

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1590

Vragen van de leden **Maeijer** en **Agema** (beiden PVV) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat het sterftecijfer voor kanker in Nederland hoger ligt dan het EU-gemiddelde* (ingezonden 3 februari 2023).

Antwoord van Minister **Kuipers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 17 februari 2023).

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht «EU: sterftecijfer kanker in Nederland hoger dan EU-gemiddeld»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Wat is uw reactie op het feit dat er in Nederland meer mensen aan kanker overlijden dan gemiddeld in de Europese Unie (EU)?

Antwoord 2

Nederland kent een hogere kankerincidentie dan het Europees gemiddelde. Een direct gevolg hiervan is dat de kankersterfte per inwonertal ook hoger ligt dan het Europees gemiddelde. Ondanks de hoge kankerincidentie in Nederland, is de kankersterfte in de periode tussen 2011–2019 met 11% gedaald. Hiermee behoort Nederland tot de EU-landen met de sterkst gedaalde kankersterfte, zowel bij mannen als bij vrouwen. Hoewel de sterfte aan kanker in de periode 2011–2019 aanzienlijk afnam, nam de totale door kanker veroorzaakte ziektelast toe. In het rapport van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO)² wordt aangegeven dat meer dan een derde van alle sterfgevallen in Nederland is toe te schrijven aan een ongezonde leefstijl. Sinds 2018 wordt met een Nationaal Preventieakkoord getracht de vele uitdagingen aan te pakken die voortvloeien uit risicofactoren voor kanker, zoals alcoholgebruik, roken, overgewicht en obesitas, die allemaal nog steeds veel voorkomen.

¹ De Telegraaf, 1 februari 2023, «EU: sterftecijfer kanker in Nederland hoger dan EU-gemiddelde» (EU: sterftecijfer kanker in Nederland hoger dan EU-gemiddelde | Buitenland | Telegraaf.nl)

² Te raadplegen via https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/eu-country-cancer-profile-netherlands-2023_89b32870-en#page1.

Hoewel de inzet op en de uitgaven voor kankerzorg hoog zijn, kan de kwaliteit van de oncologische zorg in Nederland beter. Nederland zit bijvoorbeeld ten aanzien van overleving van verschillende soorten van kanker niet in de Europese top drie. Er is in Nederland veel verschil in de behandeling van kanker en er is te weinig samenwerking. Met name bij hoogcomplexere laagvolumezorg, zoals bepaalde oncologische behandelingen, geldt dat netwerkzorg en concentratie van de zorgverlening bij een beperkt aantal gespecialiseerde zorgaanbieders kunnen leiden tot een betere kwaliteit van zorg. Om patiënten goede oncologische zorg te bieden met de beste kwaliteit, zal samenwerking en netwerkvorming centraal moeten staan. Toegang tot de beste zorg ongeacht waar je als patiënt binnenkomt, dat moet de belofte zijn. Voor de organisatie van de oncologische zorg zal in de komende jaren de netwerkvorming verder verbeterd moeten worden. Daarnaast zullen richtlijnen en volumenormen moeten worden aangepast. In dit verband staat in het Integraal Zorgakkoord een aantal concrete doelstellingen en maatregelen.

Vraag 3

Hoe verklaart u dat het aantal nieuwe kankerpatiënten in Nederland het op een na hoogste is van 27 landen?

Antwoord 3

Nederland kent een relatief hoge incidentie van kankersoorten, waarvoor roken een belangrijke risicofactor is. Zo ligt de incidentie van longkanker bij vrouwen in Nederland 59% hoger dan het EU gemiddelde. Een belangrijke verklaring hiervoor is de vroege emancipatiegolf uit de jaren '70 van de vorige eeuw, waarin steeds meer vrouwen zijn gaan roken.³ In de jaren '90 van de vorige eeuw behoorde het percentage rokende vrouwen in Nederland tot de top van Europa.⁴ De gevolgen hiervan zien we nu terug in de hoge incidentie van de met roken-geassocieerde kankersoorten. Het OESO-rapport meldt dat het percentage rokers onder volwassenen in Nederland inmiddels lager ligt dan het Europees gemiddelde.

Een tweede oorzaak voor de relatief hoge incidentie is de vroegtijdige opsporing van kanker. Nederland heeft bevolkingsonderzoeken voor borst-, baarmoederhals en darmkanker. Borstkanker en darmkanker staan in de top vijf van meest voorkomende kankersoorten in Nederland. Het OESO-rapport stelt dat de gemiddelde screeningsparticipatie voor zowel borst- als darmkanker in Nederland hoger is dan het Europees gemiddelde. Meer screening leidt tot meer en vroegere detectie van kanker.

Vraag 4

Hoe verklaart u dat de door kanker veroorzaakte ziektelast de afgelopen twee decennia (2000–2019) in Nederland met 14 procent is toegenomen – een van de grootste relatieve veranderingen van alle EU-landen?

Antwoord 4

Ziektelast wordt mede bepaald door de kankerincidentie en de kanker-gerelateerde sterfte. Een verklaring voor de toegenomen ziektelast in de periode 2000–2019 is dat de kankerincidentie in deze periode sneller is gestegen dan het kanker-gerelateerde sterftecijfer is gedaald. Dit resulteert in een netto toegenomen kanker-gerelateerde ziektelast.

Vraag 5

Waarom heeft Nederland als een van de weinige landen in Europa nog steeds geen Nationaal Kankerplan?

Antwoord 5

Zoals ik in het antwoord op vraag 2 al aangaf, is de inzet op en de uitgaven voor kankerzorg hoog, maar kan de kwaliteit van de oncologische zorg in Nederland beter. Het Integraal Kankercentrum Nederland stelde daarnaast in

³ Europese vergelijking: vaker kanker in Nederland. Integraal Kankercentrum Nederland. 27 augustus 2020.

⁴ Dagelijkse rokende vrouwen internationaal 1980–2019. WHO European Health for All Database. Beschikbaar op: <https://www.vzinfo.nl/roken/internationaal>.

het trendrapport van 3 oktober jl. dat het jaarlijkse aantal nieuwe kankerdiagnoses de komende tien jaar flink toeneemt. Het is daarom belangrijk dat we in Nederland met alle betrokken partijen inzetten om onze aanpak op kanker te verbeteren.

KWF Kankerbestrijding, het Integraal Kankercentrum Nederland en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties hebben eind 2022 het initiatief genomen voor het Nederlands Kanker Collectief (NKC). Om de impact van kanker op onze samenleving te verminderen, wil het collectief in brede gezamenlijkheid met betrokken koepelorganisaties werken aan ambitieuze en aansprekende doelen en een concrete aanpak. Zoals ik uw Kamer op 16 december 2022 meldde (Kamerstuk 36 200, XVI, nr. 191), vind ik het erg goed dat deze partijen dit initiatief hebben genomen en heb ik dan ook mijn deelname aan het collectief toegezegd.

Op 17 november 2022 was ik aanwezig bij de kick-off van het NKC. Het was positief om daar te zien dat een groot aantal organisaties aanwezig was om te spreken over wat de gezamenlijke doelen zijn en hoe de samenwerking er uit kan zien. Ik heb op deze bijeenkomst toegezegd om een centraal aanspreekpunt binnen het Ministerie van VWS in te richten, om tegemoet te komen aan de behoefte hieraan vanuit het veld. Dit aanspreekpunt kan het collectief ook in verbinding brengen met de andere departementen van de rijksoverheid. Verder wil ik bijdragen door een goede aansluiting te zoeken bij bijvoorbeeld de vele onderzoeken die vanuit het Ministerie van VWS gefinancierd worden en met het vervolg op het Signalement passende zorg voor mensen met kanker van Zorginstituut Nederland. Daarnaast zijn er in het Integraal Zorgakkoord afspraken gemaakt om de kwaliteit en de samenwerking binnen de oncologische zorg te verbeteren.

Dit kalenderjaar wordt er door het NKC verder gewerkt aan een agenda met doelen, prioritering en een daaruit volgende aanpak. Ik ben aangesloten en ben met de partijen in gesprek welke rol ik precies inneem in het vervolg.

Vraag 6

Hoe staat het met de uitvoering van de aangenomen motie-Jansen/Agema om een Nationaal Programma Kankerbestrijding in te voeren?⁵

Antwoord 6

Met de Kamerbrief van 8 juli 2022 (Kamerstuk 32 793, nr. 630) en 16 december 2022 (Kamerstuk 36 200-XVI, nr. 191) informeerde ik uw Kamer over de voortgang van de uitvoering van deze motie.

Zoals ik ook in het antwoord op de vorige vraag aangaf, ben ik betrokken bij het Nederlands Kanker Collectief. Ik heb tijdens de kick-off van het collectief toegezegd om een centraal aanspreekpunt binnen het Ministerie van VWS in te richten, om tegemoet te komen aan de behoefte hieraan vanuit het veld. Verder wil ik bijdragen door een goede aansluiting te zoeken bij bijvoorbeeld de vele onderzoeken die vanuit het Ministerie van VWS gefinancierd worden en met het vervolg op het Signalement passende zorg voor mensen met kanker van Zorginstituut Nederland. Daarnaast zijn er in het Integraal Zorgakkoord afspraken gemaakt om de kwaliteit en de samenwerking binnen de oncologische zorg te verbeteren.

Dit kalenderjaar wordt door het NKC verder gewerkt aan een agenda met doelen, prioritering en een daaruit volgende aanpak. Ik ben hier nauw bij aangesloten. Uw Kamer wordt naar verwachting medio 2023 geïnformeerd over de voortgang hiervan.

Vraag 7

Welke maatregelen kunt u treffen om de toegang en uitbreiding van screeningsprogramma's te verbeteren? Wanneer start de screening op longkanker?

Antwoord 7

Nederland heeft momenteel landelijke bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhals-, borst- en darmkanker. De Nederlandse aanpak onderscheidt zich van andere landen doordat deelnemers actief en laagdrempelig worden benaderd door de overheid. Hierdoor wordt in Nederland iedereen die in de

⁵ Kamerstuk 32 793, nr. 541

doelgroep valt, uitgenodigd voor de bevolkingsonderzoeken. De inzet hierbij is goedgeïnformeerde deelname en het wegnemen van eventuele drempels voor deelname. Daarom wordt door het RIVM-Centrum voor Bevolkingsonderzoek continu ingezet op laagdrempelige en toegankelijke informatievoorziening.

Met aanvullende investeringen vanuit de coalitieakkoordmiddelen rond volksziektes wordt ingezet op het bereiken van mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Ik informeerde uw Kamer hierover reeds op 14 oktober 2022 (Kamerstuk 32 793, nr. 642). Verder wordt er gewerkt aan de ontwikkelagenda voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker, zodat er sneller ingespeeld kan worden op relevante innovaties en meer richting kan worden gegeven aan de doorontwikkeling van de screeningsprogramma's. Hierover informeerde ik uw Kamer op 16 december jl. (Kamerstuk 32 793, nr. 649). Verder vraagt u naar screening op longkanker. Om te beoordelen of het wenselijk is dat de overheid een bevolkingsonderzoek invoert, wordt gekeken naar de criteria voor verantwoorde screening van Wilson & Jungner en de aanvullende criteria van de World Health Organization (WHO)⁶. Ik heb de Gezondheidsraad gevraagd om mij te adviseren over een screening op longkanker, indachtig de relevante criteria voor verantwoorde screening. Mocht een bevolkingsonderzoek nu niet aangewezen zijn, dan verzoek ik de Raad om aan te geven of hiervoor wel perspectief is in de toekomst. De Gezondheidsraad is inmiddels gestart met het adviestraject en ik wacht de uitkomst daarvan af.

Vraag 8

Bent u bereid nieuwe innovatieve medicijnen tegen kanker sneller en breder toegankelijk te maken voor patiënten, om zo de kankercare in Nederland te verbeteren?

Antwoord 8

Een groeiend aantal patiënten is voor hun zorg aangewezen op nieuwe dure innovatieve geneesmiddelen. Dat zijn niet alleen kankerpatiënten, maar bijvoorbeeld ook patiënten met neurologische aandoeningen of stofwisselingsziekten. Voor al deze patiënten is het van belang dat zij niet alleen nu kunnen rekenen op passende zorg, maar ook in de toekomst. Zolang leveranciers van deze nieuwe geneesmiddelen hoge prijzen vragen, ben ik genoodzaakt om keuzes te maken die er enerzijds voor zorgen dat nieuwe geneesmiddelen betaalbaar blijven en anderzijds dat deze zo snel als mogelijk en breed toegankelijk worden. De sluis maakt het mogelijk om deze keuzes te maken en zorgt bovendien voor een beheerste instroom van de duurste intramurale innovatieve geneesmiddelen. Met de sluis bewerkstellig ik een duurzame beschikbaarheid van geneesmiddelen.

Vraag 9

Bent u bereid om kankermedicijnen buiten de sluisprocedure te houden, om zo de wachttijden te verkorten en de kans op overleven te vergroten?

Antwoord 9

Ik vind dat nieuwe effectieve geneesmiddelen – voor alle patiënten – zo snel als mogelijk beschikbaar moeten komen. Tegelijkertijd brengen deze nieuwe geneesmiddelen vaak hoge kosten met zich mee en is op voorhand vaak niet duidelijk hoe effectief deze geneesmiddelen zijn. Daarom is het in het belang van Nederlandse patiënten om de effectiviteit goed te bezien en wil ik – waar nodig – over de prijs van deze middelen onderhandelen, zodat we niet meer betalen dan nodig. De sluis is daarvoor een geschikt instrument.

Een deel van de wachttijd, waar in de vraag naar wordt verwezen, zit in de prijsonderhandelingen die ik met de fabrikant voer. Hoe lang dat duurt, ligt niet alleen aan mij. Ik ben daarin immers ook afhankelijk van de bereidheid en snelheid van de fabrikant waarmee ik de prijsonderhandeling voer. Verder hangt de wachttijd af van de tijd die het Zorginstituut Nederland nodig heeft voor de beoordeling. Binnen de sluis streef ik ernaar om geneesmiddelen zo snel als mogelijk beschikbaar te krijgen. Gedurende de sluisprocedure wordt

⁶ Te raadplegen via: <https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoeken-en-screeningen/screening-theorie/criteria-voor-verantwoorde-screening>.

de fabrikant gevraagd hun geneesmiddel gratis beschikbaar te stellen voor patiënten die niet kunnen wachten. Uit recent onderzoek leid ik af dat fabrikanten hierin hun verantwoordelijkheid nemen.⁷ Tot slot wil ik ten algemene opmerken dat de sluisprocedure niet zou bestaan als geneesmiddelen een acceptabele prijs zouden hebben.

Vraag 10

Waarom heeft u recent de sluisperiode aangescherpt waardoor patiënten nog vaker en nog langer op hun levensreddende medicijnen moeten wachten, aangezien medicijnen in Nederland slechts 10 procent van de totale kosten aan kankerzorg in beslag nemen en dit lager is dan het EU-gemiddelde?

Antwoord 10

De uitgaven aan alle nieuwe dure intramurale geneesmiddelen stijgen zeer hard. In 2021 bedroegen de uitgaven ongeveer € 2,6 miljard en de verwachting is dat deze uitgaven jaarlijks met 5 tot 7 procent zullen toenemen. Daarmee leggen ze een steeds groter beslag op het zorgbudget. Om te voorkomen dat deze stijgende uitgaven tot grotere verdringing van de zorg leiden, heb ik ervoor gekozen om bij meer geneesmiddelen over de prijs te gaan onderhandelen. Daartoe heb ik recent de criteria voor toepassing van de sluis aangescherpt. In mijn brief hierover heb ik ook aangegeven te beseffen dat dit voor onzekerheid over de beschikbaarheid van een nieuw duur geneesmiddel bij patiënten kan leiden (Kamerstuk 29 689, nr. 1174). Om deze gevolgen zoveel als mogelijk te beperken, heb ik maatregelen getroffen om de doorlooptijd van de sluisprocedure zo kort als mogelijk te houden. Deze aangescherpte sluiscriteria dragen bij aan het versterken van de toekomstbestendigheid van het stelsel van intramurale geneesmiddelen. Het is voor de Nederlandse patiënten namelijk van belang dat zij nu en in de toekomst kunnen rekenen op effectieve geneesmiddelen tegen een betaalbare prijs.

⁷ Van Waalwijk van Doorn-Khosrovani et al. (2021), National survey on access to new oncology drugs pending health technology assessment and financial arrangements. *J Clin Oncol* 39 (suppl 15; abstr e13599).