

Vergaderjaar 2010–2011

32 793

Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 3

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 juni 2011

Een bevolkingsonderzoek naar darmkanker leidt tot meer gezondheid voor de Nederlandse bevolking. Daarom ga ik dit bevolkingsonderzoek vanaf 2013 invoeren. Jaarlijks sterven er bijna 5 000 mensen aan darmkanker en komen er ongeveer 12 000 patiënten bij¹. Deze aantallen stijgen snel, onder andere door de vergrijzing. De behandelingen worden weliswaar beter, maar ook duurder, waardoor de kosten in de zorg sterk zullen toenemen. De kans op genezing is groter als darmkanker vroeg ontdekt wordt. Op termijn kan een bevolkingsonderzoek 2 400 sterfgevallen² aan darmkanker per jaar voorkomen. In de Landelijke nota gezondheidsbeleid³ heb ik het besluit om een bevolkingsonderzoek naar darmkanker in te voeren reeds aangekondigd. Met deze brief informeer ik u verder.

Het bevolkingsonderzoek is bedoeld voor mannen en vrouwen tussen de 55 en 75 jaar. Het gaat om een doelgroep van ongeveer 4,4 miljoen mensen. Zij zullen door dezelfde screeningsorganisaties die de bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker uitvoeren, uitgenodigd worden om deel te nemen. Zij ontvangen daarvoor elke twee jaar thuis een ontlastingstest⁴, die ze zelf naar het laboratorium opsturen voor analyse. Bij een afwijkende uitslag worden ze doorverwezen voor verder onderzoek en diagnostiek en zo nodig behandeling.

De Gezondheidsraad constateerde eind 2009 dat er voldoende wetenschappelijk bewijs is om te beginnen met een bevolkingsonderzoek naar darmkanker⁵. De Gezondheidsraad oordeelde dat tweejaarlijkse screening met de ontlastingstest op dit moment de beste screeningsstrategie is, gelet op de testprestaties en acceptatie. Dit bewijs werd voor een groot deel geleverd door regionale proefbevolkingsonderzoeken die zijn gefinancierd via het preventieprogramma van Zorgonderzoek Nederland (ZonMw). Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB) bij het RIVM heeft vervolgens in een uitvoeringstoets de knelpunten en de randvoorwaarden in kaart gebracht. Deze toets is op 7 april jl. aan mij opgeleverd en vindt u als bijlage bij deze brief.⁶

¹ Cijfers 2008, ikcnet.nl. De Gezondheidsraad noemde in zijn advies een incidentiecijfer van 11 231 (2006) en de verwachting is dat dit cijfer in 2015 stijgt tot 1400.

² De Gezondheidsraad noemde in zijn advies een gemiddelde van 1 400 voorkomen sterfgevallen per jaar over de periode 2010–2039. Dertien jaar na de volledige invoering (2032) stabiliseert het aantal voorkomen sterfgevallen aan darmkanker op ongeveer 2 400 per jaar.

³ Brief van 25 mei 2011, kamerstuk 32 793, nr. 1.

⁴ De immunochemische Fecaal Occult Bloedtest (iFOBT) test op bloedsporen in de ontlasting die kunnen wijzen op afwijkingen in het weefsel van de dikke darm.

⁵ U bent hierover geïnformeerd bij brief van 16 februari 2010, kamerstukken 2009–2010, 22 894, nr. 261.

⁶ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

De voorbereidingen voor de invoering zullen zeker twee jaar duren, omdat er veel geregeld moet worden om een nieuw bevolkingsonderzoek zorgvuldig in te kunnen voeren. Er zal veel aandacht worden besteed aan voorlichting: om mensen bewust te maken van de risico's van darmkanker, maar ook om hen in staat te stellen een geïnformeerde keuze te maken over deelname aan het bevolkingsonderzoek. Het CvB heeft beschreven welke richtlijnen en kwaliteitseisen nodig zijn voor de screening, het vervolgtraject en de monitoring. Ook stellen ze maatregelen voor om de extra behoefte aan capaciteit in de zorg op te vangen. Er zullen veel meer mensen dan nu worden doorverwezen voor een darmonderzoek (coloscopie) en eventueel voor behandeling in gespecialiseerde centra. Het communiceren van een afwijkende uitslag van de ontlastingstest moet zorgvuldig gebeuren. De huisarts heeft hierin, gelet op de vertrouwensrelatie met de patiënt, een belangrijke rol. De screeningsorganisaties zijn verantwoordelijk voor de verwijzing naar coloscopiecentra die voldoen aan de landelijke kwaliteitseisen en waarmee afspraken zijn gemaakt om wachtlijsten te voorkomen.

De aansluiting met en de kwaliteit van de zorg is niet alleen cruciaal voor de deelnemers maar ook voor de effectiviteit van het bevolkingsonderzoek. De zorgaanbieders zullen aanvullende maatregelen, als taakherstelling en een efficiëntere uitvoering, moeten inzetten om voldoende capaciteit te creëren om het vervolg op de screening verantwoord op te vangen. De betrokken beroepsgroepen, patiëntenorganisaties, screeningsorganisaties en andere stakeholders zijn intensief betrokken bij de uitvoeringstoets. Dat er onder de dertig betrokken organisaties een groot draagvlak is geconstateerd voor een bevolkingsonderzoek, is voor mij een belangrijk signaal. Dit zijn de partijen die straks het bevolkingsonderzoek vorm moeten geven en medeverantwoordelijk zijn voor optimale resultaten.

Het bevolkingsonderzoek wordt stapsgewijs ingevoerd om de kwaliteit van zowel de screening als het vervolgtraject te kunnen garanderen. Ik verwacht dat de eerste groep vanaf 2013 kan worden gescreend. In de zes jaar daarna wordt het bevolkingsonderzoek telkens uitgebreid tot de hele doelgroep van 4,4 miljoen mannen en vrouwen is uitgenodigd. De overheid kan bij het ontstaan van onaanvaardbaar lange wachtlijsten in de zorg eventueel ingrijpen in de instroom door de gefaseerde invoering te vertragen.

Hetzelfde instrument van gefaseerde invoering kan zo nodig worden ingezet om de kosten beheersbaar te houden. De berekeningen in de uitvoeringstoets zijn gebaseerd op de best mogelijke aannames en dan komt darmkankerscreening als zeer kosteneffectief uit de bus. De precieze kosten kunnen pas op een later moment worden vastgesteld. Zo moeten de screeningstest en de laboratoriumbepaling worden aanbesteed en is het niet zeker of de opkomst gelijk zal zijn aan de zestig procent die deelnam aan de proefbevolkingsonderzoeken. Vanzelfsprekend zal ik de invoering en de kostenontwikkeling kritisch volgen en indien nodig beheersingsmaatregelen treffen.

Naar verwachting zal de screening met de ontlastingstest van de volledige doelgroep van 4,4 miljoen mensen uiteindelijk ongeveer veertig miljoen euro per jaar gaan kosten. Daarnaast zullen vooral in de beginjaren van het bevolkingsonderzoek relatief veel gevallen van darmkanker in een korte periode worden gevonden, waaronder ook tumoren in een gevorderd stadium. Deze vervroeging van de patiëntenstroom zal in de jaren van de uitrol een grote investering in de zorg en in de zorgkosten vergen. Deze meerkosten in het Budgettair Kader Zorg (BKZ) door het bevolkingsonderzoek zullen naar verwachting oplopen tot ongeveer 80 miljoen euro

in 2017 (op de ongeveer 300 miljoen euro aan zorgkosten voor darmkanker). Binnen het BKZ is ruimte gevonden om deze kosten in te passen. Naarmate de nieuwe gevallen van darmkanker in een vroeg of zelfs een voorloperstadium worden opgespoord, zullen de zorgkosten voor darmkanker juist dalen.

En wat nog belangrijker is: door vroege opsporing is darmkanker vaak beter behandelbaar en kan veel patiënten een zware behandeling bespaard blijven.

Met de invoering van dit bevolkingsonderzoek biedt de overheid burgers dus een belangrijke kans om een ernstige ziekte te voorkomen en langer in goede gezondheid te leven.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers