

Wie nu zorgt, wie dan leeft...

*Een oriënterend onderzoek over het beleidsveld met betrekking tot
medische preventieve check-ups*



Sifra Geijtenbeek & Reinier Kuijsten
Algemene Gezondheidswetenschappen
Universiteit Twente
Juni 2006

Projectleiders:
Dr. E.C.J.Van Oost
Dr.A.H.M.Kerkhoff

Voorwoord

Na tien weken noeste arbeid ligt voor u het eindverslag van onze Bacheloropdracht. Tijdens de Bachelorfase van onze opleiding Algemene Gezondheidswetenschappen is gebleken dat de gezondheidszorg de laatste jaren sterk aan het veranderen is. De marktwerking heeft ook in deze sector haar intrede gedaan. Afgelopen jaar hebben wij ons in een Technology Assessment beziggehouden met preventieve zorg door middel van medische check-ups. Dit Technology Assessment en onze interesse in de preventieve gezondheidszorg waren het beginpunt van onze Bacheloropdracht.

Dit verslag geeft een beschrijving van het speelveld van commerciële instellingen die medische check-ups aanbieden.

Onze dank gaat uit naar de vele behulpzame mensen die ons van dienst zijn geweest.

Ten eerste willen wij de directeuren van de commerciële preventieve instellingen EHM (Dhr.A.Schade en Dhr.J.Callewaert), Preventive Care (Mevr.M.Overbeek) en Prescan (Dhr.E.Van Heel) bedanken voor de informatie die zij ons gegeven hebben over hun werkzaamheden, en ook voor hun visie op de ontwikkelingen binnen het beleidsveld.

In de tweede plaats zeggen wij dank aan de Commissie Wbo (Dhr.W.Van Veen), het Ministerie van VWS (Mevr.P.C.Groeneveld en Mevr.M.Rendering), OHRA Delta Lloyd (Mevr.M.Van de Berg, Dhr.S.Broekman en Dhr.R.Dalmijn), Dhr.A.Huisman (radioloog) en de voorzitter van de raad van bestuur van Zorggroep Twente (Dhr.A.Van Alphen).

Tot slot gaat onze dank uit naar Mevr. E.C.J.Van Oost en Dhr. A.H.M.Kerkhoff, begeleiders van ons project. Waarbij met name Mevr.Van Oost een zeer belangrijke rol heeft gespeeld bij de totstandkoming, uitvoering en verslaglegging van dit onderzoek.

Wij wensen u veel leesplezier en hopen met dit verslag wat bij te kunnen dragen aan uw kennis over dit, in onze ogen, interessante thema.

Enschede, 7 juni 2006

Sifra Geijtenbeek & Reinier Kuijsten

Studententen Algemene Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente

Inhoudsopgave

VOORWOORD	3
SAMENVATTING.....	7
INLEIDING.....	11
HOOFDSTUK 1: ONTWIKKELING VAN DE PREVENTIEVE ZORG	13
1.1 EPIDEMIOLOGISCHE TRANSITIE.....	13
1.2 SOORTEN PREVENTIE	13
1.3 SCREENING.....	14
1.4 MEDISCHE CHECK-UPS.....	15
1.5 OVERHEID EN COLLECTIEVE PREVENTIE.....	16
1.6 WERKWIJZE EN TAAKVERDELING IN PREVENTIEVE SECTOR	16
HOOFDSTUK 2: OPKOMENDE COMMERCIALISERING.....	19
2.1 INTREDE MARKTWERKING	19
2.2 TOENEMEND AANTAL COMMERCIELE INSTELLINGEN	19
2.3 MARKTWERKING EN AANBODREGULERING	20
HOOFDSTUK 3: THEORETISCH KADER EN METHODOLOGIE	23
3.1 VERANTWOORDING VAN ONZE KEUZE VOOR HET ARENAMODEL.....	23
3.2 HET ARENAMODEL	24
3.3 DEELVRAGEN	27
3.4 METHODOLOGIE	28
HOOFDSTUK 4: VERGELIJKING COMMERCIELE PREVENTIEVE INSTELLINGEN DIE MEDISCHE CHECK-UPS AANBIEDEN.....	31
4.1 BESCHRIJVING VAN DE GEKOZEN INSTELLINGEN EN HUN WERKWIJZE MET BETREKKING TOT DIAGNOSTIEK.....	32
4.1.1 EHM.....	32
4.1.2 Preventive Care.....	33
4.1.3 Prescan Nederland	35
4.2 BELANGRIJKSTE VERSCHILLEN TUSSEN COMMERCIELE PREVENTIEVE INSTELLINGEN.....	37
4.2.1 Mate van commercieel ondernemen	37
4.2.2 Ontstaansgeschiedenis en mate van samenwerking met reguliere zorg.....	37
4.2.3 Nazorg	38
4.2.4 Gebruikte diagnostische hulpmiddelen.....	39
HOOFDSTUK 5: REGELGEVING EN BELEID VAN DE OVERHEID TEN OPZICHTE VAN INSTELLINGEN DIE MEDISCHE CHECK-UPS AANBIEDEN	43
5.1 WETTELIJKE EISEN PREVENTIEF ONDERZOEK	43
5.1.1 Wbo.....	43

5.1.2 De Kwaliteitswet	47
5.1.3 BIG	47
5.1.4 Wet op de medische keuringen.....	47
5.2 ROL OVERHEID IN PREVENTIEVE COMMERCIËLE ZORG	47
5.3 MOGELIJKHEDEN EN BEPERKINGEN VOOR COMMERCIËLE PREVENTIEVE INSTELLINGEN DIE MEDISCHE CHECK-UPS AANBIEDEN BINNEN HET DOOR DE OVERHEID GESTELDE KADER.....	48
HOOFDSTUK 6: VISIE VAN VERSCHILLENDE ACTOREN (ARTSEN, KWF, NHG VERZEKERAARS) OP INSTELLINGEN DIE OP COMMERCIËLE BASIS MEDISCHE CHECK-UPS AANBIEDEN	49
6.1 KWF KANKER BESTRIJDING	49
6.1.1 Standpunt KWF huidig overheidsbeleid aangaande medische check-ups	49
6.1.2 Visie KWF op mogelijke ontwikkeling preventieve zorg	49
6.1.3 Standpunt KWF over commerciële instellingen die medische check-ups aanbieden....	50
6.2 VERZEKERAAR OHRA DELTA LLOYD	51
6.2.1 Standpunt verzekeraar OHRA Delta Lloyd over het huidige overheidsbeleid.....	51
6.2.2 Visie verzekeraar op mogelijke ontwikkeling preventieve zorg	52
6.2.3 Standpunt verzekeraar over het bestaan van commerciële preventieve instellingen ...	52
6.3 OVERIGE BETROKKENEN	52
6.3.1 Standpunt overige betrokkenen over het huidige overheidsbeleid.....	53
6.3.2 Visie overige betrokkenen op mogelijke ontwikkeling preventieve zorg.....	53
6.3.3 Standpunt overige betrokkenen over het bestaan van commerciële preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden	54
HOOFDSTUK 7: ROL VAN BETROKKEN ACTOREN IN BELEIDSVELD VAN COMMERCIËLE MEDISCHE PREVENTIE.....	56
7.1 INDELING ACTOREN NAAR ROL ARENAMODEL	56
7.2 INVLOED VAN ACTOREN OP HET BELEIDSVELD.....	57
HOOFDSTUK 8: CONCLUSIE EN DISCUSSIE.....	61
8.1 CONCLUSIE.....	61
8.2 DISCUSSIE.....	65
LITERATUURLIJST	67
BIJLAGEN.....	71
BIJLAGE 1: GESPREKSVERSLAGEN	71
BIJLAGE 2: REGELGEVING	82

Samenvatting

Het aanbod van preventieve zorg is de laatste twee eeuwen sterk van karakter veranderd. Waar eerst sprake was van preventieve zorg op collectieve basis, is er nu ook sprake van een aanbod van preventieve zorg op individuele basis. De overheid is niet langer de enige actor die preventieve zorg aanbiedt. Naast bijvoorbeeld de collectieve inentingsprogramma's kan nu ook op eigen initiatief een medische check-up gedaan worden. In dit onderzoek verstaan wij onder een medische check-up het, onder andere met behulp van scans (echo, MRI, CT), laten keuren van het lichaam op mogelijke afwijkingen.

Dit is meteen een goed moment om u als lezer met een model om de oren te slaan. Dit om het één en ander alvast duidelijk te stellen. Als onderzoekers delen wij de maatschappij in drie stukken in met daarin; de overheid, het maatschappelijk middenveld en de for profit sector. Vóór de decollectivering van preventieve zorg gaf de overheid de opdrachten en voerde het maatschappelijk middenveld deze uit (enigszins zwart-wit geschetst). Nu lijkt de for profit sector een deel van deze taken over te nemen zonder dat zij daarvoor opdracht hebben gekregen van de overheid. Er vindt dus een verschuiving plaats van taken van het maatschappelijk middenveld richting de for profit sector. Dit gaat gepaard met de nodige misverstanden en onduidelijkheden over bijvoorbeeld taakverdeling en wetgeving.

Preventieve zorg kan vandaag de dag dus zowel in de reguliere (vanuit de overheid) als de commerciële (vanuit de for profit sector) sfeer gezocht worden. Wat opvalt, is dat de commerciële sector een uitgebreider aanbod aan preventief onderzoek heeft dan de reguliere sector. Wij richten ons in dit onderzoek op de ontwikkelingen met betrekking tot het aanbod van medische check-ups door de commerciële preventieve instellingen. Welke vragen roept dit aanbod op bij de betrokkenen in het beleidsveld?

Door de marktwerking in de zorg is het mogelijk geworden dat commerciële instellingen zorg aanbieden (kwestie van vraag en aanbod). Toch blijft de overheid eindverantwoordelijk voor de gezondheid van de Nederlandse bevolking. In dit geval gaat het om preventieve zorg in de vorm van preventieve medische check-ups. Minister Borst van VWS heeft in haar kabinetsperiode aangegeven dat er een goed evenwicht moet zijn tussen aanbodregulering en marktwerking van de zorg. De overheid wil enerzijds de Nederlandse bevolking beschermen tegen onnodige risico's en anderzijds wil zij graag de ruimte geven aan commerciële instellingen in de zorgsector om zich op de markt te profileren. Deze wens van de overheid speelt een grote rol in dit onderzoek.

Bij het beleidsveld rondom medische check-ups zijn veel actoren betrokken. Deze actoren hebben verschillende visies op het beleidsveld en de ontwikkelingen met betrekking tot medische check-ups. Er is geprobeerd deze visies zo volledig mogelijk in kaart te brengen met het arenamodel van Koppenjan (1993). In deze arena nemen de actoren verschillende posities in. De actoren zijn ingedeeld in de verschillende rollen die Koppenjan beschrijft. Ten eerste is er de groep gezagsdragers, deze groep wordt gevormd door de overheid. Zij zijn op basis van een formele positie betrokken bij de ontwikkeling van beleid. Ten tweede zijn er de entrepreneurs, deze groep wordt gevormd door de commerciële preventieve instellingen. Zij stellen problemen en oplossingen binnen de arena aan de orde. Dan zijn er ook nog anti-entrepreneurs, deze groep kan gevonden worden onder medici. Zij proberen de ontwikkeling van een bepaald beleid te

dwarsbomen. Ook de zaakwaarnemers spelen een niet onbelangrijke rol. Zij zijn degenen die binnen de arena de ondervertegenwoordigde belangen behartigen. Deze groep wordt gevormd door het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) en KWF Kankerbestrijding. Een hele belangrijke rol binnen het model is toebedeeld aan de steunverleners. Zij koppelen hun doelen aan voorstellen van anderen (bijvoorbeeld door verlenen van geld). Binnen ons onderzoek is deze rol weggelegd voor de verzekeraar. In het geval van OHRA DeltaLloyd is er bijvoorbeeld sprake van steunverlening aan het NIPED (een organisatie die eenvoudige preventieve onderzoeken aanbiedt). Tenslotte zijn er de beleidsmakelaars. Zij proberen de problemen, oplossingen en deelnemers bij elkaar te brengen. Deze groep wordt gevormd door de onderzoekers, dat zijn wij; Geijtenbeek&Kuijsten beleidsmakelaars BV (het lijkt ons leuk om een eigen adviesbureautje op te richten).

De bovenstaande actoren proberen elk op hun eigen wijze invloed uit te oefenen op het beleid dat gevormd wordt omtrent het aanbod van preventief onderzoek.

Wij hebben een vergelijking gemaakt tussen drie verschillende commerciële instellingen. Deze drie entrepreneurs werden door de overheid verschillend benaderd. Daarom hebben wij besloten om hun werkwijze met elkaar te vergelijken. De drie preventieve commerciële instellingen zijn; Preventive Care, EHM (Executive Health Management) en Prescan. Zij bieden elk op commerciële basis preventieve zorg aan. In het aanbod en de werkwijze zitten dus echter verschillen.

De belangrijkste wet die een rol speelt bij het beleidsveld rondom preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden is de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo). Deze wet is ingesteld om de bevolking te beschermen tegen 'schadelijk' of 'ondeugdelijk' bevolkingsonderzoek. Slechts een beperkt deel van de bevolkingsonderzoeken die worden aangeboden is vergunningsplichtig voor deze Wbo. Dit is het geval als er gebruik gemaakt wordt van ioniserende straling, gezocht wordt naar kanker, of gezocht wordt naar ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen geneeskundige behandeling of preventie mogelijk is.

Volgens de Commissie Wbo van de Gezondheidsraad is het onderzoek dat de bedrijven uit onze vergelijking uitvoeren te scharen onder vergunningsplichtig bevolkingsonderzoek omdat ze op zoek zijn naar kanker en daarbij, in sommige gevallen, gebruik maken van ioniserende straling. Alledrie de bedrijven zijn nog niet in het bezit van een dergelijke vergunning. Deze vergunning kan worden aangevraagd bij de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ heeft sinds een halfjaar een inspecteur aangesteld die moet toezien op naleving van de Wbo. De overheid is nog bezig met een wijzigingsvoorstel om de Wbo afhankelijk van het toepassingsgebied te verbreden (DNA onderzoeken met betrekking tot gezondheid wel binnen de vergunningsplichtige Wbo laten vallen).of te versmallen (onderzoeken naar bepaalde kankersoorten wel vrij geven).

De overige actoren (artsen, KWF en verzekeraar) zijn gemengd positief/negatief over het aanbod van preventieve medische check-ups (zie hoofdstuk 6). Zij pleiten voor een beter inzicht over de voor- en nadelen van dit soort onderzoek. Ook stellen zij extra randvoorwaarden waaraan dit soort onderzoek moet voldoen voordat het hun goedkeuring kan krijgen.

In het uitgewerkte arenamodel, dat in hoofdstuk 7 is geschetst, is te zien dat de gezagsdragers en zaakwaarnemers veel macht hebben om het beleid te beïnvloeden, en dat de entrepreneurs de enige actoren zijn die 'onverdeeld' positief tegen het aanbod van commerciële preventieve instellingen aankijken.

Het beleidsveld is volop in beweging en zal de komende tijd ook meer te maken krijgen met de wetgeving van de overheid omdat de overheid de Wbo beter wil gaan handhaven.

Inleiding

Wel eens nagedacht over de vraag waarom wij meer aandacht lijken te besteden aan de keuring van onze auto dan aan die van ons eigen lichaam? Dan bent u niet de enige. Keuring van het menselijk lichaam is zelfs een gat in de markt te noemen. Er is sprake van een toename van mensen die zich in een ziekenhuis of kliniek laten keuren.¹ Dit komt mede doordat er steeds meer grootschalige bevolkingsonderzoeken zijn in het kader van wetenschappelijk onderzoek. U hoeft er ook niet meer vreemd van op te kijken als u preventieve gezondheidstesten bij de Etos of de Albert Heijn aangeboden krijgt. Onder het motto 'Voorkomen is beter dan genezen' worden preventieve testen op allerlei manieren aangeboden. Naast dit soort onderzoeken zijn er ook commerciële instellingen die preventieve check-ups aanbieden. Op deze laatste groep willen wij ons in ons onderzoek richten.

Cliënten worden bij de preventieve medische check-ups getest op bijvoorbeeld hartafwijkingen, kanker, nier- en galstenen, prostaatziekten (ivt), aneurysma's, goedaardige tumoren, aandoeningen aan de baarmoeder (ivt), emfyseem, endocriene afwijkingen en vasculaire aandoeningen.

De markt van commerciële instellingen die dergelijk onderzoek aanbieden is vrij nieuw en roept bij de betrokken actoren veel vragen op over de voor- en nadelen van preventieve medische check-ups. Dit zijn vragen over bijvoorbeeld wetgeving, kwaliteit, betrouwbaarheid, ethiek en marktwerking. Bij betrokken actoren kan men denken aan de commerciële instellingen, verzekeraars, medici, overheid en onderzoeksinstellingen. Dit beleidsveld is nog niet ontgonnen en daarom hadden wij het idee om voor onze Bacheloropdracht eens beter uit te zoeken welke positie de betrokken actoren innemen in het werkveld van commerciële instellingen. Dit onderzoek kan dus als een oriënterend onderzoek gezien worden.

Het doel van ons onderzoek is duidelijk te maken aan welke eisen commerciële preventieve instellingen moeten voldoen om in Nederland hun diensten te mogen aanbieden. Door het werkveld van deze commerciële preventieve instellingen te beschrijven worden de mogelijkheden en beperkingen duidelijk waarmee deze commerciële preventieve organisaties te maken krijgen bij het uitvoeren van hun werkzaamheden. Daar kan aan de hand van dit onderzoek beter op worden ingespeeld.

Onze onderzoeksvraag is dan ook als volgt:

Hoe ziet het beleidsveld van commerciële preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden eruit? Aan welke wettelijke eisen moet een instelling voldoen om preventieve medische check-ups te mogen aanbieden? In welke opzichten passen commerciële organisaties die medische check-ups aanbieden in dit gestelde kader?

Deze vraag zullen we uitwerken aan de hand van drie deelvragen.

1. Welke commerciële preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden zijn er? Wij maken hierbij een vergelijking tussen drie instellingen.

¹ Nederlands Dagblad, 22 mei, pag 8.

2. Wat is de regelgeving en het beleid van de overheid ten opzichte van instellingen die preventieve medische check-ups willen uitvoeren?
3. Hoe kijken belangengroepen zoals medici, verzekeraars en onderzoeksinstituten aan tegen instellingen die op commerciële basis medische check-ups aanbieden?

In de eerste twee hoofdstukken zullen wij de twee lijnen die bij het onderzoek naar het beleidsveld rond commerciële preventieve instellingen te onderscheiden zijn inleiden. Zowel op het gebied van preventieve zorg als marktwerking in de zorg zijn veranderingen opgetreden die invloed hebben op het beleidsveld van commerciële preventieve instellingen. Deze twee hoofdstukken kunnen gezien worden als; 'Wat er aan vooraf ging...'

In het derde hoofdstuk proberen wij duidelijk te maken wat de bril is waardoor wij naar het beleidsveld kijken. Dit doen we met behulp van het arenamodel van Koppenjan. In dit hoofdstuk zullen we ook de methodologie uitwerken.

De drie daarop volgende hoofdstukken zijn gewijd aan het empirische deel van ons onderzoek. In deze hoofdstukken zullen wij de drie deelvragen uitwerken. In het zevendehoofdstuk zullen we deze empirische gegevens en de theorie bij elkaar proberen te brengen. Het laatste hoofdstuk geeft onze conclusie weer.

Ons onderzoek zal nieuwe kennis opleveren in die zin dat de reeds bestaande kennis op een nieuwe manier geordend wordt, waardoor er een beter beeld van de situatie en de mogelijkheden ontstaat. Dit onderzoek heeft een explorerend karakter. Het onderzoek is wetenschappelijk interessant omdat de zeer verscheidene standpunten van de betrokken actoren worden uitgewerkt. Dit kan verhelderend zijn voor de lezers van dit onderzoek. De onderzoeksresultaten zouden daarom bij kunnen dragen aan de discussies over bijvoorbeeld de noodzaak van preventieve check-ups en marktwerking in de zorg.

Hoofdstuk 1: Ontwikkeling van de preventieve zorg

Dit onderzoek richt zich op de preventieve zorg in Nederland waarbij medische check-ups worden aangeboden. Het feit dat er nu meer dan voorheen aan preventie gewerkt wordt laat zien dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden. Deze verschuiving houdt in dat er, naast de collectieve preventieve zorg, nu ook ruimte is voor individuele preventieve zorg. Dit hoofdstuk laat zien wat vroeger de belangrijkste ziekten waren, wat vandaag de dag de belangrijkste ziekten zijn en wat er nu gedaan wordt om deze ziekten te voorkomen. Een verandering in het ziektebeeld heeft geleid tot een verandering in het aanbod van preventieve zorg.

1.1 Epidemiologische transitie

De kans dat wij sterven is voor iedereen even groot: namelijk 100%. De belangrijkste doodsoorzaken zijn de afgelopen twee eeuwen echter veranderd. In de 19^e eeuw vormden infectieziekten een grote bedreiging voor de volksgezondheid. Een verbeterde hygiëne leidde tot een vergroting van het aantal levensjaren. (Boot & Knapen, 2001, p. 45)

Boot & Knapen zien de taak van de gezondheidszorg als het rekken van de gezonde levensverwachting. Dus hoeveel jaren iemand in gezondheid doorbrengt voordat het mogelijke ziekteproces begint. Ook ligt in dat ziekteproces de taak om de kwaliteit van leven binnen die ziekte zo hoog mogelijk te houden. (Boot & Knapen, 2001, pp. 50)

Infectieziekten vormden niet langer de belangrijkste doodsoorzaak. Er is sprake geweest van een epidemiologische transitie. In de 20^e eeuw kwamen ziekten zoals kanker en hart- en vaatziekten op. De belangrijkste doodsoorzaken worden nu gevormd door coronaire hartziekten, beroertes, longkanker, CARA, darmkanker en suikerziekte. (RIVM, 2006) Er is dus een verandering waar te nemen in het ziektebeeld van de Nederlandse bevolking. Een ziektebeeld dat voornamelijk bepaald wordt door welvaartsziekten. Het is nu mogelijk om op deze terreinen preventief onderzoek uit te laten voeren. In de komende paragrafen zetten wij uiteen welke mogelijkheden er nu zijn om preventief getest te worden op mogelijke ziekten.

1.2 Soorten preventie

In onze gezondheidszorg bestaan verschillende soorten preventie. Preventie is een kwestie van vooruitkijken en investeren. Het is het voorbereiden van de arts en patiënt op gezondheidsproblemen in de toekomst. Er wordt onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire preventie. Primaire preventie is het voorkomen van ziekten en het bevorderen van gezondheid. Secundaire preventie is het in een vroeg stadium opsporen en behandelen van een ziekte voordat deze ziekte tot klachten of symptomen leidt. Ook kan secundaire preventie bestaan uit het beïnvloeden van risicofactoren en risicogedrag dat kan bijdragen aan het ontstaan van de ziekte. (Ministerie van VWS, 2006)

Ons onderzoek gaat over commerciële instellingen die medische check-ups aanbieden. Deze check-ups vallen onder vroegtijdige opsporing. Er is dus sprake van primaire en secundaire preventie. Medische check-ups vallen ten eerste onder primaire preventie omdat er voorlichting wordt gegeven over een gezonde levenswijze. Ten tweede vallen de check-ups onder secundaire preventie omdat er sprake is van opsporing van ziekten waarbij volledig herstel door behandeling soms nog mogelijk is.

1.3 Screening

De commerciële instellingen die medische check-ups aanbieden maken gebruik van screening. Met screening wordt gezocht naar een ziekte of aanleg voor een bepaalde ziekte. Dat verschilt van de diagnostiek die kenmerkend is voor het ziekenhuis. Je gaat pas naar het ziekenhuis als je een klacht hebt. Een screening kun je ook laten doen als je nog geen klachten hebt en graag wilt weten of je zo gezond bent als dat je je voelt. Screening resulteert in een voorspelling over de toekomst. Het onderzoekt of er een kans is dat iemand een ziekte kan krijgen en hoe groot die kans is.

De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw) hanteert de volgende beschrijving van screening; 'Screening is het gericht onderzoeken van nader omschreven doelgroepen op de aanleg voor of de aanwezigheid van (risicofactoren voor) bepaalde aandoeningen zonder dat symptomen daarvan al merkbaar zijn, met als uiteindelijk doel hen te kunnen behandelen of te kunnen handelen uit oogpunt van kwaliteit van leven.' Volgens deze omschrijving heeft screening drie doelen. Ten eerste dat screening de aanleg van risicofactoren, en ziekten in een vroeg stadium, opspoorde. Ten tweede dat de screening voorkomt dat een ziekte uitbreekt of zich verder ontwikkelt. Ten slotte heeft de screening tot doel het lijden van de patiënt te verminderen, het overlijden te voorkomen of uit te stellen en de kwaliteit van leven te verbeteren. (ZonMw, 2003, p.12)

Wij maken onderscheid tussen twee soorten screening; screening door de overheid en screening aangeboden door de for profit sector (de commerciële preventieve instellingen). Beide groepen bieden bevolkingsonderzoek aan. Bevolkingsonderzoek wijst uit of er aanwezigheid van (risicofactoren voor) een bepaalde ziekte is/zijn onder de Nederlandse bevolking of een bepaald gedeelte daarvan. De reguliere bevolkingsonderzoeken staan onder leiding van de Nederlandse overheid. Voorbeelden hiervan zijn de onderzoeken naar borstkanker en baarmoederhalskanker. (ZonMw, 2003, pp.37-42). Het bevolkingsonderzoek dat door de commerciële instellingen wordt aangeboden staat beschreven in hoofdstuk 4.

Er zijn verschillende screeningsmogelijkheden. Opportunistische screening wordt aangevraagd op verzoek van de arts of de patiënt. Daarbij wordt er bijvoorbeeld gescreend op een erfelijke aandoening binnen een familie. Als de patiënt wordt doorverwezen door een arts voor een screening, is dit een screening op indicatie. Het kan ook zijn dat de patiënt/cliënt er zelf voor kiest een screening te ondergaan. Als dit op eigen initiatief gebeurt, zal de cliënt een commerciële instelling moeten bezoeken om zich te kunnen laten screenen. Deze screening in een commerciële preventieve instelling bestaat uit meerdere onderzoeken aan het lichaam. Dit soort onderzoek wordt door ons een medische check-up genoemd, om duidelijk te maken dat het alleen om dit

gebied (het gebied waarbij de cliënt zelf kiest voor het onderzoek) van het woord 'screenen' gaat en dus niet om het opportunistische screenen.

Voordat men kiest voor een medische check-up moet men goed hebben nagedacht over de voor- en nadelen daarvan. We zullen enkele afwegingen noemen waar rekening mee gehouden moet worden bij het mogelijk aanbieden van medische check-ups. Een paar punten van discussie die wij bij de geïnterviewde actoren tegenkomen, zijn: behandelbaarheid van de ziekte, persoonlijke en maatschappelijke consequenties, kosteneffectiviteit, moment en tijdsinterval van de screening, belasting op korte termijn en ontlasting op lange termijn van de gezondheidszorg, het mogelijk maken van onderscheid tussen bevolkingsgroepen (rijk-arm), de betrouwbaarheid, de schijnzekerheid en de gezondheidsrisico's van screening. Op deze verschillen van mening tussen de betrokken actoren zullen wij in de empirische hoofdstukken 4-7 verder ingaan.

1.4 Medische check-ups

Met een medische check-up bedoelen we de lichaamskeuring die verder gaat dan een eenvoudige cholesterolttest van de Albert Heijn. Wanneer wij over een medische check-up spreken bedoelen wij een onderzoek waarbij verschillende metingen aan het lichaam verricht worden. Zo wordt bijvoorbeeld de conditie van organen, urine en bloed gemeten. Wat deze testen meten wordt beschreven in hoofdstuk 4. Alle soorten van medische check-ups vallen onder screening omdat er gericht gezocht wordt naar aanleg voor of aanwezigheid van bepaalde ziekten. Hierbij valt gelijk een duidelijk onderscheid te maken in het aanbod van de verschillende instellingen die medische check-ups aanbieden.

In dit onderzoek komen verschillende instellingen naar voren die verschillende preventieve onderzoeken aanbieden. Daarvoor gebruiken zij allemaal de term; 'medische check-up'. Toch zijn de onderzoeken heel verschillend en zijn er gradaties in hoe uitgebreid het onderzoek is.

Er zijn bijvoorbeeld instellingen die alleen een vragenlijst afnemen en metingen doen aan de feces, urine en het bloed. Dit soort onderzoek noemen zij zelf vroegdiagnostiek.² Daarnaast zijn er instellingen die vroegdiagnostiek verrichten met de aanvulling van het maken van echografische beelden en hartfilmpjes.³ Als blijkt dat vervolgonderzoek nodig is, wordt er ook gebruik gemaakt van MRI- en CT-scans. Dit gebeurt bijvoorbeeld als blijkt dat de gemaakte echografische beelden niet voldoende zijn om een uitspraak te kunnen doen over de gezondheid van de cliënt. Dit is al een vorm van een medische check-up. Tenslotte zijn er ook instellingen die naast de vroegdiagnostiek bij het eerste onderzoek gebruik maken van beeldvormende apparatuur zoals de MRI- en CT-scan.⁴

² Het NIPED, zie hoofdstuk 4.

³ EHM en Preventive Care, zie hoofdstuk 4.

⁴ Prescan, zie hoofdstuk 4.

1.5 Overheid en collectieve preventie

Omdat de overheid verantwoordelijk is voor de volksgezondheid is zij actief betrokken bij het preventiebeleid. De overheid heeft duidelijk afgebakend in hoeverre zij voorziet in preventie. In deze paragraaf laten wij zien welke taak de overheid op zich genomen heeft.

De overheid gebruikt collectieve preventie om de Nederlandse bevolking kennis te laten maken met risicofactoren voor de volksgezondheid. Een risicofactor is bijvoorbeeld overmatig alcoholgebruik. Collectieve preventie wordt beschreven als 'het bewaken en bevorderen van de volksgezondheid voor zover deze samenhangt met risico's met een collectief karakter'. (WCPV 1989⁵) Daarbij heeft de overheid als taak dat risicofactoren voor de volksgezondheid voortijdig worden opgespoord en onschadelijk gemaakt.

Preventief onderzoek dat door de overheid verricht wordt is ten eerste het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Dit wordt alle vrouwen tussen de 30 en 60 jaar aangeboden. Dit onderzoek vindt elke vijf jaar plaats door middel van een uitstrijkje van cellen in de baarmoederhals. Het tweede onderzoek dat wordt aangeboden is het bevolkingsonderzoek naar borstkanker voor vrouwen tussen de 50 en 75 jaar. Er wordt geschat dat het onderzoek naar baarmoederhalskanker 600 vrouwen per jaar het leven spaart. Voor borstsonderzoek is dit 800 vrouwen per jaar. (ZonMw, 2003, p.37) Naast het onderzoek op borst- en baarmoederhalskanker is er ook een programma voor pre- en postnataal onderzoek (de hielprik), voor Familiaire Hypercholesterolemie (aangeboren hoog cholesterolgehalte) en voor nationale grieppreventie. Minister Hoogervorst overweegt om ook preventief onderzoek naar darmkanker te laten doen bij delen van de Nederlandse bevolking. De Minister verwacht echter dat met dit soort onderzoek pas begonnen wordt in 2010. Er zal eerst meer onderzoek gedaan worden naar de kosten en baten van darmkankeronderzoek. Ook zal er onderzoek gedaan worden naar de kosten en baten van screening op meerdere soorten kanker. Dit soort onderzoek is erg duur en daarom wordt de mogelijke gezondheidswinst nader onderzocht.

1.6 Werkwijze en taakverdeling in preventieve sector

De preventieve zorg in Nederland wordt door een groot aantal organisaties uitgevoerd. Die organisaties lopen van ministeries tot particuliere instanties. Dit werkveld van preventieve zorg is dus sterk verkaveld en het is dan ook moeilijk om één overzichtelijke rode beleidsdraad te volgen.

Als we spreken over collectieve preventie komen we ook meteen bij een punt van discussie aangaande preventie, dat teruggrijpt op het ontbreken van een duidelijke werkwijze en taakverdeling in de preventieve zorg. Er is veel onduidelijkheid over de effecten en de effectiviteit van interventies in preventieprogramma's. Daarbij is er ook geen eenduidigheid over de te gebruiken methoden en technieken en de betrokkenheid van niet-medische disciplines. (Boot & Knapen, 2001, pp. 139)

⁵ Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid

De onduidelijkheid over de effecten en de effectiviteit van preventie wordt de laatste jaren geëvalueerd in de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM. In deze rapporten wordt besproken wat de positieve gevolgen zijn van preventie op de volksgezondheid. Tot zover zien wij dus een verschil in het aanbod van preventieve zorg tussen de overheid en de commerciële instellingen. De overheid is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de volksgezondheid. Zij moet op de gezondheidszorg toezien en de kwaliteit bewaken en bevorderen.

Op het gebied van screening richt de overheid zich tot nu toe alleen op onderzoek naar borst- en baarmoederhalskanker. De commerciële instellingen bieden daarentegen een totaalpakket van screeningsmogelijkheden aan.

Hoofdstuk 2: Opkomende commercialisering

Zoals in hoofdstuk 1 beschreven is, neemt de for profit sector een gedeelte van de preventieve zorg op zich. De commerciële sector maakt gebruik van het gat in de preventieve zorgmarkt dat de overheid niet heeft gevuld/niet heeft willen vullen. Met de mogelijkheid om op commerciële basis zorg te verlenen en 'het gat in de markt' is er een opening ontstaan voor commerciële preventieve instellingen om medische check-ups aan te bieden.

In dit hoofdstuk bespreken wij ten eerste de intrede van marktwerking in de gezondheidszorg. Ten tweede bespreken wij de opkomst van commerciële instellingen binnen de gezondheidszorg. Deze veranderingen in de zorg riepen in '98 vragen op bij Minister Borst. Ten slotte zullen wij daarom het advies bespreken dat de Raad van de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft gegeven aan Minister Borst over de vraag hoe er een kader gevormd kon worden voor goede beleidsmaatregelen gericht op aanbodregulering enerzijds en marktwerking anderzijds. (Raad voor Volksgezondheid & Zorg, 1998)

2.1 Intrede marktwerking

In de jaren '70 en '80 lag de taak van preventievoorziening nog bij de overheid. Preventieprogramma's werden 'top-down' uitgevoerd. De overheid gaf de opdracht om collectieve preventieve onderzoeken uit te voeren. Het maatschappelijk middenveld voerde de opdrachten uit. In de loop van de jaren '80 deed marktwerking haar intrede in de gezondheidszorg. Bij marktwerking doet de overheid een stapje terug en gaan het particulier initiatief, de verzekeraars en de cliënten/patiënten marktrelaties aan. De taken verschuiven voor een gedeelte naar de for profit sector. De preventieve zorg kwam niet langer tot stand door bureaucratie (opdrachten van bovenaf) maar door de netwerken (op horizontale organisatiewijze samenwerken) van de for profit sector. Dit is heel goed terug te zien bij de preventieve commerciële instellingen die samenwerken met ziekenhuizen.⁶

2.2 Toenemend aantal commerciële instellingen

Als voorbeeld van de toename van het aantal commerciële instellingen in de gezondheidszorg gebruiken wij de Ziekenhuisgroep Twente. Aan de ziekenhuisgroep Twente is de gezondheidsonderneming Zorgservices Twente gekoppeld. Zorgservices Twente is opgericht in 2000 en richt zich op het aanbieden van producten en diensten die niet tot het primaire zorgaanbod van het ziekenhuis behoren, maar er wel sterk mee verbonden zijn. Zo zijn er bij de Zorgservices Twente instellingen waar je bijvoorbeeld terecht kunt voor een medische check-up, vaccinaties of laserbehandelingen. Een aantal van de instellingen van Zorgservices Twente werkt samen met specialisten uit het ziekenhuis.⁷ De for profit sector heeft hier dus

⁶ Hierover meer in hoofdstuk 4.

⁷ www.zorgservicestwente.nl

samenwerkingsverbanden met het 'reguliere ziekenhuis'. Een duidelijk voorbeeld van de netwerken die ontstaan zijn beschreven in paragraaf 2.1.

Wat wij in het geval van Zorgservices Twente waarnemen, is dat steeds meer kleine ondernemingen zich aansluiten bij deze zorgonderneming. Deze ondernemingen maken ook gebruik van de apparatuur en specialismen van het ziekenhuis.

Er is een ontwikkeling gaande van een gezondheidszorg die geheel regulier was, naar een gezondheidszorg waar commerciële bedrijven actief zijn. De commerciële instellingen die medische check-ups leveren zijn dus onderdeel van de marktwerking in de gezondheidszorg. Zo gaan marktwerking en de vraag naar preventieve zorg hand in hand. De regels die vanuit de overheid gemaakt zijn, geven ruimte voor die marktwerking. Dat heeft erin geresulteerd dat cliënten op eigen initiatief gebruik kunnen maken van preventieve medische check-ups.

2.3 Marktwerking en aanbodregulering

Kunnen de commerciële zorginstellingen dan zo hun gang gaan? Nee, de overheid wil deze sector reguleren zodat aan bepaalde kwaliteitseisen voldaan wordt.

Minister Borst pleitte echter wel voor een goed evenwicht tussen marktwerking en regulering. Aanbodregulering bestaat uit helder omschreven, controleerbare en zorgvuldig afgebakende zorgaanpakken en duidelijke budgetten voor instellingen. Marktwerking bestaat daar tegenover uit een functionele verdeling van kapitaal en goederen. (RVZ 1998) Het RVZ⁸ gaf advies op welke manier beleidsmaatregelen, aanbodregulering en marktwerking tot hun doel konden komen.

In de Nederlandse gezondheidszorg is nooit sprake geweest van echte marktwerking. Het RVZ noemt de marktwerking liever 'ondernemerschap binnen een op publieke doelstellingen gericht beleidssysteem'. De overheid is immers wel eindverantwoordelijke voor een goede gezondheidszorg. In haar beleid spreekt de overheid over marktwerking, terwijl zij feitelijk het systeem van aanbodregulering blijft hanteren. Deze spanning tussen marktwerking en aanbodregulering blijkt uit gebrekkig overleg tussen de overheid en de veldpartijen, onduidelijkheid over de verdeling van taken en een tekort aan transparantie en controle.

Om deze spanning weg te nemen zou er sprake moeten zijn van deregulering, maatschappelijk ondernemerschap en gestructureerd overleg tussen commerciële zorginstellingen en de overheid. Met deregulering wordt gepleit voor meer vrijheid voor de commerciële instellingen. Met maatschappelijk ondernemerschap wordt bedoeld dat een ziekenhuis als een marktgoed kan worden behandeld, maar dat het als een collectief goed wordt ervaren. Het ziekenhuis moet dus als een maatschappelijke onderneming functioneren en de overheidssturing moet daarmee in overeenstemming worden gebracht. (RVZ, 1996) De for profit sector mag dus haar werk doen, maar wel met het belang van het collectieve nut voorop.

Zou de overheid op deze manier ook tegen commerciële instellingen aankijken?. Gezondheid is een kostbaar goed en de overheid zal misschien door middel van regelgeving de consument willen beschermen tegen mogelijke uitbuiting van commerciële instellingen die inspelen op de angst van cliënten om ziek te worden. In hoofdstuk 5 wordt het wettelijke kader geschetst waarmee

⁸ Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

commerciële instellingen in aanraking komen. In hoofdstuk 6 zullen wij met de betrokken actoren in gesprek gaan om hun daadwerkelijke standpunt over marktwerking en regulering rondom preventieve commerciële organisaties in kaart te brengen.

Hoofdstuk 3: Theoretisch kader en methodologie

Belangrijk bij het doen van wetenschappelijk onderzoek is het gebruiken van een theorie op basis waarvan je naar het onderwerp kijkt. Deze theorie vormt als het ware de bril waardoor wij naar de ontwikkeling van commerciële preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden, kijken. De theorie/het model aan de hand waarvan wij het onderwerp willen bekijken is *het politieke arenamodel* van Koppenjan.

3.1 Verantwoording van onze keuze voor het arenamodel

In de literatuur zijn verschillende theorieën/modellen te vinden voor de analyse van beleidsvorming en de daarbij horende processen. Wij zullen hier de belangrijkste noemen en kort behandelen. Het gaat dan om het barrièremodel van van der Eijk en Kok dat nauw samenhangt met fasenmodel waar we ook kort iets over zullen zeggen. Een laatste belangrijk model wat enige aandacht verdient is het *stromenmodel* van Cohen, March en Olsen. (Cohen, March en Olsen, 1986) Tot slot zullen we uitleggen waarom wij voor het arenamodel hebben gekozen en zullen we dit model ook uitgebreid behandelen.

Het fasenmodel is een model van het proces waarlangs maatschappelijke behoeften worden verwerkt tot beleidsuitkomsten (Koppenjan, 1993, pag.21). Dit model stelt dat beleidsvorming altijd via een aantal vaste fasen verloopt. De verschillende fasen die in het fasenmodel onderscheiden worden zijn: beleidsvoorbereiding, beleidsbepaling, beleidsuitvoering, beleidseffecten en beleidsevaluatie

Het barrièremodel van Van der Eijk en Kok onderscheidt een extra fase ten opzichte van het fasenmodel, te weten de fase van agendavorming.⁹ Deze fase komt voor alle andere fasen uit het fasenmodel. Een ander (meer wezenlijk) verschil tussen beide modellen is dat het barrièremodel de nadruk legt op de verschillende barrières die er tijdens het proces van beleidsvorming moeten worden overwonnen. (Van der Eijk & Kok, 1975) De eerste (en misschien wel belangrijkste) barrière is die van het omzetten van wensen in eisen. Hoe krijg je een probleem op de politieke agenda? Vaak is dit lastiger dan je denkt, met name als het voor de politici een 'onveilig' onderwerp is. Dit is echter lastig hard te maken, omdat het moeilijk is om te bepalen of een probleem niet op de agenda komt omdat het er geen beleid gewenst is of omdat het van de agenda geweerd wordt omdat het een 'onveilig' onderwerp is (Koppenjan, 1993, pag 22). Andere barrières zijn de barrière van het omzetten van eisen in strijdpunten, de barrière van de besluitvorming en tot slot de barrière van de implementatie.

De belangrijkste kritiek die er geuit wordt op zowel het fasenmodel als het barrièremodel is dat beleidsprocessen zich in werkelijkheid niet langs de verschillende fasen voltrekken en dat het in de praktijk erg lastig is om de verschillende fasen en barrières te onderscheiden. (d'Anjou, 1986) Het laatste model wat we kort willen behandelen is het stromenmodel van Cohen, March en Olsen. Omdat het beleidvormingsproces een complex proces is worden keuzes niet altijd op basis van

⁹www.beleidsonderzoek.nl/files

rationele overwegingen gemaakt. Dit komt doordat actoren keuzes moeten maken terwijl zij slechts de beschikking hebben over beperkte informatie, doordat er geen overeenstemming is over de doelen die nagestreeft moeten worden en doordat beleidsbepalers niet alles mee kunnen nemen in hun overweging omdat ze daar simpelweg niet genoeg capaciteit voor hebben. Ze moeten dus keuzes maken en hun aandacht verdelen. In het stromenmodel van Cohen, March en Olsen staat die schaarste van aandacht bij besluitvormers centraal (Koppenjan, 1993, pag.24). Volgens het stromenmodel kan beleidsvorming gezien worden als een vuilnisbak waarin participanten hun oplossingen en problemen gooien (dit zijn de drie stromen binnen het model). Het verloop van de besluitvorming hangt af van wat er zich op een bepaald moment in de vuilnisbak bevindt. Besluitvorming vindt dus eigenlijk plaats op basis van toeval.

Als we het model toepassen op bijvoorbeeld een vergadering wordt het wat duidelijker. Afhankelijk van wie er aanwezig zijn en welke problemen en oplossingen de aanwezigen aandragen wordt een beslissing genomen, of juist nog even uitgesteld. Als er bij een volgende vergadering andere mensen aanwezig zijn kan de discussie heel anders verlopen en worden er misschien hele andere beslissingen genomen.

Het stromenmodel geldt lang niet altijd. Het gaat binnen het stromenmodel alleen om die beleidsprocessen waarvan de doelen, procedures en participaties onzeker zijn. Daarom moet het model ook als aanvulling op andere modellen gezien worden (Koppenjan, 1993, pag.30).

Waarom kiezen wij nu niet voor een van deze modellen, maar voor het arenamodel? De hoofdreden is dat wij ons bezig willen houden met de verkenning van het beleidsveld. Het stromenmodel richt zich bijvoorbeeld op in- en uitstroom van participanten, problemen, oplossingen en keuzemomenten binnen een organisatie. Als je de beleidsvorming, beleidsontwikkeling en beleidshandhaving van de overheid wilt bekijken richt je je niet op een enkele organisatie, maar op het hele beleidsterrein. Het gaat om het netwerk van actoren dat zich binnen het beleidsveld begeeft (Koppenjan, 1993, pag.32).

Omdat wij het beleidsterrein van preventie en commercialisering willen verkennen gebruiken wij het arenamodel, waarbij de nadruk ligt op de actoren die zich bevinden in de arena. Het gaat dus niet om verschillende fasen van beleidsontwikkeling of om de oplossingen en problemen van een organisatie, maar primair om de verkenning van het krachtenveld binnen de beleidsarena.

3.2 Het arenamodel

De kern van het arenamodel is dat beleid gemaakt wordt in een krachtenveld dat zich op verschillende niveau's afspeelt en waarbij een groot aantal actoren betrokken zijn.

Deze verschillende actoren hebben elk hun doelen, belangen en ideeën. Deze actoren vechten over oplossingen, problemen en deelname aan de besluitvorming binnen de arena, wat gezien moet worden als het strijdperk (Koppenjan, 1993, pag.32). Tegenover dit strijdperk (de arena) staat een verzamelplaats (de agora) waar mensen onderhandelen over hun verschillen van mening en proberen overeenstemming te bereiken. Er is in hoofdzaak gekozen voor het arenamodel omdat binnen dit model de verschillende actoren helder naar voren komen zodat het beleidsveld helder en overzichtelijk naar voren komt. Verder was er niet de indruk dat de actoren regelmatig met elkaar om de tafel zaten om tot overeenstemming te komen over verschillen van mening, daarom is niet gekozen voor een agora als de plaats waar het beleidsveld zich bevindt, maar voor een arena.

Binnen het arenamodel spelen ook de verschillende stromen uit het stromenmodel een grote rol. De vraag of beleid uiteindelijk tot stand komt hangt namelijk af van de ontwikkelingen die actoren, problemen (probleemdefinities) en oplossingen doormaken en de strijd die ze daarover hebben.

Het model is op te delen in vier deelgebieden (Koppenjan, 1993, pp 33-43);

1. De gevolgen van interacties voor het beleidsproces als geheel.

Hierbij gaat het om de aanvang, duur en beëindiging van de beleidsvormingsprocessen als uitkomsten van de interactie tussen individuen, groepen en organisaties.

Vragen die aan de orde komen zijn; hoe komen onderwerpen op de agenda? Hoe lang duurt het voordat er uitkomsten te verwachten zijn? Hoe komt het dat sommige onderwerpen geen aandacht krijgen? Voor ons onderzoek is dit niet zo heel interessant, omdat we niet direct geïnteresseerd zijn in het op de agenda zetten van onderwerpen, maar meer in het verkennen van opvattingen en belangen van de relevante actoren.

2. De samenstelling van de beleidsarena.

Bij Koppenjans arenamodel vormen vier elementen de samenstelling van de arena. Deze elementen zijn afgeleid van het stromenmodel. Het gaat om problemen, oplossingen, participatie en de factor tijd.

Bij problemen gaat het dan met name om de formulering van het probleem. Die formulering heeft grote invloed op het verloop en de uitkomst van het beleidsproces. Daarom proberen de verschillende actoren allemaal hun probleemdefiniering aan anderen op te leggen.

Voor de oplossingen geldt eigenlijk hetzelfde als voor het probleem; ze moeten door de actoren in de discussie gebracht worden. Onder oplossingen kunnen een heleboel verschillende zaken worden verstaan. Denk aan, budgetten, personeel, wetten en andere organisatorische maatregelen (Koppenjan, 1993, pag.36). Sommige oplossingen zijn binnen de beleidsarena niet bespreekbaar of stuiten op veel weerstand. Wij denken dat de ontwikkeling van commerciële preventieve instellingen hier een voorbeeld van is. Voor veel actoren is het maar zeer de vraag of deze ontwikkeling wel zo wenselijk is (denk aan medici die een deel van hun 'macht' lijken te verliezen).

Het element participatie is voor ons onderzoek van wezenlijk belang. Wie maken onderdeel uit van de beleidsarena en wat zijn de rollen die ze vervullen? Er zijn verschillende rollen die de actoren kunnen vervullen. Allereerst is er de rol van entrepreneur. Dit zijn de actoren die de problemen en oplossingen binnen de arena aan de orde stellen. In extreme gevallen kan men spreken van entrepreneurs en anti-entrepreneurs. De laatste groep probeert dan de totstandkoming van bepaald beleid te dwarsbomen (Koppenjan, 1993, pag. 37). Verder bestaat er de rol van de formele gezagsdragers. Dit zijn die mensen die op basis van hun formele positie betrokken zijn bij de ontwikkeling van beleid. In bijna alle gevallen wordt hiermee de overheid bedoeld. Zonder deze rol is het heel lastig om binnen de arena daadwerkelijk beleid te maken. Verder zijn er volgens Koppenjan nog de rollen van steunverleners, beleidsmakelaars, arbiters en 'gatekeepers' te onderscheiden. Steunverleners zijn actoren die proberen hun doelen aan voorstellen van andere actoren te koppelen. Op deze manier kunnen er binnen de arena coalities ontstaan (March en Olsen, 1976, pp.38-53). Zaakwaarnemers zijn degenen die binnen de arena de ondervertegenwoordigde belangen behartigen. De Gatekeepers zijn die actoren die proberen bepaalde probleemdefinities, beleidsvoorstellen of participanten uit de arena te weren

(G.R.Teisman pp.205-221). Tot slot is er nog de rol van beleidsmakelaar. Zij proberen de problemen, oplossingen en deelnemers bij elkaar te brengen zodat beleid daadwerkelijk tot stand kan komen.

Met name onderdeel participatie van het arenamodel zullen wij gebruiken voor ons onderzoek om zo de rollen van de verschillende actoren te bepalen en misschien nog actoren op te sporen aan de hand van de verschillende rollen die er zijn binnen een beleidsarena. In hoofdstuk zeven wordt ingegaan op de verschillende rollen die de verschillende actoren vervullen.

Het laatste element wat mede de samenstelling van de beleidsarena bepaalt is het element tijd. Het is belangrijk om te bedenken dat de duur van de ontwikkeling van beleid gevolgen heeft voor die ontwikkeling. Beleidsprocessen die veel tijd in beslag nemen worden gevoelig voor veranderingen in de omgeving (Koppenjan, 1993, pag.37) Hierbij kan gedacht worden aan organisatorische veranderingen, technologische veranderingen of politieke veranderingen (wat is bijvoorbeeld de invloed van een nieuwe regering op beleidsprocessen). Verder heeft de duur van het proces invloed op de aandacht die de actoren hebben voor het proces. Aandacht is immers tijdelijk en beperkt.

3. Contextuele factoren die van invloed zijn op de samenstelling van de beleidsarena.

De beleidsarena wordt beïnvloedt door zaken uit de omgeving. Koppenjan behandelt een aantal van die zaken, te weten; de aard van het probleem, de kenmerken van de organisatie, de structuur en cultuur van het beleidsterrein, de politieke cyclus en het algemeen maatschappelijke en politiek-bestuurlijke klimaat (Koppenjan, 1993, pag.39).

Met name de structuur en de cultuur van het beleidsterrein zijn voor ons interessant. Het gaat er hierbij om hoe open de structuur en cultuur van het beleidsterrein is. Is de cultuur van de arena erg hiërarchisch? Worden bestaande machtsposities in gevaar gebracht? Welke posities van actoren komen in gevaar en hoe belangrijk vinden zij dat? Wij hebben het vermoeden dat de gezondheidszorg een beleidsterrein is waarvoor geldt dat er door de betrokken actoren erg gehecht wordt aan de machtspositie die ze in de bestaande situatie hebben. Als we bijvoorbeeld kijken naar de duur van de invoering van een elektronisch patiënten dossier, dan moeten we op z'n minst concluderen dat er veel weerstand is tegen dergelijke vernieuwingen (of dat komt door het vasthouden aan machtsposities is de vraag, maar dat is in onze ogen zeker niet onwaarschijnlijk). Daarom denken wij dat het belangrijk is om met deze cultuur rekening te houden en te kijken of die cultuur wel is zoals wij denken.

4. Arenastrategieën van actoren gericht op de samenstelling van de arena en het verloop van processen daarbinnen.

Onder arenastrategieën worden pogingen van actoren verstaan om de condities waaronder beleid tot stand komt te beïnvloeden. Deze strategieën zijn gericht op probleemformulering, de richting waarin actoren de oplossing willen sturen, de participatie en de factor tijd. Het gaat dus eigenlijk om de vraag wat de juiste strategie is om de factoren die de samenstelling van de arena bepalen (zie bovengaande) zo te beïnvloeden dat de belangen van de betreffende actor optimaal naar voren komen. Wij denken dat dit zeer interessant is voor ons onderzoek. Hoe brengen actoren hun belangen onder de aandacht? Welk effect heeft dat op de beleidsvorming? Hoe komt het dat het niet iedereen lukt zijn probleem onder de aandacht te brengen? Door de beperkte tijd zijn wij aan deze vragen niet toegekomen.

3.3 Deelvragen

Vanuit het hierboven geschetste theoretisch kader komen we tot een aantal vragen die na beantwoording moeten leiden tot een antwoord op de hoofdvragen. Zoals in de inleiding reeds vermeld zijn die hoofdvragen/probleemstellingen de volgende:

Hoe ziet het beleidsveld rond preventieve instellingen, die, op commerciële basis, medische check-ups aanbieden, eruit? Aan welke wettelijke eisen moet een instelling voldoen om preventieve medische check-ups te mogen aanbieden? In welke opzichten passen commerciële organisaties die medische check-ups aanbieden in dit gestelde kader?

Binnen deze probleemstellingen onderscheiden wij dus eigenlijk drie groepen hoofdrolspelers. De conclusie dat dit de belangrijkste actoren vloeit voort uit de rationele gedachte dat bepaalde actoren bij onderwerpen aangaande de gezondheidszorg altijd een belangrijke rol spelen (overheid, verzekeraar). Verder werd uit verkennend onderzoek (KWF, NHG) alsmede uit gesprekken duidelijk wie de belangrijkste actoren zijn die met het onderwerp te maken hebben (medici, instellingen).

De eerste groep hoofdrolspelers zijn de preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden op commerciële basis. Uit de praktijk blijkt dat commerciële preventieve instellingen, die medische check-ups aanbieden in Nederland, gedoogd worden. Een andere instelling, die haar onderzoeken in Duitsland aanbiedt, wordt minder geaccepteerd. De vraag is hoe dat komt. Dit leidt tot de volgende deelvraag:

Welke commerciële preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden zijn er, wat doen ze en wat zijn de verschillen tussen deze instellingen?

- a. Wat is de werkwijze van de preventieve instellingen?
- b. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen deze organisaties?

In de tweede plaats de overheid en de adviesorganen van de overheid (bijvoorbeeld de Gezondheidsraad). Dit leidt tot de volgende deelvraag:

Wat houdt de regelgeving en het beleid van de overheid in ten opzichte van instellingen die op commerciële basis medische check-ups aanbieden?

- a. Wat zijn de wettelijke eisen die gesteld zijn aan het aanbieden van medische check-ups?
- b. Wil de overheid de preventieve zorg (m.b.t. medische check-ups), de komende jaren vorm geven? Zo ja, hoe?
- c. Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen voor commerciële preventieve instellingen, die medische check-ups aanbieden, binnen het door de overheid gestelde kader?

De laatste groep van hoofdrolspelers is eigenlijk de rest van het beleidsveld. Hierbij moet wel de kanttekening gemaakt worden dat wij niet iedereen binnen dit beleidsveld hebben kunnen

meenemen in ons onderzoek. Deels omdat sommigen niet mee wilden werken en deels omdat het onderzoek dan te groot zou worden. Wij hebben ervoor gekozen verzekeraars, medici en huisartsen te benaderen. De eerste omdat zij een belangrijke rol spelen bij de financiële kant van de ontwikkeling en de laatste twee omdat het hier gaat om de mensen die op de werkvloer met de ontwikkelingen te maken hebben. Verder hebben wij uit een onderzoek van het Koningin Wilhelmina Fonds (KWF) de mening van dit fonds gedestilleerd. Ook zullen wij hier de mening van verzekeraars belichten, omdat zij een belangrijke actor zijn, met geld als belangrijk machtsmiddel.

De deelvraag die betrekking heeft op deze groep hoofdrolspelers is de volgende:

Hoe kijken belangengroepen zoals medici, verzekeraars en onderzoeksinstituten aan tegen instellingen die op commerciële basis medische check-ups aanbieden?

- a. Wat vinden de actoren van het huidige overheidsbeleid?
- b. Welke ontwikkelingen voorzien deze actoren in de toekomst op het gebied van preventie?
- c. Wat is de mening van de geïnterviewde actoren over het bestaan van commerciële preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden?

Met behulp van deze deelvragen zullen wij proberen een helder beeld te schetsen van het beleidsveld met betrekking tot commerciële preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden.

3.4 Methodologie

Hoe komen wij nu aan ons materiaal om bovenstaande vragen te beantwoorden?

Voor een deel zal ons onderzoek gebaseerd zijn op literatuur. Met behulp van adviezen van de Gezondheidsraad, wetten over collectieve preventie, rapporten van verschillende instanties (bijvoorbeeld het KWF) en boeken over preventie en marktwerking zullen we proberen een antwoord te geven op bovenstaande vragen. Met name bij de tweede deelvraag speelt dit literatuuronderzoek een belangrijke rol. Alle bronnen die we voor dit onderzoek gebruikt hebben kunt u vinden in de literatuurlijst.

Bij de deelvragen een en drie zullen de interviews die we afnemen een belangrijke rol spelen. Het is bij deze deelvragen belangrijk om erachter te komen hoe de actoren over de ontwikkelingen denken. Dit kan in onze ogen het beste door met deze actoren te praten en niet door literatuuronderzoek. Wij zijn blij dat we relatief veel interviews hebben kunnen afnemen, want het alternatief was dat we de standpunten en visies van de betrokkenen van internet hadden moeten halen en dat was ten eerste minder duidelijk en ten tweede meer werk geweest.

De interviews die afgenomen zijn zijn half open van aard. Dat wil zeggen dat we aan de hand van een aantal vragen een gesprek beginnen met de te interviewen persoon waarbij we doorvragen op de antwoorden die gegeven worden, zodat we uiteindelijk inhoudelijk ook echt een antwoord krijgen op onze vraag. Deze manier van interviewen heeft als grote voordeel dat je met de persoon in kwestie in discussie kan om het ingenomen standpunt nog beter naar voren te krijgen. Alle aspecten van het onderwerp kun je dan dus meenemen.

Wij zijn ons ervan bewust dat we niet alle actoren hebben kunnen meenemen in ons onderzoek en dat ook niet alle rollen uit het arenamodel behandeld zijn (de rol van gatekeeper is bijvoorbeeld niet aan de orde geweest). Dit heeft deels te maken met het gegeven dat niet iedereen aan het onderzoek mee wilde werken en deels met het gegeven dat het hier gaat om een bacheloropdracht met een beperkte omvang. Uiteraard heeft dit gevolgen voor de mate waarin wij ons empirisch materiaal kunnen generaliseren. Wij hebben bijvoorbeeld maar met een verzekeraar gesproken, en daarmee is zeker niet duidelijk wat 'de verzekeraar' ervan vindt, om de simpele reden dat er meerdere verzekeraars zijn. Het onderzoek moet daarom als oriënterend aangemerkt worden.

Er is voor gekozen om zoveel mogelijk commerciële instellingen te benaderen die zich bezig houden met medische check-ups, omdat we als het ware een vergelijking willen uitvoeren tussen deze instellingen, om zo te kunnen achterhalen waarom sommige instellingen nu wel in Nederland mogen opereren en anderen niet.

Verder is er een gesprek geweest met de overheid, omdat de overheid een belangrijke actor is bij het maken van de regels, wetten en het beleid. Ook de verzekeraar is een actor waar mee gesproken is, omdat zij als steunverleners een doorslaggevende rol kunnen spelen bij de financiering van de nieuwe ontwikkelingen.

Tot slot is er contact geweest met een medisch specialist (radioloog) en twee huisartsen zodat wij ons een beeld kunnen vormen van de mening van de mensen uit het werkveld en misschien ook iets kunnen leren over de cultuur binnen de gezondheidszorg. Uiteraard zijn deze artsen niet direct representatief voor het hele werkveld. Daarom is in eerste instantie geprobeerd de landelijke vereniging van radiologen en de landelijke huisartsenvereniging te spreken te krijgen, maar dit is niet gelukt. Vandaar onze stap richting individuele artsen. Wel hebben we het standpunt van de NHG over medische check-ups uiteindelijk kunnen achterhalen. Wij hebben hen dus niet zelf gesproken maar wel de juiste informatie kunnen krijgen.

In een aantal gevallen was er niet de mogelijkheid een gesprek met de betreffende actor te voeren. In die gevallen hebben wij per mail een aantal vragen gesteld. In de bijlagen vindt u een aantal verslagen van de gesprekken die we met de betrokken actoren gehad hebben.

Hoofdstuk 4: Vergelijking commerciële preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden

In dit hoofdstuk proberen we, met behulp van een vergelijking, duidelijk te maken wat de verschillen zijn tussen een aantal preventieve instellingen die op commerciële basis preventieve check-ups aanbieden. Aanleiding tot deze vergelijking is ons eerdere Technology Assessment waarin uit de praktijk bleek dat bepaalde instellingen die medische check-ups aanbieden in Nederland minder gewenst zijn dan andere. De vraag die hieraan gekoppeld kan worden is; hoe komt dit? Teneinde deze vraag te beantwoorden zal geprobeerd worden de verschillen tussen de betreffende instellingen te schetsen.

Er zijn slechts een aantal preventieve commerciële instellingen die medische check-ups aanbieden, in Nederland. Toch konden ze niet allemaal vergeleken worden. Dit heeft grotendeels te maken met de tijdsbeperking die voor dit onderzoek geldt. Verder is het zo dat instellingen niet in alle gevallen wilden meewerken en er ook op internet te weinig informatie beschikbaar was om tot een goede vergelijking te kunnen komen. Tot slot is het zo dat een deel van de instellingen zoveel verschilden van de andere instellingen uit de vergelijking, dat een vergelijking in onze ogen niet zinvol was. Dit omdat dan niet de essentiële verschillen naar boven zouden komen, die antwoord zouden kunnen geven op de vraag waarom de ene instelling in Nederland minder gewenst is dan de andere.

De instellingen die uiteindelijk vergeleken zijn zijn Executive Health Management (EHM) uit Hoofddorp, Preventive Care uit Hengelo en Prescan Nederland uit Hengelo. De eerste twee instellingen (EHM en Preventive Care) bieden check-ups aan, de laatstgenoemde instelling (Prescan) bemiddelt tussen Nederlandse klanten en de Duitse ziekenhuizen waar de check-ups uitgevoerd worden.

De vergelijking is voor ons onderzoek interessant omdat de eerste twee instellingen (EHM en Preventive Care) wel in Nederland opereren en de derde (Prescan Nederland) zegt/denkt dit niet te mogen. Omdat wij het beleidsveld rondom dergelijke instellingen willen verkennen, willen wij kijken welke factoren hier een rol bij spelen.

De instellingen die ook medische check-ups aanbieden op commerciële basis maar die (om eerder genoemde redenen) niet in de vergelijking zijn opgenomen zijn onder andere het Nederlands BodyScanCentrum (nog niet geopend), de dr Keulenkliniek, Rugpoli Twente en het NIPED. Omdat de laatste instelling nauw samenwerkt met de verzekeraar waar een gesprek mee gehouden is zullen wij hier nu een korte beschrijving van geven.

Het NIPED (NDDO Institute for Prevention and Early Diagnostics) is bezig met een testfase voor een PreventieKompas. Aan dit project doen nu 2500 mensen mee. Het PreventieKompas zien zij als een APK-keuring of een bezoek aan de tandarts. De test voor het PreventieKompas bestaat uit vier fasen; Checklist, CheckPoint, LabCheck en de uitslag. Bij de Checklist vult de klant zijn medische gegevens in op een beveiligde website. Bij de CheckPoint wordt een eenvoudig lichamelijk onderzoek gedaan en worden bloed, urine en ontlasting afgegeven. De LabCheck onderzoekt de lichaamssappen. Als de klant nog vragen heeft over de uitslag kan een nieuwe afspraak gemaakt

worden met het CheckPoint. Mochten er naar aanleiding van de onderzoeken twijfels zijn over de gezondheid van de onderzochte persoon dan kan vervolgonderzoek aanbevolen worden.

Het NIPED maakt onderscheid tussen preventief onderzoek en preventieve screening. De test die zij uitvoeren scharen zij onder preventief onderzoek in de vorm van vroegdiagnostiek. De test is dus geen screening en kan dus niet worden gezien als volledige medische check-up zoals wij dat gedefinieerd hebben.

De werkzaamheden van het NIPED zijn om twee redenen erg interessant voor ons. Ten eerste omdat zij een preventief onderzoek uitvoeren in samenwerking met een verzekeraar. Ten tweede omdat zij, van de instellingen die wij bestudeerd hebben, de enige preventieve commerciële organisatie zijn die een aanvraag voor de Wbo hebben ingediend.¹⁰

De 'check-up' die het NIPED aanbiedt is minder uitgebreid dan de check-ups van de andere instellingen, daarom is dit instituut niet opgenomen in de vergelijking van dit hoofdstuk.

4.1 Beschrijving van de gekozen instellingen en hun werkwijze met betrekking tot diagnostiek

4.1.1 EHM

Executive Health Management uit Hoofddorp is een bedrijf dat preventief medisch onderzoek, check-ups en consulten verzorgt voor topmanagers en bestuurders.¹¹ Het bedrijf is opgezet als een soort hotel waarin de klanten een kamer krijgen aangewezen waarin alles aanwezig is voor het medisch onderzoek. Uit een gesprek met een van de eigenaren van het bedrijf, de heer Schade, blijkt dat EHM zich nadrukkelijk richt op een zeer selecte groep van topmanagers en bestuurders (zie bijlage). Deze mensen hebben behoefte aan rust en hebben absoluut geen zin om in de wachtkamer van de dokter te wachten tot ze eindelijk eens aan de beurt zijn. Vaak leven deze managers onder grote druk en is het belangrijk dat ze op een gezonde manier leven. Natuurlijk lukt dit niet altijd. Hier springt EHM op in door een individuele behandeling te geven aan deze managers.

Het bedrijf is zeer kleinschalig opgezet en behandelt niet meer dan een aantal klanten per dag. Volgens Schade is het ook niet de bedoeling veel groter te worden omdat het dan lastig is om de kwaliteit te bewaken. De klanten van EHM worden aan een uitgebreid onderzoek onderworpen. Het lichamelijk onderzoek dat EHM aanbiedt bestaat uit een echografie van het hart, lever, nieren, milt, aorta, blaas, prostaat/baarmoeder. Daarnaast wordt de lengte, het gewicht en de bloeddruk gemeten en wordt er een rust- en inspannings ECG gemaakt. Ook wordt de longfunctie, het hoorvermogen, het gezichtsvermogen, de oogboldruk, de feces, het bloed en de urine getest.¹² Voor vrouwen is er naast bovenstaand lichamelijk onderzoek nog de mogelijkheid een echo te laten maken van de borsten, zich te laten onderzoeken door de gynaecoloog en een onderzoek te

¹⁰ www.preventiekompas.nl, geraadpleegd op 31 mei 2006.

¹¹ www.ehm.nl, gelezen op 10 mei 2006

¹² zie voetnoot 17

laten doen naar botontkalking of osteoporose.¹³ Het lichamelijk onderzoek duurt ongeveer drie uur.

Afhankelijk van de uitkomsten van de onderzoeken kan het nodig zijn een vervolgonderzoek te laten doen. Volgens meneer Schade gaat het hier onder andere om het maken van MRI- en CT-scans in het reguliere ziekenhuis of in een kliniek die dergelijke scans maakt in Amsterdam, mits een verwijzing van een specialist overhandigd kan worden. Deze verwijzing wordt eventueel gegeven door erkende specialisten uit de reguliere zorg die werkzaam zijn voor EHM (meestal worden deze specialisten tijdelijk ingehuurd). Hiermee zijn de vervolgonderzoeken (bijvoorbeeld MRI- en CT-scans) niet meer preventief van aard omdat er, net als in de reguliere zorg, wordt verwezen door een specialist naar aanleiding van een specifiek(e) klacht/probleem.

Omdat EHM het belangrijk vindt de algehele gezondheid van hun klanten te onderzoeken, worden er niet alleen lichamelijke onderzoeken gedaan. Klanten kunnen er voor kiezen om ook een Mental Health Check te laten uitvoeren. Dit onderzoek is er hoofdzakelijk op gericht de oorzaken van klachten zoals geheugenverlies, concentratiestoornissen en burn-out klachten nader te onderzoeken.¹⁴ De Mental Health Checks worden uitgevoerd door hoogleraren uit Amsterdam en Leiden. Over het algemeen wekt EHM de indruk zeer zorgvuldig met klanten om te gaan en ze erg goed te begeleiden bij eventuele vervolgtrajecten binnen de zorg. Hierbij dient wel de kanttekening geplaatst te worden dat dit voor ons lastig te onderzoeken is en dat we dit vooral baseren op het aantal klanten dat per dag behandeld wordt en de grote inspanningen die EHM doet om de klanten zo goed mogelijk te helpen, ook als het gaat om vervolgbehandelingen.

Vanuit het arenamodel van Koppenjan, wat ons theoretisch kader vormt, is het tot slot interessant om te weten hoe EHM contact heeft met en denkt over andere actoren binnen het beleidsveld. Wat opvalt uit het gesprek met meneer Schade is dat EHM eigenlijk alleen direct contact heeft met de inspectie (die volgens meneer Schade zeer tevreden is over EHM) en met specialisten en ziekenhuizen uit de reguliere zorg met wie het bedrijf nauw samenwerkt. Deze mensen staan volgens Schade niet negatief tegenover EHM als commerciële preventieve instelling en werken zelfs graag mee aan eventuele vervolgonderzoeken die nodig zijn. Met verzekerders heeft het bedrijf eigenlijk geen contact en ze vinden het ook niet zo interessant of verzekeraars de behandeling vergoeden. Volgens Schade is het aan de mensen zelf om uit te zoeken of zij een deel van de kosten terug kunnen krijgen. Met de doelgroep van het bedrijf in ons achterhoofd lijkt deze opstelling begrijpelijk, hoewel het niet getuigt van een buitengewone sociale bewogenheid. Er zijn immers ook mensen die dergelijke behandelingen niet kunnen betalen en die erg gebaat zouden zijn bij een vergoeding door de verzekeraar. De vraag of dergelijke onderzoeken voor iedereen toegankelijk moet zijn is echter meer een politieke.

4.1.2 Preventive Care

Preventive Care is een bedrijf dat onderdeel is van de Ziekenhuisgroep Twente. Deze ziekenhuisgroep omvat drie organisaties die nauw met elkaar samenwerken, te weten; het

¹³ zie voetnoot 17

¹⁴ www.ehm.nl, gelezen op 10 mei 2006.

Streekziekenhuis Midden-Twente (SMT) gevestigd in Hengelo, het Twenteborg ziekenhuis in Almelo en Zorgservices Twente. Zorgservices Twente is de gezondheidsonderneming binnen de Twentse Ziekenhuisgroep die zich richt op producten en diensten die niet behoren tot de kernactiviteiten van een ziekenhuis, maar er wel nauw mee verbonden zijn.¹⁵ Deze Zorgservice is eigenlijk een overkoepelend orgaan waarbinnen allerlei bedrijfjes gevestigd zijn die nauw samenwerken met het ziekenhuis. Te denken valt aan een arbeidsmedisch centrum, aan een laserkliniek, een travel health clinic enz. Ook Preventive Care maakt onderdeel uit van deze tak van de Ziekenhuisgroep Twente.

Preventive Care is een bedrijf wat op commerciële basis een gezondheids check-up aanbiedt. Het bedrijf is eigenlijk ontstaan vanuit de reguliere gezondheidszorg, zo blijkt uit een gesprek met Mevrouw Overbeek, manager van Preventive Care (zie bijlage). Het is begonnen op initiatief van internist Dr. Van Berkum, die een aantal van zijn vrienden een medische check-up aanbood. Dit beviel zo goed dat besloten werd dit product op commerciële basis aan te bieden. Om de kwaliteit te waarborgen wordt er slechts een klant per dag onderzocht. Er is dus sprake van een klein bedrijf, dat nog bezig is zijn plaats in de zorg te vinden en daarom niet ten koste van alles groot hoeft te worden, aldus Mevrouw Overbeek.

Het onderzoek dat Preventive Care aanbiedt begint met een laboratoriumonderzoek, waarbij bloed, feces en urine worden onderzocht. Verder worden op de afdeling radiodiagnostiek een longfoto en een echografie van de buikorganen gemaakt, waarna de klant een inspanningstest, een longfunctietest en een bewegingsonderzoek ondergaat. Ook wordt er op de afdeling cardiologie een ElectroCardioGram (ECG) en een echo van het hart gemaakt. Tot slot worden nog een aantal kleine lichamelijke onderzoeken verricht door dr. van Berkum. Hierbij moet worden gedacht aan het onderzoeken van huidafwijkingen, het prostaatonderzoek (bij mannen boven de 50 jaar).¹⁶

Afhankelijk van de uitkomsten van de onderzoeken kan worden besloten om zeer gericht een vervolgonderzoek te doen met behulp van een MRI- en/of CT-scan.

De onderzoeken (inclusief eventueel vervolgonderzoek m.b.v. MRI- en/of CT-scans) vinden plaats in het Streekziekenhuis Midden-Twente. Op de afdelingen radiodiagnostiek en cardiologie koopt Preventive Care per dag tijd in om een klant te onderzoeken. Deze verkochte tijd levert de betreffende afdelingen ongeveer twee maal zoveel geld op als ze anders in die tijd hadden kunnen verdienen met het verlenen van reguliere zorg. Dit betekent, volgens Mevrouw Overbeek, dat de afdeling hier geld kan verdienen dat ze verder nergens binnen de ziekenhuisorganisatie kunnen krijgen. Dergelijke behandelingen moeten dus als een soort extraatje worden gezien, aldus Mevrouw Overbeek. Deze extraatjes betekenen echter wel dat mensen die in de reguliere zorg al op een wachtlijst staan voor onderzoeken op de betreffende afdelingen nog langer moeten wachten. Natuurlijk is deze extra wachttijd, bij behandeling van een Preventive Care klant per dag, te verwaarlozen. In de toekomst zou dit echter zomaar meer kunnen worden, waardoor de situatie, waar nu niemand moeilijk over doet, dan wel eens aanleiding zou kunnen worden tot een pittige (politieke) discussie.

¹⁵ www.zgt.nl, gelezen op 15 mei 2006

¹⁶ Zie voetnoot 12 en de bijlage

Hoe gaat Preventive Care nu om met andere actoren uit de beleidsarena? Allereerst is Preventive Care zich zeer goed bewust van het feit dat het bedrijf het zich niet kan permitteren fouten te maken. Dit komt omdat commerciële instellingen in het algemeen, volgens mevrouw Overbeek, op de voet gevolgd worden door andere actoren (denk aan verzekeraar, overheid, inspectie). Het is immers een nieuwe ontwikkeling binnen de zorg, waarvan nog maar bekeken moet worden of zich dat wel goed ontwikkeld. Dit is ook de reden waarom het bedrijf voorlopig klein blijft en zeer zorgvuldig onderzoek doet. Verder is het zo dat de inspectie niet ontevreden is met dergelijke bedrijfjes die heel zorgvuldig met de belangen van hun klanten omgaan (dit bleek ook bij EHM). In het geval van Preventive Care is het zo dat een belangrijk deel van de onderzoeken in een regulier ziekenhuis plaatsvinden, dat natuurlijk regelmatig door de inspectie bezocht wordt.¹⁷ Voor die onderzoeken moet de betreffende afdeling dus verantwoording afleggen, en niet het commerciële bedrijf, al is dit natuurlijk geen zwart-wit discussie (bij slecht onderzoek zal Preventive Care ook aangepakt worden).

Ook voor dit bedrijf geldt dat specialisten, volgens Mevrouw Overbeek, graag meewerken aan dergelijke onderzoeken, mits de kwaliteit gewaarborgd is.

4.1.3 Prescan Nederland

De derde organisatie die wij betrekken bij de vergelijking van commerciële preventieve instellingen is het bedrijf Prescan Nederland. Ook dit bedrijf biedt op commerciële basis medische check-ups aan. De reden waarom wij deze organisatie in onze vergelijking opnemen is dat deze organisatie de onderzoeken in Nederland zou willen doen, maar dat ze hierbij meer tegengewerkt lijken te worden dan EHM en Preventive Care. De situatie is op het moment als volgt dat Prescan bemiddelt tussen de klant en een aantal Duitse ziekenhuizen (onder andere in Gronau, Bottrop, Rheine, Nordhorn) waar de onderzoeken worden uitgevoerd.¹⁸ Het bedrijf is ontstaan naar aanleiding van een aantal sterfgevallen in de directe kennissenkring van meneer Van Heel, de directeur van Prescan. Volgens Van Heel hadden de sterfgevallen voorkomen kunnen worden als de ziekte eerder was ontdekt. Dit is de belangrijkste reden geweest waarom Van Heel zich met medische preventie is gaan bezighouden. Hierbij is eerst geprobeerd samen te werken met Nederlandse ziekenhuizen, maar dit bleek niet haalbaar in verband met begrenzingen van capaciteit en budgettering.

Ook voor dit bedrijf geldt dat de klanten hoofdzakelijk bestaan uit managers en andere topmensen uit het bedrijfsleven. Aan de andere kant is het zo dat Prescan een zo groot mogelijke groep mensen wil bereiken en benaderen (iedereen die het kan betalen is welkom). De doelgroep is dus breder dan de klanten die het nu trekt. Daarom maakt het bedrijf veel reclame en zet het zijn product op een, voor veel klanten, overtuigende manier op de markt. Het bedrijf is groter dan de andere commerciële instellingen uit de vergelijking en is er ook op gericht groter te worden. Dit is een van de redenen waarom Prescan graag in Nederland wil werken. Net als de beide andere instellingen zegt ook Prescan erg te hechten aan kwaliteit. Dit blijkt volgens van Heel onder andere uit het feit dat er gebruik wordt gemaakt van erkende specialisten uit verschillende medische disciplines. Ook wordt gebruik gemaakt van de modernste apparatuur.

¹⁷ www.igz.nl, gelezen op 16 mei 2006

¹⁸ www.prescan.nl, gelezen op 16 mei 2006

Het onderzoek wat Prescan aanbiedt komt op veel gebieden overeen met de andere twee commerciële bedrijven. Zo wordt er een laboratoriumonderzoek gedaan waarbij bloed, feces en urine worden onderzocht.¹⁹ Verder wordt er onder andere een echo van het hart en een ECG gemaakt. Ook een colonscopie (darmonderzoek) en een gastroscopie (o.a. maagonderzoek) behoren tot de mogelijkheden. Het hoofdonderzoek bestaat uit het maken van MRI-scans van verschillende delen van het lichaam. Zo biedt Prescan haar klanten MRI-scans aan van de schedel en hersenen, hersenaanvoerende bloedvaten, bovenbuik en onderbuik. Met de MRI van de bovenbuik wordt een beschrijving gegeven van de gezamenlijke buikorganen. Daarbij worden de lever, alvleesklier, nieren en de galblaas gecontroleerd op tumoren, gal- en nierstenen en cysten. Ook wordt er gescreend op lymfekliervergrotingen en wordt de hoofdslagader (aorta) gecontroleerd. Met de MRI van de onderbuik wordt een beschrijving gegeven van de gezamenlijke onderbuikorganen zoals de blaas, de prostaat bij de man, de baarmoeder en eierstokken bij de vrouw om tumoren en cysten op te sporen. Ook wordt gescreend op blaasverzakking, lymfekliervergrotingen en de conditie van de hoofdslagader.

Er wordt door Prescan geen totale MRI check-up gedaan omdat dat volgens directeur Van Heel zoeken naar een speld in een hooiberg is, waarbij veel dingen over het hoofd gezien worden en geen juiste diagnoses gesteld kunnen worden. Er worden alleen scans gemaakt van die delen van het lichaam waar men gericht kan zoeken (het gaat dus niet om een zogenaamde 'total body scan', iets wat in de reclames van het bedrijf wel gesuggereerd wordt). Hierbij is het maken van een scan van de onderbuik discutabel, omdat daar een hoop dingen onduidelijk zijn bij MRI. Prescan is daarom bezig te onderzoeken of het verstandig is om van de onderbuik ook een echo te maken.

Het bedrijf Prescan maakt naast MRI-scans ook gebruik van CT-scans. Dit gebeurt alleen als de klant behoort tot een bepaalde risicogroep. De cliënt behoort tot deze risicogroep voor het hartonderzoek wanneer de cliënt man is en 40 jaar of ouder, vrouw is en 45 jaar of ouder, een erfelijke aanleg heeft voor hart- en vaatziekten of een hoge bloeddruk heeft in combinatie met een hoog cholesterol.

De cliënt komt in aanmerking voor een longfoto wanneer de cliënt 40 jaar oud is en rookt, en de cliënt gedurende tien jaar een pakje sigaretten per dag heeft gerookt, of er een erfelijke aanleg is voor longkanker, of de cliënt longproblemen heeft, of de cliënt heeft gewerkt met kankerverwekkende stoffen zoals asbest. Deze factoren worden ook wel risicofactoren genoemd.

De Duitse specialisten die de onderzoeken uitvoeren gebruiken bestaande risicofactoren, die mede gebaseerd zijn op Amerikaans onderzoek over de vraag wanneer de nadelen van de schadelijke straling opwegen tegen de voordelen van het eerder constateren van ziektes.²⁰ De Duitse specialisten kunnen dit verantwoorden in tegenstelling tot de Nederlandse, zo lijkt het (blijkt mede uit een gesprek met een radioloog en met EHM).

Ook voor Prescan geldt dat het interessant is om vanuit ons theoretisch kader te kijken naar de ideeën van Prescan over andere actoren binnen het beleidsveld en de ideeën van die andere actoren over Prescan. Het blijkt dat men in Nederland helemaal niet zo blij is met Prescan. Met

¹⁹ Zie voetnoot 15.

²⁰ www.ielcap.org, gelezen op 25 april 2006

'men' bedoelen wij hier een aantal actoren uit het beleidsveld, denk aan de overheid, specialisten, de inspectie, andere commerciële aanbieders van preventief onderzoek (dit is natuurlijk logisch omdat Prescan als concurrent aan te merken is).²¹ Het is zelfs zo dat het Openbaar Ministerie een onderzoek heeft ingesteld naar de werkzaamheden van het bedrijf, aldus Van Heel. Zij kwamen tot de conclusie dat er niets onrechtmatig gebeurt, mede omdat de onderzoeken in Duitsland worden uitgevoerd en Prescan als bemiddelingsbureau moet worden aangemerkt.

De vraag die overblijft is; hoe komt het nu dat Prescan niet in Nederland mag werken (of daarbij op zijn minst erg tegengewerkt wordt) en de andere twee instellingen wel? Om een antwoord te vinden op deze vragen zullen wij in de volgende paragraaf uiteen zetten wat nu precies de verschillen zijn tussen deze instellingen.

4.2 Belangrijkste verschillen tussen commerciële preventieve instellingen

In deze paragraaf zullen wij op een overzichtelijke manier de belangrijkste verschillen tussen de drie vergeleken commerciële instellingen in kaart brengen.

4.2.1 Mate van commercieel ondernemen

Het eerste verschil wat naar voren komt in gesprekken met de directie van de drie instellingen is het verschil in grootte en de wens om groter te worden. Daar waar Prescan er alles aan doet, onder andere door middel van reclame, om zoveel mogelijk klanten te trekken, zijn EHM en Preventive Care veel gematigder in hun drang om groot te worden. EHM geeft aan niet alle mogelijkheden te willen benutten om zoveel mogelijk klanten te trekken, maar vooral op kwaliteit te letten. Dit is ook de belangrijkste reden waarom Preventive Care voorlopig maar een klant per dag helpt. Op deze manier kunnen deze instellingen, die bestaande technieken op een andere manier op de markt brengen, rustig een bestaansrecht opbouwen aldus mevrouw Overbeek van Preventive Care. Het geeft andere actoren uit het beleidsveld de gelegenheid eens rustig na te denken over de nieuwe ontwikkelingen op dit gebied. Prescan is rigoureuzer en lijkt mede daardoor een hoop weerstand op te roepen.

4.2.2 Ontstaansgeschiedenis en mate van samenwerking met reguliere zorg

Een ander verschil is het gegeven dat EHM en Preventive Care gerund worden door erkende specialisten in de reguliere Nederlandse gezondheidszorg. In het geval van EHM betreft het internist Callewaert die samen met zijn compagnon het bedrijf opstartte. Deze man heeft heel veel contacten in de medische wereld, waardoor mensen (specialisten) sneller voor EHM willen werken en ziekenhuizen makkelijker openstaan voor eventuele vervolgbehandelingen van de klanten van EHM.

Bij Preventive Care is internist Van Berkum de organisator van het bedrijf. Zijn contact met het reguliere ziekenhuis is erg goed, mede omdat hij nog steeds werkt voor het ziekenhuis (wat weer

²¹ Zie bijlage met interviews.

samenhangt met de kleinschaligheid van Preventive Care). Omdat Preventive Care in nauwe samenspraak met ziekenhuizen is opgericht is er weinig weerstand binnen het ziekenhuis, maar ook vanuit de overheid.

Prescan is niet opgericht in nauwe samenspraak met ziekenhuizen uit de regio, hoewel dit wel is geprobeerd. Het bedrijf heeft ook geen erkende Nederlandse medisch specialisten in dienst, met een netwerk binnen de Nederlandse reguliere gezondheidszorg. Voor een deel komt dit doordat er contacten waren met Duitse ziekenhuizen. Prescan is eigenlijk op een toevallige manier met deze Duitse ziekenhuizen in contact gekomen, waarbij nog niet nagedacht was over eventuele vestiging in Nederland. Later bleek dat de onderzoeken die Prescan aanbiedt (en dan gaat het met name om het maken van CT-scans) in Nederland niet toegelaten worden op de manier die Prescan voor ogen heeft (dus zonder verwijzing van een specialist, maar op basis van risicofactoren).

De kern van deze alinea is, dat op basis van de drie door ons bestudeerde instellingen, voorlopig gesteld kan worden dat je nieuwe toepassingen van bestaande technieken met betrekking tot preventief onderzoek, het best vanuit de reguliere zorg kunt opzetten met mensen die nauwe contacten hebben binnen deze reguliere zorg. Voor zowel EHM als Preventive Care geldt dat ze nauwe contacten hebben binnen de reguliere zorg en weinig hinder ondervinden van officiële instanties. Voor Prescan geldt het tegenovergestelde (geen nauw contact en wel hinder). Of de onderzoeken wel toegestaan zijn als er nauw samengewerkt wordt met de reguliere zorg is nog maar de vraag. Het blijkt in ieder geval dat de preventieve onderzoeken die worden aangeboden door commerciële instellingen die vanuit de reguliere zorg zijn opgericht *toegelaten* worden. Toegelaten is hier wezenlijk wat anders dan toegestaan, maar daarover meer in hoofdstuk 5.

4.2.3 Nazorg

Het verschil met betrekking tot de nazorg hangt nauw samen met het verschil in samenwerking met de reguliere zorg. Klanten van EHM en Preventive Care kunnen er namelijk van op aan dat deze bedrijven ervoor zorgen dat ze een vervolgbehandeling krijgen, mocht dat onverhoopt nodig zijn. In het geval van Preventive Care gebeurt dit binnen het Streekziekenhuis Midden-Twente. In het geval van EHM wordt ervoor gezorgd dat een klant in een ziekenhuis uit de regio behandeld wordt. Of er bij deze behandelingen sprake is van een voorkeursbehandeling is, ook bij de geïnterviewde actoren, niet duidelijk. Wat in ieder geval wel duidelijk is, is dat de uitslagen van de onderzoeken die EHM en Preventive Care doen gemakkelijk te gebruiken zijn door de specialisten die de eventuele vervolgonderzoeken doen. De onderzoeken hoeven dus niet overgedaan te worden.

Uit een gesprek met radioloog Huisman (zie bijlage) blijkt dat dit voor Prescan allemaal wat anders lijkt te liggen. Prescan wordt verweten zonder directe aanleiding scans te maken, de uitslagen hiervan te branden op een cd-rom en de klant daarmee naar de reguliere zorg te sturen (als er wat aan de hand is). Radiologen binnen die reguliere zorg, zoals Huisman, vinden de onderzoeksresultaten die ze onder ogen krijgen kwalitatief niet goed genoeg. Dit betekent dat de onderzoeken over gedaan moeten worden. Volgens Prescan zijn de uitgevoerde onderzoeken weldegelijk goed genoeg. De constatering dat Duitse specialisten uit hetzelfde materiaal dingen kunnen halen waar specialisten in Nederland geen genoeg mee nemen roept inderdaad vraagtekens op. Het is echter duidelijk dat het huidige materiaal dat door Prescan wordt

aangeleverd onvoldoende aansluit op de eisen die de Nederlandse zorg hieraan stelt. Of dit komt doordat de kwaliteit inderdaad niet voldoende is, of doordat specialisten weinig flexibel om kunnen gaan met aangeleverd materiaal is voor ons niet te achterhalen, omdat wij daarvoor te weinig verstand hebben van het interpreteren van de uitslagen van scans.

Mocht het zo zijn dat de onderzoeken inderdaad niet aansluiten, dan wordt de klant daar de dupe van. Wij denken dat het zaak is dat commerciële preventieve instellingen hun klanten goed begeleiden nadat alle onderzoeken gedaan zijn, juist als de uitslag slecht is en er vervolghandelingen moeten komen. Prescan behandelt haar klanten, als er vervolgonderzoek nodig is, in principe in de Duitse ziekenhuizen. Het komt echter voor dat klanten om uiteenlopende redenen niet in Duitse, maar in Nederlandse ziekenhuizen behandeld willen worden. In dat geval heeft Prescan minder directe lijnen binnen de reguliere zorg in Nederland dan Preventive Care en EHM. Dit hangt weer samen met de ontstaansgeschiedenis.

De problemen die andere actoren waarnemen rond de nazorg van Prescan lijken dan ook alleen te ontstaan indien mensen in Nederland behandeld willen worden. Hierdoor kan het beeld dat mensen uit de reguliere zorg in Nederland hebben van Prescan wat eenzijdig zijn. Wat natuurlijk niet wegneemt dat dit beeld wel aanwezig is.

4.2.4 Gebruikte diagnostische hulpmiddelen

Het laatste verschil dat we willen noemen is misschien wel het belangrijkste. Dit betreft namelijk het verschil in apparatuur die de drie instellingen gebruiken. Hierbij doen EHM en Preventive Care het weer op dezelfde manier en is Prescan opnieuw de uitzondering. EHM en Preventive Care maken hoofdzakelijk gebruik van echografie als het gaat om het gebruik van een beeldvormende techniek om ziektes op te sporen. Mocht er uit de echo's blijken dat er iets aan de hand kan zijn, dan wordt de klant (die inmiddels patiënt geworden is) doorverwezen naar een specialist die dan gericht een MRI- en/of CT-scan maakt.

Prescan maakt hoofdzakelijk gebruik van MRI-scans en laat een CT-scan maken als mensen aan de risicofactoren voldoen (iets wat een Nederlandse arts ook zou kunnen zien als een aanwijzing om verder onderzoek te doen).²² De verschillen met betrekking tot het gebruik van diagnostische hulpmiddelen zijn dus belangrijk omdat Prescan sneller gebruik lijkt te maken van schadelijke straling dan de andere instellingen. De verschillende actoren binnen het beleidsveld staan hier gereserveerd tegenover.

Om iets meer te weten te komen over de verschillen tussen de verschillende beeldvormende technieken zullen we hier van elke techniek een korte beschrijving geven.

1. Echografie

Echografie is een techniek die gebruik maakt van geluidsgolven die zich door het lichaam verplaatsen en op het grensvlak tussen harde en zachte structuren reflecteren.²³ Met deze techniek is het mogelijk om organen te visualiseren waarbij duidelijk wordt wat de grootte, de

²² www.ielcap.org, gelezen op 25 april 2006

²³ www.wikipedia.nl, gelezen op 22 mei 2006

structuur en de eventuele afwijkingen van het orgaan zijn. Behandeling met echografie is niet schadelijk voor de gezondheid. Met behulp van digitale bewerking is het mogelijk 2- of 3-dimensionale beelden te maken. Met speciale echoapparatuur kan ook de snelheid en de richting van de reflecterende deeltjes worden bepaald. Dergelijk onderzoek wordt ook wel dopplersonderzoek genoemd en wordt vaak gebruikt om lekkages in de bloedsomloop te beoordelen. Voor het visualiseren van verschillende organen worden verschillende toepassingen van echografie gebruikt (waarbij het verschil in de frequentie van de geluidsgolven zit). Echografie geeft een goed beeld van organen die uit zacht weefsel bestaan. Dit geldt echter niet voor organen die lucht bevatten, hier kunnen de geluidsgolven niet doorheen waardoor er een onduidelijk beeld ontstaat. Verder is het zo dat er flink wat vakmanschap nodig is om de echo's goed te kunnen interpreteren. Het is heel belangrijk dat de specialist alles over de organen weet en precies weet waar en onder welke hoek de geluidsgolven uitgezonden worden. (Houwaart & Krusinga, 2001) Op een echografie kunnen vaak uitstekend afwijkingen gesignaleerd worden, waarna de specialist kan doorverwijzen voor een vervolgonderzoek.

2. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Met een MRI is het mogelijk om beelden van gewrichten, de schedel, bloedvaten en organen te maken. Bij onderzoek met behulp van MRI wordt gebruik gemaakt van een sterk magnetenveld en radiogolven.²⁴

Ook MRI is niet schadelijk voor de gezondheid. Wel is het zo dat MRI zoveel verschillende toepassingen kent die onmogelijk allemaal uitgevoerd kunnen worden, zodat de techniek eigenlijk alleen geschikt is om echt gericht te zoeken naar een aandoening, aldus radioloog Huisman. Een totale check-up is volgens deze radioloog niet mogelijk met MRI, omdat er een heleboel aandoeningen over het hoofd worden gezien. Het is zozeggd zoeken naar een speld in een hooiberg als je uit eerder onderzoek geen aanwijzingen hebt voor problemen op een bepaalde plaats, aldus deze radioloog.

3. Computed Tomography (CT)

De CT-scan geeft beelden doordat er een röntgenbron om het menselijk lichaam heen draait. Deze bron zendt röntgenstraling uit die ontvangen wordt door een detector nadat de straling het menselijk lichaam gepasseerd heeft. Het lichaam absorbeert echter delen van de straling, afhankelijk van het soort weefsel. De detector ontvangt dus verschillende stralingsterktes. Hiermee kan een computer een afbeelding vormen.²⁵ Zo wordt er elke 15° een nieuwe scan gemaakt. Eventuele tumoren die achter een rib liggen worden zo toch weergegeven omdat het beeld vanuit verschillende hoeken wordt gemaakt.

Een groot voordeel van de CT-scan is dat een beter contrast tussen verschillende weefsels wordt verkregen dan met röntgenfoto's mogelijk is. De röntgenfoto (Thoraxfoto) is de meest gemaakte foto in het ziekenhuis. Met deze foto worden tumoren van 1 centimeter of kleiner in 71% van de gevallen over het hoofd gezien.

De CT-scan heeft echter als nadeel dat de röntgenstraling (ook gammastraling genoemd) waaraan een patiënt bloot staat 10 tot 100 keer zo groot is als bij een röntgenfoto. Een scan van het hoofd, borstkas en bekken komt respectievelijk neer op 2, 10 en 15 mSv. Hierbij is er nog verschil tussen het aanbieden van ct-scans mét en zonder contrastvloeistof. Als er zonder contrastvloeistof gewerkt wordt (iets wat bij de onderzoeken waarbij Prescan bemiddelt gebeurt), is de straling

²⁴ www.kno.nl, gelezen op 18 mei 2006

²⁵ www.natuurkunde.nl B. Lindner, *De CT-scan*, 14 december 2005

aanzienlijk lager. Voor de maximale röntgenstraling die een mens mag ontvangen zijn richtlijnen opgesteld door het ICRP (Internationale commissie voor stralingsbescherming). Zij maken een onderscheid tussen vrijwillig en onvrijwillig risico. De grens voor gewone burgers (dus onvrijwillige blootstelling) is 1 mSv per jaar. De grens voor beroepsmatig gebruik ligt twintig keer zo hoog.²⁶

Mede omdat er sprake is van ioniserende straling mag in Nederland niet iedereen zomaar ct-scans van elkaar maken. Daar is een verwijzing van de specialist voor nodig. Dit lijkt voor alsnog de belangrijkste reden waarom Prescan niet in Nederland toegelaten wordt (behalve als bemiddelingsbureau). Prescan maakt immers geen gebruik van verwijzingen, maar biedt mensen een scan aan als ze aan de risicofactoren voldoen. Dit is een verschil in benadering. In Duitsland is dit wel toegestaan, in Nederland zal Prescan dit moeten aanpassen, wil het geaccepteerd worden (daarmee is uiteraard nog niet gezegd dat de medische check-ups na een dergelijke aanpassing wel toegestaan zijn).

²⁶ zie voetnoot 25

Hoofdstuk 5: Regelgeving en beleid van de overheid ten opzichte van instellingen die medische check-ups aanbieden

5.1 Wettelijke eisen preventief onderzoek

Wie medische check-ups of preventief onderzoek aanbiedt moet voldoen aan bepaalde wetgeving. In dit hoofdstuk zullen wij beschrijven welke wetten de kaders van commerciële preventieve zorg beschrijven. Voor de wetgeving maakt het niet uit of het onderzoek op commerciële basis is of niet. Het is alleen zo dat alle bedrijven die wij onderzocht hebben de preventieve zorg op commerciële basis aanbieden. Daarom gebruiken wij deze terminologie. Per paragraaf zullen wij de hoofdpunten van de wet beschrijven. Voor het volledige wetsartikel verwijzen wij u naar de bijlagen.

5.1.1 Wbo

Ten eerste is er de Wet op het Bevolkingsonderzoek (Wbo). De definitie van bevolkingsonderzoek, in de Wet op het Bevolkingsonderzoek (Wbo, 1992) aangegeven in artikel 1, luidt als volgt;

'Geneeskundig onderzoek van personen dat wordt verricht ter uitvoering van een aan de gehele bevolking of aan een categorie daarvan gedaan aanbod dat gericht is op het ten behoeve of mede ten behoeve van de te onderzoeken personen opsporen van ziekten van een bepaalde aard of van bepaalde risico-indicatoren.'

Het doel van de Wbo is het bieden van bescherming aan mensen, tegen mogelijke negatieve gevolgen van bevolkingsonderzoeken. Bijvoorbeeld een confrontatie met belastende gegevens over de gezondheid of uitsluiting van belangrijke maatschappelijke voorzieningen. Wanneer blijkt dat iemand ziek is zal deze persoon bijvoorbeeld minder makkelijk een levensverzekering of hypotheek kunnen afsluiten. Het is alleen verantwoord om een bevolkingonderzoek aan te bieden, wanneer de deelnemers een grotere kans hebben om er voordeel dan nadeel van te hebben. Om dit voordeel te kunnen waarborgen zijn er criteria opgesteld waaraan bevolkingsonderzoek moet voldoen.²⁷ Bij bepaalde bevolkingsonderzoeken moet een vergunning worden aangevraagd. Dit geldt echter niet voor alle soorten van bevolkingsonderzoek. Welk bevolkingsonderzoek vergunningplichtig is wordt later in deze paragraaf besproken.

Het ZonMw heeft in het jaar 2000 de Wbo nog eens nader bekeken. Hun conclusie was toen dat bij elk soort bevolkingsonderzoek voortaan moet worden gekeken naar de positieve en negatieve gezondheidseffecten en de doelmatigheid van het onderzoek. De knelpunten in de huidige Wbo gaan over de reikwijdte van wat in de wet als vergunningplichtig onderzoek wordt genoemd (ZonMw, 2003, pp.15-19). In dit onderzoek bermerkten wij echter nog een knelpunt. Dit knelpunt gaat over de vraag of aanbod van preventie op individuele basis überhaupt wel bevolkingsonderzoek is (dus nog los van de vraag met betrekking tot de vergunningsplicht).

²⁷ Zie voor deze criteria de bijlage van hoofdstuk 5.

Zowel over de reikwijdte van wat volgens de Wbo vergunningplichtig onderzoek is als over de vraag of een onderzoek op individuele basis wel bevolkingsonderzoek is, bestaat dus verwarring bij de preventieve commerciële instellingen (overigens ook bij verzekeraars en andere actoren).

De overheid stelt aan de hand van de Wbo dat deze instellingen vergunningplichtig bevolkingsonderzoek doen. De commerciële preventieve instellingen hebben echter geen van allen een vergunning voor het doen van bevolkingsonderzoek omdat zij van mening zijn dat het onderzoek dat zij aanbieden op individuele basis wordt uitgevoerd en niet wordt aangeboden aan een categorie (cohort) van de bevolking, of aan de bevolking als geheel, waardoor het onderzoek volgens hen geen bevolkingsonderzoek is. Het NIPED heeft tot nu toe als enige een vergunning aangevraagd.²⁸ Dat is bijzonder, omdat hun onderzoek veel minder uitgebreid is dan dat van de overige instellingen.²⁹

Om meer duidelijkheid te krijgen over de toepassing van de Wbo hebben wij advies gevraagd aan de experts op dit gebied. Dhr. Van Veen van de commissie Wbo van de Gezondheidsraad en Mevr. Groeneveld en Mevr. Rendering van de afdeling ziektepreventie van het Ministerie van VWS. Deze actoren hebben ons een duidelijke toelichting gegeven over de toepassing van de Wbo ten aanzien van de commerciële preventieve instellingen.

Ten eerste stelt Van Veen dat de preventieve medische check-ups die worden uitgevoerd door EHM, Prescan en Preventive Care vallen onder bevolkingsonderzoek. Het gaat om een 'aanbod aan een deel van de bevolking', 'geneeskundig onderzoek', 'opsporen van ziekte' en het gebeurt 'ten behoeve van de te onderzoeken personen'. De commerciële preventieve instellingen zijn, zoals al eerder genoemd, van mening dat het onderzoek dat zij uit voeren op individuele basis is en daarom niet onder bevolkingsonderzoek valt. Van Veen geeft hier echter als reactie op dat er bewust is gekozen voor een omschrijving van de bevolkingsgroep zonder getalscriterium. In de Wbo wordt bewust gekozen voor de begrippen 'de gehele bevolking' of 'een deel van de bevolking'. Zodra er, in kranten, via internet, via folders of hoe dan ook medische check-ups worden aangeboden, geldt dit aanbod de gehele bevolking, zo redeneren zowel de overheid als de commissie Wbo.³⁰ De kern van de discussie is dat niet de aard van het uiteindelijke onderzoek (individueel of niet), maar de aard van het aanbod (wordt het aan de hele bevolking aangeboden of niet) bepalend is voor de vraag of de onderzoeken onder bevolkingsonderzoek vallen (los van de andere eisen die hier voor gelden, zie definitie). Daarbij maakt het overigens geen verschil of een instelling commercieel of niet commercieel is.

In artikel 2 lid 1 van de Wbo (1992) wordt omschreven wanneer bevolkingsonderzoek vergunningplichtig is³¹:

'Bevolkingsonderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van ioniserende³² straling

²⁸ Zie hoofdstuk 4.

²⁹ Zie hoofdstuk 6.2.

³⁰ Zie ook het gespreksverslag met Dhr. Van Veen.

³¹ Zie voor volledig artikel de bijlagen van hoofdstuk 5.

³² Dit is straling afkomstig van de CT-scan.

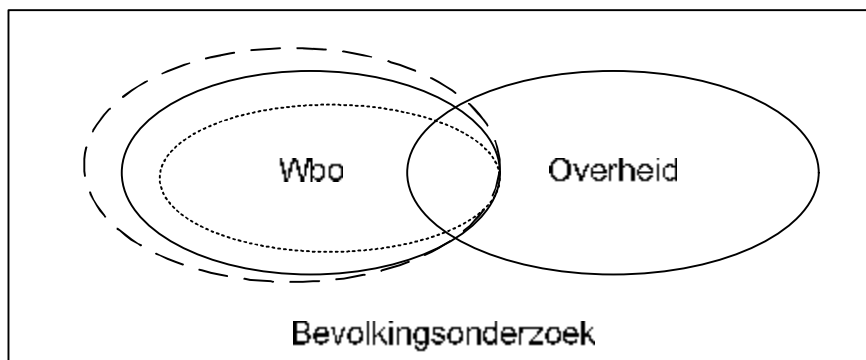
(categorie 1), bevolkingsonderzoek naar kanker en bevolkingsonderzoek naar ernstige ziekten (categorie 2) of afwijkingen waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is (categorie 3), moeten met de waarborgen bedoeld in artikel 3³³ worden omgeven.'

Van Veen wijst erop dat aan de hand van dit lid geconcludeerd moet worden dat EHM, Prescan en Preventive Care vergunningplichtig bevolkingsonderzoek uitvoeren omdat ze bevolkingsonderzoek doen naar kanker. Alle drie de organisaties hebben echter geen vergunning en voeren toch hun onderzoeken uit. De overheid beweert hiermee bezig te zijn en belooft in de toekomst strenger toezicht te gaan houden op het naleven van de Wbo.

Sinds een half jaar heeft de IGZ (Inspectie van de Gezondheidszorg) een inspecteur aangewezen die speciaal belast is met de controle op bevolkingsonderzoek. Dat betekent voor de commerciële preventieve instellingen dat ze kunnen rekenen op vragen van de IGZ over hun werkzaamheden.

De vraag of Prescan ook moet voldoen aan de Nederlandse wetgeving (zij bemiddelen immers alleen tussen Nederlandse klanten en Duitse ziekenhuizen) is een lastige. Dit hoofdzakelijk omdat Duitse onderzoeken niet zomaar onder Nederlandse wetgeving geschaard kunnen worden. Wij verwachten dat de overheid de wet dusdanig gaat aanpassen dat ook Prescan, als aanbieder van buitenlandse onderzoeken, moet voldoen aan de Wbo. Of dit juridisch allemaal haalbaar is blijft nog even de vraag. Hier hebben wij verder in ons onderzoek geen aandacht aan besteed.

Het Ministerie van VWS is momenteel bezig met een wetwijziging van de Wbo, zo blijkt uit het gesprek met Groeneveld en Rendering. De overheid is van plan om deze wet op bepaalde gebieden te versmallen en op bepaalde gebieden te verbreden. De versmalling van de wet zal waarschijnlijk optreden voor bevolkingsonderzoek naar soorten kanker die goed behandelbaar zijn. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek naar baarmoederkanker. Een verbreding van de wet komt er waarschijnlijk voor DNA onderzoek. Bij dit soort onderzoek kan bij de geboorte al onderzocht worden welke ziekten zich in de loop van het leven kunnen openbaren. Dit is nog nieuw en de vraag is of de overheid dergelijk onderzoek wenselijk vindt. Daarom vindt de overheid het belangrijk dat zij hier toezicht op hebben. Over de precieze aard van de wijzigingen van de wet wilden/konden Groeneveld en Rendering geen uitsluitsel geven.



Figuur 1

³³ Bij algemene maatregel van bestuur kan de overheid regels stellen die noodzakelijk zijn voor de bescherming van de te onderzoeken personen tegen de risico's van bevolkingsonderzoek.

In het schema³⁴ is te zien dat de Wbo op bepaalde soorten van bevolkingsonderzoek van toepassing is. De overheid doet ook bevolkingsonderzoek. Een deel daarvan is vergunningplichtig en een ander deel niet. Het onderzoek naar borst- en baarmoederhalskanker dat door de overheid wordt uitgevoerd is bijvoorbeeld vergunningplichtig. Het meten en wegen van kinderen bij de schoolarts is bijvoorbeeld niet vergunningplichtig.

In het schema zitten de commerciële preventieve instellingen in het overlapgebied van de Wbo en het bevolkingsonderzoek. Zij zijn dan ook verplicht een vergunning aan te vragen voor het soort bevolkingsonderzoek dat zij aanbieden. Dit zal na de wetwijziging ook zo blijven.

Interessant om in dit kader nog te noemen, is de discussie die er in de Tweede kamer gevoerd is over het uitvoeren van 'medische check-ups'. In april vroeg het kamerlid Kant (SP) aan Minister Hoogervorst wat zijn mening is over het aanbieden van 'Total Body Scans'.³⁵ Uit het antwoord blijkt dat de minister niet voor dit soort scans is. Van het onderzoek is, volgens Hoogervorst, nog niet wetenschappelijk bewezen dat het effectief is, en het onderzoek is niet zonder risico's. Verder stelt hij dat voor de onderzoeken met grote risico's specifieke overheidsbemoediging nodig is om de kwaliteit te waarborgen. Die waarborging kan met behulp van de Wbo mogelijk gemaakt worden. De minister bedoelt hier het onderzoek dat gedaan wordt naar kanker, onderzoek dat gedaan wordt met behulp van straling of onderzoek naar onbehandelbare aandoeningen. Dit is onderzoek waar een vergunning op grond van de Wbo voor nodig is.

De minister geeft tijdens het beantwoorden van de kamervraag aan dat de Inspectie van de Gezondheidszorg toeziet op naleving van de Wbo, en voor bevolkingsonderzoek speciaal een inspecteur heeft aangesteld.

Verder zegt Hoogervorst:

'Recent heeft mijn departement aanbieders en verzekeraars, waarvan wij kennisdragen dat zij dergelijk onderzoek aanbieden in de media, aangeschreven en op de Wbo-bepalingen gewezen.³⁶ Tevens is hen meegedeeld direct deze activiteiten te stoppen of niet te beginnen voordat men een vergunning heeft.'

Of dit daadwerkelijk gebeurt is en welke instellingen er dan zijn aangeschreven is ons niet duidelijk geworden.

De minister heeft de Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg gevraagd om een overzicht van de te verwachten ontwikkelingen. Dit advies verwacht hij voor eind 2007. Daarna zal de minister zijn standpunt bepalen en met de Kamer in overleg treden.

Wij hebben ons verbaasd over de woorden van minister Hoogervorst aan kamerlid Kant. Er wordt de indruk gewekt dat er van alles wordt ondernomen, maar in het werkveld blijkt daar nog maar zeer weinig van. Gezien het gegeven dat bepaalde instellingen al jaren werkzaam zijn is het tempo waarin de overheid werkt er een om in ieder geval vraagtekens bij te zetten.

³⁴ Mevr. Groeneveld, Ministerie van VWS.

³⁵ Tweede Kamer der Staten Generaal, *Preventiebeleid voor de volksgezondheid*, 14 april 2006, pp.8-9

³⁶ 'In de media'; bijvoorbeeld reclame maken via krant of vakblad.

5.1.2 De Kwaliteitswet

De Kwaliteitswet stelt eisen waaraan zorginstellingen moeten voldoen. Voor een bedrijf, zoals Prescan, dat alleen bemiddelt in het maken van medische check-ups is deze wet niet van toepassing omdat zij een organisatorisch verband zijn waarbinnen een andere organisatie de zorg verleend (Kwaliteitswet Art.1.3). Deze eisen zijn wel belangrijk voor instellingen zoals EHM en Preventive Care, maar staan tamelijk los van de discussie met betrekking tot medische check-ups.³⁷

5.1.3 BIG

De BIG is de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Voor de zorginstellingen komt het erop neer dat het medische personeel dat zij in dienst hebben, geregistreerd moet staan in het nationaal register voor medici. Ook stelt de wet kwaliteitseisen aan de voorbehouden handelingen en strafbepalingen bij het overtreden van de wet. Deze wet is dus van toepassing op commerciële preventieve instellingen die hun eigen medisch personeel in dienst hebben.

5.1.4 Wet op de medische keuringen

Wanneer een commerciële instelling cliënten keurt op verzoek van de werkgever kan dit gezien worden als een medische keuring. Door een medische check-up onder een medische keuring te scharen, is het niet nodig een vergunning op bevolkingsonderzoek te hebben.³⁸ Hier liggen dus kansen voor de commerciële instellingen. Wel is het zo dat er bij een medische keuring weer aan allerlei andere regels voldaan moet worden. Hier is binnen dit onderzoek verder niet naar gekeken.

5.2 Rol overheid in preventieve commerciële zorg

Wat is nu de functie van de overheid binnen het speelveld rondom preventieve commerciële zorg? Ten eerste geeft het 3e Programma Preventie 2008-2011³⁹ van het ZonMw aan dat zij het belangrijk acht voor het ministerie van VWS dat er een overzicht gemaakt wordt van de kosten en baten van screening. Omdat er zulke hoge kosten verbonden zijn aan screening is nader overleg nodig met VWS en andere financiers. Voorbeelden van screening die hier genoemd worden zijn screening op; (risicofactoren voor) kanker, hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en aangeboren aandoeningen (via hielprik).

Ten tweede is uit een gesprek met Mevr.Groeneveld en Mevr.Rendering van het ministerie van VWS gebleken dat de overheid niet zo zeer een sturende factor wil zijn. De overheid wil niet alles

³⁷ Zie voor volledige wet de bijlagen van hoofdstuk 5.

³⁸ Zie voor volledige wet de bijlagen van hoofdstuk 5.

³⁹ www.minvws.nl

reguleren. Zij zijn derhalve ook niet voor of tegen de commerciële preventieve instellingen. Voor de overheid is het zaak erop toe te zien dat de wet wordt nageleefd.

Verder verwacht de overheid niet dat de hele Nederlandse bevolking een medische check-up zal krijgen in de toekomst. Er is nog niet bewezen dat de medische check-ups inderdaad positieve gevolgen hebben voor de volksgezondheid. Zolang de effectiviteit niet bewezen is, zal de overheid dit soort onderzoek niet aanbieden en ook niet zonder meer toestaan.

5.3 Mogelijkheden en beperkingen voor commerciële preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden binnen het door de overheid gestelde kader

Preventieve instellingen mogen preventieve zorg verlenen zolang deze niet valt onder vergunningplichtig bevolkingsonderzoek. Wanneer de preventieve zorg wel onder het vergunningplichtig bevolkingsonderzoek valt, moet een vergunning aangevraagd worden.

Dus onderzoek waarbij geen gebruik wordt gemaakt van ioniserende straling, geen onderzoek gedaan wordt naar kanker of naar onbehandelbare ziekten, mag zonder vergunning worden uitgevoerd. Er is dus de mogelijkheid voor preventieve instellingen hun onderzoeken zo aan te passen dat deze onderzoeken niet meer vergunningplichtig zijn.

Een voorbeeld hiervan zien we in de supermarkt.⁴⁰ Er is een proef gaande bij supermarkt Super de Boer. Klanten kunnen voor €17,50 worden onderzocht door een arts of verpleegkundige op hartafwijkingen en suikerziekte. Ook wordt de bloeddruk en cholesterolgehalte gemeten. Op dit eenvoudige onderzoek zou nog een aanvulling kunnen volgen in de vorm van een mental health check, fitnessstesten en ander onderzoek dat niet gericht is op het opsporen van kanker of onbehandelbare ziektes. Duidelijk is wel dat een en ander, bij het aanbieden van dergelijke onderzoeken, aanzienlijk groter opgezet moet worden om dezelfde omzetten te realiseren. Omdat dergelijke onderzoeken nu eenmaal veel goedkoper zijn.

Een tweede mogelijkheid is het onderzoek zo aan te passen dat een vergunning voor de Wbo verkregen wordt. Het is dan zaak ervoor te zorgen dat het onderzoek wetenschappelijk deugdelijk is (wat dus ook wil zeggen dat wetenschappelijk moet zijn aangetoond dat dergelijke onderzoeken bij mensen zonder klachten doelmatig en effectief zijn). Verder moet het onderzoek in overeenstemming zijn met de wettelijke regels voor medisch handelen. Bij het verkrijgen van een vergunning speelt ook de vraag of de instelling binnen de huidige structuur van de gezondheidszorg past. Hoe is de instelling verweven met de reguliere zorg? Wordt er nauw samengewerkt met de reguliere zorg, of is hier geen sprake van?

Tot slot is er nog de mogelijkheid om de onderzoeken zoals ze nu aangeboden worden alleen nog aan te bieden in het kader van een medische keuring. Als werknemers dergelijk onderzoek doen in opdracht van hun werkgever is dat aan te merken als een medische keuring, en daarmee is het onderzoek niet vergunningplichtig voor de Wbo. Uiteraard komen er dan wel allerlei andere regels en wetten bij kijken. In dit onderzoek is daar verder niet op ingegaan.

⁴⁰ <http://gezondheid.blog.nl/>

Hoofdstuk 6: Visie van verschillende actoren (artsen, KWF, NHG verzekeraars) op instellingen die op commerciële basis medische check-ups aanbieden

In dit hoofdstuk zullen wij uiteen zetten hoe de betrokken actoren denken over het huidige overheidsbeleid aangaande commerciële preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden, welke ontwikkelingen zij voorzien op het gebied van preventie en wat hun mening is over het bestaan van commerciële preventieve instellingen.

6.1 KWF Kanker Bestrijding

Het KWF heeft veel informatie over haar werkwijze en opinie ten opzichte van onderzoek naar kanker op haar website staan.⁴¹ Wij hebben er daarom ook voor gekozen geen interview met deze actor te houden omdat de informatie op de website voldoende was om onze vragen te beantwoorden.

6.1.1 Standpunt KWF huidig overheidsbeleid aangaande medische check-ups

Het KWF helpt de overheid in het bevolkingsonderzoek naar borst- en baarmoederhalskanker. Ook heeft het KWF onderzoek gedaan naar de mogelijkheden voor dikkedarmscreening en naar de mogelijkheden met betrekking tot preventief onderzoek met behulp van beeldvormende technieken. In die zin is het KWF aan te merken als een instelling die belangrijk onderzoek doet naar zaken die betrekking hebben op medische check-ups. Het blijkt dat het KWF op veel gebieden hetzelfde over medische check-ups denkt als de overheid, waarbij de belangrijkste overeenkomst schuilt in het gegeven dat ook het KWF het niet wenselijk vindt dat mensen zonder klachten het zorgproces ingetrokken worden.

6.1.2 Visie KWF op mogelijke ontwikkeling preventieve zorg

In het jaar 2004 deed het KWF een onderzoek naar de mogelijkheden om bevolkingsonderzoek te doen naar dikkedarmkanker. (Signaleringscommissie Kanker, 2004) Het KWF onderscheidt hierbij drie soorten van preventie. Bij individuen met een verhoogd risico op darmkanker wordt regelmatig *surveillance* verricht. Dat is dus bijvoorbeeld een vijfjaarlijkse controle. Bij individuen met een gemiddeld risico vindt *screening* plaats. Dit is een vorm van vroege opsporing. Als deze vorm van screening georganiseerd wordt aangeboden aan een deel van de bevolking met een 'gemiddeld' risico spreekt het KWF van bevolkingsonderzoek. In het geval van dikkedarmkanker is het KWF voor bevolkingsonderzoek. De baten wegen op tegen de kosten. Vroege opsporing van de ziekte kan de sterfte aan dikkedarmkanker verminderen. Het KWF verwacht dat het aantal commerciële instellingen die screening aanbieden zal toenemen.

⁴¹www.kwf.nl, gelezen op 12 mei 2006.

Het KWF waarschuwt in haar rapport over dikkedarmkanker voor de mogelijkheid van opportunistische screening. De vraag naar opportunistische screening, dus zonder medische indicatie, zal toenemen als de overheid en de zorgverzekeraars hun belangrijke inbreng niet leveren. Cliënten zullen zelf een screening regelen en dat heeft negatieve gevolgen volgens het KWF (zie 6.1.3). Omdat cliënten steeds mondiger worden verwacht het KWF dat er sneller gebruik wordt gemaakt van beeldvormende technieken waarbij niet voldoende aandacht besteedt wordt aan de gezondheidsrisico's.

Het KWF verwacht ook dat er meer CT-scans gemaakt kunnen worden door het opleiden van gespecialiseerde laboranten en een effectievere planning. Het KWF verwacht echter ook meer kankerpatiënten, dus zal de druk op de beschikbaarheid van de apparatuur gelijk blijven. De werkgroep Signaleringscommissie Kanker raadt dan ook aan te investeren in nieuwe, effectieve apparatuur en in de opleiding en organisatie van personeel. (KWF, 2006)

6.1.3 Standpunt KWF over commerciële instellingen die medische check-ups aanbieden

Het KWF geeft in haar rapport 'Beeldvormende technieken binnen de kankerbestrijding' aan dat zij geen voorstander zijn van het commercieel aanbieden van beeldvormende technieken zoals MRI-, PET- en CT-scan. (Werkgroep Beeldvormende technieken binnen de Oncologie, 2005). Het uitbesteden van het maken van deze foto's aan commerciële centra zou de effectiviteit van de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners belemmeren (doordat informatie op verschillende manieren verwerkt en vastgelegd wordt). Personen waarvan naar aanleiding van een medische check-up blijkt dat ze een verhoogd risico zouden kunnen hebben, zullen gebruik maken van de reguliere diagnostische kanalen. Zo raken deze kanalen verstopt en is het weer moeilijker om patiënten die daadwerkelijk darmkanker hebben goed te behandelen. Ook noemt het KWF het opportunistisch screenen kostenineffectief en is het op deze wijze niet mogelijk om het rendement en de kwaliteit van zulke testen te evalueren. (Signaleringscommissie Kanker, 2004)

Het KWF heeft echter ook een adviespanel dat zij bevroegd hebben over het thema commercialisering in de beeldvormende sector. De leden van het panel zijn verdeeld over de vraag of commercialisering van medische onderzoeken gewenst is. Wel verwacht het panel dat er op de lange termijn (2003-2015) een commercialisering van radiodiagnostisch en/of nucleair geneeskundig gebruik plaats zal vinden. Verder vindt het panel dat het onderzoek directe interventies tot gevolg moet hebben (nazorg). Men is het er niet over eens onder welke voorwaarden commerciële instellingen dan onderzoek zouden mogen doen. Er worden twee mogelijkheden genoemd:

1. Er worden tarieven gehanteerd die gebaseerd zijn op gereguleerd en geprotocolleerd beeldvormend onderzoek en de werkelijke kosten daarvan.
2. Er vindt commercieel onderzoek plaats op geleide van reglementering en protocollering zodat adequate controle op kwaliteit plaats kan vinden.

Er is ook geen consensus over de vraag of door commercialisering een beter evenwicht zal ontstaan tussen vraag en aanbod. Er is ook verdeeldheid over de vraag of het wenselijk is commerciële instellingen de standaardonderzoeken te laten doen zodat ziekenhuizen zich kunnen richten op complexe onderzoeken.

Het panel heeft echter wel consensus bereikt over de redenen waarom commercialisering ongewenst is.⁴² De belangrijkste punten die zij noemen zijn ten eerste dat de preventieve commerciële sector gebruik maakt van de angst van de patiënt om ziek te worden. Gezondheidswinst voor de patiënt staat daarbij niet centraal.

Ten tweede noemt het KWF dat het routineonderzoek door de commerciële instellingen wordt uitgevoerd en dat het dure onderzoek overblijft voor de reguliere zorg. Dit jaagt de reguliere zorg op kosten.

Ten derde zorgen commerciële instellingen ervoor dat de zorgketen wordt doorbroken. Het KWF voorziet communicatieproblemen tussen het commerciële onderzoekscentrum en het niet commerciële behandelcentrum.

Het KWF is intern dus behoorlijk verdeeld over commercialisering in de screeningssector. Het beleid dat zij voeren lijkt op dat van de overheid. Er vindt een degelijk kwaliteitsonderzoek en evaluatie plaats naar de mogelijkheden van preventie door middel van screeningstechnieken.

6.2 Verzekeraar OHRA Delta Lloyd

Om de standpunten van een verzekeraar te kunnen beschrijven hebben wij OHRA Delta Lloyd geïnterviewd.⁴³ Dit is geen willekeurige keuze geweest. OHRA Delta Lloyd werkt samen met het NIPED (NDDO Institute for Prevention and Early Diagnostics). In hoofdstuk 4 is kort uitgelegd wat het NIPED is en wat het allemaal doet.

6.2.1 Standpunt verzekeraar OHRA Delta Lloyd over het huidige overheidsbeleid

In ons gesprek werd door Dhr.Dalmijn (arts en medisch adviseur van Ohra Delta Lloyd) aangegeven dat hij van mening is dat de overheid niet erg duidelijk is in haar beleid. Het NIPED en OHRA Delta Lloyd proberen met het PreventieKompas in te spelen op een vraag uit de bevolking waar de overheid zelf niet op inspeelt. We hebben het dan dus over een markt (vraag-aanbod).

OHRA Delta Lloyd is van mening dat commerciële preventieve instellingen geen vergunning nodig hebben voor de Wbo. Zij zien de aangeboden medische check-ups als individueel onderzoek. De verzekeraar verwacht dat bij cohort-onderzoek (bijvoorbeeld onderzoek aangeboden aan bedrijven) wel een vergunning aangevraagd moet worden. Inmiddels heeft het NIPED, na aandringen van de overheid, een vergunning aangevraagd voor de Wbo.

Dalmijn vindt het beschermen van mensen tegen ondeugdelijk onderzoek door de overheid (iets wat de overheid probeert met behulp van de Wbo) overdreven en denkt dat mensen daar prima zelf over kunnen oordelen. Wel is hij het met de overheid eens dat gezonde mensen niet zomaar het zorgproces ingedrukt moeten worden. Zorgvuldig onderzoek is een 'must', en goede informatievoorziening is daarbij heel belangrijk.

⁴² Zie voor alle bezwaren de bijlage: Bezwaren commercialisering beeldvormende technieken.

⁴³ Zie voor het interviewverslag de bijlage.

6.2.2 Visie verzekeraar op mogelijke ontwikkeling preventieve zorg

De vraag naar onderzoeken met betrekking tot gezondheid van mensen die geen klachten hebben zal volgens Dalmijn en Broekman alleen maar toenemen. Belangrijk hierbij is de omslag die er gaande is met betrekking tot de 'maakbaarheid' van de mens. Mensen zijn er, volgens Dalmijn en Broekman, steeds meer op gericht zo lang mogelijk te leven. Gezondheid wordt steeds belangrijker en de dood wordt steeds onwenselijker. Over de vraag of het wel zo wenselijk is dat iedereen al zijn klachten en gebreken weet wordt veel te weinig nagedacht.

Over de vraag of preventieve check-ups effectief zijn is nog veel onduidelijkheid. De pilot van het NIPED is nog in volle gang. Er zijn nog geen gegevens bekend (van geen enkel onderzoek) die bewijzen dat preventieve check-ups effectief zijn. Daar kan over een paar jaar pas meer over gezegd worden. De effectiviteit speelt volgens Dalmijn waarschijnlijk een belangrijke rol bij de ontwikkeling van medische check-ups.

6.2.3 Standpunt verzekeraar over het bestaan van commerciële preventieve instellingen

Het bestaan van commerciële preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden is volgens Dalmijn en Broekman niet per definitie onwenselijk. Het zou best voor te stellen zijn dat OHRA Delta Lloyd op den duur gaat samenwerken met instellingen als Prescan en EHM. Met name Prescan vinden ze interessant omdat dit bedrijf op een handige manier gebruikt maakt van de goed georganiseerde Duitse gezondheidszorg, waardoor er goede nazorg geleverd kan worden. Hij zou dan wel graag zien dat Prescan een objectieve arts (dus een van de verzekeraar...) 'bij de voordeur' heeft staan die kijkt of een medische check-up wel nodig is, of dat een minder uitgebreid onderzoek ook volstaat.

Het grootste bezwaar dat OHRA Delta Lloyd heeft tegen de medische check-ups zoals ze nu aangeboden worden, is dat gezonde mensen vaak onnodig het zorgcircuit ingeduwd worden. Ten eerste omdat dit niet kostenefficiënt is. En ten tweede omdat dit ethisch niet verantwoord is, omdat mensen ook recht op onwetendheid hebben. Daarom pleit Ohra voor een extra filter binnen de pakketten die de instellingen nu aanbieden, in de vorm van een arts die een intake gesprek houdt en eventueel laboratoriumonderzoek doet. Mocht aan de hand van dit mini-onderzoek duidelijk worden dat er zaken zijn die verder onderzoek noodzakelijk maken, dan kan dat alsnog. Deze vorm is vergelijkbaar met de vorm die het NIPED aanbiedt.

6.3 Overige betrokkenen

Om te achterhalen hoe medici tegen de ontwikkelingen aankijken rondom instellingen die preventieve check-ups aanbieden hebben wij geprobeerd woordvoerders van de Orde van Medisch Specialisten en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) te spreken te krijgen. Dit was helaas niet mogelijk. Daarom is geprobeerd een beeld te krijgen van de mening van medici door een radioloog te interviewen. Uiteraard is deze mening lastig te generaliseren en daarmee van weinig wetenschappelijke waarde. Uiteindelijk is de mening van het NHG nog achtehaald, zodat er een beter beeld gevormd kan worden.

Als er in deze paragraaf gesproken wordt over 'medici' gaat het dus over de radioloog, de arts/ziekenhuisdirecteur en de huisartsen (vertegenwoordigd door het NHG).

Verder hebben we ook een directeur van het Twenteborg ziekenhuis in Almelo (onderdeel van de ZiekenhuisGroepTwente) gevraagd om zijn mening te geven ten aanzien van de ontwikkelingen rondom instellingen die preventieve check-ups aanbieden. We realiseren ons dat er betrokkenen niet zijn meegenomen in dit onderzoek. Belangrijkste reden hiervoor is het gebrek aan tijd.

6.3.1 Standpunt overige betrokkenen over het huidige overheidsbeleid

Het NHG is het op hoofdlijnen eens met de overheid, zo blijkt uit de site van het NHG.⁴⁴ Dit wil zeggen dat zij een voorzichtige houding aannemen ten aanzien van het ongericht screenen van grote groepen mensen. Preventief onderzoek moet, volgens het NHG, voldoen aan de criteria die Wilson en Jungner hebben opgesteld (zie bijlage 2). Samengevat komt het er in deze criteria op neer dat wetenschappelijk moet zijn aangetoond dat er gezondheidswinst te behalen is en dat de onderzoeken in samenwerking met de eerste lijn van de gezondheidszorg (o.a. de huisartsen) moet worden ontwikkeld en uitgevoerd.

Ook de overheid hanteert deze criteria en daarom is te veronderstellen dat het NHG zich wel kan vinden in het beleid dat de overheid voert ten aanzien van medische check-ups.

Ook radioloog Huisman heeft bezwaren tegen het ongericht screenen van mensen zonder klachten. Daarom waardeert hij de voorzichtigheid van de overheid en denkt hij dat het belangrijk is dat de overheid de kwaliteit van de zorg goed bewaakt.

Ziekenhuisdirecteur en arts Van Alphen ziet de ontwikkelingen ten aanzien van commerciële instellingen die medische check-ups aanbieden als een logisch gevolg van de politieke keuze voor marktwerking. Of dit een verstandige keuze is is nog maar zeer de vraag, gevolg is wel dat de reguliere zorg duurder wordt door marktwerking, doordat commerciële instellingen de 'krenten' uit de pap halen. Voor de reguliere zorg blijven slechts de echt 'dure' patiënten over.

6.3.2 Visie overige betrokkenen op mogelijke ontwikkeling preventieve zorg

Radioloog Huisman vreest dat een opkomst van commerciële klinieken een bedreiging zal zijn voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het is daarom heel belangrijk dat de inspectie van de gezondheidszorg dergelijke klinieken goed controleert en in de gaten houdt, aldus Huisman. Hij verwacht dat er steeds meer ZBC's (zelfstandige behandelcentra) opgericht zullen worden. Op deze manier kunnen er andere geldstromen worden aangeboord. Je hebt dan niet te maken met de overheadkosten van het ziekenhuis. Hij is bang dat de commerciële klinieken in de toekomst meer en meer 'de krenten' uit de pap zullen vissen, waardoor er voor de reguliere ziekenhuizen alleen nog kosteninefficiënte behandelingen over blijven (deze mening deelt Huisman dus met Van Alphen).

Het NHG is van mening dat de huisarts altijd betrokken moet worden bij preventief onderzoek. Verder is het volgens het NHG mogelijk dat medische check-ups meer en meer leiden tot een toenemende druk op de huisartsenzorg. Dit is uiteraard niet wenselijk en eventuele financiële en

⁴⁴ www.nhg.artsennet.nl, gelezen op 2 juni 2006.

organisatorische randvoorwaarden zijn in dat geval noodzakelijk. Het NHG hoopt dat de huisarts een belangrijke rol zal blijven spelen bij preventie en preventief onderzoek.

Ziekenhuisdirecteur Van Alphen verwacht dat er alleen maar meer commerciële instellingen zullen komen, ook op preventief gebied. Hierbij verwacht hij dat ook ziekenhuizen steeds meer de commerciële markt zullen betreden (iets wat binnen de Zorggroep Twente dus al gebeurt).

6.3.3 Standpunt overige betrokkenen over het bestaan van commerciële preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden

Zowel het NHG als radioloog Huisman adviseren om mensen zonder klachten niet te screenen. Hier voeren ze een aantal argumenten voor aan.

In de eerste plaats is de kans zeer klein dat je met screening van mensen zonder klachten iets opspooort wat medisch ingrijpen vereist, aldus het NHG.⁴⁵ Verder is het zo dat testuitslagen vaak onbedoelde effecten bij deelnemers. Zo kan een goede uitslag bij mensen met een ongezonde leefstijl een reden zijn om ongezond te blijven leven, terwijl een slechte uitslag ertoe kan leiden dat mensen zich onnodig patiënt voelen. Ook het grote aantal vals-positieve uitslagen is voor het NHG een argument tegen het screenen van mensen zonder klachten. Dergelijke uitslagen brengen extra kosten met zich mee voor de reguliere zorg, omdat mensen hier nogmaals onderzocht moet worden. Deze nadelen wegen, volgens medici, niet op tegen die enkele ziekte die vroegtijdig kan worden opgespoord. Tot slot is er nog het probleem dat niet alle onderzoeken die commerciële instellingen aanbieden, aansluiten op de reguliere zorg, zodat bij een eventuele vervolgbehandeling onderzoeken vaak weer opnieuw gedaan moeten worden.

Naast bovengenoemde argumenten dragen medici nog een aantal ethische bezwaren aan. Kan je mensen bijvoorbeeld onderzoeken aanbieden waarbij de kans erg groot is dat het hen niets oplevert? Is het wenselijk dat dergelijke testen alleen voor de welgestelden van de bevolking te realiseren zijn (tweedeling in de zorg)? Zijn mensen aansprakelijk als ze besluiten niets te doen met de positieve uitslag van een test? Hoe zit het met het recht op onwetendheid?

Het NHG en radioloog Huisman vinden preventie beiden zeer belangrijk, maar denken dat het niet wenselijk is om de hele bevolking te screenen. Zij staan dan ook terughoudend tegenover de commerciële instellingen die medische check-ups aanbieden. Mochten deze instellingen aan de eisen voldoen (criteria van Wilson en Jungner en kwaliteitseisen) dan zijn dergelijke instellingen niet ongewenst. Vooralsnog lijkt hier echter geen sprake van te zijn.

⁴⁵ www.nhg.artsennet.nl, gelezen op 2 juni 2006.

Hoofdstuk 7: Rol van betrokken actoren in beleidsveld van commerciële medische preventie

In dit hoofdstuk zullen wij proberen het theoretisch kader (het arenamodel van hoofdstuk 3) en de empirie van ons onderzoek met betrekking tot de betrokkenen rondom commerciële medische preventie (hoofdstuk 4 t/m 6) samen te voegen. Dit houdt in dat wij gaan kijken welke rol uit het arenamodel van Koppenjan de verschillende actoren vervullen. Verder zullen wij proberen een inschatting te maken van de invloed (macht) die de verschillende actoren hebben.

Uiteindelijk resulteert dit in een model dat overzichtelijk maakt welke rol de verschillende actoren hebben, welke invloed ze uit kunnen oefenen en welke mening ze zijn toegedaan.

7.1 indeling actoren naar rol arenamodel

De eerste indeling die we willen maken met betrekking tot de actoren die deel uitmaken van het beleidsveld gebeurt aan de hand van de verschillende rollen die in het arenamodel naar voren komen. In hoofdstuk 3 is uitgelegd welke rollen in het arenamodel onderscheiden worden. In dit hoofdstuk zal er gekeken worden welke actor welke rol vervult, zonder hierbij opnieuw uitgebreid in te gaan op de inhoud van de betreffende rol.

Allereerst is er de rol van de formele gezagsdragers (Koppenjan, 1993, pag.37). Dit zijn alle overheidsinstanties. Te denken valt hierbij aan het ministerie van VWS en aan de Gezondheidsraad (adviesorgaan van de overheid) die zich op basis van hun formele positie onder andere bezig houden met preventie. Verder valt misschien te denken aan De GGD die zich op gemeentelijk niveau bezig houdt met preventie. De overheid is degene die de regels en wetten maakt, hierbij onder andere geadviseerd door de Gezondheidsraad. Deze Gezondheidsraad heeft een commissie die zich bezig houdt met het preventiebeleid, en dan met name met de wet op bevolkingsonderzoek (Wbo). Zij toets alle aanvragen van instellingen voor een vergunning op de Wbo en adviseert het ministerie over het al dan niet verlenen van een vergunning.

Een andere belangrijke rol is die van de entrepreneurs en anti-entrepreneurs. Zij zetten het 'probleem' op de kaart, of proberen de ontwikkelingen juist tegen te houden. Wij denken dat de commerciële preventieve instellingen die wij binnen ons onderzoek onderscheiden (Prescan Nederland, Preventive Care, Executive Health Management) entrepreneurs genoemd kunnen worden. Zij leveren een product wat in Nederland relatief nieuw is en willen daarom dat er binnen de arena over het onderwerp nagedacht wordt (met als uiteindelijk doel dat ze een rol kunnen (blijven) vervullen binnen de Nederlandse preventieve zorg). Overigens bemerkten wij de wens dat er over het probleem nagedacht wordt met name bij Prescan Nederland en in mindere mate bij EHM en Preventive Care. De reden hiervoor zou kunnen zijn dat Prescan Nederland als enige niet in Nederland opereert en dit wel zou willen.

De anti-entrepreneurs proberen de ontwikkeling juist tegen te gaan. Zij schakelen hun hulpbronnen in om de ontwikkelingen te blokkeren (Koppenjan, 1993, pag.37). Deze rol is eigenlijk weggelegd voor alle tegenstanders. Dit betekent dat een aantal actoren meerdere rollen vervult. Of dit de bedoeling is geweest van Koppenjan bij het opstellen van het arenamodel is ons

niet helemaal duidelijk. Daarom hebben wij ervoor gekozen de mening van de actoren apart in het model weer te geven (zie paragraaf 7.3.2.). Wel is het zo dat wij een deel van de medici binnen de reguliere zorg de rol van anti-entrepreneur willen toebedelen. Dit is mede ingegeven door het gegeven dat zij geen andere rol vervullen en in onze ogen toch deel uitmaken van het beleidsveld.

Ook de rol van steunverleners is niet onbelangrijk binnen het arenamodel. Een steunverlener probeert zijn doelen aan voorstellen van anderen te koppelen. Door deze voorstellen te steunen hoopt de steunverlener uiteindelijk ook haar doelen te verwezenlijken. Een voorbeeld van een steunverlener in ons onderzoek is de verzekeraar (wij hebben gesproken met Ohra). Onder bepaalde voorwaarden (zoals de voorwaarde van een extra filter) wil de verzekeraar eventueel best zaken doen met instellingen die op commerciële basis preventieve medische check-ups aanbieden. Als het tot samenwerking komt zouden zij de ontwikkeling van commercieel preventief onderzoek bevorderen. Of zij dit uiteindelijk gaan doen is voor ons (en voor de verzekeraar zelf) nog onduidelijk.

De laatste rol die van belang lijkt binnen de beleidsarena van ons onderzoek is die van de zaakwaarnemers. Dit zijn die mensen binnen de arena die de ondervertegenwoordigde belangen behartigen (Koppenjan, 1993, pag.37). Wij denken dat het hierbij met name gaat om vertegenwoordigers van de individuen op microniveau (zie paragraaf 7.3.2). Te denken valt dan aan patiëntenorganisaties, de beroepsvereniging van huisartsen (het Nederlands Huisartsen Genootschap), de orde van medisch specialisten en het KWF kankerbestrijding. Deze organisaties laten vaak door middel van woordvoerders weten hoe hun achterban denkt over bepaalde ontwikkelingen. Wij hebben geprobeerd met deze organisaties te spreken, maar dat is niet gelukt. Wel hebben wij de mening van het Nederlands Huisartsen Genootschap en het KWF kunnen achterhalen via internet. Daarom zijn zij wel in ons model opgenomen. De andere zaakwaarnemers zijn niet in ons model opgenomen, hoewel wij denken dat zij wel deel uitmaken van het beleidsveld.

Op een bepaalde manier kunnen politieke partijen ook als zaakwaarnemers aangemerkt worden, al gebeurt dit op een iets algemener niveau en iets minder direct dan bij eerder genoemde zaakwaarnemers. De mening van politieke partijen is, in verband met tijdgebrek, verder buiten beschouwing gelaten.

7.2 Invloed van actoren op het beleidsveld

Er zal nu een inschatting worden gemaakt van de macht en de invloed die de verschillende actoren hebben binnen het beleidsveld. Deze inschatting vind plaats op basis van rationele overwegingen en is verder niet onderbouwd met een theorie. Het zou voor vervolgonderzoek interessant zijn hier gebruik te maken van een indeling die regelmatig gebruikt wordt om verschillende machtsniveau's te analyseren. Namelijk aan de hand van een indeling van de actoren naar Macro-Meso- en Microniveau, waarbij actoren binnen het eerste niveau de meeste macht hebben. Wij hebben er uiteindelijk, om reden van overzichtelijkheid en eenvoud, voor gekozen deze indeling niet te gebruiken.

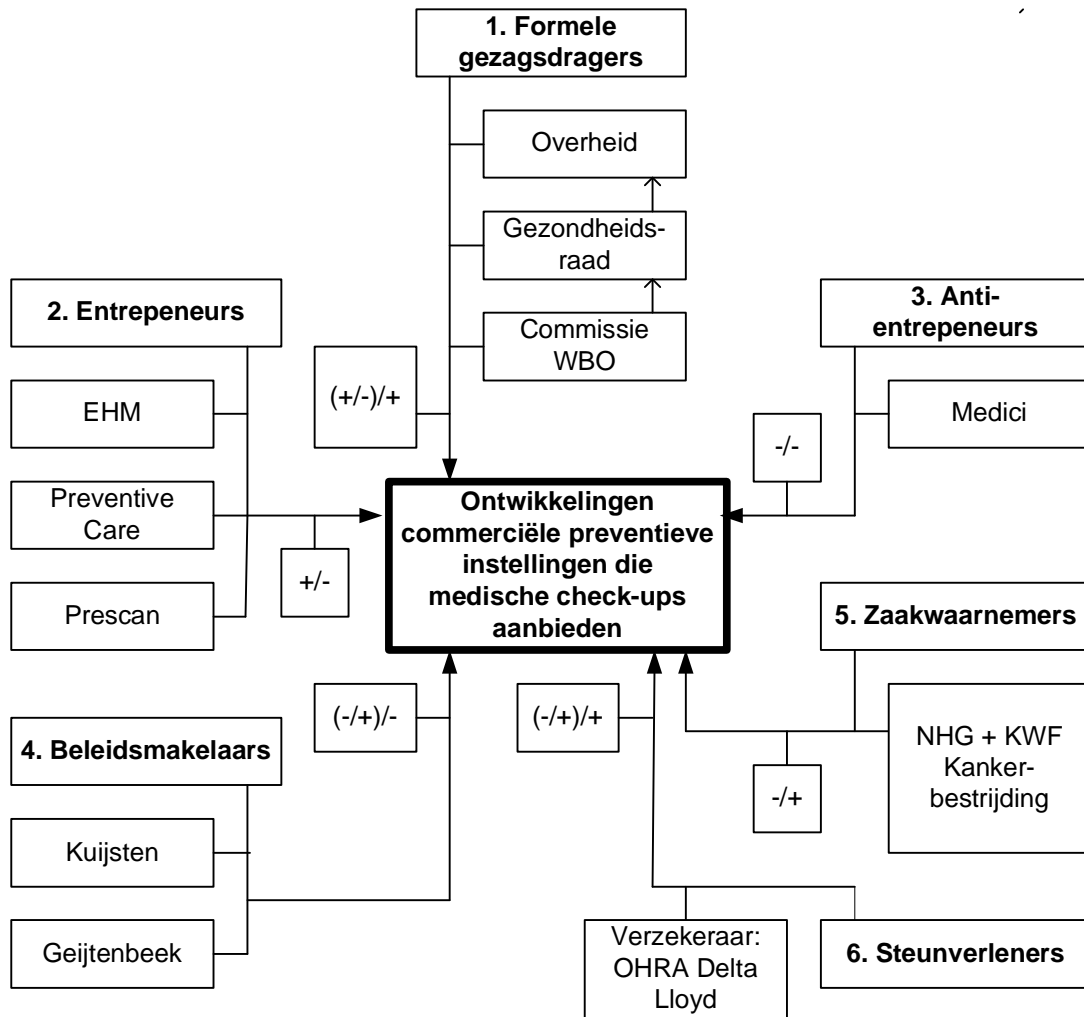
Omdat de overheid de wetgevende macht is, en in die hoedanigheid bepaalt wat wel en niet is toegestaan hebben zij de meeste invloed binnen dit beleidsveld. Zij hebben de macht de ontwikkelingen de kop in te slaan of juist te stimuleren.

Een andere actor die in onze ogen veel macht heeft is de verzekeraar. Zij beschikken namelijk over een grote hoeveelheid geld, iets wat ook binnen een beleidsveld als machtsmiddel gezien kan worden.

Ook zaakwaarnemers als het KWF en het NHG hebben aanzienlijke invloed, zij het minder dan bovengenoemde. Deze invloed ontleen ze met name aan het gegeven dat zij een zeer grote groep vertegenwoordigen. In het geval van het NHG is deze groep ook weer nauw verweven met het ministerie van VWS (waar veel artsen werken) en dit zal zeker geen onbelangrijke rol spelen, is onze verwachting. Het KWF heeft een uitgebreid onderzoek gedaan naar de ontwikkelingen rondom beeldvormende technieken rondom de kankerbestrijding en heeft in de hoedanigheid van deskundige een niet geringe invloed.

De andere betrokkenen (denk aan de instellingen en aan medici op individueel niveau) hebben naar onze mening minder mogelijkheden de richting van het beleid te bepalen. Dit komt hoofdzakelijk doordat het kleine groepen zijn die belangen vertegenwoordigen die, in het geval van de instellingen, redelijk nieuw en 'vooruitstrevend' zijn. In het geval van de medici is het zo dat zij vertegenwoordigd worden door instanties als het NHG of de Orde van Medisch Specialisten en in die zin zelf ook niet veel invloed hoeven uit te oefenen.

In onderstaand model wordt bovenstaande overzichtelijk weergegeven. Naast de rol die de actoren vervullen en de invloed die ze hebben op het beleidsveld, is ook de mening van de actoren over de ontwikkelingen met betrekking tot preventieve medische check-ups op commerciële basis weergegeven.



Figuur 2

De plus of min voor de streep geeft de mening van de betreffende actor aan. Hierbij is er een - geplaatst als deze mening negatief is, een -/+ als deze mening niet negatief of positief is en een + als men positief tegenover deze ontwikkeling staat. Natuurlijk zijn de standpunten van de actoren gecompliceerder dan een eenvoudig min- of plusteken. Daarom lichten wij de standpunten hieronder overzichtelijk toe.

De plus of min na de streep geeft de invloed aan die de betreffende actor heeft op de besluitvorming. Hierbij wil een - zeggen dat de actor weinig invloed heeft en een + dat de actor veel invloed heeft.

1. Formele gezagsdragers:
 - Tegen screenen van individuen zonder klachten.
 - Voorlichting over voor- en nadelen van de medische check-up is belangrijk.
 - Van medische check-ups moet wetenschappelijk zijn aangetoond dat er meer voordelen dan nadelen zijn te verwachten.
 - Als aan alle wettelijke eisen (genoemd in hoofdstuk 5) voldaan is, kan de overheid akkoord gaan.

2. Entrepeneurs:
 - Individuele zorgvraag kan niet genegeerd worden.
 - Kwaliteit is essentieel.
 - Medische check-ups zijn waardevol voor cliënten (blijkt uit reacties).
 - Denken geen vergunning voor de Wbo nodig te hebben.

3. Anti-entrepeneurs:
 - Vrezen voor vermindering van kwaliteit van de geleverde zorg.
 - Zijn van mening dat preventieve commerciële instellingen de krenten uit pap van de reguliere zorg eten (betekent dat alleen inefficiënte zorg overblijft).
 - Beweren dat zorg van commerciële instellingen niet aansluit op de reguliere zorg.

4. Beleidsmakelaars
 - Proberen als onderzoekers een neutrale positie in te nemen.

5. Zaakwaarnemers:
 - Preventief onderzoek moet voldoen aan de criteria van Wilson & Jungner (zie bijlage 2).
 - Er moet wetenschappelijk zijn aangetoond dat er gezondheidswinst behaald wordt met het doen van medische check-ups.
 - Er wordt misbruik gemaakt van de angst van cliënten dat ze ziek zijn.
 - Er zullen communicatieproblemen ontstaan tussen preventieve instellingen en reguliere zorg.

6. Steunverleners:
 - Individuen zonder klachten mogen niet zonder reden het zorgcircuit worden ingetrokken.
 - Daarom moet er een extra filter komen (in de vorm van een arts aan de poort) die onderzoekt of er aanleiding is tot vervolgonderzoek. Dit onderzoek bestaat bijvoorbeeld uit een gesprek en een bloedtest.
 - Verzekeraar denkt geen vergunning nodig te hebben voor de Wbo wanneer onderzoek aan een individu wordt aangeboden en niet aan een cohort.
 - Screenen is kosteninefficiënt

Hoofdstuk 8: Conclusie en discussie

8.1 Conclusie

Aanleiding voor ons onderzoek was een technology assesment dat wij eerder in onze opleiding uitgevoerd hebben bij een bedrijf dat Total Body Scans aanbiedt. Uit dit assesment bleek dat dit bedrijf in Nederland niet gewenst was, noch geaccepteerd werd. De vraag die naar voren kwam was; waarom is dit bedrijf in Nederland niet 'wenselijk' en zijn andere bedrijven die dergelijke onderzoeken aanbieden dat wel?

Na nadere bestudering bleek dat er een heleboel actoren betrokken zijn bij het onderwerp met betrekking tot preventieve check-ups. Daarom is in dit oriënterende onderzoek een overzicht gemaakt van de belangrijkste betrokkenen en is daarmee geprobeerd een beeld te schetsen van het beleidsveld rondom instellingen die medische check-ups aanbieden, ook is duidelijk geworden wat de wettelijke kaders zijn waarbinnen deze instellingen kunnen, mogen en moeten opereren. Het gaat er dus eigenlijk om wie betrokken zijn, wat deze betrokkenen doen, en wat ze van de ontwikkeling met betrekking tot medische check-ups vinden.

Allereerst dient opgemerkt te worden dat instellingen, die preventie aanbieden aan individuen, ontstaan doordat vraag naar zorg steeds individueler wordt. Het blijkt dat deze individualisatie inmiddels zelfs is doorgedrongen tot dat deel van de gezondheidszorg dat in het verleden bij uitstek collectief was, namelijk de preventieve zorg. Vroeger was het zo dat alleen de overheid preventieve maatregelen mocht nemen en dan alleen nog maar bij gevaar voor de overige bevolking, bijvoorbeeld door infectieziekten en/of epidemiën. Tegenwoordig zijn mensen steeds meer geïnteresseerd in hun gezondheid en willen ze zich, zonder dat ze klachten hebben, meer en meer laten onderzoeken om zekerheid te krijgen omtrent de vraag of ze wel echt gezond zijn. De preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden beantwoorden de individuele vraag naar preventieve zorg die er zichtbaar is op de Nederlandse 'markt'.

In het onderzoek zijn drie preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden vergeleken om aan de hand van de verschillen te bekijken waarom de ene instelling niet in Nederland mag werken en de andere wel. Het gaat hierbij om de instellingen Executive Health Management, Preventive Care en Prescan Nederland, waarbij de eerste twee in Nederland werken en de laatste in Duitsland (zie hoofdstuk 4 voor een beschrijving van de werkzaamheden van de instellingen). Er zijn twee belangrijke verschillen; allereerst zijn de commerciële instellingen die in Nederland opereren nauw verweven met de reguliere Nederlandse gezondheidszorg. De initiatiefnemers zijn Nederlandse artsen, er wordt gewerkt met Nederlandse specialisten en nauw samengewerkt met Nederlandse ziekenhuizen. Dit in tegenstelling tot de andere instelling die een andere ontstaansgeschiedenis kent en een minder hecht en groot netwerk heeft binnen de Nederlandse reguliere zorg.

Het tweede belangrijke verschil is de apparatuur die gebruikt wordt. Daar waar EHM en Preventive Care hoofdzakelijk echografie gebruikt om klanten te scannen, gebruikt Prescan hoofdzakelijk MRI- en CT-scans. Deze laatste scan kan schadelijk zijn voor de gezondheid en wordt dan ook alleen gebruikt als voldaan wordt aan bepaalde risicofactoren. Daar waar Prescan de risicofactoren

als eis stelt voor CT-scan, stellen EHM en Preventive Care een verwijzing van de specialist als eis om onderzoek te doen met behulp van CT-scan.

Uiteindelijk blijkt dat deze verschillen niet essentieel zijn voor de vraag waarom EHM en Preventive Care wel in Nederland mogen opereren en Prescan niet. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat geen van de drie organisaties in Nederland mag opereren, zonder een vergunning voor de Wet op Bevolkingsonderzoek (Wbo) (hierover verderop in de conclusie meer). Deze vergunning dient aangevraagd te worden door de aanbieder van de onderzoeken.

Een andere belangrijke actor binnen het beleidsveld zijn verzekeraars, mede omdat zij met het machtsmiddel 'geld' een hoop steun kunnen verlenen aan bepaalde initiatieven. Ten aanzien van de ontwikkeling met betrekking tot medische check-ups vinden zij het belangrijk dat gezonde mensen niet zomaar het zorgcircuit worden ingezogen door ze aan allerlei scans en andere onderzoeken te onderwerpen. Daarom denken zij dat het belangrijk is dat er een extra filter wordt aangebracht in de vorm van een arts die aan de hand van een intakegesprek en een laboratoriumonderzoek bekijkt of verder onderzoek wel nodig is. Screenen van de hele bevolking is niet kostenefficiënt en daarmee niet interessant voor de verzekeraar. Wel is het zo dat de verzekeraar zeker niet negatief tegenover individueel aanbod van preventieve zorg staat. Slechts de manier waarop dit gebeurt is onderwerp van discussie.

In het arenamodel van Koppenjan dat gebruikt is, spelen ook de zaakwaarnemers een grote rol. Dit komt hoofdzakelijk doordat zij vaak de belangen van grote groepen mensen vertegenwoordigen. Ook binnen het beleidsveld rondom preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden spelen deze zaakwaarnemers, in de vorm van het KWF kankerbestrijding en het NHG, een belangrijke rol. Zij staan buitengewoon terughoudend tegenover de ontwikkelingen met betrekking tot preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden. Dit komt hoofdzakelijk doordat niet wetenschappelijk is aangetoond dat de voordelen van het screenen (sporadische vroegtijdige opsporing van ziektes) opwegen tegen de nadelen. Deze nadelen zijn volgens het KWF en het NHG onder andere een groot aantal vals-positieve uitslagen, onbedoelde effecten (zoals ongezond blijven leven bij een goede uitslag) en hoge kosten voor de reguliere zorg door vervolgonderzoeken die nodig zijn en ook doordat alleen de kosteninefficiënte behandelingen op den duur overblijven voor de reguliere zorg. Daarnaast is het de vraag of het wel zo wenselijk is dat mensen alles denken te weten te komen over hun gezondheid, terwijl dit feitelijk niet zo is. Zelfs al zou het zo zijn, dan blijft de vraag of het wenselijk is te weten wat je allemaal mankeert.

De laatste, misschien wel belangrijkste actor die wij binnen het beleidsveld onderscheiden is de formele gezagsdrager in de vorm van de overheid met haar adviesorganen (binnen dit beleidsveld hoofdzakelijk het ministerie van VWS en de Gezondheidsraad).

Met betrekking tot preventieve zorg vervult de overheid een rol in de wetgeving, financiering en informatievoorziening. Er is een groot aanbod van preventieve zorg, een deel daarvan valt onder bevolkingsonderzoek. Zodra preventieve zorg aan de hele bevolking of aan een categorie daarvan wordt aangeboden en een geneeskundig onderzoek is, dat tot doel heeft bepaalde risicofactoren en/of ziekten op te sporen, valt het onder bevolkingsonderzoek. Een deel hiervan biedt de overheid zelf aan (denk aan het screenen van vrouwen op borstkanker). Omdat de overheid mensen wil beschermen tegen bevolkingsonderzoeken die een gevaar kunnen vormen voor de

gezondheid heeft de overheid in 1996 de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo) in werking gesteld (Gezondheidsraad, Wbo: borstkankerscreening op particulier initiatief, 1997). Binnen het grote aanbod van bevolkingsonderzoeken (waar bijvoorbeeld ook de cholesterolmeting bij de supermarkt onder valt) is slechts een beperkt deel vergunningplichtig voor de Wbo.

Het is bij zowel de verzekeraar als de commerciële preventieve instellingen onduidelijk welk onderzoek nu onder bevolkingsonderzoek valt. Zij verkeren in de veronderstelling dat medische check-ups die individueel aangeboden worden niet onder bevolkingsonderzoek vallen. Dit blijkt niet zo te zijn. Zodra er via reclame, internetsites of anderszins sprake is van aanbod van dergelijke onderzoeken wil dit zeggen dat het onderzoek in principe aan de hele bevolking aangeboden wordt. Als ook voldaan wordt aan de andere criteria van bevolkingsonderzoek (geneeskundig onderzoek, opsporen van ziekte, ten behoeve van de te onderzoeken persoon) is er sprake van bevolkingsonderzoek.

Dit wil nog niet zeggen dat het onderzoek vergunningplichtig is. Bevolkingsonderzoek is alleen vergunningplichtig als er sprake is van onderzoek waaraan ioniserende straling te pas komt en/of onderzoek naar kanker en/of onderzoek naar ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is. De Gezondheidsraad brengt dan, na een aanvraag voor een vergunning, een advies uit aan de minister van Volksgezondheid over het al dan niet verlenen van een vergunning. Een vergunning wordt alleen geweigerd als het onderzoek wetenschappelijk ondeugdelijk is, als het niet in overeenstemming is met wettelijke regels voor medisch handelen of als het te verwachten nut niet opweegt tegen de risico's ervan voor de gezondheid.

Omdat de drie organisaties die wij vergeleken hebben (EHM, Preventive Care, Prescan) allemaal onderzoek naar kanker doen of laten doen, en er sprake is van aanbod, hebben zij een vergunning nodig voor de Wbo. Dit betekent, zoals reeds vermeld, dat de vergelijking die in hoofdstuk vier is gemaakt tussen de verschillende instelling minder relevant is dan in eerste instantie was verwacht. De verschillen die aan de orde zijn gekomen geven geen antwoord op de vraag waarom een deel van de instellingen wel in Nederland mag opereren en een ander deel niet. De conclusie is dat geen van allen zonder een vergunning voor de Wbo de onderzoeken mag aanbieden zoals dat nu gebeurt. De verschillen die geconstateerd zijn blijven interessant ten aanzien van de mate van acceptatie van de verschillende instellingen. Dit verschil in acceptatie blijkt bijvoorbeeld uit het gegeven dat het Openbaar Ministerie wel een onderzoek heeft ingesteld naar Prescan, maar niet naar de andere twee organisaties. Uiteindelijk zou dit verschil in acceptatie een rol kunnen spelen bij het al dan niet krijgen van een vergunning.

Zoals het er nu uitziet zullen deze bedrijven met hun huidige manier van werken geen van allen een vergunning krijgen, omdat nog niet wetenschappelijk is aangetoond dat algemene ongerichte onderzoeken bij mensen zonder klachten effectief en doelmatig zijn (Hoogervorst, 2005-2006). Het is dus nog niet bewezen dat het verwachte nut opweegt tegen de risico's voor de gezondheid (die overigens niet persé lichamelijk hoeven te zijn) en aangezien dit een van de weigeringsgronden is voor een vergunning, zullen de bedrijven vooralsnog geen vergunning krijgen voor het pakket onderzoeken wat ze nu aanbieden.

In het geval van Prescan ligt dit iets anders, omdat zij een bemiddelingsbureau zijn (zij bemiddelen tussen Nederlandse klanten en Duitse ziekenhuizen) én de onderzoeken in Duitsland

worden uitgevoerd en daarom onder de Duitse wetgeving vallen. Uit onderzoek van het Openbaar Ministerie naar Prescan is gebleken dat het bedrijf geen vergunning nodig heeft voor de WBO omdat het de onderzoeken niet zelf uitvoert.

Het ministerie van VWS weet niet zo goed wat ze hiermee aanmoet, maar dat ze niet zo blij zijn met deze situatie is duidelijk. Dit komt hoofdzakelijk doordat een deel van de bevolking alsnog wordt blootgesteld aan onderzoek, waar we in Nederland van zeggen dat het niet wenselijk is. Er loopt momenteel een Europees onderzoek waarbij een vergelijking gemaakt wordt tussen landen met betrekking tot preventie en regels over dit onderwerp.

Sinds zeven maanden is er een inspecteur aangesteld die speciaal belast is met het houden van toezicht op naleving van de Wbo. Dit houdt in dat het niet al te lang meer zal duren voordat de preventieve instellingen zullen worden aangeschreven met de vraag of zij een vergunning willen aanvragen. De overheid is dus bezig de Wbo strenger te handhaven. Over de vraag of het wenselijk is dat de overheid de bevolking al een kleine vijf jaar blootstelt aan dergelijk onderzoeken 'vol risico's', zoals ze het zelf noemt, willen wij ons verder niet uitlaten.

Verder is de overheid bezig met het maken van nieuw beleid rondom de Wbo. Het ministerie van VWS wil nog niet zeggen welke aanpassingen er komen. Onze verwachting is dat bevolkingsonderzoek naar bepaalde vormen van kanker, waar goede behandelingen voor zijn (bijvoorbeeld baarmoederhalskanker), in de toekomst niet meer onder vergunningplichtig onderzoek (voor de Wbo) zullen vallen. In die zin wordt de Wbo versmald. Verder verwachten wij dat de overheid de wet op een ander gebied zal verbreden, zodat ook nieuwe technieken (zoals het opsporen van ziekten aan de hand van DNA) onder de wet zullen vallen. Onze laatste verwachting is dat de overheid de wet zodanig zal aanpassen dat ook Prescan aan de Nederlandse eisen met betrekking tot medische check-ups zal moeten voldoen. Of dit juridisch haalbaar is blijft nog even de vraag.

Duidelijk is nu wie er betrokken zijn bij het beleidsveld rondom preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden, en wat deze betrokkenen van de ontwikkelingen hieromtrent vinden. De vraag die nu beantwoord dient te worden is; welke kansen liggen er nu nog voor de instellingen die medische check-ups aanbieden?

In de eerste plaats kunnen deze instellingen het aanbod dusdanig aanpassen dat het niet meer onder vergunningplichtig onderzoek voor de Wbo valt. Dit kan bijvoorbeeld door dezelfde onderzoeken aan te bieden als de supermarkt, aangevuld met een mental health check, fitnessstesten en ander onderzoek dat niet gericht is op het opsporen van kanker of onbehandelbare ziektes.

In de tweede plaats kunnen de instellingen hun onderzoek zo aanpassen dat een vergunning voor de Wbo verkregen wordt. Het is dan zaak ervoor te zorgen dat het onderzoek wetenschappelijk deugdelijk is (wat dus ook wil zeggen dat wetenschappelijk moet zijn aangetoond dat dergelijke onderzoeken bij mensen zonder klachten doelmatig en effectief zijn). Verder moet het onderzoek in overeenstemming zijn met de wettelijke regels voor medisch handelen. Bij het verkrijgen van een vergunning speelt, naar onze bescheiden mening, ook de vraag of de instelling binnen de huidige structuur van de gezondheidszorg past. Hoe is de instelling verweven met de reguliere zorg? Wordt er nauw samengewerkt met de reguliere zorg, of is hier geen sprake van?

Tot slot is er nog de mogelijkheid om de onderzoeken zoals ze nu aangeboden worden alleen nog aan te bieden in het kader van een medische keuring. Als werknemers dergelijk onderzoek doen in opdracht van hun werkgever is dat aan te merken als een medische keuring, en daarmee is het onderzoek niet vergunningplichtig voor de Wbo. Uiteraard komen er dan wel allerlei andere regels en wetten bij kijken. In dit onderzoek is daar verder niet op ingegaan.

Naast deze mogelijkheden voor de preventieve instellingen liggen er ook kansen voor de overheid om de ontwikkelingen, met betrekking tot het aanbieden van preventieve medische check-ups aan individuen, in goede banen te leiden. Deze ontwikkeling is namelijk lastig tegen te houden.

Aan het gegeven dat nog niet wetenschappelijk is aangetoond dat het screenen van mensen zonder klachten op grote schaal effectief is, hebben mensen op individueel niveau geen boodschap, gezien de grote vraag naar preventief onderzoek. Misschien komt dit doordat mensen de kans dat zij die ene klant zijn waarbij iets wezenlijks gevonden wordt groter achten dan die daadwerkelijk is (net als bij de winkansen in de loterij), maar misschien ook door hele andere redenen. Duidelijk is dat de vraag naar de aangeboden onderzoeken bestaat. Dit kan niet zomaar genegeerd worden en dat is ook nergens voor nodig.

De overheid doet er verstandig aan met de betrokken actoren om de tafel te gaan zitten en eens te kijken of er oplossingen zijn waarmee iedereen verder kan. Een gevaar voor de volksgezondheid zijn de instellingen in ieder geval niet te noemen, mede ook omdat ze er, misschien nog wel meer dan reguliere zorginstellingen, op gebrand zijn kwaliteit te leveren.

8.2 Discussie

Dit onderzoek moet niet gezien worden als een alomvattende studie naar de ontwikkelingen rondom preventieve instellingen. Het is eerder een oriënterend onderzoek naar het onontgonnen beleidsveld rondom preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden. Er is zo volledig mogelijk geprobeerd een beeld te schetsen van het beleidsveld rondom preventieve instellingen. Hierbij zijn echter een hoop zaken on- of onderbelicht gebleven. Zo zijn niet alle actoren uit het beleidsveld uitgebreid aan de orde gekomen. Denk hierbij aan de GGD, patiënten, een deel van de preventieve instellingen, de orde van medisch specialisten enz. Daarnaast is het zo dat de actoren die wel aan de orde geweest zijn vaak niet zo volledig behandeld zijn als wenselijk was geweest om wetenschappelijk hoogstaande conclusies te kunnen trekken. Als bijvoorbeeld gekeken wordt naar de actor 'verzekeraar', dan is het zo dat wij slechts een verzekeraar hebben kunnen spreken. Het is dan lastig om standpunten te generaliseren.

Wat onszelf betreft zou het idealer geweest zijn als we iets meer tijd hadden gehad om een en ander te laten bezinken en er dan nog eens kritisch na te kijken. Misschien zouden we dan nog weer tot nieuwe inzichten komen of de boel helderder kunnen structureren. We hebben een hoop werk verzet in korte tijd en dit zal ongetwijfeld een hoop onzorgvuldigheden met zich meegebracht hebben. Op het moment hebben we daar nog geen zicht op. Waarschijnlijk zal uit de reactie van de betrokkenen al meer duidelijk worden.

Verder is het zo dat een aantal zaken waar we in eerste instantie van dachten dat ze essentieel waren, helemaal niet zo relevant blijken te zijn. Hierbij kan gedacht worden aan de lijn van marktwerking die we in het begin van ons onderzoek sterk onderscheidde omdat het ging om commerciële instellingen. Uiteindelijk blijkt 'het commerciële' van deze instellingen formeel

helemaal niet het probleem te zijn (of het misschien toch meespeelt is lastig te achterhalen). Ook de vergelijking tussen de drie preventieve instellingen bleek aan het einde van ons onderzoek minder interessant dan wij in eerste instantie gedacht hadden, omdat uiteindelijk bleek dat geen van de instellingen zonder vergunning mocht handelen. Dit is eigenlijk meer aan te merken als een uitkomst van ons onderzoek, dan dat het iets is wat de volgende keer anders zou moeten, maar het blijft interessant om te zien hoe dergelijke lijnen zich gedurende het onderzoek ontwikkelen.

Voor vervolgonderzoek zou het interessant zijn een en ander groter op te zetten, zodat het beeld van het beleidsveld vollediger wordt. Een andere zaak die interessant is voor vervolgonderzoek zijn de arenastrategieën van de verschillende actoren (zie hoofdstuk 3.2). Hoe brengen zij hun ideeën nu onder de aandacht en welke mogelijkheden hebben zij om dat te doen? Welke invloed hebben verschillende niveaus (zoals bijvoorbeeld macro-, meso- en microniveau) waarop de actoren zich bevinden op deze mogelijkheden?

Ook de meningen van verschillende politieke partijen zijn interessant om te onderzoeken. Zou het beleid er anders uit zien als er een andere partij aan de macht zou zijn?

Tot slot zou het mooi zijn om uit te zoeken hoe de bevolking nu over dergelijke preventieve onderzoeken denkt. Hoe denken de patiënten er zelf over? Zijn er hierbij verschillen tussen rijk en arm, jong en oud, 'gezond' of 'ongezond'?

Allemaal zaken die aandacht verdienen die wij ze niet hebben kunnen geven.

Daarom, tot besluit het volgende gedicht ter aanmoediging van onze medestudenten;

Wie neemt het stokje over,
wie durft de uitdaging aan,
want dit onderzoekje is nog zo pover,
en zal veel kritiek niet doorstaan.

Daarom; kom op studenten,
treed uit uw luie stoel,
val aan die slome regenten,
en dien het hoogste doel

Dat doel dat is geen wetenschap,
noch het verdienen van veel geld,
behoud van zorg op niveau,
dat is het enige wat telt!!!

Literatuurlijst

- d'Anjou, J.M., *Actoren en factoren in het wetgevingsproces. Een empirische theorie over de totstandkoming van wetgeving*, Zwolle 1986.
- Boot & Knapen, *Handboek Nederlandse gezondheidszorg*, Het Spectrum, 2001.
- Bos, R., *Medische toepassing: MRI*, www.natuurkunde.nl, gelezen op 18 april 2006.
- Cohen March en Olsen, *Carbage Can Models of Decision Making in Organizations*, Massachusetts, 1986.
- Eijk, C. Van der, Kok, W.J.P., *Nondecisions Reconsidered*, in: Acta Politica, 1975, nr. 3
- EJP, *Reclame commerciële centra deugt niet*, Medisch contact, 2005
- Executive Health Management, www.ehm.nl, gelezen op 20 april 2006.
- Gezondheid.blog.nl, *Je gezondheid testen in de supermarkt*,
http://gezondheid.blog.nl/actualiteiten/2006/05/11/je_gezondheid_testen_in_de_supermarkt
- Gezondheidsraad, *Het Besluit bevolkingsonderzoek*, Gezondheidsraad, 1994/16
- Gezondheidsraad, *Algemene artikelen regelgeving preventief onderzoek*, Gezondheidsraad, 2006
- Gezondheidsraad, *Proeve toepassing Wet bevolkingsonderzoek: borstkanker*, Gezondheidsraad, 1995/22
- Gezondheidsraad, *Wet bevolkingsonderzoek: borstkankerscreening op particulier initiatief (1)*, Gezondheidsraad, 1997/17
- Hoogervorst, Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 22 894, nr.80
- Houwaart, E. en Kruisinga, S., *Techniek in Nederland in de twintigste eeuw, Deel IV*, Zutphen: Walburg Pers, 2001
- Kerkhoff, A.H.M., *Interactief ontwerpen van beleid in de openbare gezondheidszorg*, DAMON bv, 2006.
- Koppenjan, J.F.M., *Management van de beleidsvorming. Een studie naar de totstandkoming van het beleid op het terrein van het binnenlandse bestuur*, Dissertatie Rotterdam, Den Haag: VUGA, 1993

KWF Kankerbestrijding, *Beeldvormende technieken bij kanker: nu en in de nabije toekomst*, www.kwfkankerbestrijding.nl, gelezen op 2 mei 2006.

Lammers, C.J., Mijs, A.A., Noort van, W.J., *Organisaties vergelijkenderwijs, ontwikkelingen en relevantie van het sociologisch denken over organisaties*, het Spectrum, Utrecht, 2000.

Lindblom, C.E., *The Science of 'Muddling Through'*, Publication Administration Review, 1959

Lindner, B., *De CT-scan*, www.natuurkunde.nl, gelezen op 18 april 2006

Ministerie van VWS, www.minvws.nl, gelezen op 23 april 2006.

Nijhuis, H.G.J., *Voorwaarden voor vernieuwing van public health*, Elmar Rijswijk, 1994

Prescan Nederland, www.prescan.nl, gelezen op 20 april 2006.

Putters, K., 'Gezondheidseffectscreening', Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, *Tussen markt en overheid*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer, december 1998.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, *Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer, december 1996.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, www.rivm.nl, *wettelijk beleidskader preventie*, gelezen op 25 april 2006.

Schut, E., 'De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg', Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, 2003.

Schuurmans&Jordens, *Nederlandse Staatswetten: Preventieve gezondheidszorg*, Zwolle, 1993, pp. 25-30

Senten e.a., 'Preventie loont. Tussenstand van het Programma Preventie van ZonMw.' Koninklijke van Gorcum, 2003.

Signaleringscommissie Kanker, *Vroege opsporing van dikkedarmkanker, minder sterfte door bevolkingsonderzoek*, september 2004

Sman, Van der, *Beeldtechniek; longen onder de loep*, Elsevier, 2003

Smit & Van Oost, *De wederzijdse beïnvloeding van technologie en maatschappij*, Coutinho Bussum, 1999

Thornton, J., *Should Health Screening Be Private?*, The IEA Health and Welfare Unit, London, 1999

Veerman, E., *CT en MRI zonder verwijzing*, Medisch Contact, 2003

Verbogt, S., *Hoofdstukken over gezondheidsrecht*, Wolters-Noordhoff Groningen, 2003

Vereniging voor Beleidsonderzoek, www.beleidsonderzoek.nl/files, 'Het arenamodel', gelezen op 28 april 2006.

Water van de, H.P.A., *Bouwen aan Basisgezondheidszorg, over wetenschappelijke en organisatorische grondslagen van collectieve preventie*, Leiden, 1989.

Werkgroep Beeldvormende technieken binnen de oncologie, *Beeldvormende technieken binnen de kankerbestrijding*, april 2005

ZonMw (de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie), Voorstel ZonMw 3e Programma Preventie 2008-2011, p.17.

Zorgservices Twente, www.zorgservicestwente.nl, gelezen op 24 april 2006

Bijlagen

Bijlage 1: Gespreksverslagen

Gesprek met Dhr. Schade, een van de directeurs van Executive Health Management, een commerciële preventieve organisatie uit Hoofddorp. 13 mei 2006

- EHM wil de belofte van ons dat het verslag eerst door hen gelezen mag worden voordat het gepubliceerd wordt. Dit mede omdat vertrouwelijke informatie niet voor de concurrent bestemd is. Wij stemmen hiermee in.
- EHM is ontstaan uit een ander bedrijf. Drie jaar geleden hebben internist Calleweert en Schade het bedrijf opgekocht.
- De doelgroep zijn managers en bestuurders. Zij staan veelal onder grote druk en hebben geen behoefte in de wachtkamer bij de dokter te zitten, waar iedereen tegen ze aan loopt te zeiken. Daarom biedt EHM ze een keuring waarbij ze in een soort van hotelkamer worden opgevangen en op een discrete en vlotte manier behandeld worden.
- EHM maakt hoofdzakelijk gebruik van echografie. Er is voor deze techniek gekozen omdat EHM denkt dat deze techniek het meest geschikt is voor het doen van preventieve check-ups. Hierbij moet gezegd worden dat er bepaalde dingen niet op een echo kunt zien. Andere technieken (zoals MRI) zouden echografie goed aanvullen. Qua straling is er geen principieel verschil met bijv. MRI.
- Mochten er, naar aanleiding van de onderzoeken, vervolgonderzoeken nodig zijn dan stuurt EHM haar klanten naar een regulier ziekenhuis in de regio zodat daar bijv. MRI- en/of CT-scans gemaakt kunnen worden. Regelmatig wordt er ook voor gekozen deze MRI en/of CT-scans te laten uitvoeren bij een particuliere instelling in Amsterdam. Bij dergelijke vervolgonderzoeken gaat het niet meer om preventief onderzoek. De specialisten van EHM verwijzen hun klanten naar andere instellingen waardoor het geen preventief onderzoek meer is. Met een verwijzing van een specialist kunnen dus alle scans gemaakt worden die nodig zijn.
- EHM maakt weinig tot geen reclame. Het heeft ook niet als doelstelling zo groot mogelijk te worden. Dit wordt mede ingegeven door de angst dat dit ten koste zou gaan van de kwaliteit. In principe zou het namelijk zo zijn dat EHM ook MRI- en CT-apparatuur zou kunnen aanschaffen, omdat het, met een verwijzing van een specialist, toegestaan is dergelijke scans te maken, mits er specialisten zijn die de bevoegdheid hebben dergelijke apparatuur te bedienen.
- Over de Wbo wil meneer Schade weinig kwijt, omdat hij deze materie te ingewikkeld vindt om met ons te bespreken.
- De inspectie voor de volksgezondheid komt regelmatig bij EHM langs en is volgens Schade zeer tevreden over de kwaliteit die wordt geleverd.

Ook specialisten willen graag voor EHM werken, waardoor er ook kwalitatief goed werk geleverd kan worden.

- De ethische vraag of het wel eerlijk is dat alleen 'rijke' mensen de onderzoeken van EHM kunnen laten uitvoeren, is volgens Schade een politieke discussie. Voor zijn bedrijf is dit niet relevant. Er is ook geen contact met verzekeraars over de vraag of zij dit willen vergoeden. Dit geeft eens te meer aan dat EHM zich richt op een selecte groep en niet de bedoeling heeft haar doelgroep zo breed mogelijk te maken.

- Op de vraag wat EHM vindt van andere preventieve commerciële instellingen zoals Preventive Care en Prescan Nederland, antwoordt Schade dat hij de eerste niet voldoende kent om er een oordeel over te geven. De werkwijze van Prescan vindt hij echter bezwaarlijk, met name omdat de nazorg in zijn ogen slecht geregeld is. 'Als er ernstige diagnoses worden gesteld is dat erg vervelend en moeten mensen heel goed begeleid worden', aldus Schade. Dit gebeurt volgens Schade niet bij Prescan. Dit blijkt mede uit de het gegeven dat veel mensen bij EHM komen met de vraag wat ze nu met al die uitslagen moeten.

Gesprek met mevrouw Overbeek, manager van Preventive Care, een commerciële preventieve organisatie uit Hengelo, 15 mei 2006.

- Preventive Care is een onderdeel van de Travel Health Clinic die al in verschillende plaatsen in Nederland gevestigd is.
- Het bedrijf is ontstaan naar aanleiding van goede ervaringen die internist Van Berkum had bij het aanbieden van preventieve onderzoeken aan zijn vriendengroep.
- Preventive Care behandelt één persoon per dag. De cliënt komt nuchter naar het Zotel. Op zo'n dag wordt onder andere een longfoto gemaakt en een foto van de buikorganen. Daarnaast worden de lengte en het gewicht opgemeten.
- Wanneer een scan nodig is, kan de behandelend arts die dezelfde middag maken in het ziekenhuis. Preventive Care is onder het zelfde dak gevestigd als het ziekenhuis. De cliënt wordt daar gewoon op locatie behandeld.
- Bedrijven bieden personeelsleden aan om een onderzoek te laten doen bij Preventive Care. De gedachte hierachter is dat het beter is dat het personeel één dag op totale controle gaat dan dat zij steeds terug moeten komen voor deelonderzoeken (zoals het geval zou zijn als er gebruik zou worden gemaakt van de reguliere zorg). Op deze manier scheelt het veel tijd en geld.
- Op de afdelingen radiodiagnostiek en cardiologie koopt Preventive Care per dag tijd in om een klant te onderzoeken. Deze verkochte tijd levert de betreffende afdelingen ongeveer twee maal zoveel geld op als ze anders in die tijd hadden kunnen verdienen met het verlenen van reguliere zorg. De afdeling kan hier geld verdienen dat ze verder nergens in het ziekenhuis kunnen krijgen.
- Preventive Care maakt geen reclame. Deze instelling moet het hebben van mond-op-mond reclame. Preventive Care hoeft ook niet te groeien, omdat zij bang zijn dat de kwaliteit dan in het gedrang komt. Het bedrijf is zich ervan bewust dat ze met argusogen bekeken worden, omdat het product wat ze aanbieden redelijk nieuw te noemen is. Kleine bedrijfjes zoals Preventive Care moeten hun plaats in de zorg nog vinden. Ook hebben zij de capaciteit niet om uit te breiden.
- Als cliënten ziek blijken te zijn, verwijst Preventive Care ze door naar het reguliere zorgcircuit. Preventive Care begeleidt haar cliënten bij deze zorg.
- Een Z(elfstandig)B(ehandel)C(entrum) zou bijvoorbeeld het darmonderzoek kunnen doen. Artsen worden door het ziekenhuis echter niet langer betaald dan 36 uur per week. Artsen zouden best langer willen werken dan deze 36 uur. Dit zou betekenen dat er ruimte is voor commercieel onderzoek.
- Specialisten binnen het ziekenhuis werken graag mee aan dergelijke onderzoeken (dit is opmerkelijk te noemen met in ons achterhoofd de aversie van radioloog Huisman (van het medisch Spectrum Twente) tegen dergelijk commercieel onderzoek.
- Het bedrijf denkt geen vergunning nodig te hebben voor de Wbo.

Gesprek met meneer Van Heel, directeur van Prescan Nederland, een commerciële preventieve organisatie uit Hengelo, 24 april 2006, Losser.

- Prescan Nederland is een organisatie die bemiddelt bij het maken van medische check-ups. Deze check-ups worden uitgevoerd in ziekenhuizen in Duitsland door erkende Duitse specialisten.
- Het bedrijf is opgericht naar aanleiding van 'onnodige' sterfgevallen in de omgeving van directeur Van Heel. Er was geen contact met Nederlandse artsen en/of ziekenhuizen, maar wel met Duitse (al was dit hoofdzakelijk toeval). Daarom gebeuren de onderzoeken nu in Duitsland.
- De Duitse specialisten gebruiken hoofdzakelijk MRI en CT als diagnostische apparatuur. Een CT wordt alleen gemaakt als er aan bepaalde risicofactoren voldaan wordt. Deze risicofactoren zijn onder andere afgeleid uit een Amerikaans onderzoek. Het bedrijf werkt dus niet met verwijzingen van specialisten bij het maken van een CT-scan, maar doet dit op basis van risicofactoren.
- Mocht er een vervolgbehandeling nodig zijn, dan gebeurt dit in principe in de Duitse ziekenhuizen. Het is echter voor te stellen dat mensen er niet op zitten te wachten een tijd in een Duits ziekenhuis te liggen, daarom gebeuren sommige behandelingen binnen de reguliere Nederlandse zorg. De patiënt moet dan gewoon vooraan beginnen in het reguliere circuit. Prescan belt eventueel met de behandelend arts, om hem/haar in te lichten over de problematiek. Ook worden alle onderzoeken en uitslagen meegegeven op een cd-rom.
- De behandeling houdt onder andere een MRI-scan in van; schedel hersenen, bloedvaten (cardiovasculair onderzoek), onderbuik en bovenbuik. Een totale body check-up met behulp van MRI is volgens Van Heel niet wenselijk omdat dit zoeken is naar een speld in de hooiberg, waarbij veel dingen over het hoofd gezien worden en er geen juiste diagnoses gesteld kunnen worden. Genoemde scans zijn volgens Van Heel voldoende duidelijk.
- Het Openbaar Ministerie heeft een onderzoek ingesteld naar Prescan (mede naar aanleiding van de reclame die Prescan maakt) en is tot de conclusie gekomen dat er niets gebeurt wat niet door de beugel kan. Dit hoofdzakelijk omdat Prescan een bemiddelingsbureau is die zelf geen onderzoek doet, maar onderzoek laat doen door Duitse ziekenhuizen die daar zelf de volledige verantwoordelijkheid voor dragen. Deze onderzoeken vallen dus onder de Duitse wet. Uit dit onderzoek blijkt wel dat de Nederlandse overheid niet zit te wachten op een bedrijf als Prescan.
- Het bedrijf heeft geen vergunning nodig voor de Wbo omdat het een bemiddelingsbedrijf is en de onderzoeken in Duitsland gebeuren. Mocht het bedrijf onderzoeken in Nederland willen aanbieden dan heeft het volgens Van Heel wel een vergunning nodig voor de WetBevolkingsOnderzoek. De Raad van State heeft volgens van Heel uitgesproken dat onderzoeken die worden aangeboden aan individuen in principe niet onder bevolkingsonderzoek vallen, omdat het gaat om individuele zorgvraag. De tweede kamer heeft toen uitgesproken dat dergelijke onderzoeken wel onder de Wbo vallen. (wij hebben de stukken tot op de dag van vandaag nog niet kunnen vinden).

-Werkzaamheden Prescan als volgt samen te vatten; radiologie (scans met apparatuur die ze in nederlandse ziekenhuizen nog niet hebben), cardiologie, ECG, echografie, laboratoriumonderzoek (MRI, CT bij indicatie, ultrasoon, SEG, laboratoriumonderzoek).

- Er is bijna geen sprake van vals positieve uitslagen. Zeker niet als er gekeken wordt naar de verhouding met het aantal terecht positieve uitslagen. Vals negatief is volgens van Heel helemaal nog niet voorgekomen. Belangrijk is dat de arts de hoofdzaken van de bijzaken weet te onderscheiden.

- Prescan zou graag willen samenwerken met Nederlandse ziekenhuizen, om zo haar doelgroep te kunnen vergroten. In dat kader vindt Van Heel het ook wenselijk om met verzekeraars om de tafel te gaan (vergoeding van de onderzoeken zou het onderzoek immers voor veel meer mensen mogelijk maken).

- Voordat er overgegaan wordt tot het doen van de onderzoeken vindt er een gesprek plaats tussen de klant en de medisch specialist om te kijken welke onderzoeken zinvol en nodig zijn.

- Van Heel vindt het erg belangrijk dat er kwaliteit geleverd wordt. Daarom is er contact met specialisten uit verschillende disciplines, wordt er gewerkt met geavanceerde apparaten en wordt geprobeerd een ambiance te creëren waarbinnen de klant zich op zijn gemak voelt.

Gesprek met radioloog Huisman, werkzaam bij het Medisch Spectrum Twente, 9 mei 2006.

- Marktwerking heeft voor en nadelen. In eerste instantie lijkt het gunstig omdat er meer concurrentie lijkt te komen en ook komt. Uiteindelijk heeft het heel veel neveneffecten die niet wenselijk zijn. Zoals bijvoorbeeld de opkomst van commerciële instellingen die preventieve scans aanbieden.

- Het grootste bezwaar dat ik tegen dergelijke instellingen heb is dat ze schijnzekerheid bieden. Ze maken een total body-scan van het hele lichaam en kunnen daarop een heleboel dingen niet zien, die je wel zou kunnen zien als je inzoomt op specifieke delen van je lichaam. Een voorbeeld is de alvleesklier. Je kan, als je een scan maakt speciaal voor die alvleesklier, veel meer zien over die alvleesklier dan wanneer je een algemene scan maakt van het lichaam. Het hoofdargument tegen dergelijke commerciële bedrijven is dus dat de kwaliteit van de diagnose niet gegarandeerd is als je scans maakt op dergelijk algemeen niveau.

- Persoonlijk kan Huisman dat ethisch niet verantwoorden. Wel is het zo dat hij zich realiseert dat mensen vanuit verschillende perspectieven naar dergelijke dingen kijken en er dus een ander mening op na kunnen houden (bijv. de radiologen in Duitsland).

- Het feit dat de radiologen binnen het MST het ethisch niet verantwoord vinden om dergelijke scans te maken is ook de reden dat het MST de capaciteit van MRI en CT-scans (die 's nachts niet gebruikt worden) niet aanwendt voor dergelijk onderzoek.

- Een andere reden hiervoor is dat er lange wachtlijsten zijn die eerst weggewerkt moeten worden. De capaciteit hiervoor is er wel, maar verzekeraars willen niet meer dan een bepaald aantal vergoeden (een van tevoren bepaald aantal), terwijl ze zich wel bezig houden met het uitbesteden van dergelijk onderzoek aan andere ziekenhuizen (dtsInd, emmen) iets wat veel duurder is dan het uitvoeren van de scans in het MST. Verzekeraar werkt dus niet echt mee.

- Huisman is benieuwd naar de constructie die Preventive Care met het ziekenhuis in Hengelo heeft.

- Ziekenhuis doet dus geen preventief onderzoek zoals commerciële instellingen en heeft derhalve dus ook geen vergunning voor de Wbo nodig. Behalve voor screening op borstkanker, maar dat is landelijk geregeld.

- De meningen van radiologen over de relatief nieuwe ontwikkelingen m.b.t. preventief medisch onderzoek zijn verdeeld. Binnen het MST zijn de radiologen het er wel over eens dat dergelijke instellingen niet wenselijk zijn. Op landelijk niveau zijn er echter ook radiologen die het wel kunnen verantwoorden voor dergelijke instellingen te werken.

- Tot slot wil Huisman nog kwijt dat hij het ethisch onverantwoord vindt dat dergelijke onderzoeken alleen zijn weggelegd voor mensen die voldoende geld hebben. Hij is bang voor tweedeling binenn de zorg.

Gesprek met Seth Broekman, accountmanager bij Ohra, Rob Dalmijn, arts en medisch adviseur bij Ohra en Annemarie van de Berg, stagiaire bij Ohra.

24 mei 2006

- Nadat we kennis hebben genomen van het feit dat meneer Dalmijn in het gelukkige bezit is van een vrouw, een boxer en een tekkel, komen we al snel te spreken over het NIPED. Het NIPED is een instituut dat zich bezighoudt met preventie en vroegdiagnostiek. Het NIPED heeft het PreventieKompas ontwikkeld om op een wetenschappelijk verantwoorde manier meer aandacht te kunnen geven aan preventie en tijdige diagnostiek van de belangrijkste ziekteprocessen. Het PreventieKompas is een jaarlijkse gezondheidscheck. Het biedt de mogelijkheid gezondheid goed in beeld te brengen. De gezondheidscheck houdt in dat mensen een vragenlijst moeten invullen en dat er laboratoriumonderzoek wordt gedaan. Aan de hand hiervan wordt gekeken hoe het gesteld is met de gezondheid van de persoon in kwestie. Ohra is erover aan het nadenken om zo'n gezondheidscheck in het verzekeringspakket op te nemen.

- Het NIPED heeft een vergunning aangevraagd voor de Wbo zodat ze de onderzoeken ook aan cohorten kunnen aanbieden (denk aan bedrijven e.d.). Meneer Dalmijn denkt namelijk dat een vergunning voor de Wbo alleen nodig is als je het onderzoek aanbiedt aan de hele bevolking of aan cohorten, en dus niet als je het aan een individu aanbiedt.

- Ten aanzien van de thematiek rondom preventieve medische check-ups op commerciële basis die gedaan wordt door bedrijven als EHM, Preventive Care en Prescan, zeggen Dalmijn, Broekman en van de Berg het volgende;

1. nazorg is heel belangrijk, in dit kader worden goede geluiden vernomen over Prescan, die de klanten meteen helpt in het Duitse ziekenhuis.

2. De verzekeraar vindt het belangrijk dat er een extra filter komt voordat de onderzoeken plaatsvinden. Een arts die een intakegesprek houdt, eventueel laboratoriumonderzoek verricht en aan de hand daarvan bepaalt of verder onderzoek nodig is, is zeer wenselijk. Mensen zonder klachten moeten in de ogen van deze verzekeraar niet zomaar het zorgproces ingetrokken worden. Als dit extra filter wordt aangebracht is er best te praten over eventuele opname in het pakket.

3. Ziekenhuizen die tegen zijn, zijn in veel gevallen behoorlijk hypocriet omdat ze zelf dergelijke onderzoeken ook aanbieden aan topmanagers (zoals de managers van Shell en een tiental ander bedrijven).

4. Mensen hebben het recht van onwetendheid. Het is dus niet altijd wenselijk dat mensen in een vroeg stadium al weten wat ze mankeert. Misschien is het zelfs überhaupt niet wenselijk dat mensen ooit te weten komen wat ze mankeert. Mensen hebben namelijk ook het recht om dood te gaan. In dit kader denkt meneer Dalmijn dat er een belangrijke omslag heeft plaatsgevonden ten aanzien van de 'maakbaarheid' van de mens. Vroeger was het normaal dat er veel mensen (jong) stierven, tegenwoordig doen we er alles aan om zo lang mogelijk te leven. De dood is dus in een ander kader geplaatst.

5. Preventief onderzoek is vaak kostenefficiënt. Screenen is dat per definitie niet. Dit is een van de redenen waarom OHRA een arts aan de poort wil. De andere reden is dat het ethisch niet wenselijk is dat mensen zonder klachten het zorgproces worden ingedrukt.

Gesprek met mevrouw Groeneveld en mevrouw Rendering, beleidsmedewerkers bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2 juni 2006.

- Definitie van de WBO is erg breed. Bij de vraag of een onderzoek als bevolkingsonderzoek is aan te merken gaat het niet om de vraag of het onderzoek uitgevoerd wordt bij individuen, maar of het aangeboden wordt aan de hele bevolking. Als blijkt dat er, via internet, kranten, folders of op een andere manier medische check-ups worden aangeboden, dan is er sprake van aanbod aan de hele bevolking en gaat het om bevolkingsonderzoek.

- Of dit bevolkingsonderzoek vergunningplichtig is hangt af van de vraag of er gezocht wordt naar kanker, of er ioniserende straling wordt gebruikt en of er gezocht wordt naar ziektes waar geen behandeling of preventie voor is. Over het bevolkingsonderzoek dat niet vergunningplichtig is heeft de overheid eigenlijk weinig te zeggen. Deze onderzoeken moeten natuurlijk wel door bekwame (bij BIG geregistreerde) mensen gedaan worden, maar dat is een ander verhaal.

- Vragen die interessant zijn met betrekking tot de vraag of een vergunning wordt verleend voor de Wbo zijn; hoe is het bedrijf georganiseerd? Zijn de onderzoeken wetenschappelijk deugdelijk? Is wetenschappelijk aangetoond dat mensen meer voordeel dan nadeel kunnen verwachten van dergelijke onderzoeken?

- Op de vraag of instellingen als EHM, Preventive Care en Prescan een vergunning krijgen voor de Wbo kan uiteraard nog geen uitsluitsel worden gegeven. Wel is het zo dat er sinds 7 maanden een inspecteur is die speciaal zal toezien op naleving van de Wbo. De overheid geeft te kennen dat er strenger gecontroleerd zal worden. Dit betekent waarschijnlijk dat de overheid binnen niet al te lange tijd de betreffende instellingen zal aanschrijven met de vraag of zij een vergunning aan willen vragen.

- De overheid heeft hoofdzakelijk taken met betrekking tot financiering, wetgeving en informatieverlening. Binnen de ontwikkeling met betrekking tot preventieve instellingen die medische check-ups aanbieden is met name met betrekking tot de informatievoorziening een belangrijke taak weggelegd voor de overheid. Het is volgens Rendering en Groeneveld ook belangrijk de mensen op de hoogte te stellen van de nadelen met betrekking tot medische check-ups.

- Ook geven Groeneveld en Rendering aan dat het ministerie bezig is met het aanpassen van de Wbo. Wat deze aanpassingen precies zullen zijn kon uiteraard niet worden verteld. Wel is het zo dat voor te stellen zou zijn dat onderzoeken naar bepaalde soorten van kanker die goed behandelbaar zijn niet langer vergunningplichtig is. Een andere aanpassing zou kunnen zijn dat onderzoek met behulp van DNA, waarmee al in een vroeg stadium van het leven gezien kan worden welke risico's men loopt op bepaalde ziekten, in de toekomst wel onder vergunningplichtig onderzoek voor de Wbo gaan vallen.

- Een lastige vraag voor de overheid is nog hoe Prescan behandeld moet worden, omdat deze instelling zijn onderzoeken in Duitsland laat uitvoeren en daardoor voornamelijk onder de Duitse wetgeving valt. Of de wet hiervoor aangepast wordt willen de beleidsmedewerkers niet zeggen.

Mailcontact met meneer Van Veen, lid van de commissie Wbo dat weer een onderdeel is van de Gezondheidsraad.

Wij hebben via de mail een aantal vragen aan meneer Van Veen gesteld, deze staan hieronder inclusief reactie vermeld (vraag is cursief weergegeven).

Welk preventief onderzoek valt er nu eigenlijk precies onder bevolkingsonderzoek? Zouden de onderzoeken die bovengenoemde commerciële instellingen aan individuen aanbieden (bijvoorbeeld een MRI-scan of een echo) daar ook onder kunnen vallen? Zo ja, op welke gronden? Zo niet, waarom deze onderzoeken niet en borstkankeronderzoek op particulier initiatief wel?

Zie art 1, onder c, Wbo. Een aanbod op internet door een wel of niet commerciële instelling valt daar zeker onder. Het gaat om 'aanbod', 'geneeskundig onderzoek', 'opsporen van ziekte' en dit gebeurt 'ten behoeve van de te onderzoeken personen'. Dus het voldoet aan alle elementen van de wettelijke definitie van b.o.

De wettelijke definitie van bevolkingsonderzoek is; 'geneeskundig onderzoek van personen dat wordt verricht ter uitvoering van een aan de gehele bevolking of aan een categorie daarvan gedaan aanbod dat gericht is op het ten behoeve of mede ten behoeve van de te onderzoeken personen opsporen van ziekten van een bepaalde aard of van bepaalde risico-indicatoren'.

Hoe kan het dat bedrijven als Preventive Care uit Hengelo en Executive Health Management uit Hoofddorp (die beiden preventieve onderzoeken doen met behulp van o.a. bloedonderzoeken, ECG's, en echo's) geen vergunning voor de Wbo nodig hebben en Prescan Nederland (die preventief onderzoek doet m.b.v. bloedonderzoek, MRI- en CTscans) hier wel een vergunning voor nodig heeft (mochten ze hun onderzoeken in Nederland willen uitvoeren)? Zit dat vast op die schadelijke CT-scans? Of is er een andere reden?

De Wbo heeft echter pas gevolgen als het gaat om vergunningplichtig bevolkingsonderzoek. In de huidige Wbo worden drie categorieën als vergunningplichtig aangemerkt (art 2, eerste lid): (1) als er ioniserende straling aan te pas komt, (2) als het gericht is op kanker, (3) of op ernstige ziekten waarvoor geen behandeling of preventie is. Alle drie genoemde bedrijven voeren vergunningplichtig b.o. uit. Of het nu gaat om claims dat ziekten als multiple sclerose of dementie zijn op te sporen of uit te sluiten (categorie 3), of om DEXA-metingen voor screening op osteoporose, of CT-scans (categorie 1) of echografie van blaas, prostaat, baarmoeder, mammae, een PSA-test (categorie 2). De Wbo maakt overigens geen uitzondering voor onderzoek dat in Nederland wordt aangeboden en in Duitsland wordt uitgevoerd. Het toezicht op het naleven van de wet is de taak van de Inspectie Gezondheidszorg. IGZ heeft sinds enige tijd een inspecteur die speciaal belast is met bevolkingsonderzoek.

Waarom heeft de Raad van State uitgesproken dat medisch check ups niet onder bevolkingsonderzoek vallen? Waarom vindt de kamer van wel?

De Raad van State vroeg zich in 1989 af of het begrip b.o. niet te veel werd opgerekt door daartoe ook check-ups te rekenen. In het Nader Rapport (TK, vergaderjaar 1988-1989, 21 264, B) heeft de staatssecretaris geantwoord dat het niets uitmaakt voor de risico's (het doel van de Wbo is daartegen te beschermen) hoe je het beestje noemt: periodiek gezondheidsonderzoek (PGO),

check-up, medisch doormeten of multiphasic screening. Nu spreekt men vaak van individuele risicoprofilering of van een preventiepaspoort. Nieuwe wijn in oude zakken.

Hoe kijkt de Gezondheidsraad aan tegen commerciële preventieve instellingen? Vinden jullie het een goede ontwikkeling? Hoe verwacht u dat preventief onderzoek op commerciële basis zich in de toekomst ontwikkeld?

De GR is een wetenschappelijk adviesorgaan. De Cie Wbo van de raad kijkt niet naar de blauwe ogen van de vergunningaanvrager maar naar de inhoud van de aanvraag. Commerciële bedrijven staan niet te popelen om hun activiteiten te laten beoordelen op wettelijke eisen als 'wetenschappelijke deugdelijkheid'. Na veel aandrang heeft een commerciële instelling zojuist bij VWS een vergunningaanvraag ingediend (onze verwachting is dat het hier om het NIPED gaat. We zullen zien. Op dit moment kunnen we nog amper uit ervaring spreken.

In een volgende mail hebben wij nog wat nadere uitleg gevraagd over de vraag waarom aanbod aan individuen ook onder bevolkingsonderzoek valt. Dit mede naar aanleiding van het gesprek met Ohra, die dacht dat een vergunning alleen noodzakelijk was als dergelijk onderzoek aan cohorten werd aangeboden. Hierop kregen wij het volgende antwoord;

De Memorie van toelichting bij artikel 1 maakt duidelijk dat er bewust niet voor gekozen is om de doelgroep van bevolkingsonderzoek te omschrijven in kwantitatieve termen van 'een groot aantal personen' of 'bevolkingsgroep' en het te laten bij (categorieën van de) bevolking, omdat hierin geen getalscriterium zit. Dit om onduidelijkheid van het toepassingsgebied van de wet en bewijsrechtelijke moeilijkheden bij de wetshandhaving te vermijden.

De redenering was dat het voor de centrale doelstelling (zie de zgn considerans) van de wet (de bevolking beschermen tegen riskant b.o.) niet uitmaakt of het aanbod een persoon betreft, dan wel een kleine reeks personen, een bedrijf of een reeks bedrijven. 'Gedeelde smart is halve smart' gaat hier natuurlijk niet op. Categorieën van de bevolking is een geduldige term. Dat kunnen zijn: pasgeborenen, kinderen, volwassenen, mannen, vrouwen, vrouwen boven een bepaalde leeftijd, mannen boven de 50 met plasklachten, verzekerden van Ohra, werknemers van Deltaloyd, topmanagers, et cetera.

Op onze vraag of bedrijven als EHM, Preventive Care en Prescan Nederland kans maakten op een vergunning, antwoordde meneer Van Veen het volgende:

Bedrijven/instellingen die onderzoek naar eierstok-, prostaat- of baarmoederkanker aanbieden, buiten het kader van een wetenschappelijk onderzoek om, maken weinig kans op een vergunning.

Bijlage 2: Regelgeving

Criteria voor Bevolkingsonderzoek

In 1986 hebben Wilson en Jungner tien criteria opgesteld waaraan bevolkingsonderzoek zou moeten voldoen. De Nationale Raad van de volksgezondheid voegde daar nog 4 criteria aan toe in 1994. Deze criteria helpen om een goede discussie te voeren over het al dan niet invoeren van een bevolkingsonderzoek.

1. Het screeningsprogramma moet een belangrijk gezondheidsprobleem betreffen.
2. De vervroegde diagnose moet tot een betere prognose voor de patiënten leiden.
3. Er moeten voldoende faciliteiten zijn voor diagnose en behandeling.
4. De op te sporen ziekte moet een herkenbaar latent (verborgen) of vroeg symptomatisch stadium hebben.
5. Er moet een geschikte screeningstest zijn.
6. De test moet voor de doelgroep aanvaardbaar zijn.
7. Er moet voldoende kennis zijn over het natuurlijke beloop van de ziekte, inclusief de ontwikkeling van het latente naar het manifeste stadium. (Punt waarop ziekte aantoonbare klachten geeft.)
8. Het moet duidelijk zijn wie wel en wie niet zal worden doorverwezen voor het verder onderzoek of behandeling.
9. De kosten van het programma moeten worden afgewogen tegen de totale kosten en baten van de gezondheidszorg.
10. De screening moet niet eenmalig zijn, maar een continu proces; het gaat niet om eenmalige acties maar om een langlopende voorziening.
11. Het tijdsverloop tussen test en uitslag en tussen uitslag en behandeling moet zo kort mogelijk zijn.
12. Het oproepsysteem mag mensen niet beperken in hun vrijheid om al dan niet aan het screeningsprogramma deel te nemen.
13. Potentiële deelnemers moeten goede informatie krijgen over de voor- en nadelen van participatie.

Publieke voorlichting moet een brede toegankelijkheid van het programma bevorderen. Zij mag echter geen morele druk inhouden.

Wbo

In artikel 2 van de Wbo (1992) wordt aangegeven wanneer het verplicht is een vergunning aan te vragen voor het doen van bevolkingsonderzoek. Als bevolkingsonderzoek overeenkomt met onderstaande kenmerken is het vergunningsplichtig:

1. Bevolkingsonderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van ioniserende straling, bevolkingsonderzoek naar kanker en bevolkingsonderzoek naar ernstige ziekten of

- afwijkingen waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is, moeten met de waarborgen bedoeld in artikel 3⁴⁶ worden omgeven.
2. Indien vanwege de aard van toe te passen onderzoeksmethode of vanwege de aard van de op te sporen ziekte of risico-indicator naar het oordeel van Onze minister het belang van de volksgezondheid een onverwijldde voorziening vordert, kan hij bevolkingsonderzoek aanwijzen dat met de waarborgen, bedoeld in artikel 3, moet worden omgeven.
 3. Binnen twaalf maanden na inwerkingtreding van een besluit als bedoeld in het tweede lid, wordt bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal een voorstel van wet tot regeling van het onderwerp van dat besluit ingediend. Indien het voorstel van wet wordt ingetrokken of door een der Kamers der Staten-Generaal wordt verworpen, wordt het besluit onverwijld ingetrokken.

Kwaliteitswet

Artikel 2 De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.

Artikel 3 De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. Hierbij betreft hij de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties. Voor zover het betreft zorgverlening die verblijf van de patiënt of cliënt in de instelling gedurende tenminste het etmaal met zich brengt, draagt de zorgaanbieder er tevens zorg voor dat in de instelling geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de patiënten of cliënten.

Artikel 4

1. Het uitvoeren van artikel 3 omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.
2. Ter uitvoering van het eerste lid draagt de zorgaanbieder, afgestemd op de aard en omvang van de instelling zorg voor:
 - a. het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg;
 - b. het aan de hand van de gegevens, bedoeld onder a, op systematisch wijze toetsen in hoeverre de wijze van uitvoering van artikel 3 leidt tot een verantwoorde zorgverlening;
 - c. het op basis van de uitkomst van de toetsing, bedoeld onder b zonnig veranderen van de wijze waarop artikel 3 wordt uitgevoerd.

Artikel 4a

1. De zorgaanbieder meldt aan de ingevolge artikel 8 met het toezicht belaste ambtenaar onverwijld:

⁴⁶ Bij algemene maatregel van bestuur kan de overheid regels stellen die noodzakelijk zijn voor de bescherming van de te onderzoeken personen tegen de risico's van bevolkingsonderzoek.

- a. iedere calamiteit die in de instelling heeft plaatsgevonden.
 - b. seksueel misbruik waarbij een patiënt of cliënt dan wel hulpverlener van de instelling is betrokken, uitgezonderd seksueel misbruik van hulpverleners onderling.
2. Onder calamiteit wordt verstaan een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid.
3. Onder seksueel misbruik wordt verstaan grensoverschrijdend seksueel gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht.
4. Onder hulpverlener wordt verstaan iedere medewerker van een instelling.

Artikel 5

De zorgaanbieder legt jaarlijks vóór 1 juni per instelling een verslag ter openbare inzage, waarin hij verantwoording aflegt van het beleid dat hij in het afgelopen kalenderjaar heeft gevoerd ter uitvoering van de artikelen 2, 3 en 4 en van de kwaliteit van de zorg die hij in dat jaar heeft verleend.

In dat verslag geeft de zorgaanbieder daartoe onder meer aan:

- a. of en, zo ja, op welke wijze hij patiënten of consumenten bij zijn kwaliteitsbeleid heeft betrokken;
- b. de frequentie waarmee en de wijze waarop binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvond en het resultaat daarvan;
- c. welk gevolg hij heeft gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg.

3. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden vastgesteld met betrekking tot het verslag.

4. De zorgaanbieder zendt een afschrift van het verslag aan Onze Minister en aan de regionale inspecteur van het staatstoezicht op de volksgezondheid, alsmede aan de organisatie die in de regio de belangen van de patiënten in algemene zin behartigt.

In de artikelen 6, 7 en 8 staan sancties beschreven die genomen kunnen worden bij het niet navolgen van bovenstaande artikelen.

Wet op medische keuringen

Artikel 1, 2 en 3 geven de belangrijkste eisen en bepalingen weer.

Artikel 1

In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

a. keuring: vragen over de gezondheidstoestand van de keurling en het verrichten van medisch onderzoek in verband met het aangaan of wijzigen van:

1. een burgerrechtelijke arbeidsverhouding die bij of krachtens de Ziektewet, de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen of de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering als dienstbetrekking wordt aangemerkt,
2. een aanstelling in openbare dienst,

3. een burgerrechtelijke pensioen- of levensverzekering,
4. een toezegging, als bedoeld in artikel 2 van de Pensioen- en spaarfondsenwet dan wel een pensioenregeling ten aanzien waarvan artikel 3 van de Wet verplichte beroepspensioenregeling toepassing heeft gevonden of de pensioenregeling waaraan deelneming verplicht is op grond van de Wet op het notarisambt,
5. een verzekering wegens arbeidsongeschiktheid naar burgerlijk recht, of
6. een verzekering als bedoeld in artikel 4, vijfde lid, met betrekking tot een in Nederland gelegen risico;
- b. keurling: een persoon die een keuring ondergaat;
- c. keuringvrager: de (aanstaande) werkgever of (aanstaande) verzekeraar die een keuring van een (aspirant-) werknemer of (aspirant-) verzekerde vergt;
- d. keurend arts: de geneeskundige die de keuring verricht en de keuringvrager zijn gevolgtrekking mededeelt dan wel de geneeskundig adviseur van zijn bevindingen op de hoogte stelt;
- e. geneeskundig adviseur: de persoon die aan de keuringvrager in diens opdracht op basis van de keuring van de keurend arts de mededeling, bedoeld in het derde lid van artikel 10, doet;
- f. vragengrens: het over drie jaren gerekend totaal te verzekeren bedrag waar beneden de in artikel 5 genoemde vragen niet mogen worden gesteld en het in artikel 6 genoemde onderzoek niet mag worden verricht. (Dit zijn vragen over Aids.)

- Artikel 2
1. Keuringen worden naar hun aard, inhoud en omvang beperkt tot het doel waarvoor zij worden verricht.
 2. Keuringsgegevens mogen slechts worden gebruikt voor het doel waarvoor zij zijn verkregen.

- Artikel 3
1. Bij een keuring worden geen vragen gesteld en geen medische onderzoeken verricht die een onevenredige inbreuk betekenen op de persoonlijke levenssfeer van de keurling.
 2. In ieder geval mogen geen onderdeel van een medisch onderzoek bij een keuring uitmaken:
 - a. onderzoek waarvan het te verwachten belang voor de keuringvrager niet opweegt tegen de risico's daarvan voor de keurling, waaronder begrepen onderzoek specifiek gericht op het verkrijgen van kennis over de kans op een ernstige ziekte waarvoor geen geneeswijze voorhanden is, dan wel waarvan de ontwikkeling niet door medisch ingrijpen kan worden voorkomen of in evenwicht gehouden, of van kennis over een aanwezige, niet behandelbare ernstige ziekte welke naar verwachting eerst na langere tijd manifest zal worden;
 - b. onderzoek dat anderszins voor de keurling een onevenredig zware belasting met zich meebrengt.

