

Vergaderjaar 2025–2026

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 975

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 april 2026

Op 17 april 2025 heeft de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) het advies «Iedereen bijna ziek. Over de keerzijden van diagnose-expansie» uitgebracht. Het advies is de Kamer toegestuurd met de brief van 22 mei 2025.¹ In het advies reflecteert de RVS op maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen die bijdragen aan een toenemende medicalisering van het dagelijks leven en een groeiende nadruk op diagnosestelling, risicovermijding, screening en preventief gezondheidsonderzoek. Met deze brief wordt de Kamer geïnformeerd over de kabinetsreactie op het advies en de daarin geformuleerde aanbevelingen.

Het kabinet waardeert het advies van de RVS als een belangrijke bijdrage aan het maatschappelijke en politieke debat over de grenzen en mogelijkheden van gezondheidszorg, preventie en publieke gezondheid. Het advies raakt meerdere beleidsterreinen en vraagt een zorgvuldige afweging van individuele belangen, collectieve effecten en de houdbaarheid van het zorgstelsel.

De RVS schetst in het advies hoe een combinatie van technologische ontwikkelingen, maatschappelijke verwachtingen en beleidskeuzes ertoe leidt dat steeds meer mensen worden benaderd als potentieel ziek. De RVS wijst onder meer op de toename van diagnostiek bij mensen met klachten, het groeiende aanbod en gebruik van screening, bevolkingsonderzoek, health checks en zelftesten, en op de druk die daarvan uitgaat op burgers, zorgprofessionals en het zorgstelsel.

De RVS benadrukt dat preventie en vroege opsporing waardevolle instrumenten kunnen zijn, maar waarschuwt voor onbedoelde neveneffecten zoals medicalisering, overdiagnostiek, psychische belasting en verdringing van zorgcapaciteit. De RVS pleit voor meer terughoudendheid, expliciete afwegingen van nut en risico's, en een sterkere rol

¹ Kamerstukken II 2024/25, 31 765, nr. 934.

van de overheid in het beschermen van burgers tegen de nadelen van ongericht of onvoldoende onderbouwd gezondheidsonderzoek.

De RVS komt op hoofdlijnen tot de volgende aanbevelingen:

- 1) Verleg de focus van het vroeg opsporen van ziekte naar het voorkomen van ziekte.
- 2) Weeg de keerzijden van screening volwaardig mee bij beleidsafwegingen.
- 3) Geef bij richtlijnontwikkeling meer gewicht aan de keerzijden van zowel oprekkende ziekte-definities als de overmatige inzet van diagnostiek.
- 4) Wees in de praktijk terughoudend met het inzetten van diagnostiek en het stellen van diagnoses en pas hier de prikkels op aan.

Het kabinet herkent het door de RVS geschetste spanningsveld tussen enerzijds de wens om gezondheidsschade te voorkomen en de hoge maatschappelijke en politieke verwachtingen die daaromtrent leven, en anderzijds het risico dat steeds meer aspecten van het leven worden benaderd vanuit een medisch perspectief. Ook onderschrijft het kabinet het belang van voortdurende reflectie op de vraag waar gezondheidswinst kan worden geboekt en waar terughoudendheid geboden is. Het kabinet draagt de verantwoordelijkheid om in dit spanningsveld het bredere publieke belang te blijven bewaken. In deze brief geeft het kabinet langs de vier bovenstaande aanbevelingen zijn reactie op het rapport van de RVS.

1) Het voorkomen van ziekte

De RVS stelt in het advies dat de overheid «haar preventietaak in toenemende mate invult met dicht bij de zorg liggende activiteiten, zoals screening», een vorm van secundaire preventie. Het kabinet herkent de zorg van de RVS dat screening in het publieke debat soms zichtbaarder is dan andere vormen van preventie. Er is echter een breed palet aan overheidsmaatregelen gericht op primaire preventie: het voorkomen dat mensen ziek worden. Dat varieert van het bevorderen van een gezonde leefstijl, waaronder gezonde voeding, genoeg bewegen, rookpreventie en stoppen met roken, gezonde leefomgeving, mentale gezondheid tot gezond en sterk ouder worden. Hiertoe zijn in het Nationaal Preventieakkoord landelijke afspraken gemaakt met meer dan 70 maatschappelijke organisaties. Ter verdere uitwerking van preventiemaatregelen en de noodzakelijke samenhang tussen de programma's, maar ook de samenwerking tussen partijen, zijn het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) gesloten. Daarnaast zet de overheid sterk in op het voorkomen van infectieziekten, onder meer door middel van het Rijksvacinatieprogramma en het gratis ter beschikking stellen van PrEP-zorg via de GGD voor mensen met een verhoogd risico op hiv. De inzet van deze omvangrijke hoeveelheid maatregelen is duidelijk gericht op het voorkomen van ziekte, niet slechts op het signaleren van ziekte.

2) Keerzijden van screening

De RVS beschrijft hoe screening en bevolkingsonderzoek plaatsvinden in een klimaat van sterk screeningsenthousiasme, waarin potentiële baten vaak centraal staan en de nadelen en risico's minder zichtbaar zijn. De RVS pleit voor een explicietere weging van nut, risico's en maatschappelijke gevolgen. Het kabinet waardeert dat de RVS deze eenzijdigheid benoemt. Tegelijkertijd bevat het advies van de RVS ook positieve basisgedachten over screening, bijvoorbeeld waar het gaat om het vroegtijdig opsporen van ziekte en het voorkomen van ernstige gezondheidsschade. Deze

dubbele benadering weerspiegelt een bredere maatschappelijke spanning en maakt de beleidsmatige afweging complex.

Enerzijds is er de wens om kansen op gezondheidswinst te benutten, anderzijds de noodzaak om zorgvuldig om te gaan met onzekerheden, medicalisering en onbedoelde schadelijke effecten.

De RVS werpt terecht een kritisch licht op de keerzijden van screening. Als voorbeelden van keerzijden noemt de RVS overdiagnose – het onnodig tot patiënt maken van mensen zonder gezondheidsklachten – en de vele foutpositieve uitslagen die zorgen voor een grote belasting van de reguliere zorg en verminderde toegankelijkheid van zorg voor mensen mét gezondheidsklachten. Wat voor een relatief klein aantal individuen voordelig kan zijn, stelt grote groepen bloot aan aanzienlijke risico's. Deze beschouwing is een waardevolle bijdrage die aansluit bij het zorgvuldige beleid dat het kabinet voert. Het is maatschappelijk en politiek vaak lastig om de mogelijke nadelen van screening voldoende aandacht te geven. Zorgverleners die dagelijks geconfronteerd worden met ernstige ziekten, evenals deelnemers aan bevolkingsonderzoek, hechten begrijpelijkerwijs grote waarde aan vroege opsporing. De RVS beschrijft dat screening een intuïtieve aantrekkingskracht heeft en dat de voordelen, zoals potentiële gezondheidswinst door vroege ontdekking en behandeling, voor iedereen invoelbaar zijn. Het kabinet ziet dat terug in het maatschappelijke en politieke debat. Screening geniet een bijna vanzelfsprekende populariteit, waardoor uitbreiding van de bestaande bevolkingsonderzoeken en screenings rond zwangerschap en geboorte, of het introduceren van nieuwe interventies, eerder de norm lijkt dan een keuze die zorgvuldig moet worden afgewogen. De druk tot uitbreiding is niet incidenteel, maar structureel aanwezig in het beleidsproces.

Het is echter van belang om oog te blijven houden voor de vraag hoeveel mensen moeten worden gescreend om bij enkelen ziekte of voorstadia daarvan te vinden, en welke belasting en risico's dit voor andere deelnemers met zich meebrengt. De overheid heeft hierin conform de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo) een beschermende taak. Die verantwoordelijkheid geldt zowel voor bevolkingsonderzoeken die van overheidswege worden aangeboden, als voor commercieel aangeboden screening en preventief gezondheidsonderzoek. Hoewel deze beschermende rol soms als betuttelend wordt ervaren, ziet het kabinet de aanbevelingen van de RVS als ondersteuning van het bestaande beleid waarin terughoudendheid, zorgvuldige afweging en bescherming van burgers centrale uitgangspunten zijn. Het kabinet neemt daarbij de observatie van de RVS ter harte dat ook rekening moet worden gehouden met de optelsom van bevolkingsonderzoeken en screenings rondom de zwangerschap en geboorte, en het effect daarvan op individuen en samenleving gelet op de door de RVS genoemde keerzijden van screening.

Hieronder wordt meer toelichting gegeven op hoe deze uitgangspunten in praktijk worden gebracht.

Beoordeling door Gezondheidsraad

De Gezondheidsraad speelt een essentiële rol in de beschermende taak van de overheid voor de nadelen van screening: aan de hand van de criteria voor verantwoorde screening² brengt de Gezondheidsraad advies uit over het al dan niet van rijkswege aanbieden van een bevolkingsonderzoek. Bij deze beoordeling worden zowel de baten als de risico's grondig gewogen. Pas als uit die afweging blijkt dat een bevolkingson-

² <https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoeken-en-screeningen/theorie-en-achtergrond>

derzoek daadwerkelijk een gunstige nut-risicoverhouding heeft, kan het kabinet besluiten om het landelijk aan te bieden. Voor de bestaande bevolkingsonderzoeken naar kanker en de screenings rond zwangerschap en geboorte is het kabinet dan ook onverminderd van oordeel dat de voordelen van deze programma's opwegen tegen de nadelen, en staat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) als opdrachtgever ook onverminderd voor de kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid. In de adviezen van de Gezondheidsraad worden zowel de verwachte gezondheidswinst, en bij prenatale screening de beoogde reproductieve handelingsopties, als de mogelijke nadelen en risico's expliciet beoordeeld en meegewogen. Deze nadelen en risico's worden belicht in het wetenschappelijk onderzoek waar de Gezondheidsraad zijn adviezen op baseert. Daarnaast organiseert de Gezondheidsraad ook hoorzittingen en worden experts betrokken bij het in kaart brengen van niet alleen de voordelen maar ook deze nadelen en risico's. In adviezen wordt altijd ingegaan op het gegeven dat screening gepaard gaat met onzekerheden, waaronder foutpositieve en foutnegatieve uitslagen, overdiagnostiek en psychische belasting voor deelnemers. Ook het aantal mensen dat gescreend moet worden om bij een beperkt aantal personen gezondheidswinst te realiseren (numbers needed to screen) vormt een relevant onderdeel van de afweging. Daarmee worden veel van de aanvullende aandachtspunten en vragen voor het normatieve kader van de Gezondheidsraad die de RVS aanbeveelt al meegewogen. Het kabinet herkent de constatering van de RVS dat er minder onderzoek wordt gedaan naar de negatieve aspecten van screening. Daarom wordt in onderzoekscalls van ZonMw in opdracht van het Ministerie van VWS steeds expliciet aandacht gevraagd voor onderzoek naar de nadelen van screening, juist omdat deze wetenschappelijk inzichten zo van belang zijn voor de beoordeling door de GR.

Het kabinet vindt het van belang dat deze aspecten niet alleen inhoudelijk worden gewogen, maar ook inzichtelijk worden gemaakt in het publieke en politieke debat. De conclusies en aanbevelingen van de Gezondheidsraad worden daarom in de openbare adviezen toegelicht. De onderliggende afwegingen komen daarin eveneens aan bod, zij het beknopter dan de uitgebreide beraadslagingen die plaatsvinden in besloten vergaderingen. Dat van deze beraadslagingen geen uitgebreid verslag beschikbaar is, betekent niet dat deze afwegingen niet zorgvuldig en uitvoerig plaatsvinden. De RVS besteedt in het advies minder aandacht aan deze afwegingsprocessen, terwijl deze in de praktijk een belangrijk onderdeel vormen van de besluitvorming.

Gevolgen voor zorgcapaciteit

Naast de wenselijkheid van een van rijkswege aangeboden screeningsprogramma moet oog worden gehouden voor proportionaliteit, doelmatigheid en rechtvaardige inzet van publieke middelen. Daarbij is met name aandacht nodig voor de mogelijke gevolgen voor de zorgcapaciteit. Enerzijds bestaat het risico dat beschikbare zorgcapaciteit wordt verdrongen door de inzet van diagnostische capaciteit en zorgprofessionals voor screening, of door een toestroom van patiënten die vanuit de screening worden doorverwezen naar de reguliere zorg. Anderzijds kan juist capaciteit vrijkomen wanneer door screening ziektes eerder worden opgespoord en daardoor minder (complexe) behandelingen nodig zijn. Medische preventie kan immers ook bijdragen aan het voorkómen van zorg en daarmee aan het beperken van zorgkosten. Dit is ook de basis van

het investeringsmodel preventie, waar de Kamer op 16 december 2025 over is geïnformeerd.³

De introductie van een nieuw bevolkingsonderzoek, of uitbreiding van bestaande bevolkingsonderzoeken of screenings, vergt dus niet alleen een inhoudelijke afweging en financiële middelen. Er moet ook zorgvuldig gekeken worden naar de inzet van schaarse zorgprofessionals, diagnostische capaciteit en de benodigde vervolgzorg. Als voorbereiding van de invoering of uitbreiding van een bevolkingsonderzoek wordt dan ook altijd het RIVM om een uitvoeringstoets gevraagd. In een uitvoeringstoets worden deze aspecten in kaart gebracht en wordt geadviseerd over de mogelijke scenario's. Naast een advies van de Gezondheidsraad speelt daarmee een uitvoeringstoets eveneens een cruciale rol bij de keuze over de inzet van capaciteit voor een bevolkingsonderzoek. Deze inzet staat niet los van andere urgente zorgvragen binnen het stelsel. Het is daarom noodzakelijk om bij besluiten over bevolkingsonderzoek expliciet te betrekken welke capaciteit wordt gevraagd en welke zorg mogelijk wordt verdrongen of juist bespaard. Hierbij wordt ook gekeken naar hoe deze inzet zich verhoudt tot andere vormen van preventie en zorg.

Informatievoorziening aan de burger

De RVS benoemt in het advies dat gebalanceerde informatievoorziening over de voor- en nadelen van screening van groot belang is. Het kabinet is het daarmee eens. Bij de bevolkingsonderzoeken en screenings van rijkswege zorgt het RIVM samen met de uitvoeringsorganisaties voor evenwichtig informatiemateriaal, waarin steeds de balans wordt gezocht tussen de volledigheid in informatievoorziening over voor- en nadelen en de begrijpelijkheid. Het uiteindelijke doel is en blijft dat mensen op basis van betrouwbare informatie zelf een keuze kunnen maken om wel of niet deel te nemen.

Om de gehele doelgroep te bedienen moet de informatie beknopt en in heldere taal beschikbaar zijn. Daartoe zijn inmiddels de zogenoemde online Steffie-modules ontwikkeld in acht talen, waarin informatie over de bevolkingsonderzoeken naar kanker en de screenings rond zwangerschap en geboorte eenvoudig wordt uitgelegd. Daarnaast is alle informatie over de bevolkingsonderzoeken en screenings herschreven in duidelijke taal, met begrijpelijke iconen en QR-codes, om de geïnformeerde besluitvorming beter te ondersteunen en drempels voor deelname te vermindern. Ervaringsverhalen, animaties en fotografie worden ingezet om de informatie herkenbaar en begrijpelijk te maken. Ook zijn er in het kader van het «project toegankelijkheid» pilots geweest met informatiebijeenkomsten voor voornamelijk vrouwen met een niet-westerse migratieachtergrond in wijken met lage deelname aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Er zijn ongeveer 205 vrijwilligers en professionals getraind om voorlichting te geven, waardoor het bereik verder werd vergroot. Aanwezigheid op wijkfestivals, markten en bij voedselbanken leidde tot ongeveer 500 persoonlijke gesprekken. Naast deze zeer toegankelijke informatie wordt ook meer verdiepende informatie aangeboden op de website van het RIVM. Hiernaar wordt verwezen en gelinkt vanuit het andere informatiemateriaal. Samen met het RIVM en uitvoeringsorganisaties wordt ingezet op het beschikbaar houden van dit soort informatievoorziening.

³ Kamerstukken II, 2025/26, 32 793, nr. 878.

De door de RVS geschetste ontwikkelingen rond de sterke toename van commerciële health checks, zelftesten, genetische tests en digitale screeningsinstrumenten zijn herkenbaar. Digitalisering, technologische vooruitgang en *direct-to-consumer* aanbod maken het voor burgers steeds eenvoudiger om gezondheidsonderzoek buiten het reguliere zorgstelsel om te laten uitvoeren. Tegelijkertijd roept deze ontwikkeling vragen op over de betrouwbaarheid van testen, de interpretatie van uitslagen, de opvolging ervan en de mogelijke schade die hieruit kan voortkomen. Daarbij verdient het aandacht dat niet alle mensen in gelijke mate zijn toegerust om uitslagen te duiden en eventueel passende vervolgstappen te zetten, en dat deze gezondheidsonderzoeken kunnen zorgen voor een ongecontroleerde toestroom tot de reguliere zorg.

Medische hulpmiddelen met een medisch doeleinde, waaronder bepaalde screeningsapps of zelftesten, moeten voldoen aan strenge wet- en regelgeving op het gebied van markttoelating. Deze markttoelating is voor medische hulpmiddelen gereguleerd via de Medical Device Regulation (MDR) en die van (zelf)testen via de In-Vitro Diagnostics Regulation (IVDR). Dit betekent dat medische hulpmiddelen en (zelf)testen alleen op de markt worden verkocht nadat ze, afhankelijk van de risicoklasse, zijn beoordeeld door bevoegde certificeringsinstanties (zogenoemde notified bodies). De notified body controleert of een product voldoet aan de wettelijke vereisten, zoals veiligheid en prestaties van het product. Bij een positieve beoordeling ontvangt het product een CE-markering waarna het vervolgens vrij op de Europese markt mag worden gebracht. Het is belangrijk dat mensen een geïnformeerde keuze maken voor het gebruik van deze producten, en dat zij bij twijfel of ernstige symptomen altijd professionele medische hulp zoeken. Specifiek voor zelftesten geldt dat mensen wel behoefte hebben aan betere informatie. Momenteel kunnen zij voor onafhankelijke informatie over zelftesten online terecht op bijvoorbeeld thuisarts.nl of op de website van het RIVM, of zij kunnen hiervoor hun huisarts raadplegen.

Hoewel zelftesten, screeningsapps en wearables voordelen kunnen bieden, is het van belang dat mensen bij gezondheidsklachten altijd overleggen met een zorgprofessional. Deze producten zijn namelijk geen vervanging voor een professionele medische beoordeling. Het is belangrijk dat mensen zich bewust zijn van de beperkingen van deze producten. Hierover dient de fabrikant de gebruiker te informeren in de gebruiksaanwijzing.

Evenals de RVS hecht het kabinet aan een kritische benadering van deze ontwikkelingen en aan bescherming van burgers tegen onbedoelde nadelen. In dat kader staat het kabinet ook stil bij de Wbo. Een eerdere wijziging van deze wet is ingetrokken, en er is toegezegd om met een nieuw wetsvoorstel te komen. De oorspronkelijke doelstelling van het wetsvoorstel was om meer ruimte te bieden voor nieuwe vormen van preventief gezondheidsonderzoek en health checks, zodat mensen laagdrempelig meer inzicht konden krijgen in hun gezondheid en daar zelf de regie op kunnen voeren.

In de afgelopen tien jaar is de context echter wezenlijk veranderd. Zoals de RVS beschrijft, is het aanbod van health checks en zelftesten sterk toegenomen en is de maatschappelijke impact ervan groter geworden. Het kabinet neemt het daarom in overweging om de oorspronkelijke doelstelling van het wetsvoorstel opnieuw te bezien in het licht van deze veranderde realiteit en de aanbevelingen van de RVS. Het kabinet wil verkennen hoe een evenwicht kan worden gevonden tussen ruimte voor initiatieven en innovatie waar dat verantwoord is, en regulering en bescherming waar dat gepast en noodzakelijk is. De

inzichten uit het advies van de RVS zullen nadrukkelijk worden betrokken bij de herziening van de WBO.

Een herbezinning op deze vraagstukken vraagt echter om zorgvuldigheid en tijd, mede gezien de uiteenlopende opvattingen.

3) Bij richtlijnontwikkeling meer gewicht geven aan de keerzijden van zowel oprekkende ziekte-definities als de overmatige inzet van diagnostiek

De RVS adviseert bij de richtlijnontwikkeling meer gewicht te geven aan de keerzijden van zowel oprekkende ziekte-definities als de overmatige inzet van diagnostiek. De RVS benoemt dat richtlijnen een belangrijk aangrijpingspunt vormen om tegenwicht te bieden aan diagnose-expansie. Deze werken immers zeer sturend voor zorgverleners en kunnen ook een steun vormen voor zorgverleners om bepaalde handelingen, ondanks druk, niét te doen. Daarbij wordt de kanttekening gemaakt dat een tegenbeweging alleen kan ontstaan als tegelijkertijd in de algemene en professionele cultuur ook inzichten en veranderingen plaatsvinden. Klinisch leiderschap is hierbij cruciaal.

De RVS adviseert in de praktijk terughoudend te zijn met het inzetten van diagnostiek en het stellen van diagnoses en hierop de prikkels aan te passen. De RVS benoemt daarbij dat het inzetten van diagnostiek niet onschuldig is; diagnostiek kan zowel een individu als de samenleving schaden. Daarbij geldt: hoe minder duidelijk de indicatie voor het onderzoek, hoe groter de kans op onduidelijke bevindingen die juist tot meer vragen en onrust kunnen leiden. Ook het stellen van een diagnose is niet onschuldig en kan leiden tot een verminderde kwaliteit van leven, uitsluiting en nocebo-effecten⁴. Daarnaast is een diagnose sterk gekoppeld aan een behandeling, met alle risico's van dien.

De aanbevelingen sluiten goed aan bij de beweging naar passende zorg die in de zorgakkoorden met alle partijen in de zorg zijn gemaakt. In het coalitieakkoord van het huidige kabinet wordt deze insteek ondersteund. We maken van passende zorg de norm, ook in de aanspraak, implementeren die sneller en vergoeden alleen nog zorg die bewezen meerwaarde heeft voor de patiënt. Wat bewezen (kosten)effectief is, moet voor iedereen beschikbaar zijn. Wat geen meerwaarde heeft, hoort daar niet bij. Dit is niet vrijblijvend.

Er worden via wet- en regelgeving strengere eisen gesteld aan de voorwaarden, kwaliteit en totstandkoming van beroepsrichtlijnen. Het Zorginstituut krijgt hierbij een stevigere rol. De verantwoordelijkheid voor het opstellen van richtlijnen voor de kwaliteit van zorg ligt in de eerste plaats bij veldpartijen. De aanbevelingen om overmatige diagnostiek en niet-passende oprekking van ziekte-definities tegen te gaan in richtlijnen zijn dan ook voor hen bedoeld.

Passende zorg is zorg die waarde toevoegt aan het leven van mensen en oog heeft voor de maatschappelijke opgaven waarvoor we staan. Passende zorg is noodzakelijk om de zorg toegankelijk te houden voor iedereen die dat nodig heeft. Eén van de principes van passende zorg is dat het gaat over gezondheid in plaats van over ziekte. Niet elke gezondheidsvraag heeft een (individueel) zorgantwoord, soms zijn andere antwoorden passender. Bijvoorbeeld als chronische stress of depressie vooral wordt veroorzaakt door financiële problemen, dan moet het antwoord eerder worden gezocht in schuldhulpverlening en niet in de ggz.

⁴ Nocebo-effecten zijn negatieve gezondheids- en bijwerkingsreacties die niet worden veroorzaakt door een behandeling zelf, maar door negatieve verwachtingen, overtuigingen of informatie daarover.

Hier ligt ook een belangrijke rol voor (de verbinding met) de publieke gezondheidszorg. In het Kader Passende Zorg staat wat van de verschillende partijen wordt verwacht. Bij zorgverleners gaat dit onder andere om een bredere blik met oog voor andere levensterreinen, en richtlijnen en indicatoren die bijdragen aan de lerende en gezamenlijke beweging van passende zorg.

Een ander principe van passende zorg is dat deze in gezamenlijkheid met en rondom de patiënt tot stand komt. Dit houdt ook in dat patiënt en zorgverlener samen beslissen over de best passende diagnostiek, bijvoorbeeld of aanvullend onderzoek nodig is bij vage klachten. Daarbij is van belang dat richtlijnen niet als dwingende voorschriften worden gebruikt, maar als startpunt voor een gesprek.

Ze moeten zorgverleners juist stimuleren om, samen met de patiënt, tot een afgewogen keuze te komen. Met veldpartijen is afgesproken om «samen beslissen» in te bedden in de gehele zorg en dus alle domeinen.

Passende zorg vormt het hart van de zorgtransitie en is de basis onder het IZA. Met de aanvullende afspraken in het AZWA wordt een versnelling in de beweging naar passende zorg gebracht. Met het nieuwe coalitieakkoord versterkt het kabinet deze aanpak verder. Daarbij gaat het onder andere om een ambitieuzere en concrete aanvullende afspraak op het gebied van richtlijnen die bijdraagt aan passende zorg en de transitiedoelen. Als het gaat om klinisch leiderschap is het goed om te benoemen dat de Federatie Medisch Specialisten in juni 2025 haar toekomstvisie Medisch Specialist 2035 heeft gepresenteerd die richting geeft aan de zorg van morgen, waarbij medisch specialisten zichzelf zien als aanjagers van gezondheid, preventie en een gezonde leefstijl. Deze toekomstvisie is met input van bijna 3.000 (toekomstig) medisch specialisten en andere betrokkenen uit de zorg tot stand gekomen.

Het tegengaan van mogelijke overbehandeling en verdringing als gevolg van diagnose-expansie is een onderwerp dat breed wordt opgepakt bij het programma «Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket», waarover ook afspraken met partijen zijn gemaakt. Net als andere medische handelingen moet diagnostiek voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk, maar moeten we ook kritisch kijken naar bijvoorbeeld de arbeidsinzet die hiermee gepaard gaat. Hierin heeft iedereen een rol: de overheid, zorgverzekeraars en zorgkantoren, zorgprofessionals, zorgaanbieders, patiënten en cliënten.

4) Terughoudendheid in de praktijk met het inzetten van diagnostiek en het stellen van diagnoses, en het daarop aanpassen van de prikkels

De RVS benadrukt dat het van belang is dat zorgverleners zich bewust zijn van het uitgangspunt «primum non nocere», het allereerst niet schaden, net zoals zij dat bij een behandeling zijn. Om terughoudendheid te bevorderen, zijn meer momenten van reflectie nodig. Daarnaast zouden de keerzijden expliciet onderdeel van opleidingen moeten zijn en zou het tuchtrecht, dat tot defensieve geneeskunde leidt, moeten worden gemoderniseerd.

Er wordt in het advies ook aandacht besteed aan financiële prikkels. Zo wordt in het advies onder andere aangegeven dat de maatregel «meer tijd voor de patiënt» bij huisartsen een goede ontwikkeling is. Dit goede voorbeeld onderschrijft het kabinet. Door meer tijd te nemen in de spreekkamer, ontstaat er ruimte voor de «vraag achter de vraag». Uit praktijkvoorbeelden en onderzoek blijkt dat meer tijd voor de patiënt in de

huisartsenzorg inderdaad leidt tot minder (onnodig) doorverwijzen, minder diagnostieaanvragen en minder medicatiegebruik. Om die reden heeft het kabinet in het IZA structureel geld vrijgemaakt voor de landelijke invoering van meer tijd voor de patiënt in de huisartsenzorg

Het kabinet herkent de analyse van de RVS dat er veel verschillende financiële prikkels in de organisatie en bekostiging van diagnostiek bestaan, die moeilijk uitlegbaar zijn. Het kabinet streeft ernaar deze prikkels te onderzoeken en beter op elkaar af te stemmen.

Tot slot

Het advies «Iedereen bijna ziek» adresseert een breed scala aan actuele en relevante aandachtspunten. Het kabinet onderschrijft het belang van blijvende reflectie op de balans tussen kansen en risico's in gezondheid, zorg en preventie. We leven in een wereld waarin technologie het steeds makkelijker maakt om iets op te sporen. De RVS wijst erop dat diagnose-expansie kan bijdragen aan een versmalling van wat als «normaal» wordt beschouwd, waardoor variatie in gezondheid en functioneren minder ruimte krijgt.

De uitdaging ligt niet in méér diagnoses, maar in minder noodzaak daartoe. In het versterken van gezondheid, in plaats van het steeds sneller signaleren van afwijkingen. Het advies van de RVS biedt daarbij waardevolle handvatten voor een beleid dat ruimte laat waar dat kan, begrenst waar dat nodig is en steeds oog houdt voor het bredere publieke belang. Het kabinet ziet het advies dan ook als ondersteuning van de maatregelen die het neemt en van het beleid dat op verschillende domeinen in deze brief wordt geschetst.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
S.Th.M. Hermans