

**Modernisering bestuurlijke
infrastructuur bevolkingsonderzoek**

26 april 2006

Inhoudsopgave

- 1 Inleiding
 - 1.1 Inleiding en doelstelling onderzoek
 - 1.2 Aanpak onderzoek

- 2 Aanleidingen voor modernisering
 - 2.1 Rijksverantwoordelijkheid voor publieke gezondheidszorg
 - 2.2 Aanleidingen
 - 2.3 Uitgangspunten voor een robuuste infrastructuur

- 3 Schets van de huidige situatie
 - 3.1 Organisatie van het primaire proces
 - 3.2 Bestuurlijke structuur en omvang regio's
 - 3.3 Knelpunten in de huidige infrastructuur

- 4 Ontwerp van een robuuste infrastructuur
 - 4.1 Ontwerpeisen
 - 4.2 Organisatorische varianten
 - 4.3 Conclusies

- 5 Juridische varianten bij private uitvoering

- 6 Samenvatting

1 Inleiding

1.1 Inleiding en doelstelling onderzoek

Nederland kent verschillende bevolkingsonderzoeken. Deze zijn ingesteld om risico's op een bepaalde aandoening op te sporen en vroegtijdig te kunnen ingrijpen. Twee daarvan zijn de bevolkingsonderzoeken naar borstkanker en op baarmoederhalskanker. Deze onderzoeken worden al ruim 25 jaar uitgevoerd en de resultaten zijn goed. Nederland geniet internationaal een positieve reputatie voor zover het de uitvoering van deze bevolkingsonderzoeken aangaat.

Per 1 januari 2006 is het een en ander veranderd. Op dat moment is de financiering van de uitvoering van het bevolkingsonderzoek vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Rijksbegroting. Dit is een gevolg van het feit dat de rijkssoevereïteit bezig is haar verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheidszorg te bepalen. Bevolkingsonderzoek is daar een onderdeel van. De overheveling van de taak en financiën maakt duidelijk dat het Rijk zich verantwoordelijk acht voor het aanbod aan bevolkingsonderzoeken.

Het aanbod van bevolkingsonderzoeken is in ontwikkeling. De mogelijkheden om ziekten vroegtijdig te signaleren en snel in te grijpen worden steeds groter. Aan de ene kant leidt dat tot de ontwikkeling van nieuwe screenings (bijvoorbeeld op darmkanker), aan de andere kant levert dat ethische discussies op over de vraag of men alle gezondheidsrisico's wel in beeld wil hebben. Als het Rijk bevolkingsonderzoeken zelf aanbiedt, wil zij extra waarborgen voor een kwalitatief verantwoord aanbod.

Verder speelt mee dat er in de huidige uitvoering van bevolkingsonderzoek nog wel wat winst is te behalen. In 2004 is onderzoek verricht, waaruit bleek dat de huidige uitvoering versnipperd en bestuurlijk weinig eenduidig is. Voordat het Rijk nieuwe bevolkingsonderzoeken uitzet, wil zij robuustere uitvoeringsorganisaties voor het bevolkingsonderzoek.

Het Ministerie van VWS en het RIVM hebben Van Naem & Partners gevraagd advies uit te brengen over de organisatorische infrastructuur voor bevolkingsonderzoeken. In deze rapportage beschrijven wij de bevindingen uit ons onderzoek. Het onderzoek naar de organisatie van bevolkingsonderzoeken dient bij te dragen aan de volgende doelstelling:

Het realiseren van een robuuste bestuurlijke infrastructuur voor bevolkingsonderzoeken die onder rijksverantwoordelijkheid worden aangeboden.

1.2 Aanpak onderzoek

Het onderzoek kenmerkt zich door een intensieve uitwisseling met de opdrachtgevers. De reden hiervoor is dat bevolkingsonderzoek deel uitmaakt van de publieke gezondheidszorg, die als geheel in ontwikkeling is. Voor de vormgeving van de bestuurlijke infrastructuur voor de publieke gezondheidszorg zijn perspectieven geschetst, die in dit onderzoek zijn meegewogen. Tegelijk geldt dat deze perspectieven nog verder moeten worden uitgewerkt, maar dat valt buiten de reikwijdte en termijn van dit onderzoek.

De uitwisseling met de opdrachtgevers heeft plaatsgevonden in de begeleidingsgroep van het onderzoek. Deze is in de periode december 2005 – maart 2006 zeven maal bijeen gekomen. De begeleidingsgroep omvatte medewerkers van het RIVM en het Ministerie van VWS. Daarnaast hebben wij meermaals gesproken met de wetgevingsjuristen van het Ministerie van VWS.

Voor een beoordeling van het functioneren van de huidige organisaties voor bevolkingsonderzoeken naar kanker hebben wij recente onderzoeken naar de uitvoering van de screenings als vertrekpunt genomen. Daarnaast zijn onze constatering gebaseerd op onze gespreksronde met betrokkenen bij de screenings in Nederland.

Wij hebben gesproken met tal van betrokkenen bij de uitvoering van bevolkingsonderzoeken. De gesprekken dienden de volgende doelstellingen:

- Actualisering van de bevindingen uit eerder onderzoek. Wij zijn nagegaan in hoeverre de knelpunten, geconstateerd in eerder onderzoek, nog aan de orde zijn.
- Onderzoeken van de meningen over de geformuleerde uitgangspunten, die als vertrekpunt dienden voor het onderzoek en over de mogelijkheden voor het ontwerp van de nieuwe infrastructuur.

Wij hebben gesproken met:

- managers en bestuurders van de 18 screeningsorganisaties voor borst- en baarmoederhalskanker in Nederland
- bestuurders van de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC)
- beleidsmedewerkers van GGD Nederland en vier GGD-directeuren
- beleidsmedewerkers van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- de directeur van het Landelijk Referentiecentrum Borstkanker (LRCB)
- bestuurders van de Borstkankervereniging Nederland
- een regionaal coördinerend patholoog.

2 Aanleiding voor modernisering

2.1 Rijksverantwoordelijkheid voor publieke gezondheidszorg

Openbare gezondheidszorg was tot dusver vooral een verantwoordelijkheid van de gemeenten op basis van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). Gemeenten houden daartoe een GGD in stand. De overheveling van taken en middelen voor bevolkingsonderzoek naar de rijksoverheid sluit aan bij een ontwikkeling die speelt in het gehele domein van de publieke gezondheidszorg. Naast de gemeentelijke verantwoordelijkheid wil het Ministerie van VWS de rijksverantwoordelijkheid voor preventieve gezondheidszorg nadrukkelijker waarborgen. Bevolkingsonderzoek is daar een onderdeel van.

Per 1 januari 2006 is de landelijke financiering en aansturing van bevolkingsonderzoeken gewijzigd. Dit geldt voor de bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker, familiale hypercholesterolemie en het nationaal programma pre- en postnatale preventie. De subsidies zijn overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de begroting van het Ministerie van VWS. Tegelijk zijn de taken van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) voor de coördinatie van bevolkingsonderzoeken overgedragen aan het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), als agentschap van het Ministerie van VWS.

In de nieuwe structuur voor publieke gezondheidszorg heeft het RIVM een functie als landelijk regisseur. Deze functie komt naast de oorspronkelijke onderzoeksfunctie van het RIVM. De regierol voor het programma van bevolkingsonderzoeken is belegd bij het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CVB), dat het RIVM onlangs heeft opgericht. Voor andere publieke gezondheidszorgtaken heeft het RIVM vergelijkbare landelijk centra opgericht (of deze zijn in oprichting). Dit geldt voor infectieziektebestrijding, jeugdgezondheid en gezond leven.

2.2 Aanleiding

De overheveling van taken illustreert dat de rijksoverheid haar verantwoordelijkheid nadrukkelijker wil waarborgen. Daarnaast zijn er verschillende aanleidingen om de bestuurlijke structuur van bevolkingsonderzoek tegen het licht te houden.

1 *Verschillen in de huidige screeningspraktijk*

De huidige uitvoeringspraktijk van de bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker kent een grote variatie. In totaal zijn er 18 screeningsorganisaties naar kanker in Nederland.

Verschillen zijn er onder meer ten aanzien van:

- de omvang van de doelgroep en het werkgebied
- de oproepmethode
- de organisatievorm.

In een onderzoek uit 2004 is in opdracht van het CVZ het functioneren van de screeningsorganisaties in kaart gebracht. Daarbij is een aantal knelpunten ten aanzien van doelmatigheid, monitoring en bestuurlijke transparantie geconstateerd. Deze knelpunten hangen samen met de huidige organisatiestructuur. In hoofdstuk 3 komt de huidige uitvoeringspraktijk nader aan bod.

2 *Komst nieuwe bevolkingsonderzoeken*

Met het vergroten van de kennis over de oorzaak van ziekten en het toenemen van de mogelijkheden om vroegtijdig risico's op te sporen, ontstaan nieuwe mogelijkheden voor bevolkingsonderzoeken en screeningen. De verwachting is dat er in de toekomst nieuwe bevolkingsonderzoeken zullen komen. Dit kunnen screeningen zijn naar andere vormen van kanker, maar ook naar andere ziekten.

Het traject van de eerste ideeën en onderzoeken tot en met de daadwerkelijke realisatie van een door de rijksoverheid erkend bevolkingsonderzoek vergt een lange doorlooptijd. Daarbij worden maatschappelijke baten en kosten tegen elkaar afgewogen. Voor screeningen op kanker is de introductie van een bevolkingsonderzoek naar darmkanker het meest concreet. Momenteel lopen daartoe enkele proefprojecten. Op basis van de uitkomsten zal de minister een besluit nemen over de instelling van een nieuw bevolkingsonderzoek. De verwachting is dat een bevolkingsonderzoek naar darmkanker op zijn vroegst in 2010 zal worden gerealiseerd.

3 *Regulering van het aanbod van bevolkingsonderzoeken*

Naast het publiek gefinancierde aanbod van bevolkingsonderzoeken zijn er tal van andere bevolkingsonderzoeken of screeningen (bijvoorbeeld 'total body scans', medische keuringen, et cetera). Uit hoofde van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) zijn dit allemaal bevolkingsonderzoeken. Met behulp van het vergunningstelsel van de WB reguleert de rijksoverheid het aanbod. Een vergunning is gekoppeld aan kwaliteitseisen. In geval van risicovol aanbod kan de overheid op grond van de WBO het aanbieden van screeningen verbieden. Een knelpunt is dat een deel van het aanbod van screeningen zich aan controle door de overheid onttrekt. Dit geldt bijvoorbeeld voor screeningen die via internet worden aangeboden, of door instellingen in buurlanden.

Het aanbieden van bevolkingsonderzoeken en screenings brengt maatschappelijke vragen met zich mee. Bijvoorbeeld vragen over het creëren van schijnzekerheid, over maatschappelijke uitsluiting (lastiger om werk te vinden indien een bepaalde aandoening is geconstateerd) of over de consequenties voor verzekering voor ziektekosten (het weren of ontmoedigen van mensen met een verhoogde kans op een bepaalde aandoening).

Vanwege de toenemende mogelijkheden tot screening en maatschappelijke vraagstukken die bevolkingsonderzoeken en screenings oproepen, stelt de overheid extra eisen aan de bevolkingsonderzoeken die zij zelf aanbiedt. Immers, de overheid acht het wenselijk dat alle burgers uit de doelgroep deelnemen aan het bevolkingsonderzoek, terwijl zij daar zelf niet om hebben gevraagd. De bevolkingsonderzoeken die het Rijk aanbiedt, maken deel uit van het Rijksprogramma voor Bevolkingsonderzoeken (analoog aan het Rijksvaccinatieprogramma). Het feit dat een bevolkingsonderzoek deel uitmaakt van het Rijksprogramma kan worden opgevat als een kwaliteitskeurmerk.

4 Bevorderen schaalvergroting

Bij bevolkingsonderzoeken zijn tal van organisaties en professionals betrokken. De regio-indeling en omvang van het werkgebied varieert sterk per type organisatie. Betrokkenen bij het bevolkingsonderzoek (of het natraject), zoals huisartsen, Integrale Kankercentra (IKC's), GGD'en en ziekenhuizen zijn ieder op hun eigen wijze en volgens hun eigen indeling georganiseerd.

Voor een aantal taken in de publieke gezondheidszorg acht het Ministerie van VWS een grotere schaal wenselijk dan de schaal van 25 regio's. Momenteel zijn er 36 GGD'en in Nederland. De bedoeling is dat zij op afzienbare termijn zijn georganiseerd op het niveau van 25 hulpverleningsregio's. Een grotere schaal leidt tot minder bestuurlijke aanspreekpunten en biedt betere garantie voor kwaliteit en doelmatigheid van de uitvoering. Dit geldt bijvoorbeeld voor taken gericht op infectieziektebestrijding en medische milieukunde en voor de bevolkingsonderzoeken.

Het Ministerie van VWS heeft een indeling in vijf regio's als perspectief geschetst¹. De voorgestelde indeling loopt parallel aan provinciegrenzen en is congruent met buitengrenzen van de hulpverleningsregio's. Met het verminderen van het aantal bestuurlijke partijen dient eveneens de afstemming met privaat georganiseerde partijen gemakkelijk te worden.

¹ Circulaire augustus 2005, ministerie van VWS.

2.3 Uitgangspunten voor een robuuste infrastructuur

De rijksoverheid heeft diverse redenen om meer greep te willen hebben op de uitvoering van bevolkingsonderzoeken. Die greep moet de volgende zekerheden geven:

1 Leveringszekerheid

Als de rijksoverheid burgers een bevolkingsonderzoek aanbiedt, dan moet zij zekerheid hebben dat de uitvoering gegarandeerd is. De continuïteit van de uitvoering moet zijn gewaarborgd, omdat anders de geloofwaardigheid van het bevolkingsonderzoek uitholt en het maatschappelijke nut komt te vervallen.

2 Kwaliteit

De rijksoverheid wil dat bevolkingsonderzoeken kwalitatief verantwoord worden uitgevoerd. Het bijzondere aan bevolkingsonderzoeken is, dat gezonde mensen worden onderzocht op verborgen ziekten. Dat vraagt grote zorgvuldigheid in de uitvoering van het onderzoek. Als overheid wil je zekerheid hebben dat de vereiste kwaliteit wordt geleverd.

3 Doelmatigheid

Als opdrachtgever heeft de overheid belang bij een doelmatige uitvoering van het bevolkingsonderzoek. Het Rijk heeft greep nodig op de uitvoering om de randvoorwaarden voor doelmatige uitvoering te kunnen bevorderen. Bijvoorbeeld voor het afdwingen van grootschaliger uitvoeringsorganisaties of het integreren van screeningsorganisaties.

4 Merkbescherming

Het Rijk wil via het Rijksprogramma Bevolkingsonderzoek een kwaliteitskeurmerk in de markt zetten. Het merk moet burgers vertrouwen geven dat onderzoeken, die onder dit keurmerk worden uitgevoerd, nuttig en noodzakelijk zijn voor de persoon zelf en de maatschappij. Het Rijk moet voldoende greep hebben op de uitvoering om organisaties te bewegen volgens de eisen van het keurmerk te blijven werken.

3 Schets van de huidige situatie

In dit hoofdstuk beschrijven wij hoe de bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker momenteel zijn georganiseerd. Eerst staan wij stil bij het primaire proces, daarna bij de besturingsstructuur. De huidige structuur brengt een aantal knelpunten met zich mee. Deze komen aan bod in de laatste paragraaf.

3.1 Organisatie van het primaire proces

Karakter bevolkingsonderzoek

Bevolkingsonderzoeken hebben gemeenschappelijk dat ze bedoeld zijn om risico's op te sporen, zodat vroegtijdig ingrijpen mogelijk is en behandeling meer kans van slagen heeft. Op deze manier dragen de onderzoeken bij aan gezondheidswinst. De doelgroep van een bevolkingsonderzoek is de (ogenschijnlijk) gezonde burger, die een verhoogde kans heeft op een bepaalde aandoening. De doelgroep van het bevolkingsonderzoek heeft niet zelf om het onderzoek gevraagd.

Primaire proces

In de uitvoering van de huidige bevolkingsonderzoeken zijn er verschillen op de volgende punten:

- 1 de potentiële aandoening(en) waarop wordt gescreend
- 2 de wijze waarop de doelgroep wordt geselecteerd
- 3 de frequentie van het onderzoek (eenmalig of periodiek)
- 4 de vereiste deskundigheden voor het doen van het onderzoek.

Ter toelichting op het tweede punt: selectie kan gebeuren op basis van een grofmazig criterium (leeftijd, gekoppeld aan een verhoogde kans op een bepaalde aandoening) of een fijnmazig criterium (een erfelijke aandoening in de familie). Bij de selectie geldt uiteraard als voorwaarde dat het onderzoek voldoende betrouwbaar dient te zijn. De bevolkingsonderzoeken naar kanker zijn een voorbeeld van de eerste manier van selecteren. Het bevolkingsonderzoek naar familiale hypercholesterolemie is een voorbeeld van de tweede selectiewijze.

Op hoofdlijnen komt het primaire proces van de huidige bevolkingsonderzoeken naar kanker overeen. Er is een omvangrijke doelgroep geselecteerd, de doelgroep wordt voorgelicht, opgeroepen en onderzocht, en afhankelijk van de uitslag al dan niet doorverwezen voor nader onderzoek of behandeling. In onderstaand schema is het primaire proces van de beide bevolkingsonderzoeken naar kanker weergegeven.

stappen in het primair proces	bevolkingsonderzoek naar	
	borstkanker	baarmoederhalskanker
uitnodigen van cliënt	versturen van uitnodigingen en herinneringen	
onderzoek/meting	maken van een foto	maken van een uitstrijkje
beoordeling onderzoeksresultaat	beoordelen foto	beoordelen uitstrijkjes
bekend maken uitslag	schriftelijk of persoonlijk meedelen van uitslagen aan cliënten en eventuele derden	
eventueel: verwijzen	verwijzen in geval van nadere diagnose of behandeling	

Tabel: primair proces van bevolkingsonderzoeken naar kanker

Wanneer we inzoomen op de uitvoeringspraktijk van beide bevolkingsonderzoeken stuiten we op verschillen. Deze verschillen zijn niet alleen te herleiden tot het onderscheid tussen het onderzoek naar borst- en baarmoederhalskanker, want er zijn ook aanmerkelijke verschillen in de organisatie van hetzelfde onderzoek.

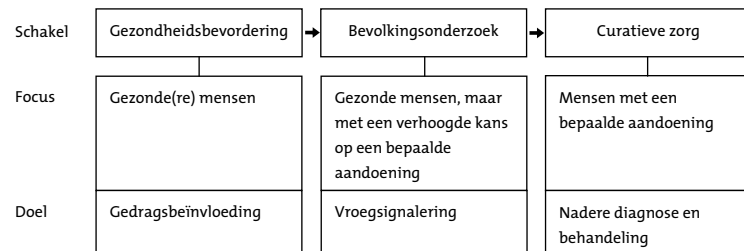
In het volgende schema is weergegeven welke organisaties en professionals betrokken zijn bij de verschillende stappen in het bevolkingsonderzoek.

betrokken bij:	borstkanker	baarmoederhalskanker
voorlichting	- screeningsorganisaties (- GGD'en) (- huisartsen)	- screeningsorganisaties (- GGD'en) (- huisartsen)
oproepen	- screeningsorganisaties (- GGD'en)	- screeningsorganisaties (- GGD'en) (- huisartsen)
uitvoering onderzoek	- screeningsorganisaties: radiologisch laboranten - screeningsradiologen	- huisartsen/huisartsassistenten - laboratoria: pathologisch laboranten of pathologen
afhandelen uitslag	- screeningsorganisaties	- screeningsorganisaties - huisartsen
uitvoering natraject	- oncologen - radiologen - chirurgen	- gynaecologen
monitoring en bewaking	- screeningsorganisaties (totale traject) - IKC's (natraject)	- screeningsorganisaties (totale traject) - IKC's (natraject) - ROS'en (Regionale Ondersteuningsstructuren huisartsen) - regionaal coördinerend patholoog

Tabel: betrokken organisaties bij de stappen in het bevolkingsonderzoek

In de eerste twee rijen van de tabel (voorlichting en oproepen) zijn GGD'en en huisartsen tussen haakjes gezet. Dit heeft ermee te maken dat zij niet per definitie betrokken zijn bij deze werkzaamheden.

Het verrichten van een bevolkingsonderzoek staat niet op zichzelf, maar maakt deel uit van een bredere keten. Het bevolkingsonderzoek is in onderstaand schema getypeerd als schakel tussen gezondheidsbevordering (gericht op een collectief) en curatieve gezondheidszorg (gericht op het individu).



Figuur: bevolkingsonderzoek als schakel in de keten

Verschillen in oproepmethoden

In het geval van baarmoederhalskanker zijn GGD'en en huisartsen in veel regio's direct betrokken bij voorlichting en oproepen. Er zijn in de huidige praktijk drie varianten, namelijk oproepen door:

- de screeningsorganisatie
- de GGD'en in het werkgebied van de screeningsorganisatie (op dit moment variërend van 1 tot en met 11 GGD'en)
- huisartsen.

In geval van oproepen door huisartsen fungeren de screeningsorganisaties of de GGD'en als achtervang, omdat in geen enkele regio alle vrouwen door huisartsen worden opgeroepen. Vanuit de optiek van de oproepende partijen worden uiteenlopende argumenten aangedragen die pleiten voor verschillende manieren van oproepen. Landelijk is er geen sprake van eenduidigheid in de wijze van oproepen voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

Voor het onderzoek naar borstkanker roepen de meeste screeningsorganisaties zelf op. Er zijn geen huisartsen die oproepen. GGD'en zijn in één regio betrokken. In de andere regio's kunnen de screeningsorganisaties afspraken hebben gemaakt met GGD'en in hun werkgebied over de inzet van GGD'en ten behoeve van voorlichting en/of benadering van specifieke doelgroepen.

Inzet professionals

Bij de uitvoering van de beide onderzoeken zijn verschillende professionals betrokken. Dit vloeit voort uit de aard van beide onderzoeken. In het geval van borstkanker hebben de screeningsorganisaties een grotere rol in de uitvoering. De radiologisch laboranten zijn in dienst van de screeningsorganisaties. In een enkel geval zijn ook de radiologen in dienst van de screeningsorganisatie.

De screeningsorganisaties voor baarmoederhalskanker zijn niet direct betrokken bij het onderzoek. Wanneer ook het oproepen door derden plaatsvindt, beperkt de taak van de screeningsorganisatie zich tot coördinatie, monitoring, voorlichting en kwaliteitsbeleid.

Vanwege de verschillen in de organisatie van het primaire proces hebben de screeningsorganisaties voor borstkanker meer 'massa' dan de organisaties voor baarmoederhalskanker. Dit is niet alleen omdat de screeningsorganisaties voor borstkanker veel meer personeel in eigen dienst hebben, maar ook omdat zij mobiele units beheren (om het onderzoek in de nabijheid van de populatie te organiseren).

Veranderingen in het primaire proces

De huidige uitvoering van bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker zal op kortere of langere termijn veranderen. Dit heeft consequenties voor het primaire proces en de organisatie. De organisaties voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker zijn reeds enkele jaren bezig met een digitaliseringsslag. Dit is een ingrijpende operatie, omdat de kern van het primaire proces verandert (de onderzoeksmethode en uitwisseling van informatie). Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker zal op de langere termijn vermoedelijk wezenlijk veranderen. Een nieuwe methode is in ontwikkeling, waarbij vrouwen worden gevaccineerd om de ziekte (gedeeltelijk) te voorkomen.

3.2 Bestuurlijke structuur en omvang regio's

Er zijn momenteel 18 stichtingen in Nederland voor bevolkingsonderzoek naar kanker. Zes organisaties voeren het bevolkingsonderzoek naar borstkanker uit, er zijn negen organisaties voor het onderzoek naar baarmoederhalskanker en drie organisaties voeren beide screenings uit (in de regio's Limburg, Midden-Nederland en Zuidwest-Nederland). In de meeste regio's houdt de stichting zich in hoofdzaak bezig met bevolkingsonderzoek. In enkele andere regio's zijn bevolkingsonderzoeken (één of beide) ondergebracht bij het Integraal Kankercentrum (IKC).

Het besturingsprincipe varieert per screeningsorganisatie. In veel regio's is sprake van het 'participantenmodel' (een stichting volgens het 'ziekenfondsmodel' met de participanten in het bestuur). In die gevallen participeren in ieder geval het IKC en de GGD('en) uit het werkgebied. In sommige besturen participeren ook professionals die betrokken zijn bij het primaire proces. Andere screeningsorganisaties hanteren het Raad van Toezicht-model (RvT). Het laatste model vloeit voort uit de principes van 'Health Care Governance' of 'deugdelijk bestuur', die een transparante aansturing moeten waarborgen. De leden in de Raad van Toezicht hebben geen belang in de uitvoering van het bevolkingsonderzoek. Bij verschillende screeningsorganisaties is een beweging gaande van het participantenmodel naar het RvT-model.

In een aantal regio's (waarbij sprake is van het participantenmodel) is de manager of coördinator van de screeningsorganisatie in dienst van één van de participerende partijen. Dit geldt specifiek voor screeningsorganisaties baarmoederhalskanker, waarbij de manager of coördinator in dienst is van één van de GGD'en.

In omvang van de populatie gemeten is de grootste screeningsorganisatie voor borstkanker circa 2,5 maal zo groot als de kleinste. In het geval van baarmoederhalskanker is het verschil een factor 6. Het verschil tussen het aantal screeningsorganisaties voor borst- en baarmoederhalskanker valt te herleiden tot het noorden en oosten van Nederland (drie respectievelijk zes screeningsorganisaties). In andere delen van het land zijn de grenzen van werkgebieden overigens evenmin volledig identiek.

3.3 Knelpunten in de huidige infrastructuur

Het functioneren van de screeningsorganisaties voor borst- en baarmoederhalskanker is eerder onderwerp geweest van onderzoek. In 2004 heeft het CVZ onderzoek laten doen naar de organisatie van de bevolkingsonderzoeken². In het onderzoeksrapport is een aantal risico's beschreven in de organisatie en aansturing van de bevolkingsonderzoeken. Er is geen onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de dagelijkse uitvoering. Over het algemeen bestaat de indruk dat de uitvoering in Nederland op relatief hoog niveau staat.

² 'Een onderzoek naar de structuur van screeningsorganisaties gericht op mogelijkheden voor optimalisatie van de organisatie'. Onderzoek door HHM organisatieadviseurs, december 2004.

In ons onderzoek hebben wij de eerdere onderzoeksbevindingen als vertrekpunt genomen. In deze paragraaf vatten wij de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek door HHM samen. Op grond van onze gespreksronde constateren wij dat de conclusies uit het eerdere onderzoek nog steeds van kracht zijn. Op enkele punten vullen wij de eerdere conclusies aan:

- Het primaire proces van de bevolkingsonderzoeken kan nog onvoldoende door het management worden beheerst, door beperkte mogelijkheden tot monitoring en bijsturing. Dit geldt bijvoorbeeld voor de inzet van radiologen in het onderzoek naar borstkanker. En voor de inzet van huisartsen, doktersassistenten en laboratoria in het onderzoek naar baarmoederhalskanker. Afspraken over hun inzet zijn vaak niet contractueel geregeld.
- Met name voor de onderzoeken naar baarmoederhalskanker constateren de onderzoekers een grote spreiding in kosten. Dit heeft te maken met de beheersing van de processen. Bepalend zijn de gemaakte afspraken met derden en de wijze waarop de screeningsorganisatie is gestructureerd (bijvoorbeeld, de omvang van de overhead die aan de screeningsorganisatie door de uitvoeringsorganisatie(s) wordt toegerekend). Daarnaast constateren de onderzoekers dat de kosten van onderzoek door laboratoria flink uiteen lopen.
- Een (groot) deel van het bevolkingsonderzoek wordt uitgevoerd door professionals die niet in dienst zijn van de screeningsorganisatie. Monitoring van de kwaliteit is mede afhankelijk van de bereidheid van deze professionals om 'een blik in de keuken' te bieden. Uitwisseling van gegevens stuit op niet aansluitende informatiesystemen, privacyregels en dergelijke. Dit is niet alleen een knelpunt vanuit de optiek van de screeningsorganisaties, maar ook vanuit betrokken beroepsgroepen (zoals de ROS'en en de regionaal coördinerend pathologen) en de patiëntenvereniging voor borstkanker. In verschillende regio's is onduidelijk hoe de kwaliteit van het totale proces is gewaarborgd.

De verantwoordelijkheid van de screeningsorganisatie voor het totale proces kan op gespannen voet staan met de verantwoordelijkheid van individuele beroepsbeoefenaren.

- Monitoring kan eveneens een knelpunt zijn bij de aansluiting tussen het bevolkingsonderzoek (indien de uitslag leidt tot een verwijzing) en het vervolg (verdere diagnose en behandeling). Een vrouw die wordt verwezen is ermee gediend dat zij naar een goede zorgaanbieder wordt verwezen en daar snel terecht kan. Het vervolgproces is niet altijd voldoende in beeld. Daarbij is de vraag of de verantwoordelijkheden tussen de screeningsorganisatie en de 'ontvangende' organisatie helder zijn afgebakend.
- Het management van verschillende screeningsorganisaties heeft onvoldoende autonomie. Dit geldt met name voor een aantal screeningsorganisaties voor baarmoederhalskanker. Dit komt omdat managers en coördinatoren in dienst zijn van in het bestuur participerende organisaties. In het rapport van de commissie bestuurlijke visitatie bevolkingsonderzoek naar borstkanker³ is de gebrekkige autonomie ook bij het borstkankeronderzoek als knelpunt aangewezen, waarbij het management een ongelijkwaardige positie inneemt ten opzichte van IKC's en GGD'en. Verder kan de aanwezigheid van vertegenwoordigers van bijvoorbeeld huisartsen, radiologen en pathologen in het bestuur leiden tot belangenverstremming.

³ Eindrapport, januari 2004.

4 Ontwerp van een robuuste infrastructuur

4.1 Ontwerpeisen

Op basis van onze constatering en bevindingen kunnen wij een aantal ontwerpeisen destilleren voor een robuuste infrastructuur voor het bevolkingsonderzoek. In deze paragraaf formuleren wij de ontwerpeisen voor een robuuste infrastructuur.

1 Sterkere sturing door de rijksoverheid

Wij hebben geconstateerd dat de beschreven knelpunten uit het onderzoek door HHM nog steeds actueel zijn. Dat wil overigens niet zeggen dat screeningsorganisaties sinds 2004 hebben stilgestaan. Enkele stichtingen zijn bijvoorbeeld overgegaan van het participantenmodel naar het Raad van Toezicht-model. Andere organisaties willen deze stap maken. Echter niet overal zijn de principes van deugdelijk bestuur inmiddels gerealiseerd. Daarnaast zijn verschillende screeningsorganisaties bezig met het verzakelijken van de afspraken met partijen die betrokken zijn bij het primaire proces, bijvoorbeeld door het sluiten van contracten of het aanbesteden van het onderzoek door radiologen.

Vrijwel alle screeningsorganisaties zijn bewust bezig zijn met de vraag hoe men het beste georganiseerd kan zijn. De weg die screeningsorganisaties voor ogen staat, wordt gekleurd door de huidige situatie in de regio en door de perspectieven die het ministerie heeft geschetst in haar circulaire van mei 2005. In sommige regio's gaan stichtingen voor de screening van borst- en baarmoederhalskanker samen. In andere regio's prefereren de organisaties eerder een monodisciplinaire integratie van stichtingen voor borstkankeronderzoek. En in enkele regio's profileren Integrale Kankercentra zich nadrukkelijker als geschikte partij voor de uitvoering van bevolkingsonderzoeken.

Wij verwachten niet dat de beweging naar meer autonomie voor de screeningsorganisatie in alle regio's met succes door de betrokken partijen zelf zal worden gerealiseerd. Dit punt wringt het sterkst bij een aantal screeningsorganisaties voor baarmoederhalskanker. De verwevenheid met andere organisaties maakt het ontrafelen van belangen op zijn minst moeizaam. Bovendien zijn deze organisaties kwetsbaarder, doordat meer taken in de uitvoering door derden worden gedaan en zo hun omvang beperkt is. Dit wordt nog eens versterkt door het grotere aantal regio's.

Wij concluderen dat de knelpunten in de huidige situatie plus de bewegingen van betrokken partijen in de regio's vragen om een sterkere landelijke sturing. Anders zullen per regio andere oplossingen worden gezocht, die niet altijd logischerwijs voortvloeiën uit wat volgens het Rijk inhoudelijk wenselijk is.

In het HHM-rapport is aangegeven dat in het verleden slechts in beperkte mate sprake was van landelijke sturing en coördinatie door het CVZ. Op enkele punten is daarin verandering gekomen, bijvoorbeeld met afspraken over uniformering van de voorlichting. De regietaak is belegd bij het Centrum voor Bevolkingsonderzoek. Zij ziet de volgende activiteiten als onderdeel van de regietaak:

- publieksvoorlichting ten behoeve van de herkenbaarheid van het aanbod
- evaluatie en monitoring van effectiviteit, kwaliteit en doelmatigheid
- bepalen van uitvoeringskaders
- faciliteren of bijhouden van registraties
- faciliteren en financieren van de uitvoering.

Deze taken kunnen worden samengevat onder de noemer 'programmamanagement'.

2 Organisatie bevolkingsonderzoek is netwerkmanagement

Ook al verschilt de uitvoering per bevolkingsonderzoek, in het proces van een bevolkingsonderzoek kunnen telkens de volgende stappen worden onderscheiden. De uitvoering van bevolkingsonderzoeken heeft een routinematig karakter. De stappen luiden als volgt:

- aanwijzen van een populatie
- voorlichten en oproepen van de geselecteerde populatie
- uitvoeren danwel organiseren van het onderzoek
- afhandelen van de uitslag van het onderzoek.

Als de uitslag aanleiding geeft tot nader onderzoek en/of behandeling worden nog de volgende stappen gezet:

- verwijzen voor nader onderzoek of behandeling
- monitoring verwijzingstraject.

Het *organiseren* van dit proces beschouwen wij als kerntaak van de screeningsorganisatie. In sommige gevallen voert de screeningsorganisatie relatief veel taken zelf uit (zoals in het geval van borstkanker, maar dit had ook anders georganiseerd kunnen worden). In andere gevallen is de uitvoering grotendeels uitbesteed aan derden (dit geldt voor baarmoederhalskanker en ook voor het toekomstige onderzoek naar darmkanker).

Wij zijn van mening dat winst kan worden behaald door in ieder geval per regio de organisaties voor de screening op borstkanker en baarmoederhalskanker samen te voegen. Het proces van een bevolkingsonderzoek leent zich daar goed voor. Daarmee worden regionale organisaties gevormd met voldoende schaal om de vereiste kwaliteit voor alle soorten screenings te leveren. In de huidige situatie zijn met name veel organisaties voor baarmoederhalskankeronderzoek te kwetsbaar om zelfstandig te kunnen functioneren. Deze organisaties kunnen ook fungeren als partner voor het RIVM bij het invoeren van nieuwe screenings.

3 Organiseer bevolkingsonderzoeken op regionaal niveau

Bij de uitvoering van het primaire proces van bevolkingsonderzoeken zien wij een noodzaak om decentraal te werken. Dit geldt in ieder geval voor de huidige bevolkingsonderzoeken naar kanker. De regionale organisatie hangt samen met wat wij als kerntaak van de screeningsorganisatie beschouwen, namelijk het organiseren van het proces. De volgende taken zien wij als regionale taken.

- De screeningsorganisatie maakt voor elk onderzoek met partners in een regio afspraken om delen van het onderzoek uit te voeren. Daarbij komen de screeningsorganisaties vaak dezelfde partijen tegen, die per onderzoek een andere rol of taak kunnen hebben.
- Het tempo van oproepen van de populatie moet worden afgestemd op de beschikbare capaciteit van de screeningsorganisatie zelf en van de samenwerkingspartners die delen van het onderzoek uitvoeren.
- Ook voor de bewaking van het natraject moet de screeningsorganisatie relaties onderhouden met de betrokken zorgpartners in de regio.

De uitvoering van bevolkingsonderzoeken heeft ook een lokaal karakter, zodra het publiek is betrokken. Screeningsorganisaties voor borstkanker kennen subregionale teams, die mobiele units bemensen, en vaste onderzoekscentra. Bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker zijn lokaal door hun uitvoering door huisartsen.

Op grond van ons onderzoek kunnen wij geen harde argumenten vinden voor de vraag op welke schaal de regionale organisaties gevormd moeten worden. Dat kan op de schaal van de negen stichtingen voor borstkankeronderzoek, maar evengoed op de schaal van vijf gezondheidsregio's zoals het ministerie die voor de diverse deelgebieden van de publieke gezondheidszorg propageert. Het heeft onze voorkeur als het ministerie voor de screeningsorganisaties een heldere uitspraak doet over de door haar gewenste schaal. Als zij opteert voor vijf regionale organisaties dan is dit het moment om daartoe te besluiten, omdat in de integratiebeweging de opschaling meegenomen kan worden.

Een geleidelijke overgang, eerst integreren op het niveau van de negen stichtingen voor borstkankeronderzoek en later naar overgaan naar de vijf gezondheidsregio's achten wij minder wenselijk, omdat dan tweemaal 'grenscorrecties' moeten worden toegepast. Eerst moeten dan eenduidige regio's op de schaal van negen worden gerealiseerd en vervolgens moeten weer gebieden worden overgedragen aan een andere regio. De uitvoeringspraktijk wordt daarmee extra onder druk gezet.

4 *Bevolkingsonderzoek is een publieke zaak, maar de uitvoering kan privaat*

Bevolkingsonderzoeken zijn onderdeel van publieke gezondheidszorg, maar dat betekent in onze optiek niet per definitie dat de rijksoverheid de uitvoering zelf ter hand moet nemen. De volgende argumenten relativiseren het belang van een publieke uitvoering.

- Mocht de continuïteit van een bevolkingsonderzoek in een regio haperen, dan ontstaan er geen calamiteiten. Anders dan bij infectieziekten wordt de rest van de bevolking niet bedreigd als er onverhoopt een cohort uitvalt. Er is daarmee ook geen noodzaak voor de overheid om direct te kunnen ingrijpen vanwege maatschappelijke onrust. Naar de individuele burger toe is het wel uitermate onzorgvuldig. Maar het gezondheidsrisico voor de rest van de bevolking rechtvaardigt op zich niet een publieke uitvoering.
- In de huidige situatie worden bevolkingsonderzoeken privaat uitgevoerd. Hoewel in de huidige situatie op de kwaliteit wel wat is aan te merken, zijn de resultaten over het algemeen goed. Tekortkomingen in de huidige situatie zijn eerder te wijten aan het onbenut laten van wel bestaande sturingsmogelijkheden, dan aan het bestaan van een tekort aan sturingsmogelijkheden. Private uitvoering leidt tot goede resultaten en kan tot betere resultaten leiden als de mogelijkheden voor sturing beter worden benut.
- Een derde overweging is dat het 'nationaliseren' van de uitvoering van bevolkingsonderzoek impliceert dat het RIVM werkgever wordt van de screeningsorganisaties. Deze omvatten op dit moment circa 4500 medewerkers en dat worden er meer als er nieuwe bevolkingsonderzoeken worden afgekondigd. De kosten van arbeidsvoorwaarden worden hoger en de omzetting zal veel bestuurlijke onrust veroorzaken, terwijl de meerwaarde ten opzichte van de huidige situatie gering is.

4.2 Organisatorische varianten

In ons onderzoek hebben wij verschillende varianten gewogen voor de regionale organisatie van bevolkingsonderzoeken. Wij onderscheiden drie varianten.

- 1 uitvoering door de rijksoverheid
- 2 uitvoering door GGD'en in het werkgebied, die daartoe een samenwerkingsverband in stand houden
- 3 uitvoering door een private organisatie, zoals het IKC of een screeningsorganisatie die zich in hoofdzaak bezighoudt met bevolkingsonderzoek.

1 *Uitvoering door de rijksoverheid*

In paragraaf 2.3 zijn de uitgangspunten voor een robuuste infrastructuur geformuleerd. Vanuit haar verantwoordelijkheid wenst het Rijk zekerheid te hebben, dat door haar aanbevolen bevolkingsonderzoek onder alle omstandigheden, met gegarandeerde kwaliteit doelmatig wordt aangeboden. Maximale zekerheid wordt bereikt als het Rijk de uitvoering in eigen beheer - dus publiek - organiseert. Dit kan gestalte krijgen in regionale vestigingen van het RIVM. Mocht er dan iets fout gaan, dan is niemand anders dan het Rijk zelf iets te verwijten.

Vanuit het bevolkingsonderzoek geredeneerd zien wij echter weinig argumenten die pleiten voor uitvoering door de rijksoverheid. In de voorgaande paragraaf hebben wij beschreven dat uitvoering door het RIVM een aanzienlijke investering vergt, terwijl de meerwaarde ten opzichte van de huidige situatie beperkt is.

Wij komen tot de conclusie dat – redenerend vanuit bevolkingsonderzoek – publieke uitvoering (door het RIVM) een overinvestering is in het licht van de winst die men ermee bereikt op het gebied van leveringszekerheid, kwaliteit en doelmatigheid.

2 *Uitvoering door GGD'en*

In verschillende regio's zijn GGD'en nauw betrokken bij de organisatie en uitvoering van bevolkingsonderzoeken. Zij hebben zich verenigd in een stichting voor het werkgebied. Het is vervolgens aan deze stichting om te bepalen welke taken regionaal worden uitgevoerd en welke taken door de GGD'en die deel uitmaken van de regio.

Een aantal GGD'en is pleitbezorger voor deze variant, omdat op deze manier op landsdeelniveau een eenduidige organisatie kan ontstaan voor uiteenlopende publieke gezondheidszorgtaken. Eén van de aanleidingen voor dit onderzoek is de wens van het Ministerie van VWS om diverse publieke gezondheidszorgtaken op 'bovenregionaal' niveau te organiseren (tussen de schaal van één, Nederland, en van 25, de hulpverleningsregio's). Op deze manier kan de gezamenlijke verantwoordelijkheid van Rijk en gemeenten voor openbare gezondheidszorgtaken beter worden gewaarborgd en is er voldoende schaal om de taken kwalitatief verantwoord en doelmatig te organiseren.

De organisatie van publieke gezondheidszorgtaken op landsdeelniveau is nog onderwerp van discussie. Op dit moment is niet duidelijk hoe de uitvoering van bovenregionale taken door GGD'en, in opdracht van het Rijk, zich verhoudt tot de bestuurlijke verantwoordelijkheid van gemeenten voor het in stand houden van de GGD. Bij rijksoverheid, gemeenten en GGD'en leven verschillende visies op dit vraagstuk en er worden verschillende organisatorische modellen uitgewerkt. Daarnaast loopt in verschillende regio's nog een traject, waarbij de GGD'en congruent worden georganiseerd volgens de indeling van de 25 hulpverleningsregio's.

Er zijn overigens al taken waarvoor de rijksoverheid een beperkt aantal GGD'en heeft gecontracteerd. Bijvoorbeeld, voor SOA-taken heeft het RIVM acht GGD'en 'gecontracteerd'. Deze GGD'en zijn aangewezen als 'hoofdsubsidieontvanger'. De andere GGD'en in het werkgebied fungeren als 'onderaannemer'.

Wij vinden het niet logisch om de bevolkingsonderzoeken te gebruiken als een 'vliegwiél' om de complexe discussie over de organisatie van de openbare gezondheidszorg op landsdeelniveau een impuls te geven. Een reden daarvoor is dat bij de bevolkingsonderzoeken die het Rijk aanbiedt, geen sprake is van een gemeentelijke verantwoordelijkheid. Een tweede reden is de vraag of een samenwerkingsverband van GGD'en voldoende garanties biedt om knelpunten in de huidige organisatiestructuur op te lossen. Samenwerking met GGD'en op landsdeelniveau biedt voor het RIVM geen garantie dat de uitvoering door vijf of negen screeningsorganisaties gebeurt. Er zijn immers 25 GGD'en die belang hebben bij de uitvoering van taken in hun eigen werkgebied. Dit kan leiden tot een verlies aan doelmatigheid door versnippering van taken.

3 *Uitvoering door private screeningsorganisaties*

De derde variant is uitvoering door een private rechtspersoon. Binnen de derde variant kunnen weer subvarianten worden onderscheiden. De organisatie kan zich in hoofdzaak bezighouden met bevolkingsonderzoek, of het kan een onderdeel zijn van een breder takenpakket. Uitvoering door Integrale Kankercentra is een voorbeeld van de laatste subvariant, maar ook is uitvoering door een academisch ziekenhuis denkbaar.

In enkele regio's dragen de IKC's zorg voor de uitvoering van bevolkingsonderzoeken. De IKC's typeren zichzelf als een netwerkorganisatie. De functie van Integrale Kankercentra is het verbinden en ondersteunen van schakels in de curatieve zorgketen, met oncologie als specialisatie. Concrete activiteiten zijn bijvoorbeeld het bewaken van de kankerregistraties, richtlijnontwikkeling en –implementatie, en deskundigheidsbevordering. Vanuit haar functie vinden IKC's dat het logisch kan zijn om bevolkingsonderzoek bij het IKC onder te brengen.

Wij zien geen doorslaggevende argumenten die pleiten voor uitvoering door het IKC, maar evenmin tegen. De link met bevolkingsonderzoeken ligt in het natraject. Voor de bevolkingsonderzoeken is een goede afstemming met de curatieve zorg uiteraard van groot belang. Maar daarvoor is uitvoering van bevolkingsonderzoek door het IKC geen noodzaak. Bovendien beschouwen wij bevolkingsonderzoek niet als curatieve zorg. Ten slotte, als er in de toekomst nieuwe bevolkingsonderzoeken bijkomen naar andere aandoeningen dan kanker, wordt uitvoering door een IKC minder logisch.

Voor het bevolkingsonderzoek achten wij de derde variant, uitvoering door een private screeningsorganisatie, het meest wenselijk. De huidige praktijk illustreert dat een private uitvoering goed mogelijk is. Door nadrukkelijker te sturen kan het RIVM knelpunten in de huidige situatie oplossen.

In deze variant is het RIVM afhankelijk van zelfstandige screeningsorganisaties. Om het gebrek aan transparantie in de huidige situatie op te lossen, vinden wij het wenselijk dat het RIVM als eis stelt dat de screeningsorganisatie voldoet aan de principes van deugdelijk bestuur. Echter, ook in die situatie is het denkbaar dat andere organisatorische belangen een rol spelen, naast het belang van een optimale uitvoering van bevolkingsonderzoek. Uit bedrijfsvoeringsoogpunt kan het bijvoorbeeld aantrekkelijk zijn dat de organisatie screenings op commerciële basis uitvoert. Uit oogpunt van merkbescherming kan de rijksoverheid dit onwenselijk achten. Met andere woorden, het risico bestaat dat de screeningsorganisatie 'afdrijft' van het oogmerk van het Rijk. Om dit risico te voorkomen, kan de rijksoverheid de voorkeur geven aan organisaties die bevolkingsonderzoek uitvoeren als hoofdtaak. In dat geval is de organisatie voor haar voortbestaan afhankelijk van de rijksoverheid, zodat in feite sprake is van een situatie van wederzijdse afhankelijkheid.

4.3 Conclusies

In dit hoofdstuk hebben wij de ontwerpeisen bepaald voor een robuuste infrastructuur voor bevolkingsonderzoek. Wij zijn tot de volgende conclusies gekomen:

- 1 Een sterkere sturing door de rijksoverheid is wenselijk. Tot op heden lag het initiatief met name bij de partijen in de regio's. Niet in alle regio's zullen betrokkenen in staat zijn om gesignaleerde knelpunten op te lossen. Het Rijk zal nadrukkelijker kaders moeten stellen waarbinnen de uitvoeringsorganisaties opereren. Deze taak is belegd bij het Centrum voor Bevolkingsonderzoek dat fungeert als programmamanager.
- 2 De kerntaak van de screeningsorganisatie is het organiseren van het bevolkingsonderzoek. De wijze van organiseren kan verschillen per onderzoek, maar de stappen die worden doorlopen zijn telkens dezelfde en hebben een routinematig karakter.
- 3 Vanuit de kerntaak is het een logische stap om de huidige bevolkingsonderzoeken naar kanker onder te brengen in één screeningsorganisatie. Dit biedt een oplossing voor de huidige kwetsbaarheid van met name de screeningsorganisaties voor baarmoederhalskanker. Daarmee ontstaat bovendien een duidelijke partner voor eventuele nieuwe bevolkingsonderzoeken.
- 4 De huidige bevolkingsonderzoeken naar kanker maken een organisatie op regionaal niveau noodzakelijk. Dit omvat de volgende taken: netwerkontwikkeling, netwerkmanagement, capaciteitsplanning en oproepen.
- 5 Voor de beste omvang van de regio, op de schaal van negen of vijf, kunnen wij geen harde argumenten aandragen. Beide indelingen kunnen voldoen. Wel achten wij een duidelijke uitspraak van het Ministerie van VWS over de schaal gewenst.
- 6 Bevolkingsonderzoeken dienen een publiek belang, maar kunnen door private screeningsorganisaties worden uitgevoerd. Dit biedt voldoende waarborgen om de uitgangspunten van het Rijk recht te doen.
- 7 Voor de regionale organisatie van bevolkingsonderzoek zijn drie varianten te onderscheiden: uitvoering door het RIVM; door GGD'en of door private screeningsorganisaties. Wij adviseren uitvoering door private rechtspersonen, die voldoen aan de principes van deugdelijk bestuur. Om te voorkomen dat deze organisaties 'afdrijven' van het doel van het Rijk, kan zij er de voorkeur aangeven dat deze organisaties zich in hoofdzaak bezighouden met bevolkingsonderzoek.

5 Juridische varianten bij private uitvoering

In geval van uitvoering door private screeningsorganisaties zijn twee varianten denkbaar voor de wijze waarop de relatie tussen het RIVM en de screeningsorganisaties wordt geregeld: aanbesteding en subsidieverlening. Een subvariant van subsidieverlening is de mogelijkheid dat de minister bij wet bepaalt, welke rechtspersonen de bevolkingsonderzoeken uitvoeren. Hieronder zijn de consequenties van de verschillende alternatieven samengevat.

1 Aanbesteding

Aanbesteding wordt ingegeven uit doelmatigheidsoogpunt en veronderstelt marktwerking. Dit vereist dat er in een regio meerdere potentiële aanbieders zijn. Het is de vraag in hoeverre bij bevolkingsonderzoeken sprake is van een markt en of het wenselijk is om overcapaciteit te creëren. Wanneer er maar één aanbieder in een regio is, heeft aanbesteding geen meerwaarde.

Bij de aanbestedingsvariant koopt het RIVM de uitvoering van bevolkingsonderzoeken in. De dienst zal worden aanbesteed voor een bepaalde regio en een bepaalde periode. Voor gezondheidsdiensten laat de Europese richtlijn ruimte voor onderhands aanbesteden. Dit betekent dat er geen openbare aanbesteding nodig is.

Aanbesteding kan een risico inhouden voor de continuïteit door wisseling van aanbieders. Dit brengt eveneens een risico met zich mee voor de kwaliteit van de uitvoering. Wij beschouwen ketenmanagement als kerntaak van de screeningsorganisatie en dit is naar onze mening niet gediend met een periodieke wisseling van aanbieders. Een ander punt is dat potentiële aanbieders naar alle waarschijnlijkheid ook andere activiteiten uitvoeren. Dat kan voor de burger verwarrend werken en de herkenbaarheid van het door de overheid aangeboden bevolkingsonderzoek aantasten.

De sturingsmogelijkheden van het RIVM concentreren zich in het traject van aanbesteden. Tijdens de uitvoeringstermijn zijn de mogelijkheden voor bijsturing beperkt. In geval van ernstig wanpresteren kan het RIVM de relatie met de aanbieder beëindigen en op zoek gaan naar een andere aanbieder.

2 Subsidieverlening

Een tweede alternatief is dat het RIVM regionale screeningsorganisaties subsidieert. Daarbij is de overheid afhankelijk van subsidieaanvragen van partijen: zonder aanvraag kan geen subsidie worden toegekend. In de praktijk zal dit waarschijnlijk geen knelpunt opleveren. Het RIVM kan zonodig partijen uitnodigen een aanvraag te doen.

Deze variant biedt sturingsmogelijkheden doordat eisen kunnen worden vastgelegd in de subsidievoorwaarden, bijvoorbeeld door het vastleggen van bestuursprincipes, de omvang van het werkgebied en het werken volgens regionale uitvoeringskaders die het RIVM heeft bepaald.

Uit oogpunt van continuïteit biedt dit alternatief voordelen ten opzichte van de aanbestedingsvariant. Er kan een duurzame relatie ontstaan tussen het RIVM en de screeningsorganisatie, en tussen de screeningsorganisatie en de regionale ketenpartners.

De subsidievoorwaarden dienen zich te beperken tot het doel van de subsidie. De overheid kan daarom niet vastleggen dat de subsidieontvanger zich in hoofdzaak bezighoudt met bevolkingsonderzoeken. Wel is het mogelijk om in de subsidieregeling te bepalen aan welke (bij naam genoemde) rechtspersonen subsidie kan worden verstrekt. Dat biedt de mogelijkheid om – op het moment van vaststelling van de subsidieregeling – bij de selectie van mogelijke subsidieontvangers rekening te houden met eventuele nevenactiviteiten.

3 Subsidieverlening met aanwijzing van rechtspersonen bij wet

Om de sturingsmogelijkheden van het RIVM te vergroten, kan worden overwogen om bij wet te regelen welke rechtspersonen de bevolkingsonderzoeken uitvoeren. In dit geval biedt de wet een basis voor een aanwijzingsbesluit van de minister (op het niveau van een regeling), waarin wordt vastgelegd welke rechtspersonen met de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken worden belast. Aan deze rechtspersonen verstrekt het RIVM vervolgens subsidie. Ten opzichte van variant 2 biedt dit extra sturingsmogelijkheden, omdat de voorwaarden die bij wet kunnen worden gesteld veel verder kunnen gaan dan subsidievoorwaarden.

Zo kan de wetgever bijvoorbeeld vastleggen dat de aangewezen rechtspersonen zich in hoofdzaak bezighouden met bevolkingsonderzoeken. De keerzijde van deze variant is dat dit een zwaar en weinig flexibel middel is. In deze variant wordt de verandering van de uitvoeringsstructuur nadrukkelijk van bovenaf gestuurd. Het risico is dat de kwaliteiten van de huidige uitvoeringspraktijk daarmee meer onder druk worden gezet. Er is bijvoorbeeld minder flexibiliteit om langs geleidelijke weg te komen tot de structuur van 5 regio's.

Conclusie

Van de onderzochte varianten sluit aanbesteding (vanuit het oogpunt van gewenste sturing) het minst aan bij de doelstellingen voor de toekomstige organisatie van de bevolkingsonderzoeken. Het periodiek wisselen van aanbieders geeft meer na- dan voordelen. Subsidieverlening biedt betere mogelijkheden voor het opbouwen van een duurzame relatie tussen het Rijk en de uitvoerende partijen.

In aanvulling op de subsidieverstreking kan bij wet worden bepaald welke rechtspersonen de bevolkingsonderzoeken zullen uitvoeren. Daarmee kan worden gegarandeerd dat de aangewezen rechtspersonen zich in hoofdzaak met de uitvoering van bevolkingsonderzoeken bezighouden. Het bij wet aanwijzen van rechtspersonen is echter een ingrijpend en weinig flexibel instrument. Ook zonder die constructie resteren voldoende sturingsmogelijkheden voor het Rijk. Dit geldt met name wanneer in de subsidieregeling is vastgelegd aan welke rechtspersonen subsidie kan worden verstrekt.

Wij adviseren daarom te kiezen voor subsidiëring, waarbij het Rijk in de subsidieregeling vastlegt aan welke rechtspersonen subsidie kan worden verstrekt.

6 Samenvatting

De rijksoverheid is bezig haar verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheidszorg te bepalen. Dit omvat onder meer het aanbod van bevolkingsonderzoeken. In dat kader is recent de landelijke regietaak overgedragen aan het RIVM en de financiering van bevolkingsonderzoeken veranderd. Er zijn verschillende redenen waarom het Rijk zich verantwoordelijk acht voor een kwalitatief verantwoord aanbod van bevolkingsonderzoek. De mogelijkheden tot screenen nemen toe en het aanbod brengt maatschappelijke vraagstukken met zich mee.

Vanuit haar verantwoordelijkheid stelt het Rijk eisen aan de uitvoering. De continuïteit, de kwaliteit, doelmatigheid en de reputatie van bevolkingsonderzoek dienen voldoende te zijn gewaarborgd. Om dit te garanderen heeft het Rijk sturingsmogelijkheden nodig. Dit onderzoek dient om na te gaan hoe dat het best gerealiseerd kan worden. Doel van het onderzoek is het realiseren van een robuuste bestuurlijke infrastructuur voor het rijksprogramma van bevolkingsonderzoeken.

Een andere reden voor een sterkere sturing door het Rijk schuilt in de huidige uitvoeringspraktijk. Hoewel Nederland met haar bevolkingsonderzoeken een goede reputatie heeft, is de huidige uitvoering op een aantal punten voor verbetering vatbaar. Er is sprake van versnippering, wat leidt tot verlies aan doelmatigheid en de bestuurlijke organisatie is niet transparant. Er zijn overigens aanzienlijke regionale verschillen. De grote regionale variatie is historisch verklaarbaar. De landelijke sturing was beperkt. In diverse regio's zijn er initiatieven om gesignaleerde knelpunten aan te pakken. Maar wij verwachten niet dat overall verbetering 'van onderop' zal worden gerealiseerd, omdat dit indruist tegen de belangen van betrokken organisaties.

Ook al verschillen de doelgroep, de methodiek en de samenwerkingspartners per bevolkingsonderzoek, het primaire proces kenmerkt zich telkens door dezelfde stappen: het oproepen van de geselecteerde doelgroep, het organiseren van het onderzoek, het verwerken van de uitslag en het waarborgen van aansluiting met de zorg in het natraject. Wij beschouwen het organiseren van dit proces als de kerntaak van de screeningsorganisatie. De uitvoering van dit proces vraagt om een decentrale werkwijze. Vanwege de afstemming met regionale partners en de logistieke planning achten wij het niet wenselijk om dit nationaal te organiseren.

Bevolkingsonderzoeken dienen een publiek belang, maar hoeven niet door het RIVM zelf (op regionaal niveau) te worden uitgevoerd. Ook zonder zelf uit te voeren heeft het RIVM genoeg sturingsmogelijkheden. Als bevolkingsonderzoek zou worden 'genationaliseerd' wordt het duurder, maar niet aantoonbaar beter. De huidige praktijk illustreert dat ook private organisaties goed in staat zijn tot een zorgvuldige uitvoering.

Zowel vanuit de aard van bevolkingsonderzoeken (het proces is identiek) als vanuit de huidige uitvoeringspraktijk, zien wij het als een logische ontwikkeling om verschillende bevolkingsonderzoeken uit te laten voeren door één screeningsorganisatie. Daarmee worden regionale organisaties gevormd met voldoende schaal om de vereiste kwaliteit voor verschillende bevolkingsonderzoeken te leveren. Deze organisaties kunnen ook een rol krijgen in de uitvoering van toekomstige bevolkingsonderzoeken.

Vanuit het proces van bevolkingsonderzoek kunnen wij geen harde argumenten aandragen voor de optimale schaal van de regio's. Dit kunnen vijf regio's zijn (de gezondheidsregio's geschetst door het Ministerie van VWS), maar ook negen regio's (op basis van de huidige regio's voor borstkankeronderzoek). Het heeft onze voorkeur als het ministerie een heldere uitspraak doet over de gewenste schaal.

Wij adviseren bevolkingsonderzoeken te laten uitvoeren door private screeningsorganisaties. Vanuit bevolkingsonderzoek geredeneerd, levert uitvoering door een samenwerkingsverband van GGD'en meer nadelen dan voordelen op. Uitvoering door GGD'en is bestuurlijk complex, omdat de organisatie op de schaal van vijf of negen regio's alleen geschiedt indien gemeenten daarmee instemmen. Bovendien zijn er geen garanties dat huidige knelpunten worden opgelost (versnippering in de uitvoering en gebrek aan bestuurlijke transparantie).

Ook als bestuurlijke transparantie is geregeld, bestaat de kans dat de organisatie 'wegdrijft' van het oogmerk van het Rijk, namelijk een optimale uitvoering van bevolkingsonderzoek. Het RIVM is immers afhankelijk van zelfstandige organisaties. Om die reden vinden wij het wenselijk dat de rechtspersoon zich in hoofdzaak bezighoudt met bevolkingsonderzoeken. Als een screeningsorganisatie haar bestaansrecht hoofdzakelijk ontleend aan de opdracht van het Rijk, is er een situatie van wederzijdse afhankelijkheid.

De relatie tussen het RIVM en de private screeningsorganisatie kan worden geregeld via aanbesteding of subsidieverlening. Vanuit de kerntaak van de screeningsorganisatie geredeneerd prefereren wij subsidieverlening. Leveringszekerheid en kwaliteit zijn dan beter geborgd, zonder dat de doelmatigheid minder is. Door eisen te stellen aan de besturing en het werkgebied van de screeningsorganisatie en aan de wijze van uitvoering kan het RIVM afdoende sturen.