

Onderzoek naar de bestuurlijke inrichting van de  
bevolkingsonderzoeken naar kanker

# *Samenwerken in screening*



## **Andersson Elffers Felix**

Maliebaan 16  
Postbus 85198  
3508 AD Utrecht

+31 30 236 30 30  
mail@aef.nl  
www.aef.nl

Kamer van Koophandel  
30096560

**Datum**

26 november 2018

**Opdrachtgever**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

**Contact**

Aris van Veldhuisen, a.vanveldhuisen@aef.nl

David Schelfhout, d.schelfhout@aef.nl

**Referentie**

GV482

**Foto voorzijde**

Hollandse Hoogte

## Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>1 Introductie en vraagstelling</b>	<b>7</b>
1.1 Aanleiding en onderzoeksvraag .....	7
1.2 Gevolgde aanpak .....	7
1.3 Over dit rapport .....	8
<b>2 Context en achtergrond van het stelsel</b>	<b>9</b>
2.1 Bevolkingsonderzoeken: een vorm van preventie .....	9
2.2 Primaire proces bevolkingsonderzoeken kanker .....	10
2.3 Ontwikkelingen in de context van de bevolkingsonderzoeken .....	12
2.4 Totstandkoming van het stelsel rond de bevolkingsonderzoeken naar kanker .....	14
2.5 Samenvatting.....	15
<b>3 Het huidige stelsel onder de loep</b>	<b>16</b>
3.1 Contouren van het stelsel.....	16
3.2 Het stelsel in de praktijk .....	24
3.3 Samenvatting.....	33
<b>4 Scenario's voor de toekomst</b>	<b>35</b>
4.1 Uitgangspunten voor de scenario's .....	35
4.2 Scenario's: keuzes op vier dimensies .....	37
<b>5 Conclusies en advies</b>	<b>48</b>
5.1 Samenvatting bevindingen .....	48
5.2 Weging scenario's .....	48
5.3 Advies en vervolg .....	49
<b>6 Bijlagen</b>	<b>52</b>
Bijlage 1 – Taakverdeling VWS, RIVM en SO's .....	52
Bijlage 2 – Begeleidingscommissie.....	54
Bijlage 3 – Gesprekspartners interviews .....	54
Bijlage 4 – Een model van regie .....	56

## Samenvatting

Jaarlijks worden ruim 3 miljoen bevolkingsonderzoeken naar kanker uitgevoerd. Deze onderzoeken worden door de overheid aangeboden aan burgers en richten zich op de screening van borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker. De bevolkingsonderzoeken naar kanker beogen bij te dragen aan drie overkoepelende publieke waarden: kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid.

Andersson Elffers Felix (AEF) is door het ministerie van VWS gevraagd om te onderzoeken op welke manier de **bestuurlijke structuur** van de bevolkingsonderzoeken naar kanker beter en toekomstbestendiger ingericht kan worden. Daartoe brengt dit rapport eerst de inrichting van de governance van de bevolkingsonderzoeken in kaart, en identificeert het een aantal fundamentele keuzes daarbinnen:

- Als eerste de keuze voor het op **regionale schaal** organiseren van de coördinatie en uitvoering van de bevolkingsonderzoeken, via vijf regionale screeningsorganisaties (SO's).
- Ten tweede de keuze voor een **gelaagd sturingsmodel**, met daarin rollen voor het 1) ministerie van VWS (beleidsverantwoordelijk), 2) het RIVM/CvB, dat verantwoordelijk is voor het voeren van regie op de bevolkingsonderzoeken, en 3) de screeningsorganisaties, die verantwoordelijk zijn voor de coördinatie en een deel van de uitvoering van bevolkingsonderzoeken op het regionale niveau.
- Ten derde de keuze voor het in **private** handen beleggen van de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken. De SO's zijn private stichtingen, die echter geen andere taken uitvoeren dan hun taken in het kader van de bvo's. Voor de uitvoering van hun taken hebben ze een vergunning krachtens de Wet op het Bevolkingsonderzoek.

Vervolgens analyseren we in dit rapport de **werking van het stelsel in de praktijk**. Daarbij staat voorop dat de operationele kwaliteit van bevolkingsonderzoeken niet te wensen over laat: de bvo's presteren uitstekend en dragen bij aan de publieke waarden die centraal staan. Binnen het stelsel doen zich echter knelpunten voor op het vlak van besturing en bedrijfsvoering. Uit de gevoerde gesprekken zijn zes brede aandachtspunten met betrekking tot de bestuurlijke inrichting te destilleren, die betrekking hebben op:

- Het **stelsel** waarbinnen de bevolkingsonderzoeken een plaats hebben: in welk overkoepelend stelsel zouden de bvo's idealiter thuis horen? Hier is de vraag of er alternatieven bestaan voor de onderbrenging van de bevolkingsonderzoeken in het stelsel van Publieke Gezondheid.
- De **ordening** van de bestuurlijke inrichting. De SO's zijn private stichtingen, die echter voor 100% publieke taken uitvoeren. Dat zorgt voor een hybride situatie, die in de praktijk voor spanning kan zorgen, bijvoorbeeld in relatie tot de politieke verantwoordelijkheid van de minister.

# Andersson Elffers Felix

- De gekozen **schaal** binnen deze inrichting: de besturing van de bvo's beweegt in toenemende mate naar de landelijke schaal. De regionale schaal lijkt daarom niet langer de meest logische voor de bestuurlijke inrichting.
- De **sturing** in deze inrichting: het gelaagde sturingsmodel, met drie lagen en vijf screeningsorganisaties, zorgt voor complexiteit. De gehanteerde sturingsvisie lijkt niet optimaal aan te sluiten op de praktijk. Er bestaan verschillen van mening over de manier waarop sturing in het stelsel vorm zou moeten worden gegeven.
- De **toenemende onderlinge afhankelijkheid** van de screeningsorganisaties laat zien dat de huidige bestuurlijke inrichting tegen zijn grenzen aanloopt.
- De **samenwerking en relaties** tussen partijen in het stelsel hebben in de afgelopen jaren op vlakken te wensen over gelaten.

Voortbouwend op deze aandachtspunten identificeert AEF een aantal scenario's voor de toekomst van de bestuurlijke inrichting. Op vier dimensies zijn er verschillende keuzes mogelijk voor de inrichting:

<b>1. Stelsel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Publieke gezondheid</li><li>▪ Zorgverzekeringswet (semi-publiek)</li><li>▪ Volledig private inrichting</li></ul>
<b>2. Schaal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 5 screeningsorganisaties</li><li>▪ Intensivering samenwerking / integratie SO's</li><li>▪ Eén SO per bevolkingsonderzoek</li><li>▪ Volledige fusie SO's</li></ul>
<b>3. Ordening</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Volledig publieke uitvoeringsorganisatie(s)</li><li>▪ Hybride uitvoeringsorganisatie(s)</li><li>▪ Volledig private uitvoeringsorganisatie(s)</li></ul>
<b>4. Sturing</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Getrapte sturing via RIVM/CvB</li><li>▪ Directe sturing RIVM-screeningsorganisatie(s): VWS meer op afstand</li><li>▪ Directe sturing VWS-screeningsorganisatie(s): adviesrol RIVM/CvB</li><li>▪ Publieke uitvoering binnen RIVM</li></ul>

Een weg van de scenario's levert de volgende conclusies op:

- Voor de dimensie **stelsel** geldt dat alternatieven (Zvw of geheel privaat) denkbaar, maar weinig realistisch zijn. Uitgangspunt is dat bvo's onderdeel blijven van het stelsel van publieke gezondheid.
- Met betrekking tot de dimensie **schaal** is van belang dat de SO's gedurende dit proces hebben aangekondigd dat zij voornemens zijn te fuseren. Een van de verwachte effecten van die fusie is een significante afname van de sturingscomplexiteit.
- Op het vlak van **ordering** van het stelsel komen we tot de conclusie dat zowel het publieke als het hybride model werkbaar zijn, met daarbij de notie dat de gekozen eigendomsverhoudingen in de praktijk minder bepalend zijn dan het aantal vrijheidsgraden voor de uitvoerende organisatie. Ook concluderen we dat er in beginsel weinig redenen zijn om te kiezen voor ordening met private uitvoering. Als het stelsel van de bvo's opnieuw zou worden ontworpen, zou waarschijnlijk gekozen worden publieke uitvoering.
- Voor de **sturing** in het stelsel geldt dat, tenzij gekozen wordt voor een volledig publieke variant, een geleed sturingsmodel (met rollen voor VWS en RIVM) aan de orde blijft. Het ontstaan van één landelijke SO verkleint naar verwachting de noodzaak voor het RIVM om strakke regie te voeren, omdat het eenvoudiger wordt om 'horizontaal' te sturen via kaders vooraf. Er kan dan ook verwacht worden dat de vorming van één SO gepaard gaat met grotere vrijheidsgraden in de uitvoering voor de SO.

Alles overziend tekenen zich daarmee twee consistente toekomstscenario's af:

- Als eerste de **hybride variant**, die behalve de fusie tussen de SO's geen grote ingrepen in de structuur met zich meebrengt. In deze variant blijft sprake van een publiek-private ordening met een meerlaags sturingsmodel, waarin VWS stelselverantwoordelijk is en RIVM regisseur op de inhoud. Wel is het volgens AEF in deze variant van belang een gezamenlijk ontwikkeltraject in gang te zetten, waarin partijen gezamenlijk aan de slag gaan met:
  - het helderder beleggen van rollen en verantwoordelijkheden (met bijzondere aandacht voor de betekenis in de praktijk van stelselverantwoordelijkheid van VWS)
  - het herontwerpen van sturingsvisie, -instrumenten en -cyclus.
- Ten tweede is er de **publieke variant**, waarin sprake is van publieke ordening, en sturing binnen de hiërarchie van VWS-RIVM. RIVM/CvB wordt in dit scenario zelf verantwoordelijk voor de (coördinatie van de) uitvoering van de bevolkingsonderzoeken, analoog aan de inrichting van de Dienst Vaccinvoorziening en Preventie (DVP) van het RIVM. Die dienst heeft de uitvoering van een tweetal andere bevolkingsonderzoeken in zijn portefeuille: de hieprikscreening bij pasgeborenen en de screening van zwangere vrouwen. In de taken van DVP bestaan de nodige parallellen met de uitvoerende taken van screeningsorganisaties, zoals het aansturen van uitvoerende partijen in de regio, het regelen van een verwijzing bij een afwijkende testuitslag, het toezien op de kwaliteit van de uitvoering, en het registreren van informatie in IT-systemen.

Tijdens dit proces hebben de SO's de intentie uitgesproken om te **fuseren**. Daarmee is een belangrijke stap gezet in de richting van vereenvoudiging en verheldering van de besturing. De stap naar één landelijke screeningsorganisatie zorgt naar verwachting voor een aanzienlijke vermindering van de coördinatie- en afstemmingslast, en kan bijdragen aan het bewerkstelligen van een doelmatiger besturingsmodel.

Op grond van het onderzoek adviseert AEF de keuze voor de **hybride** variant. Die heeft de voorkeur boven de publieke optie, om de volgende redenen:

- Geredeneerd vanuit de taakuitvoering is er nu geen zwaarwegende reden die pleit voor publieke uitvoering; ook in het huidige stelsel worden de bvo's op hoog niveau uitgevoerd en is er de mogelijkheid om te sturen op de taakuitvoering.
- Fuseren en nationaliseren tegelijk is een uitermate complexe operatie. De verwachting is dat kernspelers in het stelsel de komende jaren hun handen vol zullen hebben aan het realiseren van één majeure verandering, die van de oprichting van een landelijke screeningsorganisatie, en dat het hen niet zal helpen tegelijkertijd ook een transitie van private naar publieke uitvoering in te zetten.
- Het draagvlak onder de screeningsorganisaties voor de publieke optie is beperkt. Dat zet een rem op de ingezette beweging.

Om binnen de hybride variant tot betekenisvolle stappen vooruit te komen, is een proces nodig waarin de schaalvergroting naar een nationale screeningsorganisatie hand in hand gaat met een herontwerp van het sturingsmodel, op een manier die beide processen voldoende gewicht geeft.

AEF adviseert een gezamenlijke aanpak waarin de kernspelers VWS, RIVM en de screeningsorganisaties aan de slag gaan met het ontwikkelen van een herontwerp van de sturing in het stelsel, tegen de achtergrond van de transitie naar één screeningsorganisatie. Het rapport benoemt uitgangspunten en inhoudelijke thema's voor die ontwikkelaanpak en adviseert om over een aantal jaren te evalueren of de gezette stappen hebben bijgedragen aan de gewenste verbeteringen.

## 1 *Introductie en vraagstelling*

### 1.1 **Aanleiding en onderzoeksvraag**

Jaarlijks nemen in Nederland meer dan 3 miljoen mensen van tussen de 30 en 75 jaar oud deel aan door de overheid aangeboden kankerscreeningen. In het kader van het Nationaal Programma Bevolkingsonderzoek wordt er onderzoek gedaan naar drie vormen van kanker: borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker. Het doel van die bevolkingsonderzoeken is om deze drie vormen van kanker vroegtijdig op te sporen, waarmee tijdig met behandeling van deze ziekten kan worden begonnen. Naar schatting worden dankzij de inzet van kankerscreening jaarlijks 3000 sterfgevallen voorkomen. Dat onderstreept het publieke belang van de bevolkingsonderzoeken naar kanker.

Het bevolkingsonderzoek neemt een bijzondere plek in in het Nederlandse zorgaanbod. Gezonde mensen worden onderworpen aan een onderzoek met potentieel ingrijpende gevolgen. Dat maakt de noodzaak tot zorgvuldig handelen bijzonder groot.

In de organisatie en uitvoering van de bevolkingsonderzoeken naar kanker werken een aantal organisaties nauw samen. Dit rapport richt zich op het samenspel van die organisaties in het stelsel, de verdeling van rollen en verantwoordelijkheden daarbinnen, en de manier waarop er in het stelsel wordt gestuurd. Het rapport richt zich met andere woorden op de **bestuurlijke inrichting** van de bevolkingsonderzoeken naar kanker.

Het ministerie van VWS heeft Andersson Elffers Felix, bureau voor maatschappelijke vraagstukken, advies gevraagd over verbeteringen in deze bestuurlijke structuur van de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Daarbij staat de volgende hoofdvraag centraal: **Op welke wijze richten we de bestuurlijke structuur van de bevolkingsonderzoeken naar kanker beter en toekomstbestendiger in?**

Het doel van het ministerie is om via dit adviesrapport te komen tot een bestuurlijke inrichting die slagvaardig, professioneel en toekomstbestendig is.

### 1.2 **Gevolgde aanpak**

De aanpak die AEF in dit traject heeft gevolgd bestond uit drie stappen:

- In de eerste fase van het onderzoek zijn verkennende gesprekken gevoerd met alle kernspelers in het stelsel en een aantal andere belanghebbende actoren. In die gesprekken zijn feitelijke en ervaren knelpunten in de huidige bestuurlijke inrichting geïnventariseerd. In totaal zijn 25 gesprekken gevoerd. Ook heeft AEF in deze fase de inrichting van het stelsel op hoofdlijnen in kaart gebracht, voornamelijk via documentanalyse.

- In de daaropvolgende fase hebben de onderzoekers de knelpunten binnen de bestuurlijke inrichting op hoofdlijnen samengevat. Die analyse is in een eerste rondetafelconferentie, waarop alle kernspelers vertegenwoordigd waren, gedeeld en becommentarieerd. Tijdens die bijeenkomst zijn de bevindingen uit de eerste ronde aangevuld en gevalideerd.
- In de derde en laatste fase hebben de onderzoekers, op basis van de in fase 2 ontwikkelde en vastgestelde analyse, een aantal scenario's voor een toekomstige bestuurlijke inrichting ontwikkeld en gepresenteerd in een tweede rondetafelconferentie. Tijdens die bijeenkomst waren dezelfde partijen aanwezig als tijdens de eerste conferentie. Met deze partijen zijn de verwachte effecten van scenario's besproken en is nagegaan of de scenario's de gewenste breedte hadden.

Gedurende het traject zijn de onderzoekers regelmatig bijeen gekomen met een begeleidingscommissie, die op hoofdlijnen richting heeft gegeven aan het onderzoek. De commissie heeft in die bijeenkomsten de kwaliteit en volledigheid van het onderzoek bewaakt, en heeft de onderzoekers van waardevolle suggesties voorzien. De conclusies in het rapport zijn voor rekening van AEF. De samenstelling van de begeleidingscommissie voor dit onderzoek is te vinden in de bijlage.

Voor dit onderzoek werkte AEF samen met Tom Rodrigues, adviseur bij TRConsult, die in het onderzoeksteam een expertrol bekleedde.

## 1.3 Over dit rapport

In wat volgt beantwoorden we de onderzoeksvraag door het gehele stelsel van de bevolkingsonderzoeken naar kanker onder de loep te nemen. De ruggengraat van dit stelsel wordt gevormd door kernspelers op drie niveaus: het Ministerie van VWS, het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM en de vijf regionale screeningsorganisaties. Het rapport richt zich voornamelijk op deze partijen, maar neemt waar relevant ook de andere aspecten van het stelsel mee.

Het rapport is als volgt opgebouwd:

- In hoofdstuk 2 beschrijven we de context en achtergrond van het stelsel van de bevolkingsonderzoeken naar kanker.
- Hoofdstuk 3 zoomt in op de bestuurlijke inrichting van het stelsel zoals die op dit moment is vormgegeven, en analyseert de knelpunten die zich hierin voordoen.
- In hoofdstuk 4 schetsen we scenario's voor een toekomstige vormgeving van de bestuurlijke inrichting.
- Hoofdstuk 5 sluit af met conclusies en een advies voor het vervolg.



## 2 Context en achtergrond van het stelsel

### 2.1 Bevolkingsonderzoeken: een vorm van preventie

De bevolkingsonderzoeken naar kanker hebben hun plek binnen het preventie-aanbod van de Nederlandse overheid. Dat preventiebeleid heeft meerdere sporen. Zo loopt bijvoorbeeld vanuit het ministerie van VWS sinds 2014 het Nationaal Programma Preventie (NPP), dat zich richt op preventie in de zorg, preventie in de wijk, preventie op school en preventie op het werk. Onderdeel van het NPP is ook het bredere thema van ‘gezondheidsbescherming’, waarbinnen de bevolkingsonderzoeken thuishoren.

In het stelsel van preventie regelt de Wet publieke gezondheid (Wpg) dat publieke gezondheidszorg een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de lokale en de landelijke overheid is. In die wet is publieke gezondheidszorg omschreven als “gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van (behandelbare) ziekten.”

Het preventiebeleid van het Ministerie van VWS kent grofweg drie typen: ziektepreventie, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering. Preventie krijgt concreet vorm via een aantal beleidsinstrumenten. Zo besteedt de overheid aandacht aan voorlichting over een gezonde levensstijl en het prikkelen van burgers in de richting van gezond gedrag. Een ander onderdeel van preventie is het Rijksvaccinatieprogramma, waarin kinderen worden ingeënt tegen infectieziektes. De bevolkingsonderzoeken passen in dit geheel – ze hebben immers tot doel ziektes in een vroeg stadium op te sporen en ‘de gezondheid van de bevolking in het algemeen te verbeteren’<sup>1</sup>.

Preventieprogramma’s zoals de bevolkingsonderzoeken naar kanker, worden gekenmerkt door onder meer de volgende aspecten<sup>2</sup>:

- het gaat om een programmatisch aanbod aan burgers die daar zelf niet actief om vragen, maar daarvoor worden benaderd
- het gaat om burgers die geen klachten hebben voor de ziekte waarvoor zij worden gescreend
- de programma's zijn gericht op substantiële groepen burgers (tienduizenden tot miljoenen).

---

<sup>1</sup> Website RIVM

<sup>2</sup> Centrum voor Bevolkingsonderzoek, RIVM (2016) Meerjarenbeleidsplan 2016-2018, pagina 5; zie ook het recente rapport van de Gezondheidsraad (2017). WBO: Essentiële begrippen belicht.

De bevolkingsonderzoeken naar kanker maken deel uit van een groter aanbod van bevolkingsonderzoeken binnen het Nationaal Programma Bevolkingsonderzoek. In totaal zijn er acht verschillende bevolkingsonderzoeken, waarvan drie zich richten op prenatale screening (screening op infectieziekten en erythrocytenimmunisatie; de screening op down-, edwards- en patau syndroom; en het Structureel Echoscopisch Onderzoek – de twintig weken echo) en twee op screening van pasgeborenen (de neonatale hielprikscreening en de neonatale gehoorscreening).

In de beleidsafweging voor welke ziekten er een bevolkingsonderzoek wordt opgezet, zijn de door Wilson en Jungner<sup>3</sup> geformuleerde criteria richtinggevend. Die stellen onder meer dat, wil de overheid overgaan tot het aanbieden van screening, er sprake moet zijn van een belangrijk gezondheidsprobleem, er een herkenbaar vroeg symptomatisch stadium van de ziekte moet zijn, er een betrouwbare opsporingsmethode moet bestaan, en dat de kosten van opsporing, diagnostiek en behandeling in een acceptabele verhouding moeten staan tot de kosten van de gezondheidszorg als geheel.

## 2.2 Primaire proces bevolkingsonderzoeken kanker

Dit onderzoek richt zich op de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Een aantal kerncijfers van die bevolkingsonderzoeken zijn weergegeven in de tabel hieronder.

Onderzoek	Doelgroep	Genodigden per jaar	Deelnemers per jaar	Participatiegraad
Borstkanker	Vrouwen van 50-75 jaar oud	+/- 1,3 miljoen personen	+/- 1 miljoen personen	79%
Baarmoederhalskanker	Vrouwen van 30-60 jaar oud	+/- 750.000 personen	+/- 500.000 personen	64%
Darmkanker	Mannen en vrouwen van 55-75 jaar oud	+/- 2,2 miljoen personen	+/- 1,6 miljoen personen	73%

Tabel 1: Kerncijfers van de bevolkingsonderzoeken, gegevens over het jaar 2015 (borstkanker), 2016 (baarmoederhalskanker) en 2018 (darmkanker)

In totaal worden er dus jaarlijks ongeveer 3,1 miljoen onderzoeken uitgevoerd in het kader van de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Per bevolkingsonderzoek is er sprake van een ander primair proces, met verschillende handelingen, stappen en een ander samenstel van betrokken partijen. De stappen die voor ieder bevolkingsonderzoek worden gezet, zijn op hoofdlijnen steeds dezelfde. Ze zijn in de figuur hieronder (afkomstig van het RIVM) weergegeven.

<sup>3</sup> Wilson J., & Jungner, G. (1968). Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO.

## EEN BEVOLKINGSONDERZOEK

de keten van selectie tot behandeling en nazorg in het algemeen



Figuur 1: het primaire proces van bevolkingsonderzoek (afbeelding: RIVM)

Per bevolkingsonderzoek is het primaire proces als volgt ingericht:

- In het bevolkingsonderzoek naar **borstkanker** worden vrouwen die tot de doelgroep behoren door de screeningsorganisatie per brief uitgenodigd om een mammogram te laten maken in een mobiele dan wel vaste screeningsunit. Die units worden beheerd door de screeningsorganisaties. De gemaakte mammogrammen worden binnen 10 dagen onafhankelijk van elkaar beoordeeld door twee verschillende aan de screeningsorganisatie verbonden radiologen. Deelnemers aan de screening ontvangen vervolgens per brief de uitslag van hun onderzoek. Die uitslag wordt ook aan de huisarts gestuurd. Als er sprake is van een geconstateerde afwijking, of als de foto's onvoldoende uitsluitsel geven, dan zorgt de huisarts, in overleg met de deelnemer, voor verwijzing voor vervolgonderzoek naar het ziekenhuis. De huisarts streeft er daarbij ook naar de deelnemende vrouw te informeren over de uitslag voordat zij de uitslagbrief ontvangt. Het Landelijk Referentiecentrum voor Bevolkingsonderzoek (LRCB) is voor dit proces de partij die verantwoordelijk is voor kwaliteitstoezicht.
- In het bevolkingsonderzoek naar **baarmoederhalskanker** worden vrouwen per brief door de screeningsorganisatie uitgenodigd om een uitstrijkje te laten maken bij de huisarts. De huisarts verricht deze handeling bij de vrouwen die ingaan op de uitnodiging. De uitstrijkjes worden vervolgens naar een door de screeningsorganisaties gecontracteerd screeningslaboratorium vervoerd. In dat laboratorium worden de uitstrijkjes eerst getest op de aanwezigheid van het hrHPV-virus. Als die test een positief resultaat oplevert, doet het laboratorium daarna een cytologische test, waarbij wordt onderzocht of er sprake is van afwijkende cellen. Als daar sprake van blijkt, worden vrouwen via de huisarts doorverwezen naar de gynaecoloog. Als er geen afwijkende cellen worden gevonden, krijgt de vrouw het advies om na zes maanden een nieuw uitstrijkje te laten maken bij de huisarts. Wanneer vrouwen niet ingaan op de eerste uitnodiging voor deelname aan het bevolkingsonderzoek, bestaat er een alternatieve route, waarbij vrouwen thuis zelf een uitstrijkje kunnen maken, met behulp van een zogenaamde Zelfafnameset (ZAS). Dit uitstrijkje wordt vervolgens verwerkt zoals hierboven beschreven.
- In het bevolkingsonderzoek naar **darmkanker** wordt de doelgroep per brief uitgenodigd door de screeningsorganisatie. Bij die brief ingesloten is een zelfafnametest, waarmee een fecesmonster kan worden afgenomen. Deelnemers sturen dat monster retour aan het door de screeningsorganisatie gecontracteerde laboratorium, via de bij de uitnodiging bijgesloten retourenvelop. Het laboratorium test het monster en stuurt de uitslag aan de screeningsorganisatie, die de deelnemer en zijn/haar huisarts informeert. Bij een gunstige uitslag stuurt de screeningsorganisatie de deelnemer de uitslag. Bij een ongunstige uitslag maakt de screeningsorganisatie een afspraak voor een intakegesprek bij een coloscopiecentrum. De screeningsorganisatie stuurt de deelnemer een brief met de uitslag en een

verwijzing voor een intake voor een coloscopie. In de brief staat een afspraak voor de intake vermeld, die door de deelnemer indien gewenst nog verplaatst kan worden. De huisarts ontvangt voordat de deelnemer wordt geïnformeerd de uitslag van de SO, zodat hij/zij hierover persoonlijk contact op kan nemen met zijn/haar patiënt.

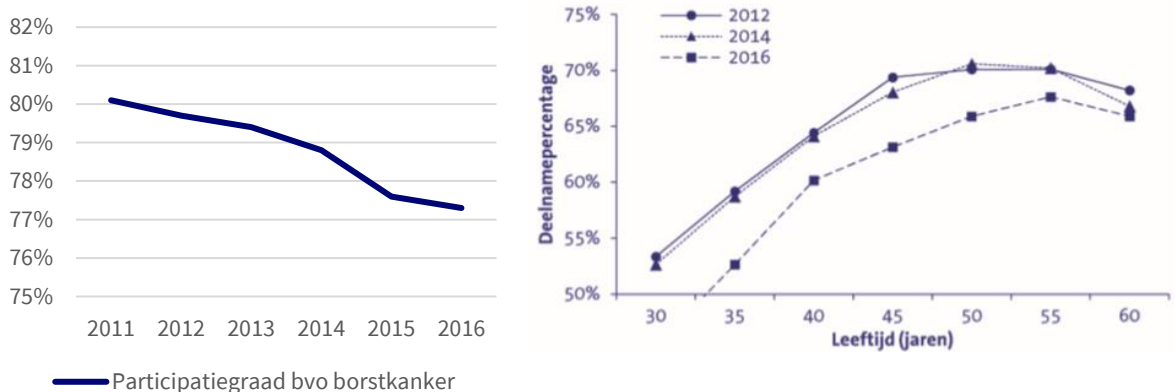
Uit de procesbeschrijvingen van de bevolkingsonderzoeken is een aantal essentiële kenmerken van bevolkingsonderzoek te destilleren die deels van invloed zijn op de bestuurlijke inrichting. Bevolkingsonderzoeken worden op hoofdlijnen gekenmerkt door:

- De uitvoering van een medische handeling bij gezonde mensen, wat hoge eisen stelt aan **kwaliteitsborging** – eventuele fouten hebben potentieel een grote impact;
- Een sterk **geprotocolleerde** reeks handelingen: uniformiteit van uitvoering staat voorop;
- Het **samenwerken** in ketens, zowel op regionaal als landelijk niveau;
- Een grote **informatieverwerkingscomponent**, met aandachtspunten rond ICT-systemen en de omgang met persoonsgegevens;
- De noodzaak van goede aansluiting op het **wetenschappelijke** circuit, vooral met het oog op het belang dat wordt gehecht aan het werken met *proven technology*;
- Het belang van **maatschappelijk draagvlak**: voor het welslagen van bevolkingsonderzoeken is maatschappelijk draagvlak van doorslaggevende betekenis.

## 2.3 Ontwikkelingen in de context van de bevolkingsonderzoeken

In de context van de bevolkingsonderzoeken diverse ontwikkelingen. Begrip daarvan is van belang om te zien met welke uitdagingen de bestuurlijke inrichting van de bevolkingsonderzoeken in de toekomst te maken krijgt. We beschrijven ze kort hieronder.

De eerste ontwikkeling is de **teruglopende participatiegraad** waarmee met name de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker en borstkanker te maken hebben. Die trend lijkt de afgelopen jaren alleen maar sterker te worden. Onderstaande grafieken illustreren dit.



Figuur 4: Dalende participatiegraad bvo borstkanker (links) en bvo baarmoederhalskanker (rechts, gesplitst naar leeftijdsgroep)<sup>4</sup>

Voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, dat in 2017 een nieuwe opzet kreeg, geldt dat de participatiegraad nog wat verder daalde in 2017. Meerdere factoren spelen

<sup>4</sup> Bronnen: IKNL (2018), Monitor bevolkingsonderzoek borstkanker juli 2018; Erasmus MC (2017), Landelijke Monitoring Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker 2016

mogelijk een rol in de teruglopende participatiegraad van de bevolkingsonderzoeken: van de veranderende samenstelling van de Nederlandse bevolking tot toenemende maatschappelijke onrust rond thema's als screening en vaccinatie.

De tweede ontwikkeling is de toenemende dynamiek door **innovaties** in het veld van kankerscreening. Die innovaties doen zich op meerdere vlakken voor. Technologische ontwikkelingen volgen elkaar in steeds hoger tempo op, en ook de werkprocessen binnen de kankerscreening worden voortdurend vernieuwd. Nieuwe ontwikkelingen leveren vragen op voor bevolkingsonderzoek in Nederland: is deze vernieuwing voldoende (bewezen) effectief? Wegen de kosten van het eventueel omarmen van de innovatie op tegen de opbrengsten (in termen van gezondheidswinst)? Is het wenselijk en haalbaar om de innovatie in een bevolkingsonderzoek te implementeren, en wat is er nodig voor eventuele implementatie? Dit soort vragen zijn rond de bevolkingsonderzoeken zeer actueel. Indien nodig kan het CvB een uitvoeringstoets doen om de praktische consequenties van een mogelijke innovatie in kaart te brengen<sup>5</sup>.

Een derde ontwikkeling is de opkomst van een meer **risicogerichte benadering** binnen bevolkingsonderzoek. In toenemende mate wordt ernaar gestreefd om op verschillende punten in het proces van bevolkingsonderzoek meer maatwerk te leveren. Het gaat dan bijvoorbeeld om risicostratificatie in de uitnodigingsfase: zijn er bepaalde doelgroepen waarvan verwacht kan worden dat zij een hoger risico op bepaalde vormen van kanker lopen? Deze groepen kunnen dan gericht en/of frequenter benaderd worden voor deelname aan bevolkingsonderzoek.

De vierde ontwikkeling heeft betrekking op de **markt** rond bevolkingsonderzoek. Ook die is volop in beweging. In de afgelopen jaren dienden zich met regelmaat nieuwe spelers aan die zich wilden mengen in het veld van screening. Deels gaat het hier om spelers die bijvoorbeeld *total body scans* aanbieden, die weliswaar niet specifiek screenen op kanker, maar hier wel aan raken. De opkomst van nieuwe spelers op de screeningsmarkt roept vragen op voor het Nederlandse bevolkingsonderzoek en de rol die de markt hierin kan spelen. Om burgers te beschermen en de kwaliteit van bevolkingsonderzoek te kunnen waarborgen, heeft de Minister van VWS het initiatief genomen om de Wbo te actualiseren en beter aan te laten sluiten op dit type veranderingen op de zorgmarkt.

Als vijfde zijn er veranderingen in de **maatschappelijke context** van bevolkingsonderzoeken. Het gaat dan bijvoorbeeld om de veranderende houding van de burger ten opzichte van zijn of haar gezondheid, en het toenemende eigen initiatief van de burger op dit vlak. Burgers besluiten steeds vaker uit eigen beweging tot deelname aan 'health checks', variërend van de genoemde *total body scans* tot het gebruik van mobiele apps. Ook zijn ze steeds kritischer. Als bevolkingsonderzoeken niet voldoen aan hun (hoge) kwaliteitseisen (zie bijvoorbeeld het pijnaspect van de borstkankerscreening), kan dat leiden tot verminderde deelname aan bevolkingsonderzoek.

Een zesde en laatste ontwikkeling heeft betrekking op de grote **veranderingen in de uitvoering** van bevolkingsonderzoeken die zich recent hebben voltrokken of op dit moment nog geïmplementeerd worden. De belangrijkste voorbeelden daarvan zijn:

- De invoering van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Na jaren van voorbereiding is er sinds 2014 een derde bevolkingsonderzoek toegevoegd aan het pakket van bevolkingsonderzoeken naar kanker. Tot 2019 is dit bevolkingsonderzoek nog in opbouw:

---

<sup>5</sup> Centrum voor Bevolkingsonderzoek, RIVM (2016) Meerjarenbeleidsplan 2016-2018, pagina 4

pas vanaf dat jaar wordt de volledige beoogde doelgroep (2,2 miljoen personen) uitgenodigd.

- De vernieuwing van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Sinds 2017 is er een nieuw proces ingericht voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Waar uitstrijkjes voorheen door screeningslaboratoria werden onderzocht op cytologie (afwijkingen in cellen), worden ze nu eerst onderzocht op de aanwezigheid van het hrHPV-virus. Pas als die test reden geeft voor vervolgonderzoek, volgt een cytologische test. Die methode is bewezen effectiever. Wel worden er nu meer vrouwen doorverwezen naar de gynaecoloog, waardoor er ook sprake is van meer onnodige doorverwijzingen.
- In de afgelopen jaren werd er door betrokken partijen hard gewerkt aan het project ScreenIT, dat gericht is op het vernieuwen en optimaliseren van de IT-component van de bevolkingsonderzoeken.
- Een ander project dat in de afgelopen jaren veel aandacht vroeg, is het zogenoemde BK2020-traject, dat zich richt op het vernieuwen van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Die vernieuwing heeft betrekking op het gefaseerd aanbesteden en vervangen van de mammografen waarmee borstfoto's gemaakt worden, de bekijsstations waarop radiologen foto's beoordelen en het beeldopslagsysteem dat in dit proces wordt gebruikt. Dit traject nadert het komende jaar zijn afronding.

## 2.4 Totstandkoming van het stelsel rond de bevolkingsonderzoeken naar kanker

De bestuurlijke inrichting van de bevolkingsonderzoeken naar kanker is het resultaat van een historische ontwikkeling. Het stelsel zoals dat nu bestaat, is het directe resultaat van het traject Versterking infrastructuur kankerscreeningen (Viks), dat liep van 2004 tot 2010.

Rond het jaar 2006 waren er 20 screeningsorganisaties betrokken bij kankerscreening in Nederland. Dat leidde volgens een adviesrapport tot “bestuurlijke versnippering”, en verschillen in de uitvoering, bijvoorbeeld op het vlak van de oproepmethode en de organisatievorm van de screeningsorganisaties. Ook traden er knelpunten op met betrekking tot monitoring en doelmatigheid.<sup>6</sup> De regie over de bevolkingsonderzoeken was in handen van het College voor Zorgverzekering (CvZ). Een van de doelen van Viks was om de Rijksverantwoordelijkheid voor programma's op het vlak van publieke gezondheid, in aanvulling op de gemeentelijke verantwoordelijkheid die via GGD's is georganiseerd, nadrukkelijker op de kaart te zetten.

In het licht van die analyse werd in het Viks-traject gekozen voor het verminderen van het aantal organisaties dat betrokken was bij de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken. Dat leidde tot de oprichting van vijf regionale screeningsorganisaties, in 2008/2009. Het advies dat aan de basis lag van het Viks-traject, stelde: “Bevolkingsonderzoeken dienen een publiek belang, maar kunnen door private screeningsorganisaties worden uitgevoerd”<sup>7</sup> De screeningsorganisaties kregen dan ook de vorm van stichtingen. Om stevigere sturing op nationaal niveau mogelijk te maken, werden de coördinatietaken van het CvZ belegd bij het nieuwe Centrum voor Bevolkingsonderzoek (opgericht in 2006), dat werd ondergebracht bij

---

<sup>6</sup> Van Naem & Partners (2006), *Modernisering bestuurlijke infrastructuur bevolkingsonderzoek*, p. 5; p. 26

<sup>7</sup> Idem, p. 22.

het RIVM. De financiering van de bevolkingsonderzoeken werd tegelijkertijd overgeheveld van de AWBZ naar de Rijksbegroting.

Initieel was het CvB een afdeling van het Centrum Gezondheid en Maatschappij van het RIVM. In 2017 is de positie van het CvB binnen het RIVM gewijzigd. Het CvB is nu een centrum binnen het RIVM, met twee afdelingen: pre- en neonatale screenings; en bevolkingsonderzoeken naar kanker en nationaal programma grieppreventie. Het doel van die herpositionering was om het CvB flexibeler en wendbaarder te maken als organisatie en te zorgen voor kortere lijnen, zowel binnen het RIVM als richting het ministerie van VWS.

## 2.5 Samenvatting

Kernpunten uit dit hoofdstuk zijn:

- In Nederland worden drie bevolkingsonderzoeken naar kanker aangeboden: onderzoeken naar borstkanker, darmkanker en baarmoederhalskanker. Jaarlijks worden er ruim 3 miljoen onderzoeken uitgevoerd.
- Bevolkingsonderzoeken zijn onderdeel van het preventiebeleid van de Nederlandse overheid en passen binnen het overkoepelende geheel van de Wet publieke gezondheid.
- Bevolkingsonderzoeken hebben een aantal bijzondere kenmerken die onderscheidend zijn binnen het zorgdomein. In de kern gaat het erom dat er een medische handeling (onderzoek) wordt aangeboden zonder dat daar een individuele hulpvraag of medische indicatie aan ten grondslag ligt.
- Uit het bijzondere karakter van bevolkingsonderzoeken vloeien een aantal basale aspecten voort die de bevolkingsonderzoeken kenmerken. Het gaat dan bijvoorbeeld om het belang van kwaliteitsborging, het geprotocolleerde karakter van bevolkingsonderzoeken, de noodzaak tot ketensamenwerking en de prominente informatieverwerkingscomponent die gepaard gaat met de uitvoering van bevolkingsonderzoek.
- De bevolkingsonderzoeken naar kanker worden geconfronteerd met een aantal ontwikkelingen in de omgeving. De belangrijkste daarvan zijn de teruglopende participatiegraad, de toenemende snelheid waarmee innovatieve ontwikkelingen zich aandienen, ontwikkelingen op de zorgmarkt en maatschappelijke trends die zorgen voor een veranderende houding van burgers ten opzichte van het fenomeen bevolkingsonderzoek.
- Tot 2006 waren er 20 screeningsorganisaties actief in Nederland. Die fuseerden tot 5 regionale organisaties. De regisseursrol van het stelsel werd belegd bij het RIVM.

## 3 Het huidige stelsel onder de loep

### 3.1 Contouren van het stelsel

#### 3.1.1 Publieke waarden van bevolkingsonderzoek

Bevolkingsonderzoeken dragen bij aan de gezondheid van de Nederlandse bevolking. Daarbij is het belangrijk dat ze hoge kwaliteit leveren, toegankelijk zijn voor iedereen in de doelgroep en er sprake is van een doelmatige besteding van publieke middelen. In het *Beleidskader Bevolkingsonderzoeken naar Kanker* (RIVM, 2016) zijn de publieke waarden waaraan de bevolkingsonderzoeken naar kanker een bijdrage (zouden moeten) leveren op een rij gezet. Het beleidskader<sup>8</sup> benoemt drie overkoepelende publieke waarden, die vertaald zijn in verschillende indicatoren:

Publieke waarde	Indicator – er is sprake van...
<b>Kwaliteit</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Effectieve programma's die bijdragen aan gezondheidswinst en handelingsopties voor doelgroep.</li><li>– Vraaggerichte programma's die rekening houden met de wensen van de doelgroep.</li><li>– Veilige en landelijk uniforme programma's.</li><li>– Innovatieve programma's, waarin sprake is van het tijdig vertalen van beschikbare vernieuwingen.</li></ul>
<b>Bereikbaarheid</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Toegankelijke programma's, met zo min mogelijk belemmeringen tot deelname voor de doelgroep.</li><li>– Programma's die tijdig uitgevoerd worden, met acceptabele doorlooptijden.</li><li>– Programma's waarin sprake is van een vrije keuze tot deelname voor de doelgroep.</li></ul>
<b>Betaalbaarheid</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Inzicht in de kosten van de programma's.</li><li>– Doelmatige programma's: er is sprake van zo laag mogelijke kosten in relatie tot de kwaliteit en bereikbaarheid.</li></ul>

Tabel 2: Publieke waarden van de bevolkingsonderzoeken naar kanker (bron: beleidskader RIVM)

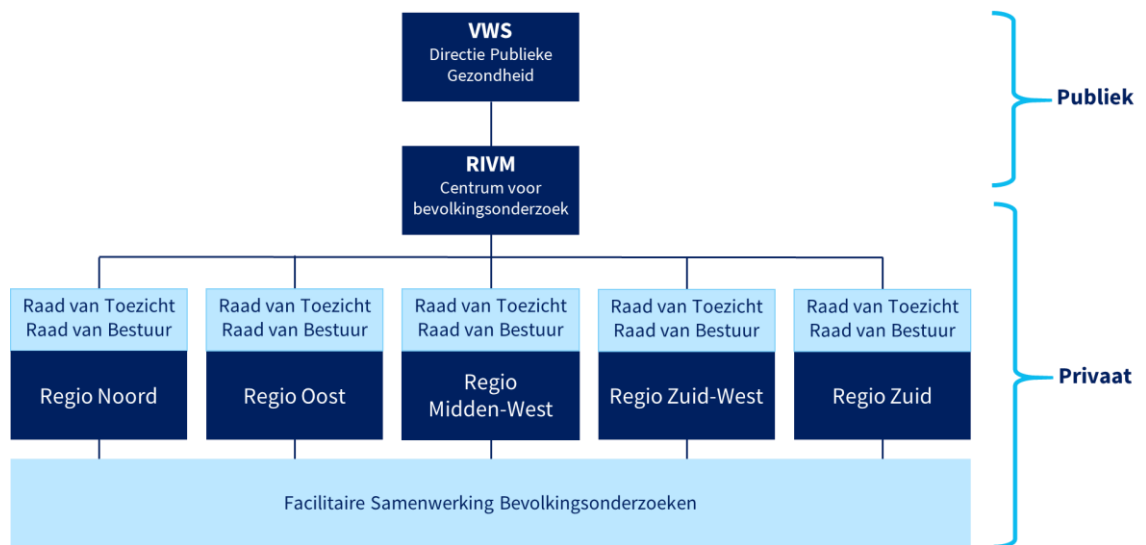
<sup>8</sup> RIVM (2016), *Beleidskader Bevolkingsonderzoeken naar Kanker*, p. 40



## 3.1.2 Bestuurlijke inrichting

De contouren van de huidige bestuurlijke inrichting van de bevolkingsonderzoeken naar kanker zijn onveranderd sinds de hierboven beschreven herinrichting, die eindigde in 2010.

Bij de organisatie, coördinatie, financiering en uitvoering van de bevolkingsonderzoeken zijn verschillende publieke en private partijen betrokken. De bestuurlijke inrichting is hieronder schematisch weergegeven. In die figuur is ook de ‘knip’ tussen publiek en privaat te zien. De relatie tussen het ministerie van VWS en het RIVM bevindt zich in het publieke domein en is hiërarchisch van aard. De relatie tussen het RIVM en de screeningsorganisaties is van private aard: de screeningsorganisaties hebben een subsidierelatie met het ministerie van VWS. Het RIVM voert namens VWS regie op de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken.



Figuur 2: schematische weergave van de bestuurlijke inrichting

In deze figuur komen de volgende onderlinge relaties naar voren:

- De **minister van VWS** is politiek verantwoordelijk voor de inrichting en uitvoering van de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Deze verantwoordelijkheid is ambtelijk belegd bij de **Directie Publieke Gezondheid**.
- VWS heeft de inhoudelijke regie van de bevolkingsonderzoeken neergelegd bij **het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB)**, dat onderdeel is van het **RIVM**.
- De regionale coördinatie en (een deel van de) uitvoering van de bevolkingsonderzoeken is in handen van vijf **regionale screeningsorganisaties (SO's)**. De SO's zijn private stichtingen die hun taken op basis van een vergunning van de Minister van VWS taken uitvoeren.
- De vijf screeningsorganisaties werken samen via de **Facilitaire Samenwerking Bevolkingsonderzoeken (FSB)**. De FSB vervult de rol van een *shared services centre* voor de screeningsorganisaties en heeft de vorm van een coöperatie, waarin de vijf stichtingen verenigd zijn: als rechtspersonen zijn zij alle vijf vertegenwoordigd in het hoogste orgaan van de coöperatie, de algemene ledenvergadering. Het bestuur van de FSB wordt gevormd door de bestuurders van de SO's. Het FSB is voornamelijk actief op het gebied van IT, contractbeheer en gezamenlijke inkooptrajecten van de vijf SO's. In 2017 had de FSB een begroting van ongeveer € 7 miljoen (ongeveer 6% van het totale budget van de screeningsorganisaties) en werkten er 23 FTE bij de FSB. De activiteiten van de FSB worden gefinancierd via bijdragen van de vijf SO's, op basis van een verdeelsleutel.

# Andersson Elffers Felix

Naast deze kernactoren is ook een groot aantal andere (overheids)partijen betrokken bij de bevolkingsonderzoeken. Zij hebben relaties met VWS, RIVM of de screeningsorganisaties.

Naast deze kernactoren zijn ook een groot aantal andere (overheids)partijen betrokken bij de bevolkingsonderzoeken. Zij hebben relaties met VWS, RIVM of de screeningsorganisaties. Onderstaande tabel geeft de belangrijkste relaties weer.

	Ministerie VWS	RIVM	Screeningsorganisaties
<b>Contractuele relatie</b>		Landelijk Referentiecentrum voor Bevolkingsonderzoek (LRCB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Screeningslaboratoria</li> <li>– Coloscopiecentra</li> <li>– Screeningsradiologen</li> <li>– Stichting Kwaliteitsbewaking Medische Laboratorium-diagnostiek (SKML)</li> <li>– Qnostics</li> <li>– Landelijk Referentiecentrum voor Bevolkingsonderzoek (voor bijscholingen personeel)</li> </ul>
<b>Toezichthouder / onafhankelijke auditor</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>– Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd</li> <li>– Landelijk Referentiecentrum voor Bevolkingsonderzoek</li> </ul>
<b>Ketenpartner</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>– Huisartsen</li> <li>– Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)</li> </ul>
<b>Onderdeel</b>	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd		
<b>Subsidierelatie</b>	ZonMW		
<b>Overig</b>	Gezondheidsraad		

De belangrijkste betrokken partijen beschrijven we hieronder in meer detail:

- De **Gezondheidsraad** brengt gevraagd en ongevraagd advies over het invoeren, uitbreiden of aanpassen van bevolkingsonderzoek. De raad is daartoe wettelijk verplicht. Zonder advies van de Gezondheidsraad kunnen fundamentele aanpassingen van bevolkingsonderzoeken niet worden doorgevoerd.
- **ZonMW** initieert, in het geval van een mogelijk nieuw bevolkingsonderzoek, een proefbevolkingsonderzoek, en brengt op basis van dit proefonderzoek advies uit over de wenselijkheid en haalbaarheid van het bevolkingsonderzoek.
- Voor elk bevolkingsonderzoek is een **programma commissie** actief, waarin experts van alle in het bevolkingsonderzoeken betrokken partijen het RIVM adviseren over de (beleids)kaders van de bevolkingsonderzoeken.

# Andersson Elffers Felix

- **Huisartsen** hebben in de verschillende bevolkingsonderzoeken wisselende rollen. In de baarmoederhalskankerscreening spelen ze een belangrijke rol in de uitvoering van de screening – in de andere twee onderzoeken zijn ze betrokken bij doorverwijzing van hun patiënten voor vervolgonderzoek.
- Er is een aantal **screeningslaboratoria** actief binnen de bevolkingsonderzoeken. Zij hebben een contractuele relatie met de screeningsorganisaties en voeren in de diverse bevolkingsonderzoeken verschillende typen tests uit.
- Voor het darmkankeronderzoek worden door de screeningsorganisaties **coloscopiecentra** gecontracteerd, die vervolgonderzoek verrichten bij deelnemers aan de onderzoeken van wie de eerste test reden gaf voor nader onderzoek.
- Het **Landelijk Referentie Centrum voor Bevolkingsonderzoek (LRCB)** fungeert, in opdracht van het RIVM, als onafhankelijk instituut dat via visitaties toeziet op de kwaliteit van de borstkankerscreening, accreditaties van screeningspersoneel verzorgt en de kwaliteit van apparatuur borgt.
- De functie van toezicht op kwaliteit is voor de andere twee bevolkingsonderzoeken door de screeningsorganisaties georganiseerd in de vorm van een **onafhankelijke referentiefunctionaris** per regio, met de screeningsorganisaties als opdrachtgever.
- Voor de kwaliteitsborging van de bvo's naar darmkanker en baarmoederhalskanker werken de screeningsorganisaties samen met de **Stichting Kwaliteitsbewaking Medische Laboratoriumdiagnostiek (SKML)** en **Qnostics**.
- Met het **Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)** wordt samengewerkt voor het registreren van alle feiten en cijfers rond kanker in Nederland, in het kader van de Nederlandse Kankerregistratie (NKR).
- In het borstkankeronderzoek spelen **radiologen** een belangrijke rol. Zij worden gecontracteerd door de screeningsorganisatie om de bij het borstkankeronderzoek gemaakte mammografieën te beoordelen.
- De evaluatie van de bevolkingsonderzoeken wordt periodiek uitgevoerd door onderzoekers van **het Erasmus Medisch Centrum**.
- De **Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)** is verantwoordelijk voor toezicht op de juiste uitvoering van het bevolkingsonderzoek.

In aanvulling op deze opsomming moet worden opgemerkt dat er behalve deze formele samenwerkingsrelaties in het stelsel van bevolkingsonderzoeken sprake is van een grote hoeveelheid horizontale netwerkverbindingen met stakeholders, op de niveaus van zowel VWS, RIVM als de screeningsorganisaties. De programmacommissies voor de drie bevolkingsonderzoeken vormen daar de belangrijkste uiting van: daarin komen veel van de betrokken partijen samen.

## Sturingsrelatie VWS-RIVM-Screeningsorganisaties

De bevolkingsonderzoeken worden bestuurd via een model waarin het ministerie van VWS via het RIVM sturing geeft aan de uitvoering van bevolkingsonderzoeken. Op hoofdlijnen zijn de verschillende taken en verantwoordelijkheden van de drie betrokken kernactoren hieronder samengevat<sup>9</sup>. Het volledige overzicht met taken en verantwoordelijkheden van de drie partijen is uitgewerkt in bijlage 1.

---

<sup>9</sup> Deze paragraaf is gebaseerd op het *Beleidskader Bevolkingsonderzoeken naar Kanker* van het RIVM. Jaar van publicatie: 2016, p. 19

<b>VWS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Verantwoordelijk voor wettelijke en beleidsmatige kaders bevolkingsonderzoeken</li> <li>– Verantwoordelijk voor afgifte vergunningen aan SO's</li> <li>– Stelt financiën beschikbaar voor uitvoering bevolkingsonderzoeken</li> </ul>
<b>RIVM/CvB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Voert regie op uitvoering bevolkingsonderzoeken</li> <li>– Stelt uitvoeringskaders vast met het oog op kwaliteitsborging</li> <li>– Adviseert VWS over beleid rond bevolkingsonderzoeken</li> <li>– Onderhoudt contacten met landelijke samenwerkingspartners;</li> <li>– Financiert namens VWS de uitvoering van bevolkingsonderzoeken</li> </ul>
<b>SO's</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Verantwoordelijk voor de coördinatie en (een deel van) de uitvoering van bevolkingsonderzoeken op regionaal niveau</li> <li>– Bewaken kwaliteit uitvoering en toetsen op naleving uitvoeringskaders</li> <li>– Onderhouden regionaal netwerk en werken samen met partijen daarbinnen</li> </ul>

Tabel 3: Taakverdeling tussen VWS, CvB en screeningsorganisaties.

De tabel maakt duidelijk dat het **ministerie van VWS** opdrachtgever is richting het CvB voor de landelijke aansturing en regie op de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Het ministerie stelt de juridische en beleidsmatige kaders op, is verantwoordelijk voor de vergunningverlening aan de screeningsorganisaties, en levert de financiële middelen voor de bevolkingsonderzoeken.

Het **RIVM/CvB** treedt op als regisseur van de bevolkingsonderzoeken. Dat betekent enerzijds dat het CvB opdrachtgever is voor de screeningsorganisaties, en anderzijds een netwerk onderhoudt van partijen betrokken bij bevolkingsonderzoeken. Het CvB draagt zorg voor het bij elkaar brengen van die verschillende partijen, en het verbinden van de Nederlandse bevolkingsonderzoeken met de internationale (wetenschappelijke) *state of the art* van screening.

De regiefunctie van het CvB bestaat uit het in samenspraak met ketenpartners ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal over de bevolkingsonderzoeken, het vaststellen van de uitvoeringskaders en het organiseren van inbreng van stakeholders via de programma-commissies. Ook voert het CvB regie op de ontwikkeling van toekomstige bevolkingsonderzoeken en is het verantwoordelijk voor (het laten uitvoeren van de) monitoring en evaluatie van bevolkingsonderzoeken, op basis van de daarvoor opgestelde criteria.

De **screeningsorganisaties** zijn verantwoordelijk voor de coördinatie en uitvoering van bevolkingsonderzoeken in hun regio, en het gehele logistieke proces dat daarbij komt kijken. De activiteiten van de screeningsorganisaties moeten passen binnen de door het CvB geformuleerde uitvoeringskaders. Ook zijn de SO's (voor de bvo's naar baarmoederskanker en darmkanker) verantwoordelijk voor de kwaliteitsborging op het regionale niveau, bijvoorbeeld door als opdrachtgever te fungeren voor de referentiefunctie<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Hetgeen een uitzondering vormt binnen het bredere geheel van bevolkingsonderzoeken. Voor andere bevolkingsonderzoeken is het RIVM opdrachtgever van de referentiefunctie.

## Juridisch kader

Het hierboven geschetste stelsel van verantwoordelijkheden en rollen is juridisch verankerd in een aantal (wettelijke) regelingen. De belangrijkste van die regelingen zijn de volgende:

De **Wet op het Bevolkingsonderzoek** (Wbo) legt vast dat het uitvoeren van bevolkingsonderzoek een vergunningplichtige activiteit is. Dat betekent dat enkel partijen die voldoen aan de gestelde voorwaarden een vergunning kunnen krijgen om bevolkingsonderzoek uit te voeren. Op dit moment zijn dat, voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker, enkel de vijf regionale screeningsorganisaties.

Op dit moment bereidt het ministerie van VWS een wetsvoorstel voor dat de Wbo actualiseert<sup>11</sup>. Achtergrond van die actualisatie is de opkomst van preventief gezondheidsonderzoek (*health checks*). Veel vormen van dit type onderzoek, waarvan burgers op eigen initiatief in toenemende mate gebruik maken, vallen tot op heden niet onder de reikwijdte van de Wbo. De bescherming van burgers schiet daarom in de ogen van de wetgever tekort, evenals het handhavingsinstrumentarium van de IGJ. In het wetsvoorstel is daarom de reikwijdte van het begrip ‘bevolkingsonderzoek’ verruimd, en wordt er een indeling in drie categorieën bevolkingsonderzoek gemaakt, waarvoor een oplopende mate van kwaliteitsborging en toezicht geldt.

Voor de governance van de bevolkingsonderzoeken naar kanker is één element uit dit wetsvoorstel met name relevant: het wetsvoorstel regelt dat de vergunningplicht voor *van rijkswege aangeboden* bevolkingsonderzoeken vervalft. Die vergunningplicht voegt volgens de wetgever niets toe. Het is in de ogen van de wetgever van belang om voorwaarden zoals kwaliteitseisen voor de uitvoering te verbinden aan de subsidie die aan uitvoerders van van rijkswege aangeboden bevolkingsonderzoeken wordt verleend. De wetgever acht een vergunning daarvoor niet nodig, aangezien een en ander ook via de subsidievoorwaarden kan worden geregeld. In de Memorie van Toelichting van het wetsvoorstel is dit als volgt verwoord: “Het RIVM kan bij de verlening van subsidie of opdracht voor het aanbieden en verrichten van het bevolkingsonderzoek nadere eisen stellen voor de uitvoering van het bevolkingsonderzoek”<sup>12</sup>. Een vergunningvereiste is volgens de wetgever dus niet van toegevoegde waarde.

In de MvT wordt ook toegelicht dat “wanneer andere partijen een bevolkingsonderzoek willen aanbieden of verrichten waarbij dezelfde ziekten, aandoeningen of in het bijzonder daarop betrekking hebbende risico-indicatoren kunnen worden aangetroffen als bij het bevolkingsonderzoek dat van rijkswege wordt aangeboden en verricht” er wel sprake is van een vergunningplicht. De MvT stelt dat “door middel van deze vergunningplicht wordt verzekerd dat de effectiviteit en efficiëntie van het van rijkswege aangeboden bevolkingsonderzoek niet wordt ondermijnd.”

---

<sup>11</sup> “Wijziging van de Wet op het bevolkingsonderzoek in verband met actuele ontwikkelingen op het terrein van preventief medisch onderzoek”

<sup>12</sup> De screeningsorganisaties hebben op 1 augustus per brief aan het ministerie van VWS laten weten dat zij de internetconsultatie rond de wijziging van de Wbo hebben ingevuld. Kern van de reactie van de SO's op de consultatie is dat zij de beschrijving van de rol van het RIVM in de MvT onwenselijk vinden tegen de achtergrond van dit onderzoek naar mogelijke veranderingen in de bestuurlijke inrichting van de bevolkingsonderzoeken naar kanker, waarin ook de rol van het RIVM tegen het licht wordt gehouden. Inmiddels heeft het ministerie hierop gereageerd door te stellen dat via de Wbo-wijziging niet wordt voorgesorteerd op de uitkomsten van dit onderzoek.

De **Subsidieregeling Publieke Gezondheid** regelt dat de Wbo-vergunninghouders aanspraak kunnen maken op een subsidie voor hun taakuitvoering. De subsidie wordt beschikbaar gesteld door het Ministerie van VWS en heeft de vorm van een vergoeding per cliënt die deelneemt aan het bevolkingsonderzoek.

Tot slot zijn ook een aantal **andere regelingen** relevant voor het stelsel rond de bevolkingsonderzoeken, zoals de Algemene Verordening Gegevensbescherming, de Wet Publieke Gezondheid, en de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg.<sup>13</sup>

## Subsidieverlening

In de subsidierelatie die de screeningsorganisaties via het RIVM hebben met het ministerie van VWS zijn onder meer de volgende zaken geregeld:

- De minister kan volgens de subsidieregeling bij het verstrekken van de subsidie eisen stellen<sup>14</sup>:
  - aan de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek
  - aan het vastleggen van gegevens over de uitnodigingen voor deelname aan en de uitslagen van het bevolkingsonderzoek
  - aan de verwijzing ten behoeve van nadere diagnostiek<sup>15</sup>
  - aan een wijze van uitvoering van het bevolkingsonderzoek die bijdraagt aan de versterking van de infrastructuur van de kankerscreening
  - die strekken tot verwezenlijking van het doel van de subsidie
  - die betrekking hebben op de wijze waarop, of de middelen waarmee de gesubsidieerde activiteit wordt verricht.
- De subsidie is gebaseerd op een vaste vergoeding per cliënt.
- Aan het eind van de subsidieperiode stellen de SO's een verslag op dat dient als verantwoording richting de subsidiënt. Dat verslag geeft inzicht “in de aard, duur en omvang van de in het kader van de subsidiëring verrichte activiteiten.”<sup>16</sup>
- In de subsidieregeling is ook opgenomen dat de screeningsorganisaties reserves mogen opbouwen, die echter de drempel van 10% van hun jaarlijkse subsidiebedrag niet mogen overschrijden<sup>17</sup>.

### 3.1.3 Feiten en cijfers

Het Ministerie van VWS besteedt het budget dat wordt vrijgemaakt voor de regie, coördinatie en uitvoering van de bevolkingsonderzoeken aan twee typen organisaties: het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB) en de screeningsorganisaties.

Het CvB valt binnen het RIVM onder de Directie Volksgezondheid en Zorg. Het heeft één centrumhoofd, die twee afdelingen aanstuurt: de afdeling pre- en neonatale screeningen; en de afdeling bevolkingsonderzoeken naar kanker en nationaal programma grieppreventie. Het CvB is in totaal 36,4 FTE groot. Het jaarbudget van het CvB is als volgt opgebouwd:

---

<sup>13</sup> Zie voor een volledig overzicht het *Beleidskader Bevolkingsonderzoeken naar Kanker* van het RIVM, 2016, p. 32

<sup>14</sup> Subsidieregeling Publieke Gezondheid, artikel 52

<sup>15</sup> Subsidieregeling Publieke Gezondheid, artikel 56

<sup>16</sup> Subsidieregeling Publieke Gezondheid, artikel 22

<sup>17</sup> Subsidieregeling Publieke Gezondheid, artikel 23

Onderdeel	Bedrag (in miljoenen €)
1. Eigen kosten (salarissen etc.)	16,2
2. Uitvoeringskosten binnen RIVM (bijvoorbeeld t.b.v. de hielprikscreening)	46
3. Door CvB verstrekte subsidies	168,5
3a. Bevolkingsonderzoeken naar kanker	128
<i>Baarmoederhalskanker</i>	32
<i>Borstkanker</i>	66
<i>Darmkanker</i>	30
3b. Griepvaccinatie	37
3c. Screening op down-, edwards en patausyndroom en echoscopisch onderzoek	3,5
<b>TOTAAL</b>	<b>230,7</b>

Tabel 4: Uitsplitsing van het budget van het CvB

De vijf regionale screeningsorganisaties zijn verantwoordelijk voor de (coördinatie van) de uitvoering van bevolkingsonderzoeken in de vijf regio's. In onderstaande tabel is een aantal kengetallen van de vijf organisaties op een rij gezet, voor het jaar 2016:

	SO Noord	SO Oost	SO Zuid	SO Zuid-West	SO Midden-West
<b>Jaarbudget (in mln €)</b>	13,4	22,8	27	25,9	29,5
<b>Aantal FTE in dienst</b>	77	119	148	137	139
<b>Totaal aantal uitgevoerde onderzoeken (x1.000)</b>	277	507	635	579	629
<b>Aantal uitgevoerde onderzoeken: borstkanker (x1.000)</b>	113	205	241	230	231
<b>Aantal uitgevoerde onderzoeken: baarmoederhalskanker (x1.000)</b>	45	101	125	117	150
<b>Aantal uitgevoerde onderzoeken: darmkanker (x1.000)</b>	119	211	269	232	248

Tabel 5: Kengetallen screeningsorganisaties, bron: jaarverslagen screeningsorganisaties (2016).

De vijf screeningsorganisaties hebben hun organisatie verschillend ingericht. In elke SO zijn afdelingen ingericht die zich bezig houden met de organisatie en coördinatie van de drie bevolkingsonderzoeken. Vaak bestaan er aparte afdelingen voor de drie verschillende onderzoeken. Daarnaast zijn in de SO's de gebruikelijke PIOFACH-functies aanwezig.

Het merendeel van de medewerkers van de SO's houdt zich bezig met het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Dat is het geval op het administratieve en organisatorische vlak, maar heeft vooral ook te maken met het feit dat de screeningsorganisaties voor de uitvoering van het bvo naar borstkanker grote aantallen laboranten in dienst hebben. Voor de andere twee bevolkingsonderzoeken hebben de SO's een minder intensieve uitvoerende betrokkenheid, en dat is terug te zien in hun personeelsbestand.

## 3.1.4 Primair proces screeningsorganisaties

Het primair proces binnen de SO's valt op hoofdlijnen uiteen in de volgende categorieën van taken:

- **selecteren** van genodigden voor deelname aan bvo's binnen de doelgroep, en het up-to-date houden van dit bestand, et cetera
- **communicatie** met de doelgroep: het uitnodigen en herinneren van de doelgroep; contact rond inplannen van afspraken, beantwoorden van vragen, afhandelen van klachten, communiceren van de uitslag aan deelnemers, et cetera
- het **managen van logistieke processen en het verwerken van informatie**: verzending van testmateriaal, zelfafnamesets, uitnodigingen en uitslagbrieven, het beheren, verwerken en delen van informatie via verschillende systemen, et cetera
- Het **uitvoeren** van het bevolkingsonderzoek (alleen bij borstkankerscreening): de intake van het screeningsonderzoek, het maken van de mammogrammen en het beoordelen van de mammogrammen op het vermoeden van kanker en technische kwaliteit), het aantrekken en ontwikkelen van personeel voor de uitvoering, et cetera
- **samenwerken met ketenpartners**: het maken van afspraken met coloscopiecentra, samenwerking met radiologen en screeningslaboratoria, het communiceren van de uitslag aan de huisarts van deelnemers, et cetera.
- **het sluiten en beheren van contracten** voor de uitvoering van de bvo's: het contracteren van radiologen, laboratoria en coloscopiecentra, het contracten van leveranciers van apparatuur en materiaal voor de screening, het sluiten van contracten voor partijen voor inpakken en verzenden van screeningsmateriaal en communicatiemateriaal, et cetera
- **Kwaliteitsborging** van de bevolkingsonderzoeken, invulling van het opdrachtgeverschap richting de referentiefunctionarissen voor de bvo's naar DK en BMDK, het overleg met hen, en het invullen van de auditfunctie voor deze bvo's
- Het **ontsluiten van data** conform het opendatabeleid van de overheid.
- **Participatie** in nationale netwerken en gremia rond bevolkingsonderzoek, zoals de programmacommissies en daarbij behorende werkgroepen.

## 3.2 Het stelsel in de praktijk

### 3.2.1 Goede prestaties, maar knelpunten in bestuur en bedrijfsvoering

Een eerste constatering over de werking van het stelsel in de praktijk is dat de Nederlandse bevolkingsonderzoeken naar kanker volgens alle geïnterviewden uitstekend presteren. De bevolkingsonderzoeken scoren met andere woorden goed op de publieke waarde van **kwaliteit**. De 'beleidsdoorlichting ziektepreventie' uit 2015<sup>18</sup>, uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS, stelt dat "de bevolkingsonderzoeken naar kanker zeer goed functioneren." Vaak wordt geobserveerd dat er ook in internationaal opzicht sprake is van goede prestaties in het Nederlandse stelsel. Buitenlandse *counterparts* zijn geïnteresseerd in de Nederlandse werkwijze, in de hoop hiervan te kunnen leren.

---

<sup>18</sup> Panteia (2015), Beleidsdoorlichting ziektepreventie. Zoetermeer: Panteia.



De maatschappelijke baten van de bevolkingsonderzoeken worden als groot gezien. De meest heldere indicator daarvan zijn de sterftereductiecijfers. Volgens voorlichtingsmateriaal van het RIVM zorgt het bvo naar borstkanker voor een sterftereductie van ongeveer 850 vrouwen per jaar, het bvo naar baarmoederhalskanker voor een reductie van 300 gevallen per jaar, en het bvo darmkanker voor een (geprognosticeerde) reductie van 2400 gevallen per jaar.

Ook op de publieke waarde van **bereikbaarheid** presteren de bevolkingsonderzoeken naar behoren. Jaarlijks worden meer dan 3 miljoen Nederlanders bereikt door de bevolkingsonderzoeken. Daaraan dragen bijvoorbeeld de mobiele screeningsunits van de borstkanker-screening bij; net als de keuze van de overheid om de bevolkingsonderzoeken gratis aan te bieden. Wel bestaan er zorgen over de teruglopende participatiegraad, met name onder bepaalde specifieke doelgroepen.

De derde publieke waarde, die van **betaalbaarheid**, is niet diepgaand onderzocht in dit traject, maar in algemene zin kan worden opgemerkt dat de bevolkingsonderzoeken de afgelopen jaren binnen budget functioneren. Ook zijn partijen erin geslaagd enkele grootscheepse vernieuwingen en aanbestedingsprocedures zonder significante kostenoverschrijdingen uit te voeren. Desalniettemin speelt sturing op doelmatigheid een beperkte rol in het stelsel: er worden weliswaar kostprijsonderzoeken en benchmarks uitgevoerd, maar die hebben een beperkte mate van diepgang, en diverse gesprekspartners geven aan mogelijkheden te zien om efficiencywinst te boeken in het stelsel.

Deze korte schets maakt duidelijk dat de operationele kwaliteit van bevolkingsonderzoeken anno 2018 niet in het geding is. Desalniettemin komen er in de analyse twee overkoepelende punten van zorg naar voren:

- Ten eerste doen er zich een aantal knelpunten voor op het vlak van **besturing en bedrijfsvoering**. Hoewel de operatie (het primaire proces van de bevolkingsonderzoeken) prima verloopt, zijn besturing en bedrijfsvoering in de huidige inrichting niet optimaal, en geven betrokken partijen aan dat er op dit vlak de nodige energie verloren gaat.
- Ten tweede bestaan er zorgen rond de ontwikkeling van de bevolkingsonderzoeken richting de **toekomst**. Gesprekspartners hebben twijfels of het stelsel voldoende in staat is om in te spelen op enkele van de in paragraaf 2.3 beschreven (potentieel ontwrichtende) ontwikkelingen die zich voordoen in de context van de bevolkingsonderzoeken.

De knelpunten met betrekking tot bestuur en bedrijfsvoering komen hieronder uitgebreider aan de orde. Op deze plek is het van belang om te constateren dat de twee genoemde overkoepelende zorgpunten ten dele met elkaar samenhangen. Gesprekspartners geven aan dat ze, vanwege de ervaren knelpunten in de bestuurlijke inrichting, zich afvragen of het stelsel in de komende jaren in staat zal zijn voldoende besluitvaardigheid te genereren om toekomstige uitdagingen het hoofd te kunnen bieden. Dat signaal kwam al naar voren in de eerder genoemde beleidsdoorlichting uit 2015. Die stelde: “geïnterviewden constateren dat procedures om nieuwe screenings in te voeren en om de huidige screenings aan te passen, erg lang duren.”<sup>19</sup> Die situatie is anno 2018 niet veranderd.

Een daarmee samenhangend zorgpunt is de in het vorige hoofdstuk al benoemde dalende participatiegraad van de bevolkingsonderzoeken. Daarvoor zijn meerdere mogelijke oorzaken

---

<sup>19</sup> Panteia (2015), Beleidsdoorlichting ziektepreventie. Zoetermeer: Panteia, p. 77

# Andersson Elffers Felix

aan te wijzen, maar de mogelijkheid bestaat dat hier een relatie ligt met het innovatief vermogen van het stelsel. Als het stelsel onvoldoende in staat is om (tijdig) in te spelen op ontwikkelde innovaties en/of veranderende voorkeuren van de doelgroep, dan ligt het voor de hand dat de publieke waardering van bevolkingsonderzoeken daalt, en daarmee de participatiegraad. Een concreet voorbeeld van achterblijvende innovatie in de bevolkingsonderzoeken is het feit dat de nieuwe 3D-mammografietechniek (tomosynthese) in ziekenhuizen al wordt gebruikt, maar in de borstkankerscreening nog geen rol speelt. Een deel van de doelgroep vraagt zich in het licht van die trend af waarom deze *state of the art* technieken in de reguliere borstkankerscreening nog niet worden ingezet. Betrokken partijen in het stelsel lukt het op dit moment niet goed om verbeteringen op dit vlak samen te realiseren.

## 3.2.2 Aandachtspunten in de bestuurlijke inrichting

Uit de gevoerde gesprekken zijn zes brede aandachtspunten met betrekking tot de bestuurlijke inrichting te destilleren. De aandachtspunten hebben betrekking op:

- Het **stelsel** waarbinnen de bevolkingsonderzoeken een plaats hebben
- De **ordening** van de bestuurlijke inrichting
- De gekozen **schaal** binnen deze inrichting
- De **sturing** in deze inrichting
- De **toenemende onderlinge afhankelijkheid** van de screeningsorganisaties, en
- De **samenwerking en relaties** binnen het stelsel.

We lopen deze zes thema's hieronder één voor één langs.



### 1. Stelsel: de bevolkingsonderzoeken als onderdeel van het stelsel van publieke gezondheid

De bevolkingsonderzoeken naar kanker zijn ondergebracht in het stelsel van publieke gezondheid, waarbinnen ook de meeste andere vormen van preventiebeleid en -activiteiten hun plek hebben. Toch hebben de bevolkingsonderzoeken op een aantal punten een karakter dat verschilt van andere onderdelen van het preventiebeleid. Hoewel de bevolkingsonderzoeken bijdragen aan gezondheidsbevordering op populatieniveau, zijn ze in essentie preventieve activiteiten op individueel niveau, die worden uitgevoerd bij wilsbekwame individuen – in tegenstelling tot bijvoorbeeld de neonatale hielprikscreening en de neonatale gehoorscreening. Daarbij is er bij bevolkingsonderzoeken geen sprake van zogenaamde externe effecten: anders dan bij bijvoorbeeld vaccinatieprogramma's is het niet zo dat de

keuze voor niet-screenen van de ene burger een gezondheidsrisico oplevert voor de andere burger.

De afweging rond het instellen van bevolkingsonderzoek vindt plaats op populatieniveau, maar de voordelen van bevolkingsonderzoek (het realiseren van gezondheidswinst en het voorkomen van ziektekosten) slaan neer op het niveau van het individu. Het zou daarom theoretisch ook denkbaar zijn om de bevolkingsonderzoeken binnen het regime van de Zorgverzekeringswet onder te brengen (ervan uitgaande dat de overheid wel een rol wil blijven spelen in het garanderen van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit).

De opkomst van particuliere *health checks* die we hiervoor al beschreven roept in extra mate de vraag op in hoeverre de bevolkingsonderzoeken ook in de toekomst een overheidsverantwoordelijkheid zullen blijven.

## 2. Ordening: publieke taakuitvoering door private partijen

Een volgend aandachtspunt vloeit voort uit het hybride karakter van het stelsel van bevolkingsonderzoeken. Die hybriditeit is gelegen in de combinatie van het publieke doel en de publieke financiering van de bevolkingsonderzoeken, en de politieke verantwoordelijkheid van de minister van VWS daarvoor enerzijds; en anderzijds de private status van de screeningsorganisaties, die zelfstandige stichtingen zijn, ieder met een eigen Raad van Toezicht.

De screeningsorganisaties zijn private partijen, die voor 100% een publieke taak uitvoeren in opdracht van het ministerie van VWS. Op grond van de subsidievoorwaarden kunnen zij geen andere activiteiten ontplooiën. De minister van VWS draagt op zijn beurt de politieke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van screening – en de eventuele fouten die daarin worden gemaakt, of incidenten die zich daarin voordoen. Dit levert een dilemma op, dat op zijn minst twee aspecten kent.

Een eerste aspect betreft de wijze waarop de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de bestuurders en toezichthouders van screeningsorganisaties zich verhoudt tot de politieke verantwoordelijkheid van de minister. Het is niet per definitie vanzelfsprekend dat het organisatiebelang van de screeningsorganisaties in lijn ligt met het overkoepelende belang dat door de minister wordt bewaakt. Om die reden beschikt de Minister over het instrument van subsidievoorwaarden, waarmee hij eisen kan stellen aan de screeningsorganisaties, bijvoorbeeld met betrekking tot de mate waarin zij andere activiteiten dan de uitvoering van bevolkingsonderzoek kunnen ontplooiën. Op punten waarin de subsidievoorwaarden niet voorzien, is regelmatige en intensieve afstemming nodig met de screeningsorganisaties.

Ten tweede speelt de vraag of de minister in de huidige vormgeving voldoende mogelijkheden heeft om invulling te geven aan zijn politieke verantwoordelijkheid voor de bevolkingsonderzoeken. Het is de vraag of hij voldoende doorzettingsmacht met betrekking tot de uitvoering van de bvo's heeft. Het gaat dan vooral om de mogelijkheid om eventuele impasses, die zich in uitzonderlijke gevallen (bijvoorbeeld crisissituaties) voordoen, te kunnen doorbreken. De screeningsorganisaties zijn door de overheid gecontracteerde partijen. De vraag is hier dan ook of dit instrument, van private contractering, de minister voldoende mogelijkheden biedt op dit vlak.

De audit van het CvB uit 2013 stelt over dit punt: “Het CvB zou (*‘just in case’*) graag ook meer harde instrumenten ter beschikking hebben. De auditcommissie is van mening dat het

huidige instrumentarium voldoende mogelijkheden biedt en de effectiviteit van de regie voor een belangrijke deel ligt besloten in de consensus-gerichte aanpak.<sup>20</sup> In het onderzoek is gebleken dat de deze discussie nog niet is beslecht. In de scenario's in hoofdstuk 4 gaan we daarom verder in op het thema 'doorzettingsmacht'.

### 3. Schaal: de regio als leidend principe

De bevolkingsonderzoeken worden uitgevoerd door vijf regionale screeningsorganisaties, die verantwoordelijk zijn voor uitvoering van screening in vijf afgebakende regio's en de kwaliteitsborging van twee bvo's. Van de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker heeft er echter slechts één een sterk regionale component: het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is een landelijk uniform programma, dat slechts in zeer kleine mate om aansluiting op de regio vraagt. Het bvo naar darmkanker zit er tussen in: dat heeft één belangrijk regionaal aspect: het managen van de cliëntenstroom richting coloscopiecentra.

Hier speelt ook dat voor alle drie de bevolkingsonderzoeken wordt gestuurd op uniformiteit in de uitvoering, via bijvoorbeeld de uitvoeringskaders van het RIVM. Dat streven naar uniformiteit staat op gespannen voet met een regionale bestuurlijke inrichting met (formeel) autonome screeningsorganisaties.

Tegen die achtergrond lijkt een regionale bestuurlijke inrichting van de drie bevolkingsonderzoeken niet de meest logische. Belangrijk in dezen is de notie dat we hier te maken hebben met een historisch gegroeide situatie, waarin er voorheen sprake was van een nog veel groter aantal regio's. De noodzaak om de bevolkingsonderzoeken op regionale schaal te organiseren lijkt te zijn afgenomen. Hoewel er een aantal duidelijke redenen zijn om in de *uitvoering* aandacht te hebben voor regionale gebondenheid, betekent dat niet dat ook in de *bestuurlijke* inrichting de regionale schaal leidend zou moeten zijn.

### 4. Sturing: het sturingsmodel leidt tot complexiteit

Een volgend punt van aandacht is het gekozen sturingsmodel. Daarin worden de screeningsorganisaties gestuurd door het RIVM/CvB en het ministerie van VWS. In dit model stelt VWS de kaders, voert het RIVM regie, en zijn de screeningsorganisaties verantwoordelijk voor de coördinatie en (een deel van) de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken.

De huidige inrichting van de sturing lijkt met het oog op doelmatige en heldere besturing niet de meest logische keuze. Er is op twee manieren sprake van complexiteit in dit sturingsmodel:

- Er is sprake van complexiteit in de *verticale* component van de sturing: bij kernspelers bestaan er verschillende beelden over welke sturing er op welk niveau hoort te liggen: wat is beleid, waar begint uitvoering, en waar ligt welke verantwoordelijkheid voor het stelsel?
- Ook in *horizontaal* opzicht is er sprake van complexiteit: de situatie met vijf screeningsorganisaties zorgt voor de nodige afstemmings- en overleglast.

#### *Complexiteit in de sturing*

Deze tweevoudige complexiteit in het sturingsmodel van de bevolkingsonderzoeken wordt heeft volgens betrokkenen een aantal implicaties:

---

<sup>20</sup> Kwinkgroep: Evaluatie regierol Centrum voor Bevolkingsonderzoek, eindrapportage 24 mei 2013

- Ten eerste zorgt het samenstel zoals hier geschetst voor een ingewikkelde besluitvormingsstructuur. De vraag of die structuur inmiddels niet té complex is geworden, lijkt gerechtvaardigd. Niet alleen bestaat het model uit drie lagen, ook bestaat de derde laag uit vijf ‘schijven’: de vijf regionale screeningsorganisaties (en hun gezamenlijke backoffice: de FSB). Dat zorgt voor een ingewikkeld geheel waarin volgens betrokkenen sprake is van een groeiende overleglast die niet altijd meer ondersteunend is aan het primaire proces. Bovenal leidt de noodzaak tot voortdurende afstemming tussen alle partijen tot vertraging van besluitvorming. Het bestaan van drie sturingslagen maakt het lastig voor betrokken partijen om te weten bij wie zij terecht kunnen voor welk onderwerp. Ook biedt de structuur met drie lagen mogelijkheden om te proberen onderwerpen via verschillende kanalen te agenderen. Dat kan zorgen voor onbegrip en ongenoegen.
- Ten tweede is er in het stelsel sprake van een aanhoudende discussie over rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen partijen – met name CvB en SO’s, met op de achtergrond VWS. Het lukt deze partijen tot op heden onvoldoende om op basis van in onderling overleg stappen te zetten. Het meerlaagse sturingsmodel vormt hier een complicerende factor, die niet helpt bij het beslechten van verschillen van inzicht. Discussies richten zich bijvoorbeeld op de mogelijkheden voor screeningsorganisaties om in de communicatie richting de doelgroep zelf accenten te leggen, en innovaties door te voeren in hun werkprocessen. Ook spelen vragen als: mogen screeningsorganisaties hun medewerking verlenen aan wetenschappelijk onderzoek gericht op het verkennen van de mogelijkheden van nieuwe bevolkingsonderzoeken? Recent hebben de betrokken partijen in de keten een poging gedaan om rollen en verantwoordelijkheden bij *innovatie* en *optimalisatie* van bevolkingsonderzoeken nader te definiëren. De daarover gemaakte afspraken lijken echter tot op heden nog niet het gewenste resultaat te hebben gebracht.
- Ten derde is het de vraag in hoeverre de regie in het stelsel op dit moment op het juiste strategische niveau wordt ingevuld. Het voeren van regie<sup>21</sup> in dit meerlaagse model stelt hoge eisen aan rolzuiverheid en (strategische) competenties. Het lukt het RIVM als regisseur in dit stelsel nog niet (altijd) om de sturing op hoofdlijnen en het juiste strategisch niveau in te vullen. Dat zorgt voor ongenoegen bij de screeningsorganisaties. Zij ervaren de door het RIVM gevoerde regie op momenten als detailsturing, die zich sterk op *throughput* richt en soms incidentgedreven is. Een vermindering van dit type sturing zou in de visie van de SO’s gepaard moeten gaan met het vergroten van mogelijkheden om te innoveren in de uitvoering, binnen de bestaande kaders. Ook missen de SO’s sturingsmechanismen die voorzien in hun behoefte aan richting op bestuurlijk-strategisch vlak. Hieronder gaan we daar nader op in.

De discussie over rollen in het stelsel legt een dieperliggend verschil in visie op de rol van de screeningsorganisaties bloot. Als uitvoerende partij in het stelsel kunnen zij beschouwd worden als voornamelijk logistieke, dienstverlenende uitvoeringsorganisaties, die zich richten op het managen van grote stromen goederen (post, testmateriaal) en informatie (mammografieën, testresultaten, uitnodigingen). Tegelijk is het ook mogelijk de screeningsorganisaties een andere functie toe te dichten: die van (semi-)autonome uitvoerder in dit stelsel, die bijvoorbeeld ook een rol kan spelen rond (wetenschappelijk) onderzoek. Verschillende partijen in het stelsel geven blijk van een andere visie op het wezen van de screeningsorganisatie. Dat leidt in de praktijk tot discussies en onbegrip.

---

<sup>21</sup> In bijlage 4 gaan we nader in op het begrip regie en de verschillende aspecten daarvan.

## *Sturingsvisie en -praktijk*

In de bestuurlijke inrichting van de bevolkingsonderzoeken lijken sturingsmodel en sturingsvisie niet geheel met elkaar in overeenstemming te zijn. Daarmee bedoelen we dat het sturingsmodel, en dan met name de keuze voor subsidiëring van private uitvoerende partijen, in theorie het beste past in stelsels met meer eigen ruimte voor de uitvoering. Private organisaties hebben mede daarom ook eigen bestuurders, een eigen Raad van Toezicht, eigen strategische meerjarenplannen, enzovoort. Dat zijn stuk voor stuk elementen die prikkelen richting autonomie voor de screeningsorganisaties.

Die private status is echter minder logisch wanneer de organisaties op grond van subsidievoorwaarden 100% publiek gefinancierde taken verrichten en geen andere activiteiten mogen uitvoeren. Ook complicerend is het als de sturende partijen in het stelsel handelen volgens een *sturingsvisie* die niet geheel in overeenstemming is met de kenmerken van het stelsel. Het stelsel prikkelt tot autonome uitvoering, maar de sturingsvisie gaat uit van uitvoerders met zeer beperkte autonomie. Die sturingsvisie blijkt het duidelijkst uit de door het CvB opgestelde uitvoeringskaders voor de bevolkingsonderzoeken. Die zijn zeer gedetailleerd en laten weinig tot geen ruimte voor eigen invulling op het niveau van de screeningsorganisaties. Een voorbeeld daarvan is het communicatiemateriaal dat door de screeningsorganisaties wordt verstuurd. Dat materiaal is ontwikkeld onder regie van het RIVM, in samenspraak met een brede groep aan ketenpartners zoals huisartsen en patiënten. Omdat de hele keten hierin betrokken is, kunnen de SO's het materiaal niet naar eigen inzicht aanpassen. Toch zouden zij hiervoor graag meer mogelijkheden hebben, om in te kunnen spelen op signalen die zij opvangen in hun klantcontacten.

Behalve rond *sturingsvisie* doen er zich ook knelpunten voor rond de *voorwerpen* van sturing en de *wijze* van sturing in het stelsel. Met betrekking tot dat punt is duidelijk dat het RIVM zijn sturing vooral richt op de *inhoud* van het screeningsproces. De uitvoeringskaders van het CvB zijn daar de belangrijkste uiting van. Er is in de huidige praktijk sprake van detailsturing, die door screeningsorganisaties als onproductief wordt ervaren. Zij hebben het gevoel hun rol als uitvoerder onvoldoende te kunnen spelen en geen mogelijkheden te hebben om in te spelen op signalen die zij waarnemen in de uitvoeringspraktijk. Er is met andere woorden op dit moment geen overeenstemming tussen in het stelsel welke mate van sturing *proportioneel* is voor het karakter van de taakuitvoering en de risico's daarbinnen.

Een alternatief zou zijn om de sturing meer op *outputs*, kaders en randvoorwaarden te richten. Screeningsorganisaties geven aan behoefte te hebben aan sturing die meer op hoofdlijnen is vormgegeven: een meer strategisch-bestuurlijk georiënteerde sturingspraktijk. Die wordt in hun ogen nu zowel door VWS als het CvB niet of te weinig ingevuld. Screeningsorganisaties vinden dat zij de ervaring die ze opdoen in de uitvoering van bvo's onvoldoende in kunnen brengen op het strategische niveau. De *feedbackloop* van uitvoering naar strategie functioneert in hun beleving onvoldoende. Het 'bestuurlijk gesprek' dat de screeningsorganisaties graag zouden voeren, komt in hun beleving op dit moment niet tot stand.

Op dit vlak is de rol van VWS als stelsel- of systeemverantwoordelijke belangrijk. Vanuit die rol moet worden toegezien op de vraag of de continuïteit van het stelsel is geborgd. Dat is een rol waarbij distantie past. In aanvulling daarop is om die reden ook sturing die zich meer op de inhoud richt noodzakelijk, een rol die op dit moment bij het RIVM is belegd.

## *Sturing op kwaliteit*

Een specifiek onderdeel van de manier waarop in het stelsel wordt gestuurd, is de wijze waarop gestuurd wordt op de kwaliteit van de bevolkingsonderzoeken: de kwaliteitsborging.

In hoofdstuk 2 beschreven we al welke elementen er in het stelsel aanwezig zijn om de kwaliteit te borgen. Dat zijn bijvoorbeeld de uitvoeringskaders van het RIVM, de programma-commissies van de drie bvo's, de auditfunctie naar ketenpartners, en de onafhankelijke referentiefunctionarissen die zijn aangesteld om de kwaliteit van de onderzoeken te borgen.

Gesprekspartners schetsen een beeld van toegenomen complexiteit rond bevolkingsonderzoeken. Veranderingen gaan steeds sneller. Innovaties worden soms al in de onderzoeken geïmplementeerd terwijl ze nog niet uitontwikkeld zijn. Dat heeft een impact op de manier waarop in het stelsel wordt gestuurd op kwaliteit: kwaliteitsborging wordt steeds ingewikkelder, en vergt andere competenties dan in de afgelopen jaren. Geïnterviewden geven aan dat kwaliteitsborging helderder belegd zou kunnen worden in het stelsel en dat partijen op dit vlak beter met elkaar samen zouden kunnen werken. Het is de vraag of het stelsel op dit punt voldoende toekomstbestendig is.

Ook zijn er vragen over de manier waarop de kwaliteitsborging en kwaliteitstoezicht is belegd voor de bvo's naar darmkanker en baarmoederhalskanker. De screeningsorganisaties zijn opdrachtgever voor de referentiefunctionarissen voor deze twee bvo's. Dat is een verschil met de andere bvo's, waarvoor het RIVM opdrachtgever is voor de referentiefunctie. Het RIVM vindt de huidige situatie onwenselijk, en ziet als risico dat de onafhankelijkheid van de referentiefunctie onvoldoende geborgd is. Ook ziet het RIVM voordelen in het in één hand beleggen van het opdrachtgeverschap van de referentiefunctie voor alle bevolkingsonderzoeken. De mogelijkheid zou hier kunnen worden verkend om een onafhankelijke partij een rol te geven op het vlak met betrekking tot kwaliteitsmonitoring en -toezicht, analoog aan de rol die het LRCB vervult voor de borstkankerscreening.

### *Sturing op doelmatigheid*

De bevolkingsonderzoeken naar kanker beogen, zoals we eerder zagen, bij te dragen aan drie publieke waarden: kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid. Een betaalbaar stelsel van bevolkingsonderzoeken is mede het resultaat van een bestuurlijke inrichting waarin aandacht is voor het doelmatigheidsaspect. Over de (sturing op) doelmatigheid van het stelsel zijn op hoofdlijnen de volgende opmerkingen te maken:

- In de sturingsrelatie tussen het RIVM en de screeningsorganisaties in zijn huidige vorm is doelmatigheid maar in beperkte mate onderwerp van expliciete sturing. De sturing van het CvB richting de screeningsorganisaties heeft een sterk inhoudelijk karakter. Sturing is vooral gericht op de *throughput*. Een voorbeeld daarvan zijn de uitgebreide uitvoeringskaders die door het CvB zijn ontwikkeld. Sturing op *output* is minder prominent, en er zijn weinig prikkels tot doelmatigheid in de sturing ingebouwd. Hoewel er instrumenten zijn ingebouwd die gericht zijn op doelmatigheid, zoals benchmarking tussen de vijf screeningsorganisaties en jaarlijkse tariefherijkingsprocedures, zou sturing op doelmatigheid sterker vorm kunnen krijgen.
- De screeningsorganisaties hebben in de loop der jaren substantiële reserves opgebouwd. Dat werd, na overleg, goedgekeurd door het RIVM/CvB. Op grond van de subsidieregeling is het de SO's toegestaan om een reserve aan te houden van 10% van de jaaromzet. In overleg met het CvB is in de afgelopen jaren met enkele SO's de afspraak gemaakt dat zij gedurende een aantal jaar deze norm mochten overschrijden, maar dat de extra reserves uitsluitend mochten worden ingezet voor enkele grote vernieuwingsprojecten. De middelen die eind 2018 niet voor dit doel zijn ingezet door de SO's, worden conform deze afspraak door hen gerestitueerd aan VWS. Desalniettemin blijkt uit gesprekken dat bij VWS en het CvB vragen bestaan omtrent de noodzaak van de bij de SO's aanwezige reserves. Het is een open vraag in hoeverre de sturing en regie zich zou moeten uitstrekken tot dit thema (wat ook als een verantwoordelijkheid van de private partijen

kan worden gezien). In het algemeen lijkt het aan een gedeeld kader te ontbreken op basis waarvan bepaald kan worden wat in deze context acceptabele en/of benodigde reserves zijn.

- Gesprekspartners geven aan dat zij inschatten dat er doelmatigheidswinst te behalen is in het stelsel. Voorbeelden van onderdelen waarop dat mogelijk zou zijn, zijn de afstemmingslast die ontstaat door de complexiteit van het stelsel, en schaalvoordelen die zouden kunnen worden behaald door opschaling van de screeningsorganisaties (met name in staffuncties). Dit soort vermoedens zouden echter nader onderbouwd moeten worden in vervolgonderzoek.
- Tegenover de gesignaleerde complexiteiten hierboven staat dat het bestaan van vijf screeningsorganisaties in plaats van één landelijke screeningsorganisatie de efficiency van het stelsel zou kunnen vergroten, doordat de organisaties van elkaar kunnen leren, en tegen elkaar gebenchmarkt kunnen worden. Dat gebeurt dan ook in de huidige praktijk (nog afgezien van het argument dat het ook binnen een organisatie mogelijk is om te leren van verschillen tussen afdelingen en/of regio's).

## 5. De toenemende onderlinge afhankelijkheid van de screeningsorganisaties

Een punt dat in de gevoerde gesprekken regelmatig terugkomt, heeft betrekking op de steeds grotere onderlinge afhankelijkheid en noodzaak tot samenwerking tussen de vijf screeningsorganisaties. Daarover zijn een aantal observaties te maken. Het stelsel van bevolkingsonderzoeken beweegt zich in de afgelopen jaren in toenemende mate richting de landelijke schaal, zoals we hierboven ook al opmerkten. Dat gegeven, in combinatie met de noodzaak tot uniformiteit in bijvoorbeeld ICT-systemen, maakt dat de toenemende verknoptheid tussen de screeningsorganisaties een logische is – en werpt de vraag op of de regionale schaal van de screeningsorganisaties de meest voor hand de liggende organisatievorm is.

Verder lijkt de situatie met vijf screeningsorganisaties geen positief effect te hebben op de slagvaardigheid van het stelsel. Er is veel overleg nodig tussen de vijf SO's. Juist vanwege de onderlinge verwevenheid is die noodzaak tot overleg heel groot: vanwege de landelijke schaal van bijvoorbeeld de onderliggende IT-systemen van de screening zijn zorgvuldig overleg en afstemming van groot belang. In hun besluitvorming streven de bestuurders van screeningsorganisaties naar consensus, wat veel tijd kost. Het beeld bestaat dat in de samenwerking tussen de screeningsorganisaties 'de langzaamste speler het tempo bepaalt'.

De groeiende onderlinge verwevenheid van de screeningsorganisaties wordt vooral zichtbaar in de Facilitaire Samenwerking Bevolkingsonderzoek (FSB), het *shared services centre* van de screeningsorganisaties. De FSB is het antwoord van de screeningsorganisaties op hun toenemende onderlinge afhankelijkheid. Strategisch belangrijke projecten, zoals ScreenIT, spelen zich steeds meer via de FSB af. Dat is begrijpelijk, want het gaat om een systeem dat voor het landelijke stelsel als geheel moet functioneren. De FSB heeft tot op heden doorlopen aanbestedingsprocedures steeds tot een goed einde gebracht. De vraag is wel of een landelijke screeningsorganisatie dit soort processen niet eenvoudiger zou moeten doorlopen, met minder onderlinge afstemmingslast.

Uit de gesprekken komt op dit thema dan ook een tweede knelpunt naar voren: de op dit moment ontwikkelde governancestructuur (de FSB en enkele andere structuren) loopt tegen de grenzen van zijn vermogen aan. Daarvan zijn een aantal voorbeelden te geven:

- Hoe meer budgetten en strategisch belangrijke processen zich op het niveau van de FSB afspelen, hoe minder bestuurders en toezichthouders van screeningsorganisaties direct 'in control' zijn over hun eigen organisatie.



- Aangezien de FSB de gedeelde back-office is van de screeningsorganisaties, bestaat er geen formele directe sturingsrelatie tussen RIVM/CvB en de FSB. Dat levert ongemak op aan de zijde van het CvB. Het gevoel bestaat daar dat het om die reden lastig is om invloed te hebben op strategisch belangrijke trajecten die door het FSB worden uitgevoerd.
- De bestuurders van de screeningsorganisaties hebben onderling inhoudelijke portefeuilles verdeeld, zoals bijvoorbeeld de drie bevolkingsonderzoeken, met als doel de organisatorische slagkracht te vergroten. Bestuurders hebben echter geen mandaat om op 'hun' portefeuille eigenstandig beslissingen te nemen die implicaties hebben voor de andere screeningsorganisaties. Ook sturen de bestuurders managers aan op het vlak van hun portefeuille, die niet hun hiërarchisch ondergeschikten zijn, omdat ze in dienst zijn van een andere screeningsorganisatie of de FSB. Dat levert soms problemen op in de uitvoering.
- In het algemeen kan worden opgemerkt dat, hoewel er zich nu nog geen pregnante problemen voordoen rond de FSB, de FSB tegen zijn grenzen aanloopt op het vlak van werkbaarheid en effectiviteit, en geen duurzame oplossing voor de toekomst lijkt te zijn.

## 6. Samenwerking en relaties binnen het stelsel: aandacht voor zowel gedrag als structuur

De governance van de bevolkingsonderzoeken is het product van het samenspel tussen structuur en het gedrag van actoren binnen die structuur. Gesprekspartners vragen behalve voor de structurele aandachtspunten die hierboven zijn beschreven, ook aandacht voor de 'zachte' kant van het stelsel: het gedrag van actoren binnen de gegeven structuur. Sommigen stellen dat er op het structurele vlak weinig hoeft te veranderen, maar dat vooral de opstelling en het gedrag van actoren in de weg staat van een optimaal resultaat.

De hierboven genoemde structurele aandachtspunten hebben hun effect op het gedrag van partijen: acties, samenwerking en relaties tussen de hoofdrolspelers in het stelsel. De productiviteit van de samenwerking is in de afgelopen jaren niet optimaal geweest. De relaties tussen kernspelers zijn verkend, en de samenwerkingsenergie tussen partijen liet te wensen over.

Het verkennen van toekomstscenario's vraagt echter de inzet van alle partijen, alsmede de bereidheid om ook de eigen rol en het eigen functioneren ter discussie te stellen. In het onderzoekstraject is door het intensief betrekken van alle partijen in het stelsel geprobeerd daar een steviger basis voor te leggen.

## 3.3 Samenvatting

- De bevolkingsonderzoeken naar kanker beogen bij te dragen aan drie overkoepelende publieke waarden: kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid.
- In de huidige bestuurlijke inrichting van de bevolkingsonderzoeken zijn drie fundamentele keuzes te herkennen:
  - Als eerste de keuze voor het op *regionale schaal* organiseren van de coördinatie, c.q. uitvoering van de bevolkingsonderzoeken. De huidige inrichting is het resultaat van een eerdere opschalingsinspanning vanuit een stelsel met 18 screeningsorganisaties. In dat proces van clustering werd er expliciet gekozen voor het beleggen van de uitvoering op regionaal niveau.
  - Ten tweede de keuze voor een *gelaagd sturingsmodel*, waarin VWS de regie over de bevolkingsonderzoeken heeft belegd bij het RIVM/CvB, dat vanuit zijn regierol (onder

meer) fungeert als *broker* tussen VWS en de uitvoerders van de bevolkingsonderzoeken.

- Ten derde de keuze voor het in *private* handen beleggen van de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken – hetgeen overigens in andere delen van de zorgsector gebruikelijk is. De SO's zijn private stichtingen, die echter (op grond van subsidievoorwaarden) geen andere taken uitvoeren dan de taken die ze uitvoeren in het kader van de bvo's. Ze hebben een subsidierelatie met het RIVM/CvB en leggen financiële en inhoudelijke verantwoording af aan het RIVM/CvB. Voor de uitvoering van hun taken hebben ze een vergunning krachtens de Wet op het Bevolkingsonderzoek.
- Wat betreft de werking van het stelsel in de praktijk is van belang dat er geen vragen zijn over de operationele kwaliteit van bevolkingsonderzoeken; de onderzoeken presteren uitstekend. Desalniettemin zijn er twee overkoepelende punten van zorg:
  - Er doen zich een aantal knelpunten voor op het vlak van besturing en bedrijfsvoering.
  - Er bestaan zorgen rond de ontwikkeling van de bevolkingsonderzoeken richting de toekomst.
- Uit de gevoerde gesprekken zijn zes brede aandachtspunten met betrekking tot de bestuurlijke inrichting te destilleren, die betrekking hebben op:
  - Het **stelsel** waarbinnen de bevolkingsonderzoeken een plaats hebben: in welk overkoepelend stelsel zouden de bvo's idealiter thuis horen?
  - De **ordering** van de bestuurlijke inrichting. De SO's zijn private stichtingen, die voor 100% publieke taken uitvoeren.
  - De gekozen **schaal** binnen deze inrichting: de besturing van de bvo's beweegt in toenemende mate naar de landelijke schaal. De regionale schaal lijkt daarom niet langer de meest logische voor de bestuurlijke inrichting.
  - De **sturing** in deze inrichting: het gelaagde sturingsmodel, met drie lagen en vijf screeningsorganisaties, zorgt voor complexiteit. De gehanteerde sturingsvisie lijkt niet optimaal aan te sluiten op de praktijk. Er bestaan verschillen van mening over de manier waarop sturing in het stelsel vorm zou moeten worden gegeven.
  - De **toenemende onderlinge afhankelijkheid** van de screeningsorganisaties laat zien dat de huidige bestuurlijke inrichting tegen zijn grenzen aanloopt.
  - De **samenwerking en relaties** binnen het stelsel: de samenwerking tussen partijen in de afgelopen jaren heeft op vlakken te wensen over gelaten.

## 4 Scenario's voor de toekomst

In dit deel van het rapport presenteren we, voortbouwend op de schets van de huidige bestuurlijke inrichting en de analyse van de knelpunten daarbinnen, scenario's voor de toekomstige bestuurlijke inrichting van het stelsel van de bevolkingsonderzoeken naar kanker.

### 4.1 Uitgangspunten voor de scenario's

#### 4.1.1 Kenmerken primair proces

De primaire processen van de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker hebben gemeenschappelijke kenmerken die eisen stellen aan de bestuurlijke inrichting. De belangrijkste van die overkoepelende kenmerken noemen we hier.

De bevolkingsonderzoeken naar kanker worden gekenmerkt door:

- De uitvoering van een medische handeling bij gezonde mensen, wat hoge eisen stelt aan **kwaliteitsborging** – gemaakte fouten hebben potentieel een grote impact
- Een primair proces gericht op de **cliënt**, waarin klantbeleving en -tevredenheid belangrijke factoren zijn
- Een sterk **geprotocolleerde** reeks handelingen: uniformiteit van uitvoering staat voorop
- Het **samenwerken** in ketens, zowel op regionaal als landelijk niveau
- Een grote **informatieverwerkingscomponent**, met aandachtspunten rond ICT-systemen en de omgang met persoonsgegevens
- De noodzaak van goede aansluiting op het **wetenschappelijke** circuit, vooral met het oog op het belang dat wordt gehecht aan het werken met *proven technology*
- Het belang van **maatschappelijk draagvlak** voor het welslagen van de bevolkingsonderzoeken (de participatiegraad)
- Een veld dat volop **in beweging is**: het bvo darmkanker is in opbouw; het bvo baarmoederhalskanker is recent vernieuwd en via BK2020 lopen er innovaties voor het bvo borstkanker.

Behalve die overeenkomsten is er ook in een aantal opzichten sprake van verschillen tussen de drie bevolkingsonderzoeken:

- De drie bvo's zijn in verschillende mate **regionaal gebonden**: het bvo naar borstkanker het sterkst, dat naar darmkanker in mindere mate, en het bvo naar baarmoederhalskanker nauwelijks
- De **rol van de screeningsorganisaties** verschilt per bvo. Het belangrijkste verschil is dat de SO's in het bvo naar borstkanker zelf verantwoordelijk zijn voor een belangrijk deel van de uitvoering van de screening, en in de andere twee bvo's een minder intensieve uitvoerende betrokkenheid hebben. De mate van klantcontact verschilt dan ook per bvo

- Daaruit volgt ook dat de bvo's verschillen met betrekking tot de **betrokkenheid van andere partijen** in de uitvoering. In de uitvoering van het bvo naar baarmoederhalskanker spelen huisartsen bijvoorbeeld een andere rol dan in de andere twee bvo's.

## 4.1.2 Weging van de scenario's

De criteria die het mogelijk maken de scenario's onderling te wegen, zijn opgenomen in de onderstaande tabel.

<b>Criterium</b> <i>bijdrage van het sturingsmodel aan...</i>	<b>Indicator</b>	<b>Toelichting</b>
<b>Effectiviteit van het stelsel</b>	1. Participatiegraad	Voor bereiken van doelen bvo's is deelnamegraad van groot belang.
	2. Inzet effectieve screeningsmethoden	Hangt nauw samen met innovatievermogen: in hoeverre is het stelsel geëquipeerd om de meest effectieve methoden te leveren aan cliënten?
<b>Doelmatigheid van het stelsel</b>	1. Eenduidig besturingsmodel met heldere rol- en taakverdeling	Verschillende rollen, taken en verantwoordelijkheden zijn duidelijk belegd in het stelsel, en het gekozen sturingsmodel sluit aan bij de verschillende rollen en posities van de partijen in het stelsel.
	2. Doelmatigheid / efficiëntie	Behalve inhoudelijke sturing moet ook sturing op doelmatigheid zijn geborgd in het stelsel.
	3. Schaalniveau	De mate waarin verschillende processen binnen het stelsel op het juiste schaalniveau (nationaal, regionaal) zijn belegd
<b>Kwaliteit en innovatie binnen het stelsel</b>	1. Kwaliteitsborging en uniformiteit	Bij het delicate proces van screening horen kwaliteit en zorgvuldigheid op één te staan. Is kwaliteitsborging helder belegd in het stelsel en wordt screening landelijk op een uniforme manier uitgevoerd?
	2. Innovatievermogen	Is het stelsel voldoende en tijdig in staat in te spelen op toenemende dynamiek?
	3. Ruimte voor de uitvoering	De mate waarin op uitvoeringsniveau ruimte is om te leren en ontwikkelen vanuit de praktijk.
<b>Borging publieke waarden en politieke verantwoordelijkheid</b>	1. Borging publieke waarden	De mate waarin in de publieke waarden waarin de bevolkingsonderzoeken voorzien, geborgd zijn.
	2. Invulling politieke verantwoordelijkheid	De mate waarin de bewindspersoon de mogelijkheid heeft om invulling te geven aan zijn politieke verantwoordelijkheid voor de bevolkingsonderzoeken en de borging van publieke waarden daarbinnen.
<b>Haalbaarheid en transitie</b>	1. Draagvlak	Kan de bestuurlijke inrichting rekenen op draagvlak van sleutelspelers?
	2. Transitie en frictiekosten	Welke veranderingen komen er kijken bij de transitie naar een andere inrichting, en wat zijn de frictiekosten die daarmee gepaard gaan?

## 4.2 Scenario's: keuzes op vier dimensies

In paragraaf 3.2 hebben we aandachtspunten van de huidige bestuurlijke inrichting gepresenteerd, geclusterd in zes overkoepelende thema's. Vier van die thema's bieden de mogelijkheid om structurele keuzes voor de bestuurlijke *inrichting* te maken; de laatste twee thema's gaan meer over de hoe de besturing binnen die inrichting *in praktijk wordt gebracht*.

In de figuur hieronder zijn de vier thema's uit de eerste categorie weergegeven, samen met de keuzes op hoofdlijnen die per thema gemaakt kunnen worden. In het vervolg van dit hoofdstuk lopen we de verschillende dimensies, en de keuzemogelijkheden per dimensie, een voor een langs.

1. Stelsel	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Publieke gezondheid</li><li>▪ Zorgverzekeringswet (semi-publiek)</li><li>▪ Volledig private inrichting</li></ul>
2. Schaal	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 5 screeningsorganisaties</li><li>▪ Intensivering samenwerking / integratie SO's</li><li>▪ Eén SO per bevolkingsonderzoek</li><li>▪ Volledige fusie SO's</li></ul>
3. Ordening	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Volledig publieke uitvoeringsorganisatie(s)</li><li>▪ Hybride uitvoeringsorganisatie(s)</li><li>▪ Volledig private uitvoeringsorganisatie(s)</li></ul>
4. Sturing	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Getrapte sturing via RIVM/CvB</li><li>▪ Directe sturing RIVM-screeningsorganisatie(s): VWS meer op afstand</li><li>▪ Directe sturing VWS-screeningsorganisatie(s): adviesrol RIVM/CvB</li><li>▪ Publieke uitvoering binnen RIVM</li></ul>

### 1. Scenario's stelsel

#### Scenario's

Voor de scenario's op het vlak van stelsel bestaan grosso modo drie mogelijkheden:

- **Publieke gezondheid** (huidige regime): bevolkingsonderzoeken als onderdeel van het bredere geheel van 'gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking', zoals geregeld in onder meer de Wet Publieke Gezondheid.
- **Zorgverzekeringswet (Zvw)**: bevolkingsonderzoeken zijn te karakteriseren als de verrichting van handelingen op individueel niveau, gericht op het boeken van gezondheidswinst en het voorkomen van zorgkosten voor het individu. Die karakterisering sluit aan bij de Zvw – een schadelastverzekering voor het individu. Daarmee is het in theorie denkbaar om bevolkingsonderzoeken onder te brengen in de Zvw.
- **Volledig private inrichting**: een derde optie zou het volledig privatiseren van bevolkingsonderzoeken zijn. Dat betekent dat de overheid expliciet de keuze zou moeten maken dat bvo's niet langer een publieke taak zijn en aan de markt over kunnen worden gelaten.

## Weging scenario's

Als we onze blik eerst richten op het tweede scenario (onderbrengen van bvo's in de Zorverzekeringwet (Zvw)) dan zien we dat bepaalde aspecten van de bevolkingsonderzoeken naar kanker aansluiten op het karakter en doel van de Zvw, zoals we hierboven beschreven. Dat geldt echter niet voor andere elementen van de bevolkingsonderzoeken, zoals bijvoorbeeld het feit dat er sprake is van ongevraagd aanbod van medische diagnostiek aan een grote groep van burgers.

In dat kader is de beleidslijn van het Zorginstituut rond dit thema relevant. Het Zorginstituut stelt in een advies<sup>22</sup> over de mogelijkheden van het opnemen van prenatale screening in de Zvw, dat er voor onderbrenging van een activiteit binnen de Zvw sprake moet zijn van in elk geval twee criteria. Het eerste is dat, volgens ZiNL, het beginpunt van de Zvw wordt gevormd "door een individuele zorgvraag van een verzekerde die zich wendt tot een zorgverlener". Het tweede criterium is dat zorg alleen binnen de Zvw kan worden vergoed als de verzekerde "redelijkerwijs is aangewezen op zorg", als er dus sprake is van een medische indicatie (artikel 2.1 lid 3 van het Besluit zorgverzekering). Dat betekent dat het individuele risico op een ziekte of aandoening van een burger hoger moet zijn dan het risico van de populatie als geheel.

Bevolkingsonderzoeken voldoen aan geen van deze twee criteria. Ten eerste is er bij de bvo's sprake van *ongevraagd* aanbod, zonder dat daar een individuele zorgvraag aan ten grondslag ligt. Ten tweede is er geen sprake van een medische indicatie bij de deelnemers: de gehele doelgroep wordt uitgenodigd. Bvo's zijn bij uitstek niet gericht op burgers met verhoogd risico, maar op de populatie als geheel. Deze redeneertrant leidt het Zorginstituut tot de conclusie dat "prenatale screening geen te verzekeren prestatie binnen de Zvw kan vormen". Deze argumenten gelden evenzeer voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker.

Een ontwikkeling richting het derde scenario (private inrichting) lijkt binnen de huidige context evenmin aan de orde. De belangrijkste reden daarvoor is het belang dat door betrokken partijen wordt gehecht aan de publieke waarden van kwaliteit en toegankelijkheid. Een geprivatiseerd stelsel, waarin de uitvoering van bevolkingsonderzoeken volledig aan de markt wordt overgelaten, maakt het moeilijker om die publieke waarden te borgen, vooral omdat de toegankelijkheid dan op het spel komt te staan. Doordat de bevolkingsonderzoeken nu publiek, en kosteloos, worden aangeboden, worden grote groepen burgers bereikt. In een private context zal de participatiegraad naar verwachting sterk dalen.

Daarmee lijkt de conclusie dat het eerste, huidige scenario op grond van het wegingskader het meest wenselijk lijkt. Dat betekent in de praktijk dat een fundamentele stelselwijziging van de bevolkingsonderzoeken niet aan de orde is. Daarvoor bestaat bij stakeholders ook geen draagvlak.

## 2. Scenario's schaal

### Scenario's

Voor de scenario's op de dimensie schaal bestaan de volgende opties:

1. **Vijf screeningsorganisaties** (huidige situatie): de vijf screeningsorganisaties blijven in hun huidige vorm bestaan, inclusief hun *shared services centre* (de FSB).

---

<sup>22</sup> Zorginstituut Nederland, Prenatale screening en de Zorgverzekeringwet (Zvw), brief van 21 juli 2017 aan de Minister van VWS

- 2. Intensivering samenwerking / integratie SO's:** de vijf screeningsorganisaties blijven bestaan, maar zij werken toe naar nauwere integratie en/of landelijke samenwerking. Mogelijkheden daarvoor zijn bijvoorbeeld het uitbreiden van de rol van de FSB, of het opzetten van andere landelijke vormen of structuren die een deel van de taken van de screeningsorganisaties overnemen.
- 3. Eén SO per bevolkingsonderzoek:** dit scenario voorziet een 'kanteling' van het inrichtingsprincipe van het stelsel. In het huidige stelsel is sprake van regionaal bestuurd organisaties. Een alternatief daarvoor zou een stelsel zijn waarin niet regio maar taak c.q. primair proces leidend zijn voor de besturing. Dat zou er in de praktijk op neerkomen dat er drie landelijke screeningsorganisaties ontstaan, die elk voor één van de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker verantwoordelijk zijn. Daarbij zou ook de mogelijkheid kunnen worden onderzocht om niet drie maar twee organisaties in te richten, waarin de bvo's naar baarmoederhalskanker en darmkanker, die beide een sterk landelijk karakter hebben, in één organisatie worden ondergebracht.
- 4. Fusie van de screeningsorganisaties:** dit laatste scenario behelst de samenvoeging van de vijf screeningsorganisaties tot één landelijke organisatie voor alle drie de bevolkingsonderzoeken. De regionale borging van met name het bvo naar borstkanker kan in dit scenario via bijvoorbeeld regiokantoren vorm krijgen, die weliswaar over een aantal plekken in het land verspreid zijn, maar niet zelfstandig zijn. Het FSB zou in dit scenario integraal onderdeel worden van de landelijke screeningsorganisatie.

## Weging scenario's

Bij de weging van deze scenario's staat voorop dat het primaire proces van de bevolkingsonderzoeken geen dwingende noodzaak voor regionale besturing met zich meebrengt. Hoewel de bvo's naar borstkanker en (in mindere mate) darmkanker een regionale uitvoeringscomponent hebben, volgt daaruit niet dat ook het *bestuur* op het regionale niveau belegd zou moeten zijn. Zoals hierboven al werd beschreven leidt die regionale besturing in toenemende mate tot bestuurlijke drukte, complexiteit en afstemmingslast.

Daarom heeft het, op grond van het wegingskader, de voorkeur om het regionale besturingsmodel te vervangen door een van de alternatieve scenario's. Verwacht kan worden dat dat leidt tot een eenvoudiger en doelmatiger inrichting van het bestuur, waarmee enkele knelpunten binnen het huidige stelsel direct worden geadresseerd. De sturingscomplexiteit neemt erdoor af. Tegelijk biedt opschaling kansen om enkele wezenlijke functies (bijvoorbeeld rond kwaliteitsborging) sterker in te bedden bij de screeningsorganisaties, doordat kennis en expertise kunnen worden gebundeld. Doelmatiger bestuur kan daarnaast bijdragen aan een wendbaarder en besluitvaardiger stelsel, dat beter in staat is om in te spelen op de dynamiek die zich rond de bevolkingsonderzoeken afspeelt.

In dit kader is het dan ook zeer relevant dat de screeningsorganisaties medio oktober 2018 de intentie hebben uitgesproken toe te willen werken naar een fusie van de vijf organisaties. Daarmee is een beweging ingezet richting **scenario 4**. Ook in de opvatting van AEF heeft dat scenario de voorkeur: verwacht kan worden dat het de voordelen met zich meebrengt die we hierboven beschrijven. Het is hier van belang oog te hebben voor het feit dat dit proces nog moet worden doorlopen. Desalniettemin gaan we er in het vervolg van de rapportage vanuit dat deze ontwikkeling zich doorzet en gaan we in de volgende scenario's uit van een situatie met één screeningsorganisatie.

## 3. Scenario's ordening

### Scenario's

De dimensie ordening gaat over de structurele vormgeving van het stelsel: wat zijn de formele verhoudingen en relaties van de partijen daarbinnen? Op dat vlak zijn twee variabelen te onderscheiden: 1) de eigendomsverhouding tussen organisaties, en 2) de vrijheidsgraden van partijen in de ordening.

De **eigendomsverhouding** heeft betrekking op de juridische basis van de relatie tussen organisaties. Op hoofdlijnen zijn er hier twee varianten:

- publiek eigendom (agentschap, zbo, etc.), c.q. sturing via hiërarchie
- private contractering (stichting, BV, etc., waarmee een contract wordt gesloten).

De economische theorie stelt dat er twee belangrijke overwegingen spelen rond de keuze voor een van de twee varianten. Enerzijds is dat de mate van *contracteerbaarheid* van prestaties: is het mogelijk de gevraagde prestaties zó in de vorm van een contract te vertalen dat de prestaties worden geleverd zoals gewenst door de opdrachtgever? Daarbij speelt ook de vraag naar een passende risicoverdeling. In de context van bevolkingsonderzoeken spelen echter verschillende risico's, die naast financieel ook een stuk politiek van aard zijn, bijvoorbeeld waar het gaat om kwaliteit en mogelijke incidenten. Dan speelt ook het aspect van stuurbaarheid: biedt de contractering voldoende waarborgen voor deze risico's, c.q. zijn er extra aanknopingspunten nodig voor sturing van de uitvoering door de opdrachtgever?

Anderzijds speelt de vraag of er voor de opdrachtnemer voldoende *prikkels* bestaan voor gewenst gedrag. Voorbeelden daarvan zijn bijvoorbeeld concurrentie- of reputatieprikkels. Wanneer die er voldoende zijn, vergroot dat de kans dat de gecontracteerde partij zijn rol zal vervullen zoals de contracterende partij dat voorstaat.

Met de term **vrijheidsgraden** doelen we op de autonomie die organisaties met uitvoerende verantwoordelijkheid in hun taakuitvoering hebben. Hebben zij de mogelijkheid om autonoom beslissingen te nemen over zaken als aard, werkwijzen en prioriteiten van de taakuitvoering? Of zijn zij vooral 'beleidsarme' uitvoerder van geprotocolleerde taken? Vrijheidsgraden kunnen betrekking hebben op uiteenlopende aspecten. Behalve taakuitvoering kan het in de context van de bevolkingsonderzoeken ook gaan om de mogelijkheid om eigen keuzes te maken op onderwerpen als R&D, financiering of valorisatie. Ook speelt hier de vraag waar de regie op kwaliteit is belegd.

In het eerder aangehaalde model van regie (zie bijlage 4) is behalve de vrijheidsgraden in de uitvoering ook de **doorzettingsmacht** van de regisseur richting de uitvoering relevant. Het gaat daarbij om de mate waarin de regisseur andere relevante partijen zijn wil kan opleggen. Doorzettingsmacht in een publiek model is hiërarchisch van aard, en de mogelijkheden om doorzettingsmacht te doen gelden zijn daarmee groot. De doorzettingsmacht van de regisseur in een private ordening is minder vanzelfsprekend, maar dat betekent niet dat die daarmee automatisch kleiner is. Het is mogelijk doorzettingsmacht via contractering of regelgeving te verankeren<sup>23</sup>.

De bovenstaande overwegingen zijn te vertalen in een drietal (ideaaltypische) scenario's voor de ordening, die in de onderstaande tabel zijn opgenomen.

---

<sup>23</sup> Zie bijvoorbeeld het sturingsmodel van bloedbank Sanquin; hieronder nader toegelicht.



Scenario	Eigendom	Doorzettings- macht	Vrijheidsgraden voor uitvoering
<b>1. Volledig publiek karakter</b> <i>Screeningsorganisatie in de vorm van (bijvoorbeeld) een zelfstandig bestuursorgaan</i>	Publiek	Groot	Klein
<b>2. Hybride karakter</b> <i>Screeningsorganisatie als private organisatie (stichting) met beperkte autonomie</i>	Privaat	Gemiddeld	Klein
<b>3. Privaat karakter</b> <i>Screeningsorganisatie als private organisatie met grotere autonomie</i>	Privaat	Klein	Groot

## Weging scenario's

Voor de weging van de scenario's hierboven is een eerste opmerking dat alle drie de scenario's denkbaar zijn, maar dat de ervaring leert dat de gekozen eigendomsverhoudingen minder bepalend zijn voor de praktijkwerking dan het aantal vrijheidsgraden voor de uitvoerende organisatie. Zo zijn er de nodige voorbeelden van publieke organisaties met grote vrijheidsgraden in hun taakuitvoering, en private organisaties met beperkte autonomie.

Als we inzoomen op de vraag van de **eigendomsverhouding**, is een eerste conclusie dat met betrekking tot dit aspect zowel de keuze voor een publieke als een private uitvoerende organisatie een realistische en werkbare optie kan zijn. Kijken we naar de overwegingen rondom contracteerbaarheid van prestaties hierboven, dan zien we dat de gevraagde prestaties in beginsel helder af te bakenen en daarmee goed contracteerbaar zijn, maar dat er slechts beperkte marktprikkels bestaan in de richting van gewenst gedrag van uitvoerende partijen. Zo is er geen sprake van concurrentie, is er geen noodzaak tot ondernemerschap in de uitvoering, en is er vanwege de overheidsfinanciering van de bvo's geen reden voor het aantrekken van privaat kapitaal.

Als we vervolgens kijken naar de manier waarop risico's belegd worden binnen het stelsel, dan lijkt de conclusie te zijn dat die in de context van de bevolkingsonderzoeken *uiteindelijk* voor rekening van de opdrachtgever komen. De keuze voor private screeningsorganisaties betekent wel dat bepaalde risico's op grotere afstand van het departement zijn belegd. Juridische en financiële risico's van aanbestedingstrajecten bijvoorbeeld worden in grote mate afgedekt door de screeningsorganisaties. Desalniettemin blijft de Minister politiek verantwoordelijk voor het stelsel van de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken, en zal hij die verantwoordelijkheid in de praktijk slechts beperkt kunnen afwentelen op de uitvoerende organisatie(s). Ook in het geval van bijvoorbeeld serieuze financiële problematiek (waarvan in de huidige situatie overigens geen sprake is), zal de Minister voor de keuze staan of hij de tekorten van uitvoerende organisaties al dan niet wil aanvullen, met als risico dat de taakuitvoering in gevaar kan komen – waarvoor de Minister dan weer verantwoordelijk kan worden gehouden.

Tegen deze achtergrond zijn er in beginsel dus weinig redenen om te kiezen voor een ordening met private uitvoering. Als het stelsel van de bevolkingsonderzoeken opnieuw zou

# Andersson Elffers Felix

moeten worden ontworpen, zou de keuze waarschijnlijk uitvallen in het voordeel van het publiek vormgeven van de uitvoering. In zo'n model zou tevens automatisch sprake zijn van een grotere **doorzettingsmacht** voor de opdrachtgever.

Op zichzelf is het (zeker in de zorg) niet ongebruikelijk dat publieke taken in een private context worden uitgevoerd. Bovendien is het ook in een private context mogelijk om stuurbaarheid en doorzettingsmacht stevig te borgen. Een voorbeeld daarvan is de bloedbank Sanquin, die de rechtsvorm van een (private) stichting heeft, maar waarbij de Minister (op grond van de Wet inzake bloedvoorziening) de mogelijkheid heeft om het handelen van de bloedbank te sturen aan de hand van een aanwijzing. Ook dient de bloedbank jaarlijks een beleidsplan en begroting ter goedkeuring in bij de Minister.<sup>24</sup>

In het afwegingskader (4.2) is als criterium ook de haalbaarheid van de keuze voor een bepaald scenario opgenomen, en de transitiekosten waarmee een scenario gepaard gaat. In dat licht is de vraag of een mogelijke transitie van private naar publieke uitvoering gepaard zou gaan, op zou wegen tegen de verwachte voordelen van een uitvoeringsorganisatie met een publiek karakter.

Een regelmatig terugkerend punt van gesprek is het aantal **vrijheidsgraden** voor de uitvoerende organisatie(s). Eerder beschreven we dat die vrijheidsgraden in algemene zin relatief beperkt zijn, en AEF constateert dat partijen zich daar voor het overgrote deel van de taken ook goed in kunnen vinden (c.q. gelijklopende beelden hebben). Op een beperkt aantal taken lopen de ideeën daarover tussen de partijen echter uiteen; met name de screeningsorganisaties zijn van mening dat zij meer ruimte zouden moeten hebben om taken meer naar eigen inzicht uit te voeren. Tot op heden lukt het echter niet om daarover overeenstemming te bereiken met het RIVM als regisseur en hebben gesprekken daarover een repeterend karakter.

Op basis van de gesprekken heeft AEF in kaart gebracht voor welke taken er op dit moment aanleiding is om de bestaande vrijheidsgraden voor screeningsorganisaties te bespreken, dan wel te heroverwegen. Daarvoor brengt onderstaande tabel in beeld rond welke kerntaken er gedeelde beelden onder kernspelers bestaan over de gewenste vrijheidsgraden. Daarbij moet worden opgemerkt dat het bestaan van gedeelde beelden (consensus) op dit moment niet allesbepalend is: overeenstemming is wenselijk met het oog op een goedlopende samenwerking, maar uiteindelijk is het aan de minister om te besluiten welke vrijheidsgraden aan uitvoerende organisaties toegekend worden.

Kerntaak	Heroverweging vrijheidsgraden
Het <b>selecteren</b> van genodigden voor deelname aan bvo's binnen de doelgroep, en het up-to-date houden van dit bestand, etc.	Niet aan de orde: consensus tussen partijen over benodigde vrijheidsgraden

<sup>24</sup> Wet inzake de bloedvoorziening, artikel 3, 5 en 7

<p><b>Communicatie</b> met de doelgroep: het uitnodigen en herinneren van de doelgroep; contact rond inplannen van afspraken, beantwoorden van vragen, afhandelen van klachten, communiceren van de uitslag aan deelnemers, etc.</p>	<p>Heroverweging is aan te bevelen: beperkt gedeeld beeld op dit punt, met name waar het gaat om communicatie richting de doelgroep als geheel. Ruimte voor de uitvoering zou kunnen bijdragen aan procesinnovaties.</p>
<p>Het <b>managen van logistieke processen en het verwerken van informatie</b>: verzending van testmateriaal, zelfafnamesets, uitnodigingen en uitslagbrieven, het beheren, verwerken en delen van informatie via verschillende systemen, etc.</p>	<p>Niet aan de orde: consensus tussen partijen over benodigde vrijheidsgraden</p>
<p>Het <b>uitvoeren</b> van het bevolkingsonderzoek (alleen bij borstkankerscreening): de intake van het screeningsonderzoek, het maken van de mammogrammen en het beoordelen van de mammogrammen op het vermoeden van kanker en technische kwaliteit), het aantrekken en ontwikkelen van personeel voor de uitvoering, etc.</p>	<p>Niet aan de orde: consensus tussen partijen over benodigde vrijheidsgraden</p>
<p><b>Samenwerken met ketenpartners</b>: het maken van afspraken met coloscopiecentra, samenwerking met radiologen en screeningslaboratoria, het communiceren van de uitslag aan huisarts van deelnemers, etc.</p>	<p>Niet aan de orde: consensus tussen partijen over benodigde vrijheidsgraden</p>
<p><b>Het sluiten en beheren van contracten</b> voor de uitvoering van de bvo's: het contracteren van radiologen, laboratoria en coloscopiecentra, het contracten van leveranciers van apparatuur en materiaal voor de screening, het sluiten van contracten voor partijen voor inpakken en verzenden van screeningsmateriaal en communicatiemateriaal, etc.</p>	<p>Heroverweging nu niet aan de orde: er zijn - in consensus vastgestelde - samenwerkingsafspraken</p>
<p><b>Kwaliteitsborging</b> van de bevolkingsonderzoeken, invulling van het opdrachtgeverschap richting de referentiefunctionarissen voor de bvo's naar DK en BMDK, het overleg met hen, het invullen van de auditfunctie voor deze bvo's, en het delen van data in dit verband.</p>	<p>Heroverweging is aan te bevelen: beperkte gedeelde beelden op dit punt.</p>
<p>Het <b>ontsluiten van data</b> conform het opendatabeleid van de overheid</p>	<p>Niet aan de orde: consensus tussen partijen over benodigde vrijheidsgraden</p>
<p><b>Participatie</b> in nationale netwerken en gremia rond bevolkingsonderzoek, zoals de programma-commissies en daarbij behorende werkgroepen.</p>	<p>Niet aan de orde: consensus tussen partijen over benodigde vrijheidsgraden</p>

In aanvulling op dit overzicht doet AEF de volgende constatering:

# Andersson Elffers Felix

- Het zou goed zijn als de drie kernspelers met elkaar het gesprek aangaan over de gewenste vrijheidsgraden in de uitvoering, en zich gezamenlijk inspinnen om op dit vlak tot afspraken komen die voor zo groot mogelijk duidelijkheid en werkbaarheid bij betrokken partijen zorgen.
- Een goede samenwerking tussen partijen helpt om dit gesprek op een goede manier vorm te geven. Ook een helder sturingsmodel ondersteunt dit gesprek: een model dat in staat is belangentegenstellingen of dilemma's af te regelen. Gedacht kan worden aan een jaarlijkse beleidscyclus die het gesprek tussen opdrachtgever en opdrachtnemer faciliteert.
- De aanstaande beweging naar één screeningsorganisatie versimpelt de besturing en biedt een goede gelegenheid om dit gesprek aan te gaan.

Een specifiek punt in de ordening van het stelsel ligt in de vraag waar taken en verantwoordelijkheden voor kwaliteitsborging en toezicht op kwaliteit worden ingevuld. In paragraaf 3.2 is geconstateerd dat het opdrachtgeverschap voor de referentiefunctie niet uniform is belegd voor de verschillende bevolkingsonderzoeken, wat aanleiding geeft tot discussie. In het kader van de herordening van de bevolkingsonderzoeken dient te worden heroverwogen waar deze functie het beste kan worden belegd.

## 4. Scenario's sturing

### Scenario's

De vierde dimensie waarop keuzes kunnen worden gemaakt, is de dimensie van sturing. De vier scenario's op het vlak van sturing zijn de volgende:

#### 1. Getrapte sturing via RIVM/CvB (huidige situatie)

Partijen werken samen aan oplossen van knelpunten binnen de huidige sturingspraktijk. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat te doen via een gezamenlijk ontwikkeltraject, waarin uitgangspunten, rollen en verantwoordelijkheden worden verhelderd en afspraken worden gemaakt over ieders aandeel in het stelsel.



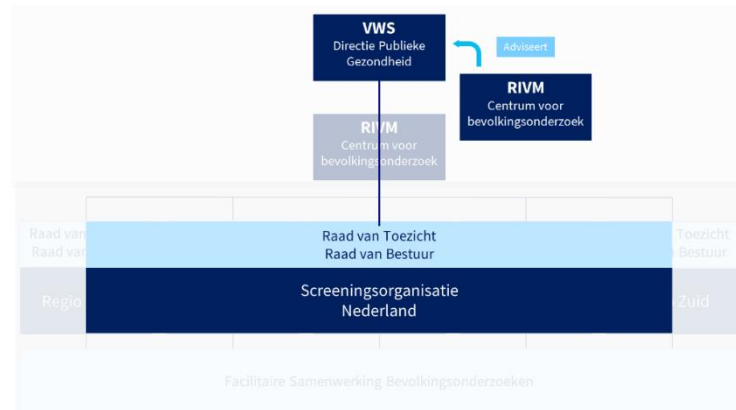
## 2. Directe sturing RIVM-screeningsorganisatie:

In dit scenario wordt de betrokkenheid van VWS anders ingevuld. In algemene zin staat VWS meer op afstand dan in de huidige situatie. De beleidsmatige betrokkenheid van de DG publieke gezondheid wordt afgebouwd, terwijl de verantwoordelijkheid voor beleidsmatige en bestuurlijke sturing explicieter bij het RIVM belegd wordt. Op die manier zijn ook opschalingsmogelijkheden beperkt, en worden de lijnen richting de uitvoering korter. VWS houdt een rol in de sturing op randvoorwaarden, zoals het financieel kader van de screeningsorganisatie.



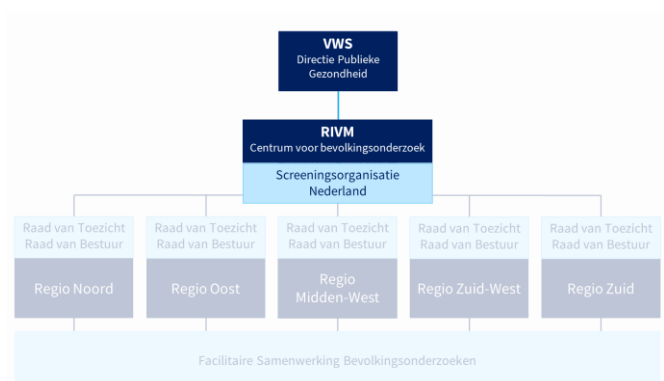
## 3. Directe sturing VWS-screeningsorganisatie

In dit scenario verandert vooral de rol van het RIVM in de keten die van VWS via het RIVM richting de screeningsorganisatie loopt. In plaats van de regierol van het RIVM, die onder meer het opdrachtgeverschap richting de screeningsorganisatie behelst, komt een adviesrol. In die adviesrol is het RIVM vooral verantwoordelijk voor de verbinding met de wetenschappelijke wereld rondom screening, en geeft het advies aan VWS (en de screeningsorganisatie) over de betekenis van wetenschappelijke ontwikkelingen voor de uitvoering van bevolkingsonderzoeken. De reguliere sturing van de screeningsorganisatie op het vlak van bestuur, beleid en financiën wordt belegd bij VWS.



## 4. Publieke uitvoering binnen RIVM

In dit scenario wordt het RIVM/CvB zelf verantwoordelijk voor de (coördinatie van de) uitvoering van de bevolkingsonderzoeken. Dit scenario is vormgegeven analoog aan de inrichting van de Dienst Vaccinvoorziening en Preventie (DVP) van het RIVM. Die dienst is verantwoordelijk voor de coördinatie van het Rijksvaccinatieprogramma, de hieprikscreening bij pasgeborenen en de screening van zwangere vrouwen. Die laatste twee gebieden zijn eveneens bevolkingsonderzoeken. DVP stuurt voor die onderzoeken de uitvoerende partijen in de regio



(GGD'en en JGZ-instellingen) aan, regelt de verwijzing bij een afwijkende uitslag, ziet toe op de kwaliteit van de uitvoering, en registreert informatie in IT-systemen. DVP heeft drie regiokantoren, die op regionaal niveau vaccins distribueren voor het rijksvaccinatieprogramma en kwaliteitscontroles doen. Dit scenario zou binnen het RIVM een functiescheiding tussen (wetenschappelijk) advies en uitvoering met zich meebrengen.

## Weging scenario's

Met betrekking tot de hierboven toegelichte scenario's op het vlak van sturing is vooraf een aantal opmerkingen te maken:

- Er is sprake van een complexe sturingspraktijk, waarin niet altijd duidelijk is waar welke rollen, taken en verantwoordelijkheden met betrekking rond beleid, coördinatie en uitvoering belegd zijn. Drie van de vier scenario's hebben als doel toe te werken naar een eenvoudiger sturingsmodel, met één sturingslaag minder.
- De sturing zoals die in de praktijk vorm krijgt binnen een stelsel, is sterk afhankelijk van een aantal andere factoren, zoals:
  - Het schaalniveau van de uitvoering. In dit kader is de door de screeningsorganisaties ingezette beweging richting een fusie een belangrijke ontwikkeling. We verwachten dat die de coördinatiebehoefte aanzienlijk zal verlagen en de sturingspraktijk daarmee zal versimpelen.
  - De ordening van het stelsel (de keuze tussen publiek-privaat en de mate van vrijheidsgraden) biedt een belangrijk kader voor sturing. Voor het karakter van de sturing maakt het bijvoorbeeld veel uit of er al dan niet sprake is van een eigendomsrelatie tussen VWS en de screeningsorganisaties.
- Het is van belang om in de komende jaren stappen te zetten in het verbeteren van de sturing van de bevolkingsonderzoeken, zodat er een productievere en meer op samenwerken gerichte cultuur tot stand komt in het stelsel.

Een belangrijk knelpunt in het huidige stelsel van de bvo's wordt gevormd door de onvrede onder de screeningsorganisaties over de sturing zoals die op dit moment in het stelsel vorm krijgt, en die we al beschreven in paragraaf 3.2. De beweging van vijf screeningsorganisaties naar één landelijke organisatie kan een goede eerste stap zijn in de richting van een productievere sturingspraktijk. Met de vorming van deze landelijke organisatie staan de SO's aan het begin van een meerjarig ontwikkelproces, dat ook ruimte biedt voor het werken aan de sturing in het stelsel.

Het ontstaan van één landelijke SO zal naar verwachting de noodzaak voor het RIVM verkleinen om strakke regie te voeren, omdat het eenvoudiger wordt om 'horizontaal' te sturen via kaders vooraf. Het ligt dan ook in de lijn verwachting dat de vorming van één landelijke SO gepaard kan gaan met grotere vrijheidsgraden in de uitvoering voor de SO. De beweging in deze richting vergt echter de nodige stuurmanskunst van de bestuurders die de komende jaren met deze opgave aan de slag gaan.

Scenario 2 (directere sturing vanuit het RIVM) houdt in feite in dat het ministerie zijn rol in politieke en beleidsmatige processen verplaatst naar het RIVM. Dat lijkt minder realistisch gezien de politieke verantwoordelijkheid van de Minister. Het verkleinen van de rol van een beleidsdirectie als de directie Publieke Gezondheid is tegen die achtergrond lastig en in bepaalde opzichten ook niet geheel wenselijk.

Een ontwikkeling in de geest van scenario 3 (directe sturing vanuit VWS) is ook mogelijk. Dat betekent dat het ministerie van VWS verantwoordelijk wordt voor de aansturing van de

screeningsorganisatie(s). Dit scenario lijkt ook niet geheel realistisch, omdat de kans groot is dat het in de praktijk lastig zal zijn eenduidig te sturen vanuit VWS. Een belangrijk deel van de sturing van de SO's heeft namelijk een inhoudelijk karakter. Het RIVM heeft daarvoor de kennis in huis, en niet VWS.

In scenario 4 wordt de coördinerende/uitvoerende verantwoordelijkheid voor de bvo's belegd bij het RIVM. Daarmee zal een onderdeel ontstaan dat qua karakter sterk vergelijkbaar is met de Dienst Vaccinvoorziening en Preventie (DVP). Dit scenario lijkt, zoals we ook al beschreven bij de scenario's rond ordening, goed aan te sluiten op enkele criteria uit het wegingskader., zoals eenduidigheid van het besturingsmodel, uniformiteit van uitvoering en de invulling van politieke verantwoordelijkheid. Ook heeft het als voordeel dat de governance van de bevolkingsonderzoeken naar kanker en de bevolkingsonderzoeken rondom de zwangerschap uniformer wordt ingericht, Het brengt echter een stevige transitie met zich mee, van private naar publieke uitvoering. Het is de vraag of de transitiekosten die daarmee gepaard gaan opwegen tegen de voordelen van dit scenario:

- Geredeneerd vanuit de taakuitvoering is er nu geen zwaarwegende reden die pleit voor de transitie: ook in het huidige stelsel worden de bvo's op hoog niveau uitgevoerd
- De fusie van de vijf screeningsorganisaties zorgt al voor een duidelijke vereenvoudiging in het stelsel, die de noodzaak voor een andere ingrijpende transitie verkleint. Het gelijktijdig 'nationaliseren' van de bvo's compliceert en vertraagt dat proces: fuseren is alleen goed mogelijk als helder is waar verantwoordelijkheden zijn belegd; in dat scenario zou de beweging naar publieke uitvoering vooraf moeten gaan aan fusie.
- De stap naar publieke uitvoering is niet in lijn met de beweging naar een kleinere overheid van de afgelopen tijd. Ook is onzeker hoe lang de bevolkingsonderzoeken in hun huidige vorm nog zullen blijven bestaan, gezien de snelheid waarmee innovatieve ontwikkelingen in de wereld van screening zich voordoen. Het is de vraag of het tegen die achtergrond logisch is om een stap richting publieke uitvoering te zetten.

## 5 Conclusies en advies

### 5.1 Samenvatting bevindingen

De uitvoering van de bevolkingsonderzoeken naar kanker vindt plaats op hoog niveau, met hoge kwaliteit en duidelijk aantoonbare maatschappelijke effecten. Op de publieke waarden van kwaliteit en bereikbaarheid (toegankelijkheid) presteren de bevolkingsonderzoeken goed, al staat de participatiegraad onder druk.

De complexiteit en ervaren knelpunten binnen het stelsel bevinden zich vooral in de sfeer van besturing. De knelpunten raken aan verschillende onderdelen van de bestuurlijke inrichting. In dit rapport zijn zes aspecten benoemd die aandachtspunten voor de bestuurlijke inrichting met zich meebrengen.

Die aandachtspunten leiden tot spanningen en een suboptimale samenwerking tussen kernspelers in het stelsel. Dat laat onverlet dat er bij die partijen ook duidelijk sprake is van bereidheid en energie om te streven naar verbeteringen in de onderlinge samenwerking en het stelsel als geheel.

Adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF) is gevraagd om de bestuurlijke structuur van de bevolkingsonderzoeken naar kanker te onderzoeken en scenario's te ontwikkelen voor de toekomstige inrichting ervan.

### 5.2 Weging scenario's

Op vier verschillende dimensies zijn inrichtingskeuzes in de besturing te maken.

- Op het vlak van **stelsel** is het in theorie denkbaar om de bevolkingsonderzoeken onder te brengen in de Zorgverzekeringswet (Zvw), als alternatief voor de huidige positionering binnen het stelsel van publieke gezondheid. Dat past echter niet bij de door het Zorginstituut uitgezette beleidslijn met betrekking tot de plek van screening binnen de Zvw. Private uitvoering, een tweede alternatief voor het huidige stelsel, is voorlopig niet aan de orde, maar zou in de toekomst wel denkbaar kunnen zijn. Voor het stelsel van de bvo's is een plek binnen het huidige stelsel voorlopig dus het meest passend.
- Voor de dimensie **schaal** geldt dat er in de huidige situatie sprake is van vijf, regionaal georganiseerde, screeningsorganisaties. Om verschillende redenen lijkt die regionale schaal niet langer het meest passend voor de besturing van de bevolkingsonderzoeken. Het is denkbaar om in plaats daarvan het *soort* bevolkingsonderzoek leidend te laten zijn voor de bestuurlijke inrichting, maar de meerwaarde daarvan is beperkt. Het scenario met het grootste verbeterpotentieel lijkt een landelijk georganiseerde screeningsorganisatie, waarbinnen ruimte bestaat voor regionale uitvoeringscomponenten, vooral voor het onderzoek naar borstkanker. De



screeningsorganisaties hebben in de loop van dit traject aangekondigd dat zij hebben gekozen voor een fusie en daarmee toewerken naar dit scenario.

- De **ordening** van het stelsel is op dit moment hybride van karakter: de bevolkingsonderzoeken worden uitgevoerd door private stichtingen die echter voor 100% publiek gefinancierd worden en uitsluitend publieke taken uitvoeren. Alternatieve scenario's leggen een sterkere nadruk op het private karakter van de screeningsorganisatie, of, aan de andere kant, bewegen richting publieke uitvoering. De weging daarvan levert als conclusie op dat *publieke uitvoering* het meest passend is bij het karakter van de bevolkingsonderzoeken en de risico's daarbinnen. De voordelen van een transitie richting publieke uitvoering wegen op dit moment echter niet op tegen de kosten die daarmee gepaard zouden gaan. Het gaat dan voornamelijk om de transitiekosten die een dergelijke ingreep met zich meebrengt, waar relatief beperkte winsten in de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken tegenover staan, aangezien die al op hoog niveau functioneert. Ook een eventuele politieke wens om de uitvoering op enige afstand te blijven organiseren kan meespelen in de overweging om de private positie van de screeningsorganisaties te handhaven.
- Met betrekking tot **sturing** zijn er verschillende modellen mogelijk. Naast het huidige model is denkbaar om de sturing op de screeningsorganisaties meer bij VWS (met het RIVM in een adviserende rol) of juist meer bij het RIVM (met VWS meer op afstand) te leggen. Daarnaast is er ook hier de optie van een volledig publiek model, waarbij het RIVM behalve voor de regie ook verantwoordelijk wordt voor de (coördinatie van de) uitvoering van de bevolkingsonderzoeken. Uit de weging van scenario's trekt AEF als conclusie dat er vooral ook veranderingen nodig zijn in de sturings*praktijk*, met name om het strategisch karakter van de sturing te versterken en terugkerende discussies te beslechten.

Als de wegingen van de verschillende opties worden samengenomen, tekenen zich voor de toekomst twee consistente voorkeursopties af:

- De **hybride** variant, waarin de SO's privaat blijven, maar wel fuseren tot één landelijke screeningsorganisatie. Parallel dient te worden gewerkt aan het herontwerp van het sturingsmodel, met een duidelijker rolverdeling tussen partijen en helder toegekende vrijheidsgraden voor de screeningsorganisatie.
- De **publieke** variant, waarin de bevolkingsonderzoeken publiek georganiseerd worden en de uitvoering wordt belegd bij het RIVM, conform het model van de Dienst Vaccinvoorziening en Preventie (DVP). Daarmee valt de uitvoering binnen de hiërarchische lijnen binnen het ministerie van VWS, met het daarin bestaande sturingsmodel.

## 5.3 Advies en vervolg

In dit onderzoek is gebleken waar de schoen wringt in de bestuurlijke inrichting van de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Er is op verschillende momenten gesproken over de knelpunten die zich voordoen in de besturing, en alle partijen zijn bereid om zich in te zetten voor het verbeteren daarvan.

Tijdens dit proces hebben de SO's de intentie uitgesproken om te fuseren. Daarmee is een belangrijke stap gezet in de richting van vereenvoudiging en verheldering van de besturing. De stap naar één landelijke screeningsorganisatie zorgt naar verwachting voor een aanzienlijke vermindering van de coördinatie- en afstemmingslast, en kan bijdragen aan het bewerkstelligen van een doelmatiger besturingsmodel. Tegelijk achten we het van belang dat de transitie die hiermee gepaard gaat niet wordt onderschat en wordt gesteund door alle

# Andersson Elffers Felix

kernspelers in het stelsel. Aandachtspunt in het proces is dat een aantal van de grote vernieuwingsprojecten die in de afgelopen jaren zijn doorlopen, zoals BK2020, kunnen worden afgerond zonder dat het fusieproces de voltooiing van deze projecten belemmert.

Op grond van het onderzoek adviseert AEF de keuze voor de **hybride** variant. Die heeft de voorkeur boven de publieke optie, om de volgende redenen:

- Geredeneerd vanuit de taakuitvoering is er nu geen zwaarwegende reden die pleit voor publieke uitvoering: ook in het huidige stelsel worden de bvo's op hoog niveau uitgevoerd en is er de mogelijkheid om te sturen op de taakuitvoering.
- Fuseren en nationaliseren tegelijk is een uitermate complexe operatie. Dat zou een zeer ingrijpende verandering betekenen, die eigenlijk beter in omgekeerde volgorde plaats zou moeten vinden (eerst publiek maken, dan reorganiseren), maar ook zou betekenen dat de frictiekosten en -risico's door de overheid in huis gehaald worden. De verwachting is dat kernspelers in het stelsel de komende jaren hun handen vol zullen hebben aan het realiseren van één majeure verandering, die van de oprichting van een landelijke screeningsorganisatie, en dat het hen niet zal helpen tegelijkertijd ook een transitie van private naar publieke uitvoering in te zetten.
- Het draagvlak onder de screeningsorganisaties voor de publieke optie is beperkt. Dat zet een rem op de ingezette beweging.

Om binnen de hybride variant tot betekenisvolle stappen vooruit te komen, is een proces nodig waarin de schaalvergroting naar een nationale screeningsorganisatie hand in hand gaat met een herontwerp van het sturingsmodel, op een manier die beide processen voldoende gewicht geeft. AEF adviseert een gezamenlijke aanpak waarin de kernspelers VWS, RIVM en de screeningsorganisaties aan de slag gaan met het ontwikkelen van een herontwerp van de sturing in het stelsel, tegen de achtergrond van de transitie naar één screeningsorganisatie.

Uitgangspunten voor die ontwikkelaanpak zouden in elk geval moeten zijn:

- Een duidelijker rol voor het departement als **stelselverantwoordelijke**. Uiteindelijk is het de minister van VWS die verantwoording aflegt over effectiviteit, kwaliteit en doelmatigheid van het bevolkingsonderzoek; het departement zal zich daarmee een oordeel moeten kunnen vormen van de wijze waarop het stelsel is ingericht en werkt, en waar nodig aanwijzingen moeten kunnen geven voor verbetering.
- Het toewerken naar een andere invulling van de sturing: sturing die strategischer van karakter is, meer op hoofdlijnen wordt vormgegeven, en meer op resultaten (output) dan op activiteiten (throughput) stuurt. Inspiratiebron daarvoor kan het **4R-model van sturing** zijn, dat stelt dat de overheid uitvoerende organisaties een richting meegeeft waarbinnen resultaten geboekt kunnen worden, binnen de ruimte die zij daarvoor krijgen. De aangestuurde organisaties leggen vervolgens rekenschap af over hun activiteiten.
- Een **gezamenlijke, programmatische aanpak**, gedragen door VWS, RIVM en SO's, waarin met open vizier fundamentele veranderingen in de sturing bespreekbaar zijn, met ruimte voor experimenten en leren.
- Een heldere **fasering** van het proces, met als eerste mijlpaal het neerleggen van een gezamenlijk ontwerp van het sturingsmodel rond de zomer van 2019.

In de ontwikkelaanpak zou in elk geval aandacht moeten zijn voor de volgende thema's:

- Het helder beleggen van **rollen en verantwoordelijkheden**: wie staat waarvoor aan de lat, wat zijn de verwachtingen over en weer daarbij, hoe kunnen competenties en taken elkaar optimaal versterken? Daarbij zou er meer helderheid moeten worden aangebracht in onder andere:

- de rol van VWS als stelselverantwoordelijke duidelijker te definiëren: welke verantwoordelijkheden brengt die rol met zich mee, en wat zijn sturingsinstrumenten die passen bij die rol?<sup>25</sup>
- de rol van het RIVM als regisseur en nationaal instituut dat een belangrijke rol heeft in het borgen van effectiviteit, kwaliteit en maatschappelijk draagvlak
- de scheiding tussen beleid en uitvoering: tot hoever reikt de zeggenschap van de regisseur, op welke terreinen is er ruimte voor vrijheidsgraden, en op welke terreinen hebben die vrijheidsgraden het meeste toegevoegde waarde?
- De **uitgangspunten** van sturing: aan de hand van welke *visie (besturingsfilosofie)* zou er moeten worden gestuurd? Welke kernwaarden zijn daarbij in het geding?
- De **voorwerpen** van sturing: op welke aspecten zou de sturing zich (voornamelijk) moeten richten? Wat zou een goede balans zijn tussen sturing op inhoud van het primaire proces, sturing op bedrijfsvoering, en sturing op output? In het kader hiervan ligt het voor de hand het gesprek aan te gaan over het formuleren van **kritieke prestatie-indicatoren** (KPI's), aan de hand waarvan het bestuurlijke gesprek tussen regisseur en uitvoering kan worden gestructureerd.
- Het vormgeven van de **sturingscyclus**: welke sturingsinstrumenten zijn het meest productief binnen het gekozen sturingsmodel? Hoe kan er daarbij voor gezorgd worden dat er in de praktijk van sturing sprake is van rolzuiverheid, er voldoende checks and balances in de sturing zijn, en er sprake is van proportionaliteit in de sturing? Op dit vlak lijkt het verstandig om de sturingscyclus te herontwerpen door het inrichten van nieuwe gremia, termijnen en documenten aan de hand waarvan de sturing vorm kan krijgen.

Om dit proces in goede banen te leiden, adviseren we om voor de komende periode een **transitie-overleg** in te richten, dat de overgang naar de gewenste situatie kan monitoren en borgen. Dat overleg komt periodiek bij elkaar (bijvoorbeeld eens per kwartaal) onder leiding van het departement als stelselverantwoordelijke. In dat overleg kan het bestuurlijke gesprek worden gevoerd over de kaders en randvoorwaarden die nodig zijn voor een goede uitvoering en een soepel verloop van het proces. In het overleg rapporteren de SO's en het RIVM over de voortgang van zowel de fusie als in de ontwikkeling van het sturingsmodel.

Over een aantal jaar kan vervolgens worden geëvalueerd of de gezette stappen hebben bijgedragen aan de gewenste verbeteringen in de bestuurlijke inrichting van de bevolkingsonderzoeken naar kanker.

---

<sup>25</sup> Gedacht kan worden aan instrumenten als het introduceren van een meerjarenplan (in te dienen door SO's en RIVM gezamenlijk), eventueel vergezeld van een aanwijzingsbevoegdheid voor de minister.

## 6 Bijlagen

### Bijlage 1 – Taakverdeling VWS, RIVM en SO's

*Taakverdeling als vastgelegd in het Beleidskader Bevolkingsonderzoeken naar Kanker*

Het **ministerie van VWS** heeft verantwoordelijkheid voor de volgende zaken:

- Het ministerie van VWS is opdrachtgever richting het CvB voor de landelijke aansturing en regie op de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken naar kanker.
- Het ministerie van VWS stelt de wettelijke en beleidsmatige kaders voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker vast.
- De Minister van VWS stelt financiën beschikbaar voor het Nationaal Programma Bevolkingsonderzoek en geeft het CvB de opdracht om als kasbeheerder op te treden.
- Het ministerie van VWS geeft WBO-vergunningen af aan de screeningsorganisaties voor de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken naar kanker en stelt de Subsidieregeling Publieke Gezondheid vast.
- Het ministerie van VWS geeft ZonMW de opdracht voor het uitzetten, bekostigen en faciliteren van onderzoek ten behoeve van de bevolkingsonderzoeken naar kanker.
- Het ministerie van VWS kan de Gezondheidsraad verzoeken om advies uit te brengen over (de wenselijkheid van) mogelijk nieuw bevolkingsonderzoek, innovaties of herbeoordeling van lopende bevolkingsonderzoeken.
- De Minister van VWS beslist over innovaties in de bevolkingsonderzoeken naar kanker.

Het **Centrum voor Bevolkingsonderzoek** (CvB), ondergebracht bij het RIVM, bekleedt een regierol in het stelsel rond de bevolkingsonderzoeken. De taken van het RIVM/CvB zijn:

- Het CvB stuurt in opdracht van het ministerie van VWS de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken naar kanker aan en voert de regie op de uitvoering, waarbij wettelijke en beleidskaders, de publieke waarden, en aansluiting op de reguliere zorg worden gewaarborgd.
- Het CvB signaleert en adviseert het ministerie en andere overheidspartijen over ontwikkelingen en innovaties die van belang zijn voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker en die maatregelen en/of beleidswijzigingen daarin vereisen.
- Het CvB financiert namens de Rijksoverheid de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken naar kanker. De screeningsorganisaties en professionals zijn opdrachtnemer.
- Het CvB stimuleert en faciliteert kwaliteits- en deskundigheidsbevorderende activiteiten voor en door relevante partijen.
- Het CvB stelt uitvoeringskaders en borgt de kwaliteit, door eisen te stellen en te bewaken (zoals uitvoeringskaders, opleidings- en accreditatie-eisen).

- Het CvB zorgt ervoor dat de bevolkingsonderzoeken naar kanker worden gemonitord en geëvalueerd met als doel de publieke waarden, landelijk uniformiteit en aansluiting op de zorg te bewaken
- Het RIVM-CvB stimuleert of zorgt voor een adequaat ingerichte infrastructuur (onder andere de informatiehuishouding).
- Het CvB communiceert met publiek, de doelgroep, professionals, en stakeholders. Het CvB is verantwoordelijk voor het landelijke voorlichtingsmateriaal, op basis waarvan de doelgroep een geïnformeerde keuze moet kunnen maken.
- Het RIVM-CvB stemt af met VWS, zonedig IGJ en/of andere overheidspartijen in het geval van calamiteiten met betrekking tot de bevolkingsonderzoeken naar kanker.
- Het RIVM-CvB stimuleert dat de bevolkingsonderzoeken naar kanker zo veel mogelijk in samenhang met elkaar worden uitgevoerd.
- Het RIVM-CvB informeert VWS over ontwikkelingen die van belang zijn voor de programma's en die maatregelen en/of beleidswijzigingen daarin vereisen.

Bij dit alles laat RIVM-CvB zich adviseren door de Programmacommissies. Zij bestaan uit deskundigen uit kringen van relevante beroepsgroepen en organisaties met gezag binnen hun vakgebied of netwerk, en met relaties in het veld.

De **screeningsorganisaties** zorgen voor de regionale coördinatie en de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Binnen die rol zijn zij verantwoordelijk voor:

- De screeningsorganisaties sluiten samenwerkingsovereenkomsten of maken vergelijkbare afspraken met de uitvoerende en kwaliteit borgende partijen in de bevolkingsonderzoeken naar kanker.
- De screeningsorganisaties zorgen dat de uitvoering plaatsvindt binnen de wet- en regelgeving, en de door het RIVM-CvB gestelde landelijke kaders voor de uitvoering (uitvoeringskaders).
- De screeningsorganisaties onderhouden voor de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken een relevant regionaal netwerk en hebben in dit kader overleg met partijen (waaronder de zorginstellingen en beroepsbeoefenaren) in hun regio en stimuleren waar relevant voor de bevolkingsonderzoeken, de onderlinge samenwerking tussen deze partijen betrokken bij het bevolkingsonderzoek en de aansluitende zorg.
- De screeningsorganisaties monitoren de kwaliteit van de uitvoering van de uitvoerende partijen.
- De screeningsorganisaties stellen gegevens beschikbaar aan de referentiefunctie en monitorende en evaluerende partij ten behoeve van de kwaliteitsborging, landelijke monitoring en evaluatie van de bevolkingsonderzoeken naar kanker.
- De screeningsorganisaties wisselen 'best practices' uit om de uitvoering van de programma's effectiever en doelmatiger te maken. Hierbij zoeken zij steeds de balans tussen onder andere doelmatigheid, continuïteit, regionale inbedding en landelijk uniformiteit. Gezamenlijke initiatieven van de screeningsorganisaties worden afgestemd met het RIVM-CvB.

## Bijlage 2 – Begeleidingscommissie

Naam	Organisatie	Functie
Henk Soorsma (voorzitter)	Ministerie van VWS	MT-lid directie publieke gezondheid
Jaap van Delden	RIVM/CvB	Hoofd Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB)
Theo Camps	TIAS School for Business and Society	Hoogleraar Organisatiekunde & Bestuurskunde
Guido de Valk	De Valk Leadership Company	Onafhankelijk voorzitter programmacommissies borstkanker en baarmoederhalskanker
Evelien Bongers (waarnemer)	Bevolkingsonderzoek Midden-West	Bestuurder

## Bijlage 3 – Gesprekspartners interviews

Naam	Organisatie	Functie
Annemiek van Bolhuis	RIVM	Directeur Volksgezondheid en Zorg
Jaap van Delden	RIVM/CvB	Hoofd Centrum voor Bevolkingsonderzoek
Nynke van der Veen	RIVM/CvB	Hoofd afdeling bevolkingsonderzoek naar kanker en griep
Lydia Pauw	RIVM/CvB	Programmamanager darmkankerscreening
Nynke de Jong	RIVM/CvB	Programmamanager borstkankerscreening
Sandra van Dijk	RIVM/CvB	Programmamanager baarmoederhalskanker
Anne Klein	RIVM/CvB	Financieel adviseur
Angelique Berg	VWS	Directeur-generaal Volksgezondheid
Henk Soorsma	VWS	MT-lid directie publieke gezondheid
Louise van Kranendonk	VWS	Beleidsmedewerker, o.a. staatssteun - directie Publieke Gezondheid
Tineke Kleefkens	VWS	Juridisch Beleidsmedewerker directie Publieke Gezondheid

# Andersson Elffers Felix

Jan Henk Sangers	Bevolkingsonderzoek Noord	Bestuurder
Aart van Walstijn	Bevolkingsonderzoek Oost	Bestuurder
Evelien Bongers	Bevolkingsonderzoek Midden-West	Bestuurder
Pauline van den Broek, Wolfert Spijker	Bevolkingsonderzoek Zuid-West	Bestuurders
Mark Steinbusch	Bevolkingsonderzoek Zuid	Bestuurder
Jérôme Verhagen	Raad van Toezicht Bevolkingsonderzoek Zuid	Voorzitter
Hans van der Molen	Raad van Toezicht Bevolkingsonderzoek Zuid-West	Vice-voorzitter
Leo van Rossum	Gezondheidsraad	Staflid
Ton Drenthen	Nederlands Huisartsen Genootschap	Programmaleider preventie
Ad Masclee	MUMC: Beroepsgroep MDL-artsen	Hoogleraar Maag-, darm- en leverziekten; voorzitter NVMDL
Hans van der Linden	Jeroen Bosch Ziekenhuis: Screeningslaboratoria	Patholoog
Floris Sanders	Diakonessenziekenhuis; bevolkingsonderzoek midden-west	Coördinerend radioloog
Piet van Kalken	Landelijk Referentie Centrum Bevolkingsonderzoek	Bestuurder
Rob Riesmeijer	RIVM - Dienst Vaccinvoorziening en Preventieprogramma's	Hoofd DVP
Linda Daniëls-van Saase	Zorginstituut Nederland	Manager oncologie
Jeroen de Wit	Sanquin	Voormalig vice-voorzitter Raad van Bestuur
Hans Hoek	C3 adviseurs	

## Bijlage 4 – Een model van regie

Regie is een bijzondere vorm van sturing, die kan worden gedefinieerd als een “vorm van sturen die is gericht op de afstemming van actoren, hun doelen en handelingen tot een min of meer samenhangend geheel, met het oog op een bepaald resultaat”<sup>26</sup>.

Onderzoeksbureau Partners + Pröpper<sup>27</sup> stelt dat de manier waarop regie vorm krijgt, kan worden gekarakteriseerd aan de hand van twee dimensies. Ten eerste is dat de dimensie van **doorzettingsmacht**: de mate waarin de regisseur andere relevante partijen zijn wil kan opleggen. Ten tweede is dat de dimensie van **eigen script** (van de regievoerende organisatie): de mate waarin de regisseur zijn eigen koers kan uitstippelen en zijn eigen beleidskader kan vormgeven. Bij elkaar genomen levert dat onderstaande matrix op.

Eigen 'script' of beleidskader			
		Ja	Nee
		Ja	Nee
Doorzettingsmacht	Ja	Type I	Type II
	Nee	Type III	Type IV

*Typen regie volgens Partners + Pröpper*

Aan de hand van deze conceptualisering van het begrip regie zijn voor de bestuurlijke inrichting van de bevolkingsonderzoeken naar kanker twee observaties te maken:

- Het type regie dat wordt gevoerd in het stelsel is voornamelijk beheersingsgericht (type I en II, zie onder voor een nadere uitwerking). Dat lijkt niet in overeenstemming met de *ordering* van het stelsel, waarin de uitvoerende partijen een private status hebben en verwachten op bepaalde onderdelen van hun takenpakket meer vrijheidsgraden gegund te krijgen.
- Uit de gevoerde gesprekken blijkt dat de verschillende betrokken partijen verschillende oplossingsrichtingen voorstaan. De matrix helpt die verschillen te begrijpen. Enerzijds bestaat de behoefte aan een meer faciliterende vorm van regie (type III of IV), terwijl andere partijen benadrukken dat het stelsel juist gebaat is bij een vorm van regie waarin nadrukkelijker sprake is van doorzettingsmacht op bepaalde elementen (type I of II).

<sup>26</sup> Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2006), De gemeente als regisseur - Lokale daadkracht mobiliseren. Den Haag: Ministerie van BZK, p. 9.

<sup>27</sup> Idem, p. 12.