wel af hoe we dat dan bijhouden. Waar ligt dat punt dan? Op het moment dat het in de praktijk plaatsvindt, is het dan überhaupt haalbaar om een dergelijke scan te verbieden, of is het beter om dat probleem voor te zijn? En hoe denkt de staatssecretaris mensen te beschermen tegen maakbaarheid

en schijnveiligheid? Er wordt door commerciële partijen goed mee verdiend. Ik zie de Tell Sell-reclames al voor me. Er wordt ook op het gevoel van mensen ingespeeld, alsof er een bepaalde zekerheid geboden kan worden, terwijl het maar een momentopname is en het natuurlijk ook neerkomt op schijnveiligheid.

Voorzitter. Dan kom ik bij de bevolkingsonderzoeken, die in het gedrang komen. Ik zie daar tenminste een risico voor. Er is momenteel een tekort aan personeel, waardoor sommige bevolkingsonderzoeken minder vaak worden aangeboden. Hier is al aan gerefereerd. Borstkankeronderzoek vindt eens in de drie jaar plaats, in plaats van eens in de twee jaar. Hoe wordt voorkomen dat er, door het mogelijk te maken dat private partijen bevolkingsonderzoeken doen, extra personeel uit de zorg wegtrekt? Dat gaat weer ten koste van de bevolkingsonderzoeken, die we zo belangrijk en effectief vinden. En kijk naar het gedrag van commerciële partijen in de covidcrisis. Cowboygedrag kan ook een negatief effect hebben op de gewone bevolkingsonderzoeken, bijvoorbeeld die naar darmkanker of baarmoederhalskanker. Het vertrouwen in de overheidsonderzoeken zou ernstig geschaad kunnen worden. Ik vraag het de staatssecretaris dus nog een keer: waarom zou het een goed idee zijn, en om welk probleem op te lossen, om de deur verder open te zetten voor de commerciële markt en die te laten vermengen met het zorgaanbod, en daardoor flexibilisering toe te staan?

Ik kom tot slot bij de gezondheidsverschillen. De raad van de gezondheid liet ons onlangs heel duidelijk zien hoe diep de gezondheidsverschillen groeien. Ik vraag me af in hoeverre deze wet bijdraagt aan het dichten van die kloof, of, kan ik beter zeggen: aan het vergroten van die kloof? Want de solidariteit van het zorgstelsel komt onder druk te staan als de happy few preventieve gezondheidsonderzoeken kunnen betalen waar dan allerlei vervolgonderzoeken uit voortvloeien terwijl dit binnen de reguliere zorg qua kosten bij iedereen terechtkomt. Wordt hiermee niet de doos van Pandora opengezet voor de commerciële markt, zo vraag ik de staatssecretaris. Ik zie inderdaad ook wel verbeterposities voor de IGZ, maar de vraag hiervoor vind ik een belangrijke. Het CDA is voorstander van innovatie, maar dan wel in combinatie met veiligheid. Wij zijn dan ook voorstander van een vergunningplicht, want het moet wel zorgvuldig. Verder vinden wij de gezondheidsverschillen een belangrijk punt om mee te nemen.

Tot zover, voorzitter.

De heer Van Campen (VVD):

Mevrouw Kuik is zeer kritisch op de voorliggende wet, maar ook vooral op het aanbod van preventieve gezondheidsonderzoeken. In mijn eigen bijdrage wees ik al op de grote verscheidenheid aan onderzoeken, van vragenlijsten op internet tot aan bloedonderzoek. Pleit mevrouw Kuik hier dan eigenlijk voor een verbod op al die preventieve gezondheidsonderzoeken die voorhanden zijn?

Mevrouw Kuik (CDA):

Nee, zeker niet, zeker niet! Ik zeg er wel bij: innovatie is natuurlijk mooi, maar dan wel onder bepaalde voorwaarden. Als er voor bijvoorbeeld bodyscans geen vergunningplicht meer zou gelden, waar nu wel gewoon bepaalde voorwaarden aan zitten, dan zetten we de deur open voor een com-

merciële markt die zich gaat vermengen met de reguliere zorg, wat ervoor zorgt dat ons solidaire gezondheidsstelsel onder druk komt te staan. Kijk, dat je vol moet investeren in preventie, daarvan zeg ik: join me. Ik noem in dit verband ook de rookvrije generatie en het verder terugbrengen van drugsgebruik. Maar bij dit soort testen vind ik wel dat je een soort bescherming moet bieden aan de gebruiker, ook waar het gaat om het aanbod binnen ons solidaire gezondheidsstelsel. De gezondheidsraden zijn ervoor om die vergunningsvoorwaarden goed scherp te hebben en dat laat dit voorstel te veel los.

De heer Van Campen (VVD):

Daarover gaan we dan het gesprek nog aan met de staatssecretaris. Ik heb zelf ook nog een aantal vragen, maar dit is wel een poging van de regering om de beschikbaarheid van preventief gezondheidsonderzoek te voorzien van een wettelijk kwaliteitskader. Of ze daarin is geslaagd, is iets waar we van mening over kunnen verschillen. Collega Kuik sloot af met de woorden dat ook het CDA voor innovatie in de zorg is. Ik ben dan wel benieuwd wat dan wat mevrouw Kuik betreft de positie van die onderzoeken daarin is, die heel veel mensen wel kunnen helpen bij het krijgen van inzage in hun leefstijl en bij het concluderen of je op het goede pad bent dan wel of je misschien vervolgonderzoek en behandeling nodig hebt om gezond te worden.

Mevrouw Kuik (CDA):

Het moet gaan om zinnige zorg, wat ik al aangaf in ons stuk. De Gezondheidsraad geeft aan dat dit niet aan de hand is bij bijvoorbeeld die bodyscans, in de zin dat het meer gezondheidseffecten oplevert. Natuurlijk kan dit het wel betekenen voor een individu, maar ik vind zinnige zorg een belangrijke voorwaarde, ook om ervoor te zorgen dat ons stelsel betaalbaar blijft en iedereen in de basis goede zorg kan krijgen.

De heer Van Campen (VVD):

Tot slot. Laten we dan met belangstelling luisteren hoe de staatssecretaris collega Kuik overtuigt, in de hoop dat deze wettelijke onderbouwing haar zorgen kan wegnemen. Ik hoor in ieder geval van het CDA dat er ruimte is voor die tests, waarvan ik denk dat heel veel mensen daarmee geholpen zouden zijn.

Mevrouw Kuik (CDA):

Wij maken een afweging in de zin dat het moet gaan om zinnige zorg. We moeten bovendien de kloof tussen mensen niet gaan vergroten. Daar heb ik wel echt zorgen over als ik dit voorstel lees. Ik zie met name dat er meer mogelijkheden zijn voor mensen met een grote beurs, wat de tweedeling die er is zomaar kan vergroten. We hebben ook rekening te houden met de bescherming van de patiënt. Dus ik ben benieuwd naar de beantwoording door de staatssecretaris.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee is er een einde gekomen aan de eerste termijn van de kant van de Kamer. Ik zie de heer Hijink, wellicht voor een ordevoorstel.

De heer **Hijink** (SP):

Voorzitter. Ik zou een ordevoorstel willen doen. Er zijn verschrikkelijk veel vragen gesteld aan de staatssecretaris over deze wet. Er zijn ook heel veel amendementen ingediend die best heel technisch van aard zijn. Er zijn ook amendementen in de maak, zo weet ik, bij verschillende collega's. Dus ik wilde eigenlijk voorstellen dat wij vandaag niet verdergaan met de behandeling van deze wet en dat we de staatssecretaris vragen om schriftelijk te reageren op de kleine 10.000 vragen die zijn gesteld, zodat wij dat zorgvuldig tot ons kunnen nemen, en dat wij op een later moment verdergaan. Want ik zie het anders voor vannacht 3.00 uur niet meer goedkomen. Ik wil ook dat het zorgvuldig gebeurt; ik ben bang dat dat niet gaat lukken als wij nu doorgaan.

De **voorzitter**:

Voor een ordevoorstel heeft u een meerderheid nodig om daarover te besluiten. We gaan luisteren naar wat de leden daarvan vinden. Allereerst mevrouw Kuik.

Mevrouw **Kuik** (CDA):

Het lijkt mij een reëel voorstel. Er zijn heel veel vragen gesteld en we zijn natuurlijk ook voor zorgvuldige wetgeving. Dus laten we dit zo doen.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ik had het me van tevoren niet gerealiseerd, maar gaandeweg tijdens het debat dacht ik ook "hoe gaan we dit doen?" Daarom ondersteun ik van harte dit voorstel.

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

Ja hoor, steun.

De heer **Van Campen** (VVD):

Lettend op het ontspannen gezicht van de staatssecretaris steun ik dit voorstel.

De **voorzitter**:

Mevrouw Maeijer, andere microfoon.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ook steun.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ook steun.

De **voorzitter**:

Goed. Dan concludeer ik dat er een meerderheid is voor het ordevoorstel van de heer Hijink om de beantwoording op een ander moment te doen. Ik kijk even naar de staatssecretaris. De suggestie is gedaan om schriftelijk te beantwoorden, maar dat laat ik verder aan het departement, aan de staatssecretaris, dan wel aan de Kamerleden die daar in procedurevergadering al dan niet na een ordevoorstel verder op kunnen besluiten. Mevrouw Kuiken.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ik steun ook het verzoek om het schriftelijk te doen, behalve de wat meer ethische vraagstukken. Dat voelt de staatssecretaris wel aan, dus dat hoeft ik denk ik niet mondeling toe te lichten. En de rest inderdaad schriftelijk.

De **voorzitter**:

Ik zie de staatssecretaris zelfs een duim opsteken. Dan gaat dat goedkomen. Ik schors de behandeling van dit wetsvoorstel. Die zal op een later moment worden vervolgd. De nadruk op de zorgvuldige besluitvorming is natuurlijk van groot belang.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**:

Dan schorsen wij deze vergadering tot 13.45 uur.

De vergadering wordt van 12.08 uur tot 13.46 uur geschorst.

Voorzitter: Bergkamp