

**NEN**

## **Quick scan Preventief medisch onderzoek**

**Vergelijking van beleid en wet- en regelgeving tussen België, Duitsland, Finland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk: Inspiratie voor Nederland**

Marlou Bijlsma, 21 februari 2014

([marlou.bijlsma@nen.nl](mailto:marlou.bijlsma@nen.nl))

## Inhoudsopgave

Afkortingen .....	5
Introductie .....	6
Scope .....	6
Methodologie.....	8
1 Beleidsvisies op preventief medisch onderzoek .....	9
1.1 Verbeteren van de gezondheid .....	9
1.2 Samenwerking.....	12
2 Wet- en regelgeving rond preventief medisch onderzoek.....	14
2.1 Vroegopsporing en preventieve zorg .....	14
2.2 Preventief medisch onderzoek is onderdeel van integrale zorgstandaarden .....	14
2.3 Lokale of regionale autoriteiten verantwoordelijk voor organisatie.....	16
2.4 Private zorgverleners leveren screeningsdiensten binnen de vergoede zorg .....	17
2.5 De schaal waarop het preventief medisch onderzoek wordt aangeboden verschilt .....	18
2.6 Aanbod preventief medisch onderzoek buiten de zorgstandaarden .....	18
2.7 Maatregelen om nutteloos of risicovol onderzoek te beperken.....	19
2.8 Gevolgen privaat aanbod preventief medisch onderzoek.....	21
3 Financiering van preventief medisch onderzoek en vervolgcosten.....	22
3.1 Nuttig, effectief en doelmatig preventief medisch onderzoek wordt vergoed .....	22
3.2 Cliënten betalen het commercieel aanbod van preventief medisch onderzoek.....	22
4 Hoe verhoudt de omgang met preventief onderzoek in andere Europese landen zich tot de Nederlandse situatie .....	23
4.1 Langer leven in goede gezondheid .....	23
4.2 Bijlage Nederland PreventieConsult.....	26
ANNEX België .....	27
B1 Algemeen .....	27
B2 Gezondheidsbevordering in Vlaanderen .....	28
B3 Vlaanderen in vergelijking met Europa.....	31
B4 Bestuurlijk en maatschappelijk kader waarbinnen het beleid zich moet ontwikkelen in Vlaanderen.....	31
B5 Bijlage regelgeving preventieve gezondheidszorg.....	34
B6 Bijlage Vlaamse Werkgroep Bevolkingsonderzoek .....	35
B7 Bijlage Adviezen en beslissingen bevolkingsonderzoek .....	36
ANNEX Duitsland .....	38

D1	Algemeen .....	38
D2	Individuele gezondheidsdiensten (IGeL) - Individuelle Gesundheits Leistungen .....	39
D3	Bijlage IGeL Checkliste voor geïnformeerde toestemming .....	43
D4	Bijlage Informatie over individuele gezondheidsdiensten .....	44
ANNEX	Finland .....	46
ANNEX	Frankrijk .....	52
ANNEX	Verenigd Koninkrijk .....	55
V1	Algemeen .....	55
V2	NHS Health Check programma .....	59
V3	Private screening .....	61
V4	Bijlage Verenigd Koninkrijk Human Genetics Commission .....	63

## Afkortingen

AQUA	Instituut voor toegepast onderzoek en kwaliteitsverbetering in de zorg (DE)
BÄK	Artsen vereniging (Bundesärztekammer, DE)
CAP1	Individuele contracten met huisartsen voor coordinatie voor de zorg voor chronische patiënten (FR)
CEN	Comité Européen de Normalisation (EU)
CQC	Care Quality Commission (VK)
CVZ	College voor zorgverzekeringen (NL)
CWA	CEN Workshop Agreement
EC	Europese Commissie
G-BA	Gemengd Federaal Comité (Gemeinsamer Bundesausschuss, DE)
GKV	Vereniging Gemeenschappelijke zorgverzekeraars (DE)
HAS	Haute Autorité de Santé (FR)
HGC	Human Genetics Commission (VK)
IGeL	Individuele Gesundheits Leistungen (DE)
INPES	Nationaal Instituut voor Preventie en Gezondheidsbevordering (FR)
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (DE)
KBV	Verzekerings-artsen vereniging Kassenärztlichen Bundesvereinigung (DE)
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (BE)
MSAH	Ministry of Social Affairs and Health (FI)
NEN	Nederlands Normalisatie Instituut (NL)
NHS	National Health Service (VK)
NICE	National Institute of Health and Clinical Excellence (VK)
NSC	National Screening Committee (VK)
NVVC	Nederlandse Vereniging voor Klinisch Chemici (NL)
PHE	Public Health England (VK)
PHI	Particuliere aanvullende zorgverzekering (FR)
RIVM	Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (NL)
RVZ	Raad voor volksgezondheid en zorg (NL)
SBU	Zweedse Raad voor Health Technology Assessment (SE)
SHI	Verplichte zorgverzekering (FR)
WHO	Wereld Gezondheids Organisatie
VWG	Ministerie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Vlaanderen)

## Introductie<sup>1</sup>

De laatste jaren is er toenemende interesse om meer gezondheidswinst te bereiken door middel van verschuiving van genezing naar preventie. Door technologische ontwikkelingen zien professionals steeds meer kansen en mogelijkheden voor vroegopsporing. De maatschappij vraagt steeds meer om vroegopsporing van risico's bij specifieke groepen, maar ook om het vergroten van de mogelijkheden voor mensen om zelf te beslissen over hun gezondheidsrisico's.

Mensen willen graag onzekerheden uitsluiten met als belangrijkste doel gerustgesteld te worden. 'Preventief medisch onderzoek' kent voor- en nadelen. Daarom is het goed als 'preventief medisch onderzoek' aan bepaalde eisen (gaat) voldoen. Deze kwaliteitseisen dienen ervoor om zodanige waarborgen te creëren dat op basis daarvan gebruikers een goed geïnformeerde keuze kunnen maken en eisen waaraan de aanbieder moet voldoen om het 'preventief (zelf)onderzoek' veilig aan te bieden en uit te voeren.

Nederland moet keuzes maken ten aanzien van preventief medisch onderzoek. Het staat voor vragen als: Moet het aanbieden van preventief medisch onderzoek gebeuren op basis van een vergunning en moet gebruiker vanuit de wetgeving beschermd worden tegen bijvoorbeeld fout-positieve resultaten? Of staat de zelfbeschikking van de gebruiker voorop en is het van belang waarborgen te creëren om te komen tot een goed geïnformeerde keuze?

### Doelstelling

Deze internationale quick scan beoogt een beeld te geven hoe in andere Europese landen wordt omgegaan met preventief medisch onderzoek voor wat betreft beleid en beleidsvisie, wet- en regelgeving en financiering. Dit rapport geeft uitleg op deze drie aandachtspunten in even zo veel hoofdstukken en legt in een vierde hoofdstuk de relatie met Nederland:

1. Welke Europese beleidsvisies zijn er op preventief medisch onderzoek?
2. Op welke manier is de wet- en regelgeving vormgegeven rond preventief medisch onderzoek?
3. Hoe is de financiering geregeld? Hoe wordt omgegaan met vervolgcosten?
4. Hoe verhoudt de omgang met preventief onderzoek in andere Europese landen zich tot de Nederlandse situatie?

De uitvoering van het beleid en de gevolgen van dit beleid en regelgeving krijgen weinig aandacht omdat het beleid en wet- en regelgeving in een aantal landen nog (te) jong is om de gevolgen hiervan te kunnen zien. De uitvoering en gevolgen van het beleid waren geen onderdeel van de opdracht van deze quick scan. De gevolgen van de verschillende benaderingen zijn een interessant onderwerp voor een vervolgstudie.

### Scope

#### Scope 'preventief (zelf) onderzoek'

Deze quick scan wordt uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en vergelijkt het beleid en de wet- en regelgeving van verschillende Europese landen met betrekking tot 'preventief (zelf) onderzoek'.

---

<sup>1</sup> Introductie overgenomen uit de opdracht voor deze quick scan

In de opdracht wordt de term 'preventief (zelf) onderzoek' voorgesteld als overkoepelende term voor de verschillende vormen van preventief medisch onderzoek. De eerste vraag die rijst is: wat is de betekenis van 'zelf tussen haakjes' in 'preventief (zelf) onderzoek'. Het is mogelijk dit op verschillende manieren te interpreteren.

#### **Zelf doen**

'Preventief (zelf) onderzoek' kan betekenen dat de cliënt deze test of onderzoek 'zelf' kan kopen, uitvoeren en interpreteren middels de bijgeleverde handleiding, zoals bijvoorbeeld een zwangerschapstest. Deze interpretatie is echter niet interessant voor een Europese vergelijking; Europese regelgeving<sup>2</sup> reguleert de 'zelftest' en is gelijk voor alle Europese landen.

#### **Eigen initiatief**

Een andere interpretatie van 'preventief (zelf) onderzoek' kan zijn dat de cliënt 'zelf' het initiatief neemt voor het vragen om of kopen van het onderzoek of test en de uitvoering en interpretatie van resultaten vraagt aan een dienstverlener. Een Europese vergelijking met deze scope is ingewikkeld. De groep preventief onderzoek die valt binnen deze interpretatie van 'preventief (zelf) onderzoek' verschilt tussen de landen. In sommige landen worden medische check-ups aangeboden en betaald vanuit de zorgverzekering, maar dit is niet overal zo. In sommige landen wordt de vroegopsporing van kanker uitgevoerd middels programmatische bevolkingsonderzoeken, maar dit is niet overal zo. Een vergelijking tussen landen is dan minder relevant omdat het onderwerp van onderzoek en de groep van preventieve onderzoeken die hierbinnen valt, in de respectievelijke landen te veel van inhoud verschilt.

De betekenis van het 'zelf' in de term 'preventief (zelf) onderzoek' blijkt weinig zinvol en deze quick scan gebruikt deze term bij nader inzien niet.

#### **Preventief medisch onderzoek**

Deze quick scan hanteert de term 'preventief medisch onderzoek' voor de verschillende soorten onderzoek die worden gedaan in het kader van vroegopsporing. De term 'preventief medisch onderzoek' wordt gebruikt als overkoepelende term voor het hele scala van preventief medisch onderzoek, 'health check', 'medische check up', gezondheidstest' en 'total body scan'. Dus van een eenvoudige leefstijlcheck tot een 'body scan'.

Deze quick scan beperkt zich tot het preventief 'medisch' onderzoek en richt zich niet zozeer op het overige preventief onderzoek. Overig preventief onderzoek kan zich bijvoorbeeld op bredere welzijnsonderwerpen richten als relatieproblemen of de opvoeding van kinderen. Deze quick scan laat echter ook zien dat de scheiding tussen preventief onderzoek en preventief medisch onderzoek niet in alle landen even duidelijk is; Finland bijvoorbeeld legt duidelijk het verband tussen psycho-sociale oorzaken, levensstijl en gezondheidsgevolgen.

#### **Buiten de scope**

In Nederland wordt het preventief medisch onderzoek voor borst-, baarmoederhals- en dikke-darm kanker uitgevoerd als programmatisch bevolkingsonderzoek. Deze bevolkingsonderzoeken voor de vroegopsporing van kanker noch de bevolkingsonderzoeken voor pre- en perinatale screening zijn onderwerp van studie in deze internationale vergelijking. In Duitsland en Vlaanderen wordt het preventief medisch onderzoek voor baarmoederhalskanker en dikke-darm kanker (nog) niet uitgevoerd als programmatisch bevolkingsonderzoek en horen ze dus eigenlijk (nog) wel bij het preventief medisch onderzoek.

---

<sup>2</sup> De EC Directive (98/79/EC) in vitro diagnostic medical devices of 27 October 1998

## **Methodologie**

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van een quick scan. Deze quick scan vergelijkt de aandachtspunten voor de landen België, Duitsland, Finland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk. In het vierde hoofdstuk wordt dit vergeleken met de Nederlandse situatie.

Voorafgaand aan deze opdracht, in de periode 2011-2013, heeft een groep Europese experts een Europees consensus document gemaakt; (CEN Workshop Agreement 16442) Quality criteria for health checks. NEN voerde het secretariaat in dit project. Deze quick scan heeft gebruik gemaakt van dit voorwerk en het netwerk van experts voor ideeën, literatuursuggesties en referenties voor deze quick scan.

Het gebruik van de Nederlandse taal voor dit document is het verzoek van de opdrachtgever. Het rapport heeft gebruik gemaakt van de literatuur suggesties en referenties van buitenlandse experts. In het ideale geval zou het rapport worden terugvertaald naar bijvoorbeeld het Engels en de interpretatie en vergelijking worden besproken met de experts van deze landen. Dit is alleen gebeurd voor België. Dit is een beperking van dit rapport.

De bedoeling van een quick scan is duidelijk snelheid, er wordt niet gestreefd naar volledigheid. De goede, of juist minder goede, voorbeelden in de verschillende landen zouden Nederland kunnen inspireren bij het vormgeven van haar beleid en regelgeving.

Het is niet uit te sluiten dat een uitgebreidere studie meer en preciezere informatie zou opleveren.

### **Leeswijzer**

De eerste 3 hoofdstukken vergelijken beleid, regelgeving en financiering over preventief medisch onderzoek. De hoofdstukken zijn de samenvatting en conclusies van de vergelijking tussen de onderzochte landen. Hoofdstuk 4 vergelijkt de situatie in Nederland met die in de onderzochte landen.

De cursieve teksten in deze hoofdstukken zijn overgenomen uit de landen annexen en dienen als illustratie of uitleg bij de tekst van de eerste hoofdstukken. Meer uitleg en de context van deze cursieve teksten staat in de annexen van de betreffende landen.

De 5 landen annexen geven compilaties van voornamelijk samenvattingen en Nederlandse vertalingen van beleidsstukken, rapportages en informatie op de websites van de overheden van de landen Duitsland, Finland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en België. België heeft verschillend beleid in de verschillende Gemeenschappen (Vlaams, Frans en Duits). De compilatie uit België bevat voornamelijk informatie betreffende de Vlaamse Gemeenschap.

De landen annex beoogt niet een compleet beeld van de gezondheidszorg in dat land te geven. De landencompilaties hebben onderling niet dezelfde indeling, maar gaan juist specifiek in op onderwerpen over preventief medisch onderzoek waarin de landen zich onderscheiden.

## 1 Beleidsvisies op preventief medisch onderzoek

### Beleidsvisies

De beleidsvisies op preventief medisch onderzoek worden gevormd door de visie op gezondheid. De beleidsvisies van de verschillende landen vertonen opvallend veel gelijkenis. Alle onderzochte landen delen de visie dat verbeteren van de gezondheid noodzakelijk is om de gezondheidszorg duurzaam te maken. Dit impliceert een beleidskeuze waarin de aandacht van de zorg verschuift van behandeling in de richting van preventie. Preventief medisch onderzoek is hier onderdeel van.

### 1.1 Verbeteren van de gezondheid

#### Gezondheidsdoelstellingen

Duitsland, Finland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Vlaanderen verwijzen in hun gezondheidsdoelstellingen naar de Europese doelstellingen waarin mensen langer in goede gezondheid leven en 2 jaar langer zelfstandig blijven ('active and healthy aging').<sup>3</sup>

Duitsland, Finland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Vlaanderen hebben ambitieuze gezondheidsdoelstellingen vastgesteld

*Verenigd Koninkrijk. De gezondheid is de afgelopen jaren verbeterd in het Verenigd Koninkrijk. We zijn echter nog lang niet de beste van Europa en te veel mensen gaan vroegtijdig dood. Doel van het nieuwe beleid is dat mensen niet alleen langer leven maar vooral langer leven in goede gezondheid. Dit doel is ambitieus omdat we ernaar streven de beste van Europa te worden.*<sup>4</sup>

*Finland. Health 2015 is een lange-termijn gezondheidsbeleid programma met het doel de gezondheid en functionele capaciteit te verbeteren, zodat mensen langer een actief leven leiden en om gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen te verminderen. De uitvoering van het programma is gebaseerd op het principe van 'health-in-all'. Het programma omvat acht doelen met nader gespecificeerde actie verklaringen. Deze actie verklaringen gelden voor verschillende actoren en omgevingen in het dagelijks leven, inclusief woningen, scholen en bedrijven. De doelen zijn zo concreet en meetbaar mogelijk.*<sup>5</sup>

De gezondheidsdoelstellingen in de verschillende landen zijn vastgesteld vanaf 2003. Hoewel de gezondheidsdoelstellingen in de onderzochte landen in tijd eerder zijn vastgesteld dan de nieuwe publicatie van de WHO strategie (2013-2020)<sup>6</sup>, zijn ze vergelijkbaar. Het kader 'WHO voluntary global targets' geeft deze doelstellingen. De doelstellingen van Duitsland noemen geen percentages. Het Verenigd Koninkrijk en Vlaanderen vergelijken gezondheids- en sterftecijfers in hun land met die van andere Europese landen. Fig. 1 geeft een vergelijking.

In Frankrijk worden de doelstelling aangepast voor de verschillende regio's. In België hebben de verschillende Gemeenschappen hun eigen gezondheidsdoelstellingen.

De gezondheidsdoelstellingen worden gebruikt om de vroegopsporing en preventieve activiteiten richting te geven en vooruitgang te monitoren.

<sup>3</sup> United Nations Economic Commission for Europe (UNECE). Health Promotion and Disease Prevention. Commitment 7: To strive to ensure quality of life at all ages and maintain independent living, including health and well-being. Policy Brief on Ageing No. 6. April 2010. [www.unece.org/pau](http://www.unece.org/pau)

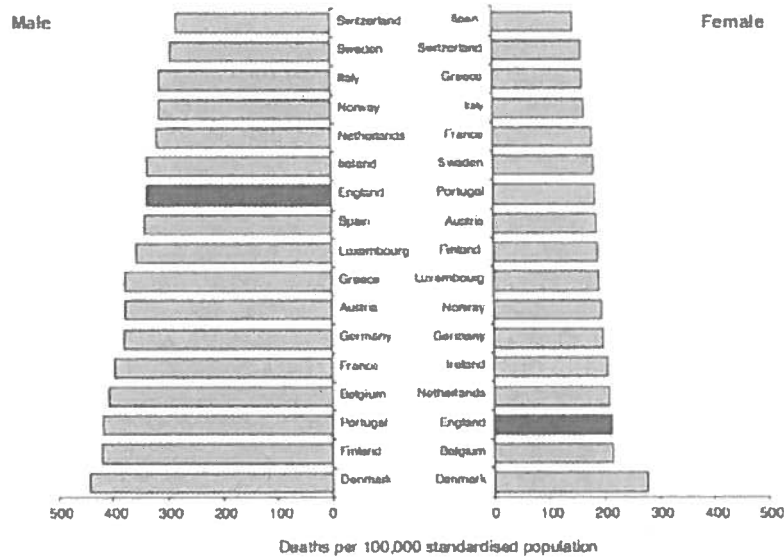
<sup>4</sup> Murray CJL et al. UK health performance: findings of the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 381: 997-1020 [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60355-4/fulltext?\\_eventid=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60355-4/fulltext?_eventid=login)

<sup>5</sup> [http://www.stm.fi/en/health\\_2015](http://www.stm.fi/en/health_2015)

<sup>6</sup> Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 WHO 2013



Fig 1: Under-75 all cause mortality rate for European countries (2010 or nearest)<sup>3</sup>



Bron: Department of Health. Living Well for Longer: A call to action to reduce avoidable premature mortality. 2013

**WHO: Voluntary global targets**

- A 25% relative reduction in risk of premature mortality from cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory diseases.
- At least 10% relative reduction in the harmful use of alcohol, as appropriate, within the national context.
- A 10% relative reduction in prevalence of insufficient physical activity.
- A 30% relative reduction in mean population intake of salt/sodium.
- A 30% relative reduction in prevalence of current tobacco use in persons aged 15+ years.
- A 25% relative reduction in the prevalence of raised blood pressure or contain the prevalence of raised blood pressure, according to national circumstances.
- Halt the rise in diabetes and obesity.
- At least 50% of eligible people receive drug therapy and counselling (including glycaemic control) to prevent heart attacks and strokes.
- An 80% availability of the affordable basic technologies and essential medicines, including generics, required to treat major non-communicable diseases in both public and private facilities.

Bron: Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 WHO 2013.

## **Verschuiving van aandacht van behandeling naar preventie**

Meer aandacht voor preventie wordt gezien als een belangrijk middel naar een betere gezondheid van de bevolking.

*Finland. De focus moet worden verlegd van de behandeling van ziekten naar het bevorderen van gezondheid en functionele capaciteit, het voorkomen van sociale en gezondheidsproblemen en een actieve bevordering van welzijn. Universeel beschikbare, preventieve en tijdige dienstverlening door lokale overheden en de ziekenhuisdistricten zijn van cruciaal belang voor het verminderen van de behoefte aan de meest intensieve en dure vormen van ondersteuning en zorg.<sup>7</sup>*

*Vlaanderen voert een eigen preventief gezondheidsbeleid om gezondheidswinst op bevolkingsniveau te realiseren en zo mensen langer te laten leven en de levenskwaliteit te verhogen. We versterken mensen in hun fysiek, psychisch en sociaal welbevinden door welzijns- en gezondheidsproblemen zoveel mogelijk te voorkomen, zo vlug mogelijk te detecteren en tijdig en adequaat aan te pakken.<sup>8</sup>*

*Verenigd Koninkrijk. De NHS Health Check is een risico-inventarisatie en risicomanagement programma ter voorkoming van hart- en vaatziekten, beroerte, diabetes en nierziekten. De voordelen zijn waarschijnlijk veel groter omdat dezelfde risicofactoren ook bijdragen aan verschillende vormen van kanker, longziekte, en bepaalde vormen van dementie.<sup>9</sup>*

De visie op zorg is geïnspireerd op de visie van de Wereld Gezondheids Organisatie WHO<sup>10</sup> waarin vroegopsporing, preventie, diagnose en behandeling integraal worden aangeboden en gecoördineerd binnen de zorg.

### **Voorkomen van vermijdbare sterfte.**

Beleid, zowel binnen als buiten de zorg, kan zich effectiever richten op het terugdringen van de risicofactoren. De risicofactoren roken, ongezonde voeding, te weinig beweging en overmatig alcohol gebruik kan vroegtijdige sterft aan hart- en vaatziekten, kanker, chronische ademhalingsaandoeningen en diabetes terugdringen.

*Vlaanderen. Cijfers tonen aan dat bijna de helft van de overlijdens voor de leeftijd van 75 jaar theoretisch op één of andere manier te vermijden zijn. Bij mannen is er 39% vermijdbare sterfte. Het grootste deel hiervan wordt toegeschreven aan ongezonde leefgewoonten (zoals sterfte door longkanker en ischemische hartziekten) of verkeersongevallen. Bij vrouwen berekenen we 42% vermijdbare sterfte.<sup>11</sup>*

*Verenigd Koninkrijk. Ongeveer twee derde van de sterfgevallen onder mensen tot 75 jaar is vermijdbaar. Deze sterfgevallen kunnen worden vermeden door middel van publieke interventies zoals meer bewegen of stoppen met roken, of door middel van zorg interventies zoals vroege opsporing van ziekte of risicofactoren gevolgd door een doeltreffende behandeling.<sup>12</sup>*

<sup>7</sup> Ministry of social affairs and health. Health care in Finland. 2013.

[http://www.stm.fi/en/social\\_and\\_health\\_services;jsessionid=64487ce765fed921d5bfd72f9ad8](http://www.stm.fi/en/social_and_health_services;jsessionid=64487ce765fed921d5bfd72f9ad8)

<sup>8</sup> Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid <https://www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Preventieve-gezondheidszorg/>

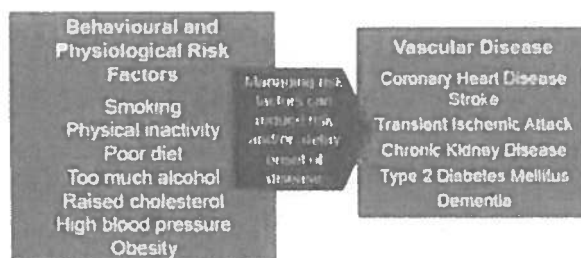
<sup>9</sup> [http://www.healthcheck.nhs.uk/news/nhs\\_health\\_check\\_programme\\_best\\_practice\\_guidance/](http://www.healthcheck.nhs.uk/news/nhs_health_check_programme_best_practice_guidance/)

<sup>10</sup> Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Strategic plan 2003-2008. WHO 2008.

<sup>11</sup> Beleidsbrief 1757. Beleidsprioriteiten Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2012-2013.

<http://www.kindengezin.be/img/beleidsbriefwvg2012-2013def.pdf>

<sup>12</sup> [http://www.healthcheck.nhs.uk/news/nhs\\_health\\_check\\_programme\\_best\\_practice\\_guidance/](http://www.healthcheck.nhs.uk/news/nhs_health_check_programme_best_practice_guidance/)



Bron: NHS Health check Implementation review and action plan. 2013<sup>13</sup>

### Verminderen van de gezondheidsverschillen

Finland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Vlaanderen geven aan dat het reduceren van gezondheidsverschillen tussen de verschillende lagen van de bevolking een prioriteit en een grote uitdaging is. Finland rapporteert dat de voortgang op dit punt onvoldoende is. Vlaanderen geeft aan dat er een groeiende kloof is.

*Verenigd Koninkrijk. De determinanten van gezondheid hebben een grotere impact op mensen uit armere milieus. Dit is de grootste uitdaging: Hoe kunnen we de grootste invloed hebben daar waar het het hardst nodig is en om de ongelijkheid op gezondheidsgebied te verminderen.*

*Vlaanderen. Het is belangrijk om oog te hebben voor de toegang tot de gezondheidszorg. Arm maakt ongezond en ongezond maakt immers arm. Cijfers over stijgende kosten en persoonlijke uitgaven bevestigen een diepe en groeiende kloof op het vlak van toegankelijkheid van de gezondheidszorg.<sup>14</sup>*

*Finland. Vooruitgang op gelijkheid is moeilijker. De verschillen in gezondheid en sterfte tussen verschillende bevolkingsgroepen blijven aanzienlijk.<sup>15</sup>*

### 1.2 Samenwerking

De verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de burgers is in alle onderzochte landen een gedeelde zorg waarin verschillende vrijheden en verantwoordelijkheden zijn belegd en samenwerking tussen verschillende partijen plaats vindt. De precieze invulling van deze verdeling is voor elk van de landen verschillend.

#### Intersectorale en multifactoriële aanpak

Effectieve preventie is alleen mogelijk als de verschillende partijen samenwerken om hetzelfde doel te bereiken.

*Finland. Elk ziekenhuisdistrict produceert een zorgverleningsplan met de ambities om de gezondheid en het welzijn te bevorderen. Dit plan bevat de strategie met de verdeling van verantwoordelijkheden en de samenwerking tussen lokale overheden en andere instellingen. Informatie over het welzijn en de gezondheid van de bewoners, de onderliggende factoren en de doelmatigheid van de sociale diensten wordt gebruikt als basis voor planning, monitoring en evaluatie. Gemeentelijke instellingen werken met elkaar samen op gebieden als planning, bouw, transport, alsmede onderwijs, sport en cultuur om het welzijn en de gezondheid van de bevolking te bevorderen.<sup>16</sup>*

<sup>13</sup> NHS Health Check implementation review and action plan - July 2013

<sup>14</sup> Beleidsbrief 1757. Beleidsprioriteiten Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2012-2013.

<http://www.kindengezin.be/img/beleidsbriefwvg2012-2013def.pdf>

<sup>15</sup> [http://www.stm.fi/en/welfare/health\\_promotion](http://www.stm.fi/en/welfare/health_promotion)

<sup>16</sup> Ministry of social affairs and health. Health care in Finland. 2013.

*Frankrijk. Doel van deze gezondheidsnetwerken is de coördinatie, continuïteit en het interdisciplinaire karakter van de gezondheidszorg te versterken, met bijzondere aandacht voor geselecteerde bevolkingsgroepen, aandoeningen en activiteiten. Het resultaat is integrale zorg.<sup>17</sup>*

### **Stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid**

De plaatselijke bevolking en de lokale autoriteiten moeten betrokken zijn en eigen regie hebben bij preventie activiteiten, inclusief de doelstellingen, maatregelen en planning.

*Vlaanderen. Iedere persoon heeft, binnen het toepassingsgebied van het preventie decreet, een individuele verantwoordelijkheid ten opzichte van zijn eigen gezondheid en, door de daden die hij vrijwillig en bewust stelt of nalaat te stellen, ook ten opzichte van de gezondheid van zijn medemens. Deze verantwoordelijkheid omvat het in acht nemen van veiligheidsvoorschriften, het aannemen van een gezonde leefstijl en het nemen van andere voorzorgsmaatregelen die haalbaar en doeltreffend zijn om ziekten en aandoeningen bij de mens te voorkomen.<sup>18</sup>*

*Finland. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het maken van beleidskeuzes en het ontwikkelen van activiteiten ter verbetering van het welzijn en de gezondheid van hun bevolking. Ze kunnen de dienstverlening zelfstandig of samen met andere gemeenten organiseren in overleg met het ziekenhuis. Daarnaast kunnen gemeenten de dienstverlening uitbesteden aan andere lokale overheden, aan niet-gouvernementele organisaties of aan private dienstverleners. De wet bepaalt welke fundamentele diensten voor welzijn en zorg in elke gemeente beschikbaar moeten zijn. Lokale overheden bepalen de schaal, de omvang en het model van de gemeentelijke dienstverlening binnen de grenzen van de wetgeving. Dit is de reden waarom de beschikbare diensten kunnen variëren tussen de verschillende gemeenten.<sup>19</sup>*

---

<sup>17</sup> International Profiles of Health Care Systems, 2012. The commonwealth fund; 2012.

<sup>18</sup> Art. 8. Decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid 21/11/2003

<sup>19</sup> Ministry of social affairs and health, Health care in Finland, 2013.

## 2 Wet- en regelgeving rond preventief medisch onderzoek

Hoofdstuk 1 laat zien dat het beleid en de lange termijn visie in de verschillende onderzochte Europese landen veel overeenkomsten vertoont. Dit hoofdstuk beschrijft de wet- en regelgeving en methoden waarmee deze landen deze doelstellingen denken te realiseren en laat zien dat de uitvoering verschillend is.

### 2.1 Vroegopsporing en preventieve zorg

De vroegopsporingsactiviteiten richten zich vooral op de opsporing van de risico's van de chronische aandoeningen diabetes en hart- en vaatziekten, nierziekten, leveraandoeningen, aandoeningen aan de luchtwegen en verschillende vormen van kanker.

De gezondheid bevorderende interventies richten zich op het verhogen van de lichamelijke beweging, het eten van gezonde(re) voeding, het verminderen van roken en overmatig drankgebruik en het aanmoedigen van seksuele gezondheid.

In Finland en Vlaanderen zijn preventie- en vroegopsporingsactiviteiten geïntegreerd gericht op zowel welzijn als gezondheid.

#### Recht op preventieve gezondheidszorg

In Vlaanderen heeft iedereen volgens de wet recht op preventieve gezondheidszorg.

*Vlaanderen. Onverminderd de individuele verantwoordelijkheid heeft iedere persoon recht op een maatschappelijk aanvaard aanbod van preventieve gezondheidszorg.<sup>20</sup>*

### 2.2 Preventief medisch onderzoek is onderdeel van integrale zorgstandaarden

#### Integrale zorgstandaarden voor veelvoorkomende chronische ziekten

In de onderzochte landen (Duitsland, Finland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Vlaanderen) zijn vroegopsporing en preventie integraal onderdeel van erkende zorgstandaarden<sup>21</sup> voor verschillende ziekten en risicofactoren. Deze integrale zorgstandaarden zijn beschikbaar voor hart- en vaatziekten, diabetes en een aantal veel voorkomende chronische aandoeningen.

Voor de verzekerde zorg geldt verplichte implementatie van deze integrale zorgstandaarden in Finland en het Verenigd Koninkrijk.

In Duitsland, Frankrijk en Vlaanderen is de implementatie niet verplicht; echter zowel artsen als patiënten worden financieel gestimuleerd om volgens deze zorgstandaarden te werken, bijvoorbeeld door 'contracten' (of een 'zorgplan' in Vlaanderen) af te sluiten voor de 'zorgtrajecten' voor chronische aandoeningen.

#### Totstandkoming van deze integrale zorgstandaarden

Nationale autoriteiten zijn verantwoordelijk voor het bepalen en onderhouden van deze nationale zorgstandaarden (MSAH in Finland, NICE in het Verenigd Koninkrijk, IQWiG en

<sup>20</sup> Decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, 21/11/2003, Art. 9. § 1

<sup>21</sup> Dit document gebruikt de term 'integrale zorgstandaard' voor die zorgstandaard of -protocol bestaat uit zowel vroegopsporing, preventie, diagnose als behandeling. De zorg die volgens deze integrale standaarden wordt geleverd heeft verschillende benamingen in de verschillende landen, zoals 'zorgprogramma', 'zorgtraject', 'managed care'.

AQUA in Duitsland, HAS in Frankrijk). In Vlaanderen is KCE hiervoor verantwoordelijk in samenwerking met de Werkgroepen.

Deze autoriteiten zijn meestal samenwerkingsverbanden van verschillende partijen: overheid, zorgverzekeraars, artsenverenigingen en ziekenhuizen. In Duitsland heeft de G-BA, met de gezamenlijke zorgverzekeraars, ziekenhuizen en artsenverenigingen, deze rol. In Frankrijk onderhandelt de overheid met de zorgverzekeraars en de artsenverenigingen. In Finland doet voornamelijk de overheid dit.

In sommige landen zijn nationale autoriteiten verantwoordelijk voor toezicht op de naleving van deze richtlijnen (Valvira in Finland, HAS in Frankrijk en de Care Quality Commission in het Verenigd Koninkrijk).

#### **Wetenschappelijke onderbouwing van de integrale zorgstandaarden**

Overheid, zorgverzekeraars en artsenverenigingen hechten veel waarde aan de wetenschappelijke onderbouwing van de geleverde zorg die deel uitmaakt van de integrale zorgstandaarden. De preventie- en vroegopsporingsactiviteiten die onderdeel zijn van de zorgstandaarden zijn de bewezen effectieve activiteiten.

De besluitvorming over welke zorg onderdeel is van de integrale zorgstandaarden is niet gemakkelijk omdat de belangen verschillen; verzekeraars willen effectieve, doelmatige zorg vergoeden, artsen willen keuzevrijheid in de behandelingen, zowel vanuit professionele als vanuit economische belangen, patiënten willen de beste zorg. Wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit en doelmatigheid van de zorg is het criterium waar de verschillende partijen het over eens zijn. Artsenverenigingen en de farmaceutische industrie proberen de ontwikkeling en gebruik van integrale zorgstandaarden tegen te gaan in Duitsland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Vlaanderen.

#### **Europese Inspiratie**

Relevante stakeholders in Duitsland, Finland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Vlaanderen oriënteren zich internationaal over integrale zorgstandaarden; doen mee aan Europees onderzoek en standaardontwikkeling en nemen suggesties over en passen die aan voor opname in de nationale standaarden. Ook de strategie documenten van de WHO zijn een bron van inspiratie.

#### **Samenwerking zorgverleners**

De integrale multisectoriële zorgstandaarden faciliteren de samenwerking tussen de verschillende partijen.

Prestatiebeposting (fee-for-service) als financieringsmodel van de zorg belemmert de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en de specialistische medische zorg. Financieel is het niet in het belang van de specialistische medische zorg om samen te werken met de eerstelijnszorg die verantwoordelijk is voor de preventie en vroegopsporing, omdat een effectieve preventie omzetverlaging zal bewerkstelligen voor de specialistische medische zorg.

In Duitsland, Frankrijk en Vlaanderen zijn afspraken of contracten gemaakt over integrale vroegopsporing, preventie en behandeling van een aantal veelvoorkomende chronische aandoeningen en is hiervoor een uitkomstenbeposting beschikbaar. Ook patiënten hebben baat bij deelname in deze contracten.

*Vlaanderen. Sinds 2009 zijn 'zorgtrajecten' ontwikkeld en geïmplementeerd voor de behandeling en follow-up van chronische ziekten om de samenwerking tussen de patiënt, de huisarts, de specialist en eventuele andere zorgverleners te verbeteren. Zorgverlener en patiënten gaan een*

contract aan voor vier jaar. Financiële prikkels worden gegeven aan de artsen (jaarlijks € 80,- per patiënt) en aan de patiënt (volledige vergoeding voor consulten, toegang tot specifieke apparaten, vergoed overleg met een diëtist, een persoonlijk zorgplan en de garantie dat het zorgplan individueel wordt aangepast aan zijn of haar specifieke behoeften).<sup>22</sup>

*Frankrijk. Doel van de gezondheids-netwerken is de coördinatie, continuïteit en het interdisciplinaire karakter van de gezondheidszorg te versterken. Het resultaat is integrale zorg. Artsen worden gecompenseerd voor het coördineren van de zorg voor chronische patiënten (€ 40 per patiënt per jaar). Ongeveer 40 procent van de zelfstandige artsen zijn verbonden aan dergelijke netwerk-praktijken. Praktijk-netwerken bieden zorgprogramma's (managed care) voor verschillende aandoeningen. Binnen deze zorgprogramma's is het mogelijk diensten aan te bieden die normaal niet worden vergoed door de SHI, zoals dieetvoorlichting, te experimenteren met nieuwe vormen van dienstverlening, bijvoorbeeld het laten uitvoeren van taken door een verpleegkundige in plaats van door een arts, en de toegang tot gespecialiseerde diensten te verbeteren.*<sup>23</sup>

Het meeste preventief medisch onderzoek wordt gedaan door huisartsen. In Vlaanderen is dit de beleidsvisie, het is nog geen realiteit.

Lokale overheden in Finland en het Verenigd Koninkrijk kunnen ook andere, inclusief private, dienstverleners contracteren voor het uitvoeren van het preventief medisch onderzoek.

### 2.3 Lokale of regionale autoriteiten verantwoordelijk voor organisatie

De lokale overheden zijn verantwoordelijk voor de organisatie van preventief medisch onderzoek in Finland en het Verenigd Koninkrijk. In het Verenigd Koninkrijk is deze verantwoordelijkheid in april 2013 overgedragen van de nationale naar de lokale autoriteiten. Lokale autoriteiten kunnen de activiteiten beter afstemmen op de lokale prioriteiten en het lokaal aanbod van dienstverleners en weten beter hoe de verschillende doelgroepen te benaderen. De lokale autoriteiten worden ondersteund en aangestuurd door de nationale autoriteiten.

*Finland. Lokale overheden zijn verantwoordelijk voor het organiseren van sociale zekerheid en gezondheidszorg. Ze kunnen de dienstverlening zelfstandig organiseren of samen met andere gemeenten. Daarnaast kunnen gemeenten de dienstverlening uitbesteden aan andere lokale overheden, aan niet-gouvernementele organisaties of aan private dienstverleners.*<sup>24</sup>

*Verenigd Koninkrijk. In april 2013 is de organisatie van de gezondheidszorg veranderd om een beter antwoord te kunnen geven op de beleidswijzigingen. Lokale overheden, ondersteund door Public Health England, en het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), zullen gezamenlijk de verantwoordelijkheid nemen om de gezondheidszorg te verbeteren om vroegtijdige sterfte te reduceren.*<sup>25</sup>

De Vlaamse Gemeenschap is verantwoordelijk voor de organisatie van vroegopsporing en preventie. In de beleidsvisie gaan zij samenwerken met de lokale overheden voor de uitvoering hiervan. Dit is nog niet de realiteit.

<sup>22</sup> Gerkens S, Merkur S (KCE) Belgium: Health system review. *Health Syst Transit*. 2010;12(5):1-266, xxv

<sup>23</sup> International Profiles of Health Care Systems, 2012. The commonwealth fund; 2012.

<sup>24</sup> Ministry of social affairs and health. Health care in Finland. 2013.

[http://www.stm.fi/en/social\\_and\\_health\\_services;jsessionid=64487ce765fed921d5bfd72f9ad8](http://www.stm.fi/en/social_and_health_services;jsessionid=64487ce765fed921d5bfd72f9ad8)

<sup>25</sup> Department of Health and Public Health England. NHS Health Check Programme. Best Practice Guidance. 2013. [http://www.healthcheck.nhs.uk/news/nhs\\_health\\_check\\_programme\\_best\\_practice\\_guidance/](http://www.healthcheck.nhs.uk/news/nhs_health_check_programme_best_practice_guidance/)

In Frankrijk bepalen regionale agentschappen de doelstellingen voor bepaalde regio's en aandoeningen. De primaire zorg in Frankrijk krijgt gezondheidsdoelstellingen opgelegd per regio en per aandoening. De zorgverleners worden financieel beloond als de doelstellingen worden gehaald.

## 2.4 Private zorgverleners leveren screeningsdiensten binnen de vergoede zorg

Private zorginstellingen en of private dienstverleners zijn betrokken bij vroegopsporing en preventie in alle landen.

### Lokale autoriteiten contracteren dienstverleners

In Finland en het Verenigd Koninkrijk worden de zorginstellingen gecontracteerd door de lokale autoriteiten voor het uitvoeren van preventief medisch onderzoek dat wordt vergoed. Zowel publieke als private zorginstellingen kunnen deze diensten leveren.

*Finland. Private gezondheidszorgdiensten zijn een aanvulling op de publieke dienstverlening. Private dienstverleners, dwz ondernemingen, niet - gouvernementele organisaties en stichtingen, kunnen hun diensten verkopen aan lokale autoriteiten, de gezamenlijke gemeenten of rechtstreeks aan klanten. Particuliere zorgaanbieders moeten over een licentie beschikken.<sup>26</sup>*

*Verenigd Koninkrijk. Lokale overheden moeten afspraken maken over kwaliteitscontroles en standaardisatie bij het aangaan van contracten met aanbieders van de NHS health check diensten. Dit is noodzakelijk voor het merk NHS health check dat staat voor een gratis, uniforme en hoogwaardige service ongeacht waar de dienst wordt geleverd.<sup>27</sup>*

### Preventief medisch onderzoek in de verzekerde zorg

In Duitsland, Finland, Frankrijk en Vlaanderen hebben cliënten recht op preventief medisch onderzoek via hun zorgverzekering, onafhankelijk of dit door een publieke of private arts wordt uitgevoerd. Cliënten kunnen zelf om het onderzoek vragen. Artsen kunnen het onderzoek aanbieden.

In Duitsland en Frankrijk stimuleren verzekeraars artsen het preventief medisch onderzoek aan te bieden voor een aantal veel voorkomende chronische ziekten als diabetes en hart- en vaatziekten, en cliënten om deel te nemen.

*Duitsland. Patiënten die aan de screening hebben meegedaan en toch een aandoening krijgen hebben een lagere eigen bijdrage voor behandeling van deze aandoening.<sup>28</sup>*

In Finland kunnen de gemeenten, in samenwerking met het ziekenhuisdistrict, het initiatief nemen voor het aanbieden van preventief medisch onderzoek in het kader van gezondheidscampagnes.

---

<sup>26</sup> Ministry of social affairs and health. Health care in Finland. 2013.

[http://www.stm.fi/en/social\\_and\\_health\\_services;jsessionid=64487ce765fed921d5bfd72f9ad8](http://www.stm.fi/en/social_and_health_services;jsessionid=64487ce765fed921d5bfd72f9ad8)

<sup>27</sup> Department of Health and Public Health England. NHS Health Check Programme. Best Practice Guidance. 2013.

[http://www.healthcheck.nhs.uk/news/nhs\\_health\\_check\\_programme\\_best\\_practice\\_guidance/](http://www.healthcheck.nhs.uk/news/nhs_health_check_programme_best_practice_guidance/)

<sup>28</sup> How Germany is reining in health care costs. 2010.

[http://www.mckinsey.com/insights/health\\_systems\\_and\\_services/how\\_germany\\_is\\_reining\\_in\\_health\\_care\\_costs\\_an\\_interview\\_with\\_franz\\_knieps](http://www.mckinsey.com/insights/health_systems_and_services/how_germany_is_reining_in_health_care_costs_an_interview_with_franz_knieps)



## 2.5 De schaal waarop het preventief medisch onderzoek wordt aangeboden verschilt

### Programmatisch

In het Verenigd Koninkrijk wordt het health check programma met de vroegopsporing van hart-, nier- en vaatziekten, beroerte en diabetes programmatisch aangepakt; iedereen in de doelgroep krijgt dezelfde preventieve interventie aangeboden, net als in een nationaal bevolkingsonderzoek. Het deelnamepercentage en de resultaten worden gemonitord en geëvalueerd. De lokale overheden moeten doelstellingen hierop behalen.

### Afhankelijk van de ziekteprevalentie in een regio

In Finland bepalen de lokale autoriteiten, in samenwerking met het ziekenhuisdistrict, in welke mate verschillende onderdelen van het preventie- en vroegopsporingsprogramma worden aangeboden en uitgevoerd. Dit is afhankelijk van de ziekteprevalentie in de regio. De lokale autoriteiten moeten de landelijke gezondheidsdoelstellingen in hun regio halen. Mensen beslissen zelf of ze mee doen of niet.

De regionale agentschappen in Frankrijk bepalen de doelstellingen per regio en per aandoening.

### Opportunistisch

In Duitsland wordt het preventief medisch onderzoek opportunistisch uitgevoerd. Alle mensen vanaf 35 jaar hebben 2-jaarlijks recht op een 'Gesundheits Check-up' vanuit hun zorgverzekering. Het is aan de mensen zelf hierom te vragen. Er worden niet routinematig gegevens verzameld over wie deelneemt aan de screening. De resultaten kunnen moeilijk worden beoordeeld en zeggen weinig over de uitkomst en klinische gevolgen.

Er is grote variatie in gebruik van de Gesundheits Check-up tussen de verschillende socio-economische groepen en tussen regio's. Het meer welvarende deel van de bevolking dat minder risico heeft maakt meer gebruik van de Gesundheits Checks-ups dan de minder welgestelden die juist meer aan risico's zijn blootgesteld.<sup>29 30</sup>

## 2.6 Aanbod preventief medisch onderzoek buiten de zorgstandaarden

In alle onderzochte landen wordt ook preventief medisch onderzoek aangeboden buiten het aanbod in de integrale zorgstandaarden.

### Registratie van en toetsing op private dienstverleners

In Finland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk moeten private dienstverleners zich registreren. In Finland is Valvira verantwoordelijk voor het autoriseren van de zorgprofessionals. Valvira geeft ook de licenties af. In het Verenigd Koninkrijk is de Care Quality Commission verantwoordelijk voor de registratie en toetsing. De zin of onzin van de aangeboden dienst is niet altijd onderwerp van toetsing.

*Verenigd Koninkrijk. De Care Quality Commission (CQC) is verantwoordelijk voor de regulering van alle gezondheids- en sociale zorg voor volwassenen in het Verenigd Koninkrijk, onafhankelijk of deze zorg door de NHS, lokale overheden, de private sector of de vrijwilligerssector wordt geleverd. Alle medische en sociale zorgverleners moeten zich bij de Care Quality Commission*

<sup>29</sup> World Health Organization. *Policy Brief Screening in Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies. 2006.

<sup>30</sup> Ministry of Health Germany. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland*. 2006.

registreren. De CQC voert inspecties uit bij de geregistreerde aanbieders. Alle inspectierapporten zijn beschikbaar op de website van de CQC.<sup>31</sup> 'Life Line Screening UK', een bedrijf dat in de media wordt genoemd als uitvoerder van onzinnige testen, is goed beoordeeld.

In Vlaanderen moeten private (en ook niet private) dienstverleners toestemming vragen aan de minister voor het aanbieden van bevolkingsonderzoek. Dit is niet zo in Wallonië.

*Vlaanderen. Als een overheidsinstelling (bijvoorbeeld OCMW (Openbaar Centrum Maatschappelijk Welzijn)) alle rusthuisbewoners wil screenen op osteoporose moet daarvoor een toestemming worden gevraagd. Dit om de doelgroep te garanderen dat als er screening gebeurt, dit zinvol, wetenschappelijk en effectief is.<sup>32 33</sup>*

In Duitsland is geen onafhankelijk toezicht op het preventief medisch onderzoek dat wordt aangeboden als 'individuele gezondheidsdienst'.

*Duitsland. Er is geen onafhankelijke instantie die toeziet op de kwaliteit en de effectiviteit van de individuele gezondheidsdiensten. Voor de verzekerde zorg zijn de eisen voor opleiding van de zorgverleners, de praktijkvoering en voorzieningen in detail vastgelegd. Dit is niet het geval voor de individuele gezondheidsdiensten. Routinematige dataverzameling vindt niet plaats om deze diensten kwantitatief en kwalitatief te evalueren.<sup>34</sup>*

## 2.7 Maatregelen om nutteloos of risicovol onderzoek te beperken

Duitsland, Finland, het Verenigd Koninkrijk en Vlaanderen hebben verschillende oplossingen gevonden om het aanbieden van nutteloos, risicovol preventief medisch onderzoek te beperken, zowel om de cliënten te beschermen als om de vervolgcosten te beperken:

- De zorgverzekeraars en nationale autoriteiten in Duitsland, Finland en het Verenigd Koninkrijk benadrukken dat het nuttige, efficiënte en doelmatige preventief medische onderzoek wél wordt vergoed, en waarschuwen cliënten uit te zoeken of de commercieel aangeboden dienst nuttig is voor de cliënt.
- De Vlaamse overheid stelt zich tot doel de bevolking te beschermen tegen nutteloze screening. In Vlaanderen verplicht de regelgeving organisaties of individuen die preventief medisch onderzoek aanbieden toestemming te vragen voor deze dienstverlening aan de minister (Besluit van de Vlaamse regering over bevolkingsonderzoek).<sup>35</sup> Deze regelgeving<sup>36</sup> beschrijft aan welke eisen deze diensten moeten voldoen. De zinvolheid wordt getoetst aan een vaste set van criteria door de Vlaamse Werkgroep Bevolkingsonderzoek, die de minister adviseert over het al dan niet verlenen van een toestemming<sup>37</sup>. Ook screeningsinitiatieven van de minister zelf worden getoetst aan dezelfde criteria.

---

<sup>31</sup> [www.cqc.org.uk](http://www.cqc.org.uk)

<sup>32</sup> Toelichting Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

<sup>33</sup> V7 'Bijlage Aanvragen en beslissingen bevolkingsonderzoeken' geeft meer informatie over het preventief medisch onderzoek waar toestemming voor is verleend.

<sup>34</sup> Schnell-Inderst P, Hunger T, Hintringer K, Schwarzer R, Seifert-Klauss V, Gothe H, Wasem J, Siebert U. Individual health services. hta280\_bericht\_de

<sup>35</sup> besluit van de Vlaamse Regennq van 12 december 2009 betreffende bevolkingsonderzoek in het kader van ziektepreventie

<sup>36</sup> Decreet is regionale regelgeving, in dit geval van de Vlaamse Gemeenschap.

<sup>37</sup> B6 Bijlage Vlaamse Werkgroep Bevolkingsonderzoek en B7 Bijlage Adviezen en beslissingen bevolkingsonderzoek geven meer informatie.

- In het Verenigd Koninkrijk heeft de Human Genetics Commission regels ('principles') opgesteld voor zelftesten en preventief medisch onderzoek dat niet via een zorgprofessional wordt aangeboden. De 'principles' stellen ook eisen aan reclame.<sup>38</sup>
- Het 'National Institute for Health and Clinical Excellence' (NICE) in het Verenigd Koninkrijk heeft op de website 'NICE guidelines' een sectie met referenties naar wetenschappelijk bewijs. Het invoeren van verschillende testen die gebruikt worden voor vroegopsporing in de zoekfunctie geeft een uitgebreid overzicht van de wetenschappelijke publicaties en relevante andere websites die informatie geven over de vóór- en nadelen van deze testen.<sup>39</sup>
- De gezamenlijke Duitse zorgverzekeraars hebben een catalogus opgesteld voor de individuele zorgdiensten die niet worden vergoed door de verzekeraar. De Duitse catalogus geeft het risico, de doelgroep en het al dan niet aanwezige wetenschappelijk bewijs voor het nut van deze diensten. Via een website is deze informatie toegankelijk.<sup>40</sup> In deze catalogus met individuele zorgdiensten worden naast diagnostische ook alternatieve zorgdiensten besproken, zoals bijvoorbeeld acupunctuur en gebruik van bloedzuigers voor de behandeling van artrose.
- Duitse cliënten die gebruik willen maken van individuele gezondheidsdiensten moeten tekenen voor geïnformeerde toestemming ('informed consent'); dat ze voldoende zijn geïnformeerd over de dienst, het nut, het risico en de kosten. Dit is verplicht, maar wordt in meer dan 50% van de gevallen niet nageleefd.<sup>41</sup>
- Op initiatief van Nederland, hebben stakeholders en of experts uit Vlaanderen, Finland, Frankrijk en Duitsland en andere Europese landen gezamenlijk, in CEN verband, een 'Agreement'<sup>42</sup> ontwikkeld over 'Quality criteria for health checks'. Dit 'Agreement' gaat uit van het zelfbeslissingsrecht van de cliënt en stelt hoge eisen aan de informatievoorziening die de cliënt nodig heeft om deze beslissing te kunnen maken. Het is de verantwoordelijkheid van de aanbieder om te zorgen dat deze informatiebehoefte is vervuld. Het Europese document stelt duidelijke eisen aan de informatie over het nut van het onderzoek, de persoonlijke risicobeoordeling en de afstemming met de reguliere zorg over de interpretatie van de resultaten van het preventief medisch onderzoek. In Nederland is ook een nationale richtlijn voor preventief medisch onderzoek ontwikkeld door CBO/TNO. Beide documenten zijn in grote lijnen vergelijkbaar en kruisbestuiving heeft plaatsgevonden in de gelijktijdige ontwikkeling van deze normatieve documenten.
- De EC Directive<sup>43</sup> in vitro diagnostic medical devices reguleert het aanbod van zowel de professionele test, die wordt gebruikt in laboratoria, als de zelftest. Afhankelijk van de risicocategorie worden eisen gesteld met betrekking tot doelmatigheid en veiligheid.<sup>44</sup> Een zelftest stelt een patiënt of consument in staat zelf iets te weten te komen over zijn/haar gezondheidstoestand. Zo kan een diabetespatiënt met een bloedglucosemeter zijn eigen glucosewaarde bepalen om zijn medicatie te reguleren. Daarnaast zijn er

<sup>38</sup> V4 Bijlage Human Genetics Commission geeft meer informatie.

<sup>39</sup> <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byType&type=2&status=3#tab1>

<sup>40</sup> Zie ook D4 Bijlage Informatie over individuele gezondheidsdiensten.

<sup>41</sup> Zie ook D3 Bijlage IGeL Checkliste.

<sup>42</sup> CWA 16442 Quality criteria for health checks. CEN. 2013.

<sup>43</sup> European Parliament and the Council. Directive 98/79/EC on in vitro diagnostic medical devices of 27 October 1998.

<sup>44</sup> <http://www.diagned.nl/ivd/wet-and-regelgeving.html>

zelftesten verkrijgbaar waarmee een zorgconsument zelf een diagnose kan stellen. De bekendste voorbeelden zijn de zwangerschapstest, de ovulatietest of de cholesteroltest.<sup>45</sup> De Consumentenbond heeft de betrouwbaarheid van zelftesten onderzocht, in samenwerking met de NVKC (Nederlandse Vereniging van Klinisch Chemici). Het onderzoek betreft cholesterol, blaasontsteking en zwangerschap zelftesten. De resultaten zijn wisselend; de kwaliteit van de testen kan uiteenlopen van zeer goed tot heel matig.<sup>46 47</sup>

## 2.8 Gevolgen privaat aanbod preventief medisch onderzoek

### Rol van de arts verandert als commerciële aanbieder

Voorals in Duitsland is er discussie over de veranderende rol van de artsen door het aanbieden van private diensten; van gezondheidsadviseur tot commerciële dienstverlener. Dit wordt als problematisch ervaren. De relatie tussen een (kwetsbare) patiënt en zijn/haar arts is een vertrouwensrelatie waarin de arts adviseert. Deze relatie wordt verstoord als dezelfde arts óók commerciële belangen heeft bij het verkopen van diensten en of producten.

### Geen gegevens over resultaten van privaat preventief medisch onderzoek

In geen van de onderzochte landen worden systematisch data verzameld over de diensten, de cliënten en de uitkomsten van het privaat aanbod van preventief medisch onderzoek.

*Duitsland. Er is geen onafhankelijke instantie die toeziet op de kwaliteit en de effectiviteit van de individuele gezondheidsdiensten. Voor de verzekerde zorg zijn de eisen voor opleiding van de zorgverleners, de praktijkvoering en voorzieningen in detail vastgelegd. Dit is niet het geval voor de individuele gezondheidsdiensten. Routinematige dataverzameling vindt niet plaats om deze diensten kwantitatief en kwalitatief te evalueren.<sup>48</sup>*

---

<sup>45</sup> <http://www.diagned.nl/ivd/in-vitro-diagnostica.html>

<sup>46</sup> <http://www.diagned.nl/nieuws-en-documentatie/nieuws/berichten/zelftest-zeer-wisselend-van-kwaliteit.html>

<sup>47</sup> [http://www.nvkc.nl/scripts/actueel/Documents/thuistest%20cholesterol\\_Consumantenbond.pdf](http://www.nvkc.nl/scripts/actueel/Documents/thuistest%20cholesterol_Consumantenbond.pdf)

<sup>48</sup> Schnell-Inderst P, Hunger T, Hintringer K, Schwarzer R, Seifert-Klauss V, Gothe H, Wasem J, Siebert U. Individual health services. hta280\_bericht\_de

### **3 Financiering van preventief medisch onderzoek en vervolgcosten**

#### **3.1 Nuttig, effectief en doelmatig preventief medisch onderzoek wordt vergoed**

Het preventief medisch onderzoek wordt op verschillende manieren gefinancierd.

In alle onderzochte landen worden de kosten voor preventie en vroegopsporing die worden uitgevoerd binnen de wetenschappelijk onderbouwde integrale zorgstandaarden of zorgtrajecten vergoed voor de cliënt. Daarnaast hebben Duitsland en het Verenigd Koninkrijk 'health checks' waarin vroegopsporing naar een aantal chronische aandoeningen plaatsvindt. Het preventief medisch onderzoek dat deel uitmaakt van de 'health check' of de erkende zorgstandaarden voor preventie, vroegopsporing en behandeling wordt in Duitsland, Finland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Vlaanderen op verschillende manieren gefinancierd.

##### **Overheid en of zorgverzekeraars**

In het Verenigd Koninkrijk ontvangen de lokale autoriteiten een apart budget van de nationale overheid voor dit preventief medisch onderzoek. In Duitsland en Frankrijk wordt het preventief medisch onderzoek voornamelijk gefinancierd door de zorgverzekeraars. In Finland worden de kosten gelijkwaardig gedeeld door de zorgverzekeraars en de nationale overheid.

Alle follow-up zorg (diagnostiek en behandeling) wordt uitgevoerd door de reguliere zorg en gefinancierd middels de zorgverzekering in alle bestudeerde landen.

De zorgverzekeraars en/of de overheid in alle onderzochte landen beroepen zich op het feit dat alle noodzakelijke, effectieve en doelmatige zorg wordt vergoed. Nuttig, effectief en doelmatig preventief medisch onderzoek wordt daarmee ook vergoed.

#### **3.2 Cliënten betalen het commercieel aanbod van preventief medisch onderzoek**

##### **Eigen rekening**

In alle onderzochte landen is ook commercieel aanbod van preventief medisch onderzoek.

In Duitsland, Finland en het Verenigd Koninkrijk wordt preventief medisch onderzoek aangeboden door private instellingen die niet volgens de erkende richtlijnen werken. De cliënt die gebruik maakt van deze diensten moet deze diensten zelf betalen. In Frankrijk en Vlaanderen hoeft de cliënt dit niet altijd zelf te betalen en wordt het vergoed door de zorgverzekeraar. In Vlaanderen betaalt de cliënt dan wel het remgeld (eigen bijdrage voor zorg of medicijnen).

##### **Geen gegevens over de resultaten**

In geen van de onderzochte landen worden routinematig kwalitatieve of kwantitatieve gegevens verzameld over deze diensten en de uitkomsten van het gedane onderzoek.

## 4 Hoe verhoudt de omgang met preventief onderzoek in andere Europese landen zich tot de Nederlandse situatie

Dit hoofdstuk geeft aan hoe Nederland om zou kunnen gaan met preventief medisch onderzoek, lerende van de beleidskeuzes, wet- en regelgeving en de ervaringen van de landen om ons heen.

In de opdracht voor deze quick scan wordt gesteld dat (letterlijk overgenomen uit de aanleiding): "Nederland moet keuzes maken ten aanzien van preventief medisch onderzoek. Het staat voor vragen als: Moet het aanbieden van preventief medisch onderzoek gebeuren op basis van een vergunning en moet de gebruiker vanuit wetgeving beschermd worden tegen bijvoorbeeld fout positieve resultaten. Of staat de zelfbeschikking van de gebruiker voorop en is het van belang waarborgen te creëren om te komen tot een goed geïnformeerde keuze".

Deze zeer praktische vragen zijn onderdeel van een groter geheel en kunnen alleen worden beantwoord in samenhang met de achterliggende strategische doelstellingen en keuzes. Dit hoofdstuk geeft de overwegingen die mee kunnen spelen bij de keuzes over de rol van preventief medisch onderzoek in de zorg in Nederland.

Zoals in Duitsland al werd opgemerkt, de discussie over preventief medisch onderzoek is een politiek debat over de doelstellingen en organisatie van de gezondheidszorg.

### 4.1 Langer leven in goede gezondheid

Kernvragen	Opmerkingen in de kantlijn
<b>Onderschrijven we in Nederland de Europese doelstelling dat voor de duurzaamheid van de gezondheidszorg het zinnig is in te zetten op 'langer leven in goede gezondheid'?</b>	<p>Hoe groot is het draagvlak voor het ondersteunen van deze doelstelling:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- individuele burgers</li><li>- zorgverleners en andere stakeholders</li><li>- beleidsmakers</li></ul> <p>Allesisgezondheid<sup>49</sup> geeft aan dat zowel vanuit de overheid als vanuit de andere stakeholders deze doelstelling wordt onderschreven.</p> <p>VSOP (et al) laat zien dat cliënten interesse hebben in preventief medisch onderzoek, maar dat het moeilijk is aanbod te vinden binnen de reguliere zorg.<sup>50</sup></p>

<sup>49</sup> [http://www.allesisgezondheid.nl/Doe\\_mee\\_en\\_teken\\_een\\_pledge](http://www.allesisgezondheid.nl/Doe_mee_en_teken_een_pledge) Alles is Gezondheid wil een beweging op gang brengen die Nederland aantoonbaar gezonder zal maken. Het programma is van ons allemaal, en wie erbij wil helpen is natuurlijk van harte welkom. Meedoen aan Alles is gezondheid... kan door een zogenoemde pledge (een 'plechtige belofte') te tekenen en daarmee partner van het programma te worden.

<sup>50</sup> Broerse JEW, Oudendammer, WM. Preventief (Zelf)Onderzoek. Ervaringen van gebruikers. Eindrapportage van het samenwerkingsproject 'Preventief (Zelf)Onderzoek' van de Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties, Patiëntenfederatie NPCF, Consumentenbond, Nederlandse Coeliakie Vereniging en de Nederlandse Patiënten Vereniging. 2013.

**Bereiken we die extra 2 jaar gezond leven door meer aandacht op preventie?**  
- voor welke aandoeningen?

Nederland heeft het bevolkingsonderzoek naar borst-, baarmoederhals- en dikke-darm kanker programmatisch georganiseerd.

Allesisgezondheid geeft aan dat preventie een prominente plek krijgt.<sup>51</sup>

CVZ is terughoudend/negatief in het opnemen van vroegopsporing in de verzekerde zorg (zie besluit over de financiering van het preventieconsult).

**Kunnen/willen we gezondheidswinst halen door vroegopsporing (en preventie?) op te nemen in de zorgstandaarden voor een aantal veelvoorkomende aandoeningen,**  
- voor welke aandoeningen?  
- diabetes type 2, hart- en vaatziekten en nieraandoeningen?

Hoe groot is het draagvlak voor het ondersteunen van deze doelstelling:

- individuele burgers
- zorgverleners
- beleidsmakers

De zorgstandaard diabetes<sup>52</sup> geeft leidraad voor het verbeteren van de zorg voor mensen met diabetes. De zorgstandaard Ketenzorg diabetes<sup>53</sup> bevat afspraken over de samenwerking tussen eerstelijnszorg en tweedelijnszorg. Deze zorgstandaard heeft modules voetzorg en stoppen met roken. Er is (nog) geen aandacht voor vroegopsporing en preventie. NB: er is zelfs weinig aandacht voor secundaire preventie; de zorgstandaard bevat geen module gewichtsafname/meer bewegen. Bij de herziening van de standaard wordt preventie opgenomen.

**Kunnen/willen we gezondheidswinst halen door een gezondere levensstijl**  
- welke verbeteringen? gezondere voeding, meer beweging, minder roken, minder drinken?

Hoe groot is het draagvlak voor het ondersteunen van deze doelstelling:

- individuele burgers
- zorgverleners
- beleidsmakers

**Welke gezondheidsdoelstellingen streven we na in Nederland**

Hoe groot is het draagvlak voor het ondersteunen van deze doelstelling:

- individuele burgers
- zorgverleners
- beleidsmakers

<sup>51</sup> [http://www.allesisgezondheid.nl/Preventie\\_een\\_prominentere\\_plek\\_in\\_de\\_zorg](http://www.allesisgezondheid.nl/Preventie_een_prominentere_plek_in_de_zorg) Preventie een prominentere plek in de zorg. Voorkomen is beter dan genezen. Dat geldt ook voor partijen die traditioneel gezien vooral gericht zijn op genezing. Huisartsen, gezondheidscentra en andere zorgaanbieders gaan samen met zorgverzekeraars en gemeenten aan de slag om de gezondheid van mensen in de buurt te verbeteren en ziekte te voorkomen.

<sup>52</sup> <http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/extrapage/de-norm-voor-diabeteszorg-en-preventie/>

<sup>53</sup> <http://www.achmeazorg.nl/Integrale-Zorg/Downloadlijst/Ketenzorg%202013-2014/Zorginkoopdocument-2013-Ketenzorg-Diabetes-Mellitus-Type-2.pdf> Meer samenhang tussen inkoop eerste en tweedelijns. De inkoop van zorg rondom DM type 2 in zowel eerste als tweedelijns stemmen we in 2013 beter op elkaar af. Dit komt tot uiting in meer samenhang via samenwerking op zowel inhoud en omvang. In het contracteerbeleid 2013 voor medisch specialistische zorg (MSZ) is als instapvoorwaarde opgenomen dat het ziekenhuis in 2013 concrete afspraken maakt met 90 procent van de zorggroepen en GEZ-en in het adherentiegebied over consultatie, verwijzing en terugverwijzing bij diabetes. Verder is als doelstelling opgenomen dat het ziekenhuis zich maximaal inspant om terughoudend te zijn om te behandelen in de tweede lijn i.p.v. in de eerste lijn.

Het RIVM<sup>54</sup> en de RVZ<sup>56</sup> adviseerden al eerder gezondheidsdoelstellingen vast te stellen.

**Welke maatregelen nemen we om dit te bereiken**

Gedragsverandering is een proces

- het individu - stappen in gedragsverandering
- zorgverleners – gebruiksvriendelijke toegankelijke diensten (inclusief competentie, opleiding, richtlijnen)
- beleidsmakers - 'enabling environment' (financiering (inclusief het wegnemen van perverse prikkels), richtlijnen (integrale zorgstandaarden), wet- en regelgeving, toezicht)

**Welk bereik willen we voor de maatregelen en wat betekent dit voor de organisatie van de zorg**

- opportunistisch, zelfbeschikking
- programmatisch, doelgroep definiëren en maatregelen nemen om die te bereiken

In Nederland is er steeds meer aandacht voor preventie. Het nieuwe programma 'allesisgezondheid' onderschrijft het belang van langer gezond leven en de rol van preventie hierin. Het programma stelt: "Huisartsen, gezondheidscentra en andere zorgaanbieders gaan samen met zorgverzekeraars en gemeenten aan de slag om de gezondheid van mensen in de buurt te verbeteren en ziekte te voorkomen". De gedragsverandering en het ontwikkelen van competenties bij al deze partijen vindt alleen plaats als gebruiksvriendelijke diensten en een 'enabling environment' deze verandering ondersteunen.

Het behalen van gezondheidswinst middels preventie vraagt een samenhangend geheel van een breed gedragen visie, consistent beleid en bijbehorende ondersteuning om dit te bereiken.

Veel andere landen in Europa geven aandacht aan preventie om gezondheidswinst te behalen. Ieder land doet dit op zijn of haar eigen manier, afhankelijk van bestaande rolverdeling, machtsverhoudingen, financieringsmodellen en niet in de laatste plaats politieke keuzes.

---

<sup>54</sup> van der Wilk EA, Melse JM, den Broeder JM, Achterberg PW. Leren van de burens: Beleid publieke gezondheid internationaal bezien: roken, alcohol, overgewicht, depressie, gezondheidsachterstanden, jeugd, screening. RIVM. 2007.

<sup>55</sup> RIVM. Preventie in de zorg. Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. RIVM 2013.

<sup>56</sup> <http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/sturen-op-gezondheidsdoelen#aanbevelingen>



## 4.2 Bijlage Nederland PreventieConsult

Het doel van de NHG-Standaard Het PreventieConsult<sup>57</sup> is de preventie van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en chronische nierschade door actief aanbod van een risicoschatting gekoppeld aan bijpassende adviezen of therapie, ingebed in het reguliere eerstelijns zorgsysteem.

Doelgroep: volwassenen die niet reeds in behandeling zijn vanwege hypertensie, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, chronische nierschade en hypercholesterolemie, maar mogelijk wel een verhoogd risico daarop hebben.

Voor de toegeleiding naar het PreventieConsult is één risicovragenlijst ontwikkeld, waaruit kan worden afgeleid of er sprake is van een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, type 2 diabetes en/of chronische nierschade.

- Personen met een risicoscore boven de drempelwaarde wordt een nader consult bij de huisarts geadviseerd gevolgd door, afhankelijk van de bevindingen, meting van de bloeddruk; laboratoriumonderzoek (nuchtere glucose, totaal cholesterol en HDL-cholesterol) en afhankelijk van de bevindingen medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling van hun cardiometabole risicofactoren. Zij krijgen in geval van aanwezige risicofactoren gerichte leefstijladviezen.
- Personen met een risicoscore beneden de drempelwaarde hebben waarschijnlijk geen absoluut verhoogd risico en daarom geen indicatie voor nader consult. Zij krijgen informatie over hun risico en een advies om gezond gedrag te bevorderen.

Het CVZ heeft geoordeeld<sup>58</sup> dat het PreventieConsult niet aangemerkt wordt als te verzekeren zorg als de huisarts dit preventieconsult actief aanbiedt aan zijn/haar patiënten.

De variant waarbij de patiënt zelf het initiatief neemt om naar de huisarts te gaan met een vraag over zijn mogelijke risico is in principe wel aan te merken als te verzekeren zorg, ook als de score op de vragenlijst van het PreventieConsult aanleiding tot die zorgvraag is.

Een studie naar de ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool risico (PC CMR)<sup>59</sup> concludeert:

- veel geïnterviewden staan positief ten opzichte van het PreventieConsult CMR;
- draagvlak en structurele inbedding zijn niet zomaar gerealiseerd;
- gebrek aan structurele financiering is een grote belemmerende factor. Het is nog niet duidelijk hoe het PreventieConsult CMR het beste gefinancierd kan worden; zorgverzekering, gemeentefonds, populatiegebonden bekostiging, preventiefonds of een nieuwe vorm van huisartsenfinanciering;
- aandacht voor (selectieve) preventie is nog lang geen vanzelfsprekendheid; niet bij de politiek, niet bij het publiek, maar ook niet bij de professionals;
- nog niet duidelijk wie het PreventieConsult CMR moet implementeren: de huisartsenpraktijken, de GGD'en/gemeenten of de Rossen.
- over de uitvoering van de consulten door de huisartsen is redelijke consensus, de toeleiding naar het PreventieConsult CMR kan door veel verschillende partijen gebeuren.
- over de follow-up is nog veel onduidelijkheid. Een sector-overstijgende sociale kaart waarin medisch, sport- en welzijnsaanbod worden ondergebracht, zou uitkomst kunnen bieden.
- hoe de regio's moeten worden ingedeeld is nog de vraag; Nederland bestaat uit een lappendeken van organisaties die allemaal betrokken zijn bij gezondheid en zorg. Bovendien is er bij een eventuele structurele implementatie van het PreventieConsult CMR afstemming gewenst ten aanzien van andere vormen van screening (de positionering).

<sup>57</sup> Het PreventieConsult M96 (maart 2011) <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/het-preventieconsult>

<sup>58</sup> <http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/zini-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2011/1110-het-preventieconsult/Het+PreventieConsult.pdf>

<sup>59</sup> Nielen MMJ, Vander Meer V, Assendelft WJJ, Schellevis FG. Eerste ervaringen met het PreventieConsult cardiometabool risico. Huisarts Wet 2011; 54(8):414-419.

## ANNEX België

### B1 Algemeen

#### Organisatie en financiering

België heeft een gemengd publiek-private gezondheidszorgsysteem met publieke financiering en private zorgverleners. De zorg is gefinancierd uit sociale zekerheidspremies en progressieve directe belastingen. De private zorgverleners ontvangen een prestatiebekostiging voor ('fee for service') voor de geleverde zorg. De verplichte ziektekostenverzekering wordt gecombineerd met private zorg, met name door onafhankelijke praktijken en vrije artskeuze.<sup>60</sup> Patiënten betalen meestal een eigen bijdrage ('remgeld') voor zorg en medicijnen.

De uitgaven voor gezondheidszorg bedragen 37 miljard euro, iets meer dan 10% van het Bruto Binnenlands Product (BBP) in 2011. De laatste 20 jaar zijn de uitgaven voor de zorg verdrievoudigd terwijl de rijkdom van het land slechts is verdubbeld.<sup>61</sup>

Het beleid richt zich op verbetering van de toegang tot en van de kwaliteit van de zorg, en om de zorg duurzamer te maken. Hervormingen om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verhogen omvat maatregelen om de eigen bijdrage van meer kwetsbare bevolkingsgroepen (lagere inkomens en chronisch zieken) te verminderen. Kwaliteit van zorg gerelateerde hervormingen zijn onder andere gericht op het beter integreren van verschillende niveaus van zorg en het opzetten van informatiesystemen.

De federale overheid is verantwoordelijk voor de regulering en financiering van de zorg die wordt vergoed door de verplichte ziektekostenverzekering, de bepaling van de kwaliteitscriteria en de registratie van geneesmiddelen en hun prijscontrole.

Met de 6e staatshervorming die zich aan het ontrollen is (met overdracht van bevoegdheden van de federale overheid naar de gemeenschappen en gewesten), is het nogal moeilijk om op dit moment een juist overzicht te geven op vlak van gezondheidszorg. Er is in België nauwelijks sprake van 'nationale richtlijnen' of nationale programma's.

#### Stimuleren efficiënte en doelmatige zorg

In 2002 werd het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) opgericht. KCE ondersteunt het gezondheidsbeleid met keuzes voor efficiënte doelmatige zorg en doelmatig gebruik van de beschikbare financiële middelen. De aanpak van het KCE is geïnspireerd op buitenlandse expertisecentra, zoals het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in het Verenigd Koninkrijk en de Zweedse Raad for Health Technology Assessment (SBU) in Zweden. KCE doet geen toezicht.

De ondersteuning aan de Gemeenschappen is niet systematisch. De Vlaamse overheid kan wel voorstellen indienen, maar dan is het nog niet zeker dat die in het programma van de KCE worden opgenomen.

#### Integrale zorgtrajecten om multidisciplinaire samenwerking te verbeteren

Sinds 2009<sup>62</sup> zijn 'zorgtrajecten' ontwikkeld en geïmplementeerd voor de behandeling en follow-up van chronische ziekten om de samenwerking tussen de patiënt, de huisarts, de specialist en eventuele andere zorgverleners te verbeteren (Koninklijk Besluit van 21 januari 2009). De samenwerking tussen zorgverleners wordt beschreven in een 'zorgtraject'. Zorgverlener en patiënten gaan een contract aan voor vier jaar. Financiële prikkels worden gegeven aan de artsen (jaarlijks € 80,- per patiënt) en aan de patiënt (volledige vergoeding voor consulten, toegang tot specifieke apparaten, vergoed overleg met een

<sup>60</sup> Gerkens S, Merkur S. (KCE) Belgium: Health system review. *Health Syst Transit*. 2010;12(5):1-266, xxv

<sup>61</sup> [http://www.cm.be/binaries/CM-informatie-gezondheidszorguitgaven\\_tcm375-123607.pdf](http://www.cm.be/binaries/CM-informatie-gezondheidszorguitgaven_tcm375-123607.pdf)

<sup>62</sup> Gerkens S, Merkur S. (KCE) Belgium: Health system review. *Health Syst Transit*. WHO: 2010;12(5):1-266

diëtist, een persoonlijk zorgplan en de garantie dat het zorgplan individueel wordt aangepast aan zijn of haar specifieke behoeften). De eerste twee zorgtrajecten die zijn vastgesteld zijn die voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie (sinds 1 juni 2009) en voor patiënten met type 2 diabetes die niet meer reageren op orale behandeling (sinds 1 september 2009).

Deze organisatorische veranderingen zijn noodzakelijk om de duurzaamheid van de zorg te verbeteren.

De perversie van het bekostiging systeem is beschreven voor de dialysezorg. De gebruikelijke prestatiebekostiging ('fee for service') ontmoedigt preventieve strategieën, vroege verwijzing en thuiszorg strategieën. In het geval nierziekten zal de veroudering van de bevolking resulteren in een snel toenemende aantal oude dialysepatiënten, die ingewikkelder en dus duurder zorg nodig hebben.<sup>63</sup>

### **Ongelijkheid**

Het is belangrijk om oog te hebben voor de toegang tot de gezondheidszorg. Arm maakt ongezond en ongezond maakt immers arm. De op het eerste gezicht uitstekende toegankelijkheid van het Belgische zorgsysteem heeft te maken met een veralgemeende verplichte ziektekostenverzekering (95% van de bevolking) en een aanvullende vrijwillige verzekering (46% van de bevolking).

Een aanvullende verzekering is meestal geen optie voor gezinnen met een laag inkomen en risicohuishoudens. De Algemene Pharmaceutische Bond signaleerde dat 1 op de 3 apothekers klanten heeft met betaalproblemen. De huisartsenvereniging Domus Medica meldde dat minstens 10% van de Vlaamse patiënten moeite heeft om de huisarts te betalen, wat in achtergestelde buurten tot 25% kan stijgen. Dat heeft tot gevolg dat steeds meer mensen hun gezondheidszorg moeten uit- of afstellen om financiële redenen. Cijfers over stijgende kosten en persoonlijke uitgaven bevestigen een diepe en groeiende kloof op het vlak van toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

### **Vermijdbare sterfte**

Cijfers tonen aan dat bijna de helft van de overlijdens voor de leeftijd van 75 jaar theoretisch op één of andere manier te vermijden zijn. Bij mannen is er 39% vermijdbare sterfte. Het grootste deel hiervan wordt toegeschreven aan ongezonde leefgewoonten (zoals sterfte door longkanker en ischemische hartziekten) of verkeersongevallen. Bij vrouwen berekenen we 42% vermijdbare sterfte.<sup>64</sup>

## **B2 Gezondheidsbevordering in Vlaanderen**

### **Gemeenschappen**

De Gemeenschappen (Frans, Duits en Vlaams) zijn verantwoordelijk voor de gezondheidsbevordering, gezondheidsvoorlichting en preventieve gezondheidszorg. Dit omvat de organisatie van de screeningsprogramma's. Om de samenwerking tussen de federale overheid en de gemeenschappen te vergemakkelijken worden regelmatig interministeriële werkgroepen georganiseerd.

### **Preventief gezondheidsbeleid van de Vlaamse gemeenschap**

Vlaanderen voert een eigen preventief gezondheidsbeleid<sup>65</sup> om gezondheidswinst op bevolkingsniveau te realiseren en zo mensen langer te laten leven en de levenskwaliteit te verhogen. Het doel is mensen te versterken in hun fysiek, psychisch en sociaal welbevinden door welzijns- en gezondheidsproblemen zoveel mogelijk te voorkomen, zo vlug mogelijk te detecteren en tijdig en adequaat aan te pakken. Naast een preventieve gezondheidszorg kiest Vlaanderen ook voor een facettenbeleid<sup>66</sup>. Zo wordt maximaal gestreefd naar het bevorderen, beschermen en behouden van de gezondheid.

<sup>63</sup> Van Biesen W, Lameire N, Peeters P, Vanholder R. Belgium's mixed private/public health care system and its impact on the cost of end-stage renal disease. *Int J Health Care Finance Econ.* 2007 Sep;7(2-3):133-48.

<sup>64</sup> Beleidsbrief 1757. Beleidsprioriteiten Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2012-2013.

<http://www.kindengezin.be/img/beleidsbriefwvg2012-2013def.pdf>

<sup>65</sup> Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid <https://www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Preventieve-gezondheidszorg/>

<sup>66</sup> Een facettenbeleid is dat deel van het preventieve gezondheidsbeleid dat buiten het domein van de gezondheidszorg valt en bijdraagt tot het bevorderen, beschermen of behouden van gezondheid.

De regelgevende basis voor dit beleid is gelegd in het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid.<sup>67</sup>

Binnen het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen worden 2 methodieken toegepast:

- **Gezondheidsbevordering** is de preventiemethode waarbij de processen ondersteund worden die individuen en groepen in staat stellen om de determinanten van hun gezondheid positief te beïnvloeden.
- **Ziektepreventie** is de preventiemethode waarbij
  - het optreden van bepaalde ziekten wordt voorkomen door
    - bronnen van gevaar of bedreigende factoren voor de gezondheid weg te nemen of te beperken;
    - beschermende factoren te versterken;
  - de gezondheidsschade door ziekten wordt beperkt of de genezingskans wordt vergroot door tijdige opsporing van ziekten of risico's.

Ondertussen wordt steeds duidelijker dat inzetten op **gezondheidspromotie en vroegdetectie en vroeginterventie** loont. De uitvoering van gezondheidsdoelstellingen komt op kruissnelheid. Een intersectorale aanpak van de diagnostiek zet zich door.<sup>68</sup>

#### Preventie versus behandeling

In België gaat 10% van het bnp naar curatieve gezondheidszorg. Slechts 0,1% van het bnp gaat naar preventie<sup>69</sup>, zoals geformuleerd in de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Nochtans beweren studies dat de externe determinanten van onze gezondheidssituatie voor 60% wordt bepaald door de leefgewoonten en omgeving, tegenover 40% door het curatieve gezondheidssysteem. Cijfers tonen aan dat door primaire preventie (het wegnemen van de oorzaak, bijvoorbeeld door gedragswijziging) jaarlijks 3.878 sterfgevallen (voornamelijk door longkanker en ischemische hartziekten) vermeden kunnen worden. Vlaanderen telt bij de 15-jarige meisjes 17% wekelijks rokers en bij de 15-jarige jongens 18% die wekelijks roken.

Niet toevallig benoemt een recente studie van de studiedienst van de Vlaamse Regering de 21ste eeuw als "de eeuw van de preventieve gezondheidszorg".<sup>70</sup>

Het bevorderen van een goede gezondheid blijft op verschillende terreinen een belangrijke uitdaging, te beginnen bij de voedings- en bewegingsgewoonten van de Vlaming. Onderzoeksgegevens tonen aan dat van de jongens en meisjes van 2 tot 18 jaar respectievelijk 12% en 13,3% kampt met overgewicht. Voor obesitas bedraagt dit respectievelijk 2,7% en 3,1%. Bij volwassenen neemt het aandeel personen met overgewicht toe met de leeftijd. 12% van de Vlaamse volwassen bevolking kampt met zwaarlijvigheid.

Ook het gebruik van allerhande genotsmiddelen blijft een aandachtspunt. Ruim 5% van de Belgen, voornamelijk in de leeftijdsgroep 45-54 jaar, drinkt dagelijks teveel alcohol. Slechts één op de zes problematische alcoholgebruikers zoekt professionele hulp.

#### Bevolkingsonderzoek

Voor bevolkingsonderzoek op initiatief of voorstel van derden is, zoals bepaald in het besluit van de Vlaamse Regering van 12 december 2008<sup>71</sup> betreffende bevolkingsonderzoek in het kader van

<sup>67</sup> [http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2\\_default.aspx?id=21273](http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_default.aspx?id=21273)

<sup>68</sup> Beleidsbrief 1757. Beleidsprioriteiten Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2012-2013.

<http://www.kindengezin.be/img/beleidsbriefwvg2012-2013def.pdf>

<sup>69</sup> beleidsnota 2009-2014 WVG <http://www.kindengezin.be/img/beleidsnotawelzijn-20092014.pdf>

<sup>70</sup> "Ja, alleen jammer dat dit beperkt blijft tot woorden, als het aankomt op het vrijmaken van budget voor preventie zitten in de Vlaamse regering geen pleitbezorgers" (Commentaar vanuit Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid)

<sup>71</sup> <http://www.jurivwvl.be/ws/Export/1017595.html>

ziektepreventie (verder het besluit over bevolkingsonderzoek te noemen), een toestemming van de minister vereist. De minister baseert zich bij zijn beslissing over die toestemming op een advies van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek.

Initiatieven of voorstellen worden in twee fasen beoordeeld door de werkgroep Bevolkingsonderzoek: (1) in een eerste stap wordt nagegaan of het voorstel bevolkingsonderzoek betreft - en dus onder het toepassingsgebied van het besluit over bevolkingsonderzoek valt; (2) in een tweede fase wordt nagegaan in hoeverre het voorstel of het initiatief aan de (kwaliteits)criteria voor bevolkingsonderzoek (vermeld in het besluit over bevolkingsonderzoek) voldoet. Als in de eerste stap blijkt dat het initiatief geen bevolkingsonderzoek is, is beoordeling door de werkgroep Bevolkingsonderzoek aan de hand van de criteria niet nodig.

Bijlage B 6 geeft een overzicht van de bevolkingsonderzoeken waarvoor toestemming is gevraagd en het antwoord met al dan niet de toestemming voor het uitvoeren van het onderzoek.

### **De gezondheidsgids<sup>72</sup>**

Een van de bevolkingsonderzoeken waarvoor toestemming is gevraagd is de Gezondheidsgids. De Gezondheidsgids is een instrument voor de huisarts dat bedoeld is om op gestructureerde wijze preventieve zorg die evidence based is te verlenen aan personen van 45 tot 75 jaar. De gids bestaat uit een vragenlijst en een bijhorende handleiding die de aanbevelingen van de huisartsenvereniging Domus Medica samenvat. Een ingevulde vragenlijst zou moeten resulteren in een preventieplan op maat van het individu. De Gezondheidsgids behandelt de aandoeningen (en eventuele opsporing ervan): borstkanker, baarmoederhalskanker, dikke-darmkanker, diabetes type II, risico op hart- en vaatziekten, alcohol en roken. Dit aanbod wordt al dan niet gekaderd binnen het GMD+ (het Globaal Medisch Dossier-plus werd ingevoerd op 1 juni 2010 en voorziet via het RIZIV o.a. in een extra honorarium).

Het advies van de Vlaamse Werkgroep Bevolkingsonderzoek<sup>73</sup> bevat de volgende onderdelen:

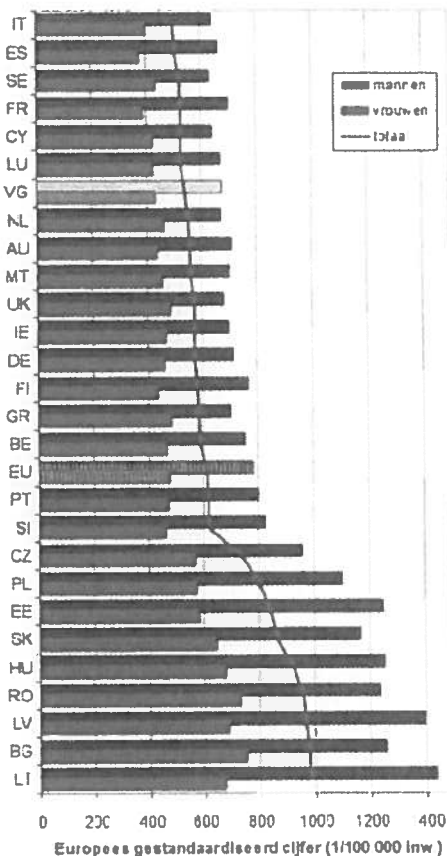
- De Gezondheidsgids is een goed initiatief dat poogt op positieve manier invulling te geven aan de rol van de huisarts in gezondheidsbevordering en ziektepreventie. De werkgroep moedigt een op wetenschappelijke evidentie gestoeld, gestandaardiseerd en planmatig preventief handelen binnen de huisartspraktijk aan en beschouwt het toepassen van de gezondheidsgids als een zinvolle invulling van het GMD+.
- Het gebruiken en promoten van de vragenlijst, als deelinstrument aan de Gezondheidsgids, is echter niet wenselijk. Het op voorhand meegeven van de vragenlijst om die thuis in te vullen kan bij de burger veel vragen oproepen, ongerustheid veroorzaken en ten onrechte medische consumptie uitlokken. Veel gegevens die gevraagd worden horen in het dossier van de huisarts aanwezig te zijn. Het is geen goede werkwijze om die (opnieuw) aan de burger te vragen.
- De aanvraag voor toestemming van de kankerscreening moet inpassen in de rol van de huisarts bij de invoering van de Vlaamse bevolkingsonderzoeken voor borst-, baarmoederhals- en dikke-darm kanker.
- De aanvraag voor toestemming voor de aanbeveling voor screenen naar diabetes type II is onnauwkeurig en onvoldoende gedocumenteerd.
- De werkgroep adviseert een toestemming te verlenen voor het screenen naar risico op hart- en vaatziekten in het kader van de Gezondheidsgids binnen de individuele arts-patiënt relatie.
- De werkgroep adviseert toestemming te verlenen voor gebruik van de aanbevelingen voor roken en alcoholgebruik binnen de individuele arts-patiënt relatie.
- De invoering van een registratie, monitoring en evaluatie van het gebruik van de gezondheidsgids wordt actief gepromoot bij huisartsen en bij de federale overheid, bevoegd voor de inrichting van het GMD+.

<sup>72</sup> Vergelijk ook met het 'preventieconsult' in Nederland.

<sup>73</sup> [https://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg\\_en\\_Gezondheid/Beleid/Bevolkingsonderzoek/IBVO%20WG%20advies%202012-5%20gezondheidsgids%2020130207%20-%2020130205.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg_en_Gezondheid/Beleid/Bevolkingsonderzoek/IBVO%20WG%20advies%202012-5%20gezondheidsgids%2020130207%20-%2020130205.pdf)

### B3 Vlaanderen in vergelijking met Europa

In de Europese Health Consumer Index 2009 valt op dat de resultaten van de gezondheidszorg voor België in vergelijking met 30 andere landen (EU, Noorwegen, Zwitserland, Kroatië en FYR Macedonië) niet goed ogen: Het Vlaams gewest haalt slechts een 18e plaats. De resultaten van de gezondheidszorg werden gemeten aan de hand van de volgende indicatoren: sterftecijfer hartinfarct binnen de 28 dagen na hospitalisatie, de kindersterfte, de overleving vijf jaar na kanker (alle kankers, uitgezonderd huidkanker), de vermijdbare verloren levensjaren, de MRSA-infecties, de relatieve daling van de ratio aan suicide en het percentage diabetici met hoge HbA1c-bloedspiegel (> 7) <sup>74</sup>



- In 6 landen sterven mannen minder snel dan in het Vlaams Gewest (plaats 7). Vlaanderen doet het daarmee iets beter dan het Verenigd Koninkrijk en Ierland, maar iets slechter dan Nederland en Luxemburg

- In 5 landen sterven vrouwen minder snel dan in het Vlaams Gewest (plaats 6). Vlaamse vrouwen sterven dus iets minder snel dan in Finland en Zweden, maar wel sneller dan in Luxemburg en Cyprus.

Rangschikking Europese lidstaten naar direct gestandaardiseerde sterfte en situering Vlaams Gewest, gemiddelde 2008-2010 (voor zover beschikbaar) - op basis van Europese standaardbevolking

Bron: sterftecificaten alle overlijdens, Vlaams Gewest, 2008-2010 & SPMA Sterftecijfers, België, 2008 & WHO Health for all Mortality database (augustus 2012) geciteerd in: [https://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers/Vlaanderen-in-Europa-\(Europees-gestandaardiseerde-sterfte\)/](https://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers/Vlaanderen-in-Europa-(Europees-gestandaardiseerde-sterfte)/)

### B4 Bestuurlijk en maatschappelijk kader waarbinnen het beleid zich moet ontwikkelen in Vlaanderen <sup>75</sup>

#### Overheidsaansturing en verantwoordelijk privé initiatief

De sociaal corrigerende markteconomie voorziet een actieve, aansturende en financierende rol voor de overheid in de hulp- en dienstverlening ter wille van het algemeen belang en het sociale welzijn van haar

<sup>74</sup> [https://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers/Vlaanderen-in-Europa-\(Europees-gestandaardiseerde-sterfte\)/](https://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers/Vlaanderen-in-Europa-(Europees-gestandaardiseerde-sterfte)/)

<sup>75</sup> Niet alle beleid is al realiteit (commentaar vanuit Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid). Op grond van de informatie verzameld in deze quick scan is het verschil tussen de visie en de daadwerkelijke uitvoering van de ideeën het grootst in Vlaanderen ten opzichte van de andere onderzochte landen (deze quick scan).

burgers. Zij creëert daarvoor een kader dat voor alle Vlamingen een aantal sociale basisrechten genereert, waarin zowel non-profit, social-profit als profit-organisaties hun plaats hebben. De overheid bewaakt de kwaliteit, de beschikbaarheid en de (financiële) toegankelijkheid van de door haar erkende en/of gesubsidieerde zorginitiatieven.<sup>76</sup>

#### **De lokale en provinciale besturen helpen mee vorm te geven aan het beleid.**

De organisatie van de hulp- en dienstverlening binnen WVG mag dan wel grotendeels regionaal of nationaal worden aangestuurd, het is op het lokale niveau dat de concrete invulling eraan wordt gegeven. De provincies en de lokale besturen blijken dan niet enkel partners van het beleid te zijn, soms nemen ze ook een regierol op zich. Goed bestuur betekent dan ook nadenken (tot) op welk beleidsniveau de Vlaamse bevoegdheden het best worden uitgeoefend.<sup>77</sup>

De Interne Staatshervorming moet het bestuur dichter bij de burger brengen en leiden tot een efficiëntere en effectievere werking van de overheid.

#### **De hulpverlening is transparant, multidisciplinair en evidence-based**

In haar streven naar een optimale efficiëntie en effectiviteit objectiveert de zorgsector haar aanbod. Deze ontwikkeling wordt op kennis en benchmarking gestoeld. Beleidsevaluatie(s), kennisdeling en evidence-based policy krijgen daarbij prominente en groeiende aandacht. Nieuwe zorginitiatieven worden op grond van (meer) objectieve (behoefte)criteria bewuster ingeplant.

Reële noden vormen veeleer de indicator dan bestaande gebruikerspercentages. Ten slotte wordt vanuit de vastgestelde beperkingen van een verkokerde hulpverlening de behoefte aan een meer geïntegreerde benadering van zorgvragen (en ondersteunende ICT-toepassingen) aangevoeld. Innovatieve proef- en pilootprojecten die binnen een duidelijk kader wetenschappelijk geëvalueerd, bijgestuurd en eventueel geïmplementeerd zullen worden, timmeren hierbij aan de weg.

#### **Preventieve gezondheidszorg**

Om mensen te laten kiezen voor een gezonde leefstijl moeten ze niet alleen over accurate informatie beschikken. Ze moeten ook instrumenten om het eigen gedrag te veranderen aangereikt krijgen, met name een gepast en toegankelijk aanbod aan preventieve zorg. In dit kader willen we inzetten op doeltreffende en doelmatige acties en programma's inzake ziektepreventie en gezondheidsbevordering.

#### **Integraal programma: vroegopsporing, preventie en behandeling**

We versterken mensen in hun fysiek, psychisch en sociaal welbevinden door welzijns- en gezondheidsproblemen zoveel mogelijk te voorkomen, zo vlug mogelijk te detecteren en tijdig en adequaat aan te pakken.

We zetten in op preventie om zo bij te dragen tot gezondheidswinst voor en een hogere mate van welbevinden van onze bevolking.

Met haar jaarlijks budget voor het preventieve gezondheidsbeleid financiert Vlaanderen verschillende actoren en projecten.

De doelmatigheid van het preventiebeleid op basis van evidentie is daarbij essentieel. Bepaalde screeningsonderzoeken realiseren onvoldoende gezondheidswinst of hebben zelfs meer nadelen dan voordelen. We willen dat de bevolking enkel die onderzoeken krijgt aangeboden die zinvol zijn.<sup>78</sup>

De huisarts is de schakel om preventie bij de burger te brengen.<sup>79</sup> Huisartsen zijn op preventief vlak, voor de mensen die een beroep op hen doen, een belangrijke bron van correcte informatie en een belangrijke actor. Door enerzijds de werkdruk en anderzijds de beperkte vraag van patiënten naar de huisarts als

<sup>76</sup> beleidsnota 2009-2014 WVG <http://www.kindengezin.be/img/beleidsnotawelzijn-20092014.pdf>

<sup>77</sup> beleidsnota 2009-2014 WVG <http://www.kindengezin.be/img/beleidsnotawelzijn-20092014.pdf>

<sup>78</sup> beleidsnota 2009-2014 WVG <http://www.kindengezin.be/img/beleidsnotawelzijn-20092014.pdf>

<sup>79</sup> "dit is een beleidsintentie, dit is geen realiteit" (Commentaar vanuit Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid)

aanbieder van preventie (de focus van de hulpvraag ligt bijna altijd op zorg), komt preventie niet even vaak aan bod. Via een beheersovereenkomst met de huisartsenvereniging Domus Medica, inclusief financiering, komt preventie hoger op de agenda.

#### **Gezondheidsdoelstellingen**

Om accenten te leggen binnen het preventieve gezondheidsbeleid werkt de Vlaamse overheid met gezondheidsdoelstellingen. Dat zijn specifieke, meetbare en algemeen aanvaarde doelstellingen die binnen een bepaalde periode gerealiseerd moeten worden. De Vlaamse overheid startte ermee in 1998, in navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie.

Voorstellen voor gezondheidsdoelstellingen worden geformuleerd door een gezondheidsconferentie. Die gezondheidsconferentie stelt tegelijk ook strategieën voor om de doelstelling te realiseren.

De Vlaamse overheid heeft doelstellingen geformuleerd rond 6 thema's.

- Vlaams actieplan voeding en beweging 2009 - 2015
- Vlaams actieplan tabak, alcohol en drugs 2009 - 2015
- Gezondheidsconferentie borstkankeropsporing
- Vlaams Actieplan Suïcidepreventie
- Vlaams Actieplan preventie ongevallen in de privésfeer
- Vlaams actieplan over vaccinaties



## B5 Bijlage regelgeving preventieve gezondheidszorg

### Algemeen kader

Protocolakkoord tussen de federale overheid en de overheden bedoeld in artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet inzake preventie <sup>?</sup>

Dit protocolakkoord biedt een algemeen kader dat de gemeenschappen moet toelaten hun preventieprogramma's te realiseren door de ondersteuning van middelen uit de ziekteverzekering met respect voor ieders bevoegdheden. De organisatie van de preventieprogramma's gebeurt uitsluitend door de gemeenschappen. Aanpassing van dit protocolakkoord van 18 juni 2012 <sup>?</sup>

### Preventiedecreet

Het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid legt de krijtlijnen van het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen vast. Lees de gecoördineerde versie van het decreet <sup>?</sup>

### Uitvoeringsbesluiten bij het preventiedecreet

#### Regelgeving Vlaamse werkgroepen

Besluit van de Vlaamse Regering van 14 november 2008 betreffende Vlaamse werkgroepen binnen het preventieve gezondheidsbeleid <sup>?</sup>

Dit besluit regelt de oprichting en financiering van werkgroepen ter ondersteuning van het preventieve gezondheidsbeleid.<sup>80</sup>

Binnen de verschillende thema's van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen zijn er, ter uitvoering van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, Vlaamse werkgroepen opgericht. Hun opdrachten en de samenstelling staan in deze besluiten:

#### Regelgeving partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking

Besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2009 betreffende de subsidiëring en erkenning van partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking via een beheersovereenkomst <sup>?</sup>

Dit besluit regelt het sluiten van een beheersovereenkomst op basis van een oproep en de daaraan verbonden erkenning en subsidiëring van expertisecentra en uitvoerende organisaties op vlak van het preventieve gezondheidsbeleid.

Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de verlenging van bepaalde convenanten of samenwerkingsovereenkomst <sup>?</sup>

Dit besluit verlengt, met het oog op de continuïteit van het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid (tot er oproepen gelanceerd worden voor het afsluiten van beheersovereenkomsten) de convenanten van de volgende organisaties tot eind 2011: Domus Medica VZW, VZW G@pro, VZW Pasop, Het Instituut voor Tropische Geneeskunde, De Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding VZW, De Eetexpert VZW, Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen.

---

<sup>80</sup> Bijlage B6 geeft meer informatie over de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek.

## B6 Bijlage Vlaamse Werkgroep Bevolkingsonderzoek

De Vlaamse Werkgroep Bevolkingsonderzoek<sup>81</sup> is opgericht op grond van het [ministerieel besluit van 6 november 2009](#). Dit besluit is gewijzigd met het [ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 6 november 2011](#).

### Opdracht

De werkgroep geeft advies aan de Vlaamse minister over onder meer de verschillende initiatieven van bevolkingsonderzoek met inbegrip van de initiatieven van de Vlaamse overheid zelf. Zo kan de minister een onderbouwde beslissing nemen om een bevolkingsonderzoek<sup>82</sup> al dan niet toe te laten en eventueel bijkomende voorwaarden verbinden aan een toestemming.

### Beoordelingscriteria voor initiatieven tot bevolkingsonderzoek

De Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek evalueert een initiatief tot bevolkingsonderzoek op basis van een vaste set van criteria, en gaat na in welke mate een initiatief beantwoordt aan de minimumvereisten voor kwaliteitsvol bevolkingsonderzoek<sup>83</sup>. De vaste set van criteria voor beoordeling van initiatieven tot bevolkingsonderzoek hebben betrekking op:

- de ziekte of aandoening;
- de doelgroep;
- het screeningsinstrument en de toepassing ervan;
- de diagnose, behandeling of andere zinvolle en verantwoordelijke handelingen;
- het volledige bevolkingsonderzoek.

Die criteria zijn onderverdeeld in subcriteria. De [subcriteria \(PDF\)](#) zijn opgesomd in de bijlage bij het [besluit van de Vlaamse Regering van 12 december 2009 betreffende bevolkingsonderzoek in het kader van ziektepreventie](#). De [formulieren waarmee aan aanvraag voor toestemming voor bevolkingsonderzoek moet worden ingediend](#), bevatten een lijst met vragen die refereren naar deze (sub)criteria. Een antwoord op die vragen moet de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek toelaten de criteria te beoordelen en tot een advies te komen.

De wijze waarop de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek tot een advies komt, is omschreven in het [huishoudelijk reglement](#) van de werkgroep.

---

<sup>81</sup> [https://www.zorg-en-gezondheid.be/v2\\_default.aspx?id=29385&linkidentificer=id&itemid=29385](https://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_default.aspx?id=29385&linkidentificer=id&itemid=29385)

<sup>82</sup> 'Bevolkingsonderzoek' omvat screeningsinitiatieven waarbij een aanbod wordt gericht naar een groep personen groter dan 1 artspraktijk (ofwel, de doelgroep voor wie het screeningsaanbod geldt, is ruimer dan de groep van personen die zich aanbieden bij of worden gevolgd door een individuele zorgaanbieder). Een aanbod van health checks valt daarmee meestal juist in die grijze zone: als een aanbod NIET praktijkoverschrijdend is, is het geen bevolkingsonderzoek en heeft de Vlaamse overheid er geen vat op. Bevolkingsonderzoek in Vlaanderen is hiermee anders gedefinieerd dan het 'programmatisch' georganiseerde bevolkingsonderzoek in bijv Nederland.

<sup>83</sup> Bijlage B7 Adviezen en beslissingen bevolkings onderzoek geeft een aantal uitkomsten.

## B7 Bijlage Adviezen en beslissingen bevolkingsonderzoek


Alle initiatieven tot bevolkingsonderzoek moeten ter advies worden voorgelegd aan de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek. De Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek formuleerde sinds haar oprichting adviezen over de volgende onderwerpen<sup>84</sup>:

- Ziekte van Fabry
- Aangeboren aandoeningen
- Baarmoederhalskanker
- Borstkanker
- Diabetes type II
- Dikkedarmkanker
- Gezondheidsgids
- Mucoviscidose
- Huidkanker
- Screening in kader van sportmedische keuring
- Hartafwijkingen die voorbeschikken tot een plotse dood
- Sportmedisch geschiktheidsonderzoek
- Toepassingsgebied regelgeving bevolkingsonderzoek
- Week van het Hartritme


Tot op heden is er geen sanctie om organisaties of personen die zich hier niet aan houden een halt toe te roepen. Tot nu toe pakken we dat aan via politiek druk, druk via onze partners (ziekenfondsen, wetenschappelijke verenigingen), informeren via de pers. Dit is een grote zwakte in ons beleid en een werkpunt voor de volgende jaren.<sup>85</sup>

### Beslissingen over sommige van deze onderzoeken<sup>86</sup>

#### Ziekte van Fabry

- Onderwerp: Een school gebaseerd screeningsproject om de prevalentie te bepalen van alpha galactosidase mutaties in jongens en jongvolwassen mannen
- Doelgroep: Jongens (6-12 jaar) en jongvolwassen mannen (12-18 jaar)
- Advies Vlaamse werkgroep:  [10-01 \(PDF\)](#)
- Toestemming minister: nee

#### Diabetes type II

- Onderwerp: pilootproject Halt2Diabetes
- Doelgroep: alle personen vanaf 34 jaar
- Organisator: Vlaamse Diabetes Vereniging
- Advies Vlaamse werkgroep:  [13-04 \(PDF\)](#)
- Toestemming minister: ja,  [\(ministerraad besluit van 29 augustus 2011 \(PDF\)\)](#)

<sup>84</sup> [https://www.zorg-en-gezondheid.be/v2\\_default.aspx?id=29386&linkidentifier=id&itemid=29386](https://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_default.aspx?id=29386&linkidentifier=id&itemid=29386)

<sup>85</sup> Reactie vanuit Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

<sup>86</sup> [https://www.zorg-en-gezondheid.be/v2\\_default.aspx?id=29386&linkidentifier=id&itemid=29386](https://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_default.aspx?id=29386&linkidentifier=id&itemid=29386)

### Gezondheidsgids

- Onderwerp: aanbevelingen m.b.t. screenen voor thema's die zijn opgenomen in de Gezondheidsgids van Domus Medica
- Doelgroep: afhankelijk van het thema en de aanbeveling
- Organisator: Domus Medica
- Advies Vlaamse werkgroep: [12-05 \(PDF\)](#)
- Toestemming van de minister: [ministerieel besluit van 15 maart 2014 \(PDF\)](#)

### Huidkanker

- Onderwerp: screenen naar huidkanker
- Doelgroep: mannen en vrouwen in Vlaanderen
- Organisator: Euromelanoma
- Advies Vlaamse werkgroep: [12-03 \(PDF\)](#)
- Toestemming minister: nee

### Screening in kader van sportmedische keuring

- Onderwerp: sportmedische screening en het toepassingsgebied van de Vlaamse regelgeving over bevolkingsonderzoek
- Aanvraag: op eigen initiatief van de Vlaamse werkgroep bevolkingsonderzoek
- Adviezen Vlaamse werkgroep: [12-01 \(PDF\)](#)
- Toestemming minister: n.v.t.

### Hartafwijkingen die voorbeschikken tot plotse dood

- Onderwerp: bevolkingsonderzoek naar hartafwijkingen die voorbeschikken tot plotse dood
- Doelgroep: Vlaamse bevolking, sporters
- Aanvraag: op eigen initiatief van de Vlaamse werkgroep bevolkingsonderzoek
- Advies Vlaamse werkgroep: [13-01 \(PDF\)](#)
- Toestemming minister: nvt

### Sportmedisch geschiktheidsonderzoek

- Aanvraag: op eigen initiatief van de Vlaamse werkgroep bevolkingsonderzoek
- Advies Vlaamse werkgroep: [13-05 \(PDF\)](#)
- Toestemming minister: nvt

### Week van het Hartritme

- Onderwerp: screenen naar voorkamerfibrillatie
- Doelgroep: mannen en vrouwen vanaf 40 jaar in Vlaanderen
- Organisator: Belgian Heart Rythm Association (BEHRA)
- Advies Vlaamse werkgroep: [12-08 \(PDF\)](#)
- Toestemming minister: nee

## ANNEX Duitsland

### D1 Algemeen

#### Algemene zorgverzekering (Statutory Health Insurance)

90% van de Duitsers heeft een algemene zorgverzekering<sup>87,88</sup>. Zij betalen hiervoor de wettelijk vastgestelde 14,9% van het bruto inkomen van een werknemer. Dit tarief wordt gedeeltelijk betaald door de werkgever (7%) en deels door de werknemer (7,9%). De bijdrage wordt automatisch afgetrokken van het inkomen. De inhoud van het pakket van de verzekerde zorg is vastgesteld in de wet. De kosten van de behandeling worden direct in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar.

#### Private zorgverzekering

De premie voor particuliere ziektekostenverzekering is niet afhankelijk van het inkomen van een persoon, maar van verschillende risicofactoren van de verzekerde, zoals leeftijd, geslacht, beroep en gezondheidstoestand. Hoe uitgebreider de dekking van de verzekering is, hoe hoger de premie. De cliënt betaalt de factuur voor de behandeling en de verzekeraar betaalt het bedrag terug. Ongeveer 10% van de Duitsers heeft een private zorgverzekering, met name zelfstandigen met een hoog inkomen.

#### Hervormingen in de zorg

Sinds de jaren '70 is kostenbesparing een terugkerend agendapunt in de zorg. Hervormers wijzen op de voordelen van preventie (primair en secundair) en de vroege opsporing van ziekte. Na decennia van oppositie tegen deze plannen is de gezondheidszorg gereguleerd en zijn preventie en gezondheidsbevordering integrale onderdelen van wetenschappelijk onderbouwde zorgstandaarden en 'best practices'. De zorg in Duitsland kost ongeveer € 287.300.000.000 in 2010. Dit is 11,6 procent van het bruto binnenlands product (bbp) en ongeveer € 3.510 per hoofd van de bevolking. 77% hiervan wordt door de overheid gefinancierd en 23% wordt privaats gefinancierd.

#### Gezondheidsdoelen

Sinds 2003 hebben multi-stakeholder groepen met de gezamenlijke verzekeraars, de artsenverenigingen en de ziekenhuizen gezondheidsdoelen geformuleerd om:

- diabetes te voorkomen en beter te behandelen,
- kwaliteit van leven te verbeteren
- sterfte aan borstkanker te verminderen,
- tabaksgebruik te beperken,
- gezondheid van kinderen te verhogen (voeding, beweging en stress management), en
- de autonomie van de patiënten en de gezondheids competentie van de burgers te bevorderen.

#### Preventief medisch onderzoek

Mensen met wettelijke zorgverzekering Duitsland krijgen de Gesundheits-Check-up vergoed van de hun verzekering. Deze 'Gesundheits-Check-up' heeft tot doel cardiovasculaire problemen, diabetes en nierziekten vroegtijdig op te sporen. Het onderzoek omvat meten van de bloeddruk en testen van bloed en urine. Iedereen van 35 jaar of ouder kan deze Gesundheits-Check-up elke twee jaar krijgen.

#### Sturing en toezicht

Het Gemengd Federaal Comité (Gemainsamer Bundesausschluss G-BA) is sinds 2004 het hoogste besluitvormend zelfbestuursorgaan van artsen, tandartsen, ziekenhuizen en ziekenfondsen gezamenlijk. G-BA bepaalt welke zorg tot de verzekerde zorg behoort en welke zorgstandaarden en kwaliteitscriteria worden gehanteerd voor deze zorg. De G-BA wordt ondersteund door het Instituut voor kwaliteit en

<sup>87</sup> [Altenstetter C, Busse R. Health care reform in Germany: patchwork change within established governance structures. J Health Polit Policy Law. 2005;30\(1-2\):121-42.](#)

<sup>88</sup> [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1417\\_Squires\\_Intl\\_Profiles\\_622.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1417_Squires_Intl_Profiles_622.pdf)

efficiëntie (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG) en het Instituut voor toegepast onderzoek en kwaliteitsverbetering in de zorg (AQUA).<sup>89</sup>

#### **Ziekte-managementprogramma's om kosten te beheren**

Een paar jaar geleden introduceerden we de 'ziekte-management programma's', een aanpak die we hebben overgenomen van de Verenigde Staten.<sup>90</sup> Sommige Amerikaanse zorgverzekeraars hebben 'ziekte-managementprogramma's' ontwikkeld om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren, terwijl de kosten beperkt bleven. We waren onder de indruk van de resultaten en hebben besloten om soortgelijke programma's te implementeren in Duitsland.

We hebben nu de ziekte-managementprogramma's voor patiënten met hart- en vaatziekten, diabetes en een aantal andere veel voorkomende chronische aandoeningen. De programma's zijn ontworpen op basis van evidence-based richtlijnen; de protocollen voor behandeling zijn de meest effectieve die beschikbaar zijn.

Patiënten die deelnemen in de programma's stemmen in met het programma. Zij krijgen regelmatige controles van hun artsen en moeten zich houden aan de aanbevolen behandeling. De artsen compromitteren zich aan de protocollen van de programma's en informeren de patiënt over zelfzorg.

De programma's geven zowel de patiënten als de artsen een stimulans om deel te nemen; artsen krijgen extra geld voor elke patiënt die zich inschrijft en patiënten die aan de screening hebben meegedaan en toch een aandoening krijgen hebben een lagere eigen bijdrage voor behandeling. De zorgverzekeraars profiteren omdat de programma's zijn ontworpen om complicaties, en de hoge kosten van de behandeling ervan, te voorkomen. De verzekeraars kregen extra financiering vanuit de overheid om de initiële kosten van de programma's te dekken.

Bewijs van het succes van de programma's komt er aan. De programma's zijn zeer succesvol; miljoenen patiënten die zich hebben ingeschreven hebben ingestemd zich te houden aan het protocol van het programma.

## **D2 Individuele gezondheidsdiensten (IGeL) - Individuelle Gesundheitsleistungen**

### **Achtergrond Individuele gezondheidsdiensten (IGeL)<sup>91</sup>**

De GKV (vereniging van gemeenschappelijke zorgverzekeraars) heeft een catalogus opgesteld voor alle diensten die niet worden vergoed door de wettelijke zorgverzekering; de individuele gezondheidsdiensten (Individuel Gesundheitsleistungen ofwel IGeL). Diagnostische/screening testen, cosmetische behandelingen, inentingen en vaccinaties, medisch sportadvies en een aantal alternatieve behandelmethoden zijn opgenomen in deze catalogus.

De eerste versie van de catalogus is opgesteld in 1998 op verzoek van de artsenverenigingen BÄK (Bundesärztekammer) en KBV (der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) en is sindsdien onderhevig aan heftige discussies over de zin en onzin van deze diensten. Sommige diensten zijn medisch aan te raden, zoals advies en eventuele vaccinatie voor een buitenlandse reis, van andere diensten is het nut onderwerp van discussie.

Voor deze individuele gezondheidsdiensten wordt uitgebreide en professionele reclame gemaakt, via internet, brochures en zelfs op posters in de wachtkamers van huisartsen. De farmaceutische industrie en

<sup>89</sup> <http://www.sgg.de/aqua-institute/index.html>

<sup>90</sup> How Germany is reining in health care costs: An interview with Franz Knieps

A senior executive in the German Ministry of Health describes approaches the country is using to control health care costs. February 2010

[http://www.mckinsey.com/insights/health\\_systems\\_and\\_services/how\\_germany\\_is\\_reining\\_in\\_health\\_care\\_costs\\_an\\_interview\\_with\\_franz\\_knieps](http://www.mckinsey.com/insights/health_systems_and_services/how_germany_is_reining_in_health_care_costs_an_interview_with_franz_knieps)

<sup>91</sup> Schnell-Inderst P, Hunger T, Hintringer K, Schwarzer R, Seifart-Klauss V, Gothe H, Wasem J, Siebert U. Individual health services. hta280\_bericht\_de

management consultants bieden artsen seminars aan om te leren gebruik te maken van de 'lucratieve particuliere markt' van de individuele gezondheidsdiensten.

#### **Acceptatie IGeL**

IGeL worden geaccepteerd door de verzekerden, de IGeL-diensten voor vroegopsporing en screening worden het meest gebruikt. De zorgverzekeraars zijn kritisch over deze diensten en informeren hun verzekerden over de zin en onzin van deze diensten en over de noodzaak de cliënten goed te informeren over deze diensten. Onder zorgverleners is de mening verdeeld. Sommige artsen vrezen reputatieschade door misbruik van deze diensten. Anderen zien mogelijkheden waar de verzekeraars het aanbod van verzekerde zorg beperken.

Sommige artsen zijn kritisch over hun collega's die de individuele gezondheidsdiensten aanbieden. Deze kritiek neemt af. In 2005 verwierp 50% van de artsen de IGeL, in 2010 biedt 26,6% van de artsen deze diensten niet aan in hun eigen praktijk (Compugroup Holding AG, Rhein-Zeitung, Medical Tribune, zitiert nach: Deutsches Ärzteblatt vom 9.8.2010).

#### **Toezicht op IGeL**

Er is geen onafhankelijke instantie die toeziet op de kwaliteit en de effectiviteit van de individuele gezondheidsdiensten. Voor de verzekerde zorg zijn de eisen voor opleiding van de zorgverleners, de praktijkvoering en voorzieningen in detail vastgelegd. Dit is niet het geval voor de individuele gezondheidsdiensten. Routinematige dataverzameling vindt niet plaats om deze diensten kwantitatief en kwalitatief te evalueren.

In reactie op de massale promotie van de individuele gezondheidsdiensten, verstrekken de wettelijke zorgverzekeraars<sup>92 93</sup> en de artsenorganisatie (Bundesärztekammer (BÄK))<sup>94</sup> advies en informatie over deze diensten. De cliënt krijgt het advies om diensten die niet worden vergoed door de verzekeraar kritisch te bekijken ten aanzien van nut en veiligheid en prijzen te vergelijken. Bijlage D4 geeft de website met het overzicht van alle aangeboden IGeL. De website geeft ook een de beoordeling van het wetenschappelijk bewijs, het nut en de risico's van deze diensten.

#### **Verzekerde zorg: noodzakelijk, voldoende, efficiënt en doelmatig**

Het Sociaal Wetboek Boek V geeft het juridisch kader voor de regelgeving van de gezondheidszorg van de verzekerde zorg (GKV). Het definieert de diensten die door artsen kunnen of moeten worden geleverd binnen de grenzen van de verzekerde zorg.

Verzekerden hebben recht op preventie, (vroeg)opsporing en behandeling van ziekte en voor revalidatie op voorwaarde dat de zorg voldoende, efficiënt en doelmatig is en het noodzakelijke niet overstijgt. De zorg moet 'state of the art' zijn.

De verzekerde zorg moet worden uitgevoerd volgens goedgekeurde richtlijnen die bepaalde methoden voor onderzoek en behandeling verplicht stelt en andere uitsluit.

Artsen die verzekerde zorg willen leveren moeten hiervoor een licentie hebben waarmee ze zich verplichten zorg te leveren die voldoende, efficiënt en doelmatig is, conform de richtlijnen en het noodzakelijke niet overstijgt.

#### **Geïnformeerde toestemming ('informed consent')**

Zorgverleners die IGeL leveren moeten cliënten informeren over de bijzondere status van de individuele gezondheidsdiensten. Daarnaast moeten ze cliënten informeren over het feit dat deze diensten niet worden vergoed door de ziektekostenverzekering en dat ze hiervoor zelf moeten betalen. Zorgverleners

<sup>92</sup> [http://www.igel-monitor.de/IGeL\\_A\\_Z.php](http://www.igel-monitor.de/IGeL_A_Z.php)

<sup>93</sup> [www.aok.de/bundesweit/gesundheits/ige-leistungen-2491.php](http://www.aok.de/bundesweit/gesundheits/ige-leistungen-2491.php)

<sup>94</sup> [http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/IGeL\\_web\\_2008\\_03\\_19.pdf](http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/IGeL_web_2008_03_19.pdf)

van IGeL moeten ervoor zorgen dat cliënten schriftelijk tekenen dat zij voldoende zijn geïnformeerd. Bijlage D3 geeft deze checklist uit de informatie brochure 'Zelbst Zahlen'.<sup>95</sup>

#### **Rol van de artsen verandert door IGeL**

Volgens beroepscode van de Medical Association (MBO) is de medische professie in principe niet-commercieel. De komst van de IGeL zorgt ervoor dat deze rol verandert. Door het leveren van de individuele gezondheidsdiensten begeeft de zorgverlener zich op commercieel gebied en wordt de medische professie niet anders dan dat van een willekeurig commercieel dienstverlener.

Deze verandering in de rol van artsen kan problemen geven. In principe is de relatie tussen arts en patiënt asymmetrisch. Om te voldoen aan de eisen van de kwetsbare patiënt en het getoonde vertrouwen moet de arts de patiënt informeren over de geplande procedures, de voordelen en de risico's. In veel gevallen kan de patiënt niet beoordelen of een verzekerde medische behandeling voldoende is of dat aanvullende of individuele gezondheidsdiensten beter zouden zijn. Dit versterkt de asymmetrie in de arts-patiënt relatie. Aan de hoge eisen die worden gesteld aan het informeren van de patiënt door diezelfde arts wordt niet altijd voldaan.

#### **Verschillende belangen IGeL**

De verschillende belanghebbenden in de Duitse gezondheidszorg hebben verschillende meningen over en streven verschillende doelen na met betrekking tot de individuele gezondheidsdiensten. Zorgverleners en artsen pleiten voor de vrijheid van therapie en zijn gedreven door zowel professionele als economische belangen. Ziektekostenverzekeraars streven naar een doelmatig gebruik van de beschikbare middelen. De verzekerde wil de best mogelijke zorg.

#### **Gebruik IGeL**

Empirische gegevens tonen aan dat IGeL op grote schaal wordt gebruikt in de ambulante zorg. 19-53% van de verzekerden hebben IGeL aangeboden gekregen, hiervan maakt 77-80% gebruik. 16-19 % van de verzekerden hebben zelf om IGeL gevraagd.<sup>96</sup>

Oogdrukmeting is de meest voorkomende IGeL en vertegenwoordigt 40% van alle aanbiedingen, gevolgd door de categorie 'echografie' met 25% van het aanbod (waaronder de 'baby-tv' of 'pret-echo'). Voor deze twee meest voorkomende IGeL ontbreekt het wetenschappelijk bewijs over het klinisch nut van deze diensten. Diensten met betrekking tot kankeronderzoek en bloed/laboratoriumtests worden ook veel gedaan (9,7-14%), zoals screening op prostaatkanker (PSA test) of botdichtheidsmeting.

Analyse van de sociaal-demografische kenmerken van gebruikers van IGeL geeft aan dat er een positieve relatie tussen het aanbod van IGeL, de inkomsten en het onderwijs van de patiënten is. De meeste IGeL worden aangeboden aan de hoogste inkomensgroep (tabel 2). De IGeL worden minder aangeboden aan ouderen en zieken en juist meer aan gezonde, rijke vrouwen.

---

<sup>95</sup> BÄK, KBV, EBMN. Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte. 2013.

<sup>96</sup> [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_wido\\_monitor/wido\\_mon\\_ausg2-2010\\_1210.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_ausg2-2010_1210.pdf)



**Tabelle 2**

**Die Häufigkeit angebotener Privatleistungen – nach Haushaltsnettoeinkommen und Schulbildung**

„Ist Ihnen im Laufe der letzten zwölf Monate in einer Arztpraxis eine ärztliche Leistung als Privatleistung angeboten oder in Rechnung gestellt worden?“

	insg.	monatliches Haushaltsnettoeinkommen in Euro					Schulbildung		
		< 1.000	1.000 – < 2.000	2.000 – < 3.000	3.000 – < 4.000	4.000 und mehr	niedrig	mittel	hoch
Anzahl befragter GKV-Versicherte	2.285	225	644	521	251	188	650	841	759
Zustimmung in %	23,3	16,9	28,3	29,9	33,9	38,8	20,9	29,3	34,0

Versicherte mit höherem Einkommen und überdurchschnittlicher Schulbildung bekommen IGeL deutlich häufiger angeboten als andere. Quelle: WIdO 2010

**Conclusies IGeL**

Er zijn geen systematische gegevens over de individuele gezondheidsdiensten in de Duitse gezondheidszorg.

Voor de individuele gezondheidsdiensten (IGeL) is geen medische noodzaak, noch wetenschappelijk bewijs dat ze nuttig zijn. De extra diensten zijn niet onderworpen aan dezelfde strenge kwaliteitscontrole als de diensten die door de zorgverzekering worden vergoed.<sup>97</sup>

Hoewel de formele voorschriften voor de uitvoering van de individuele gezondheid diensten bekend zijn bij de artsen, zijn veel overtredingen gemeld. In een steekproef heeft 45,6% van de mensen die een IGeL hebben gedaan schriftelijke geïnformeerde toestemming gegeven.

De publieke perceptie van de arts verandert. De rol van de arts verandert van de 'zorg adviseur' in 'commerciële dienstverlener'.

Er is een fundamentele controverse over de bevoegdheden en rollen van de betrokken partijen. De discussie over de individuele gezondheidsdiensten is in grote mate een politiek debat over de 'juiste' organisatie van de gezondheidszorg.

De economische impact van de individuele gezondheidsdiensten wordt geschat op 1,5 miljard euro in 2010.




<sup>97</sup> [https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundum-gutversichert/Gesundheit/Hintergrundinformationen/Patientenrechte/IGeL/IGeL.html?w-cm=CenterColumn\\_tdocid&w-prv=search](https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundum-gutversichert/Gesundheit/Hintergrundinformationen/Patientenrechte/IGeL/IGeL.html?w-cm=CenterColumn_tdocid&w-prv=search)

### D3 Bijlage IGeL Checkliste voor geïnformeerde toestemming

De informatie brochure 'Zelf betalen'<sup>98</sup> geeft een checklist van vragen die inzicht geeft of aan de eisen van geïnformeerde toestemming is voldaan.

#### Die IGeL - Checkliste für Ärztinnen und Ärzte im Überblick

Wenn Sie bei Ihren Patientinnen oder Patienten IGeL durchführen möchten, empfehlen wir Ihnen, diese Checkliste für sich zu nutzen. Wenn Sie die folgenden Fragen mit „Nein“ beantworten oder unsicher sind, sollten Sie Ihr Angebot überprüfen.

			
	Ja		Nein
1. Habe ich der Patientin / dem Patienten erklärt, warum die IGeL notwendig oder empfehlenswert für ein spezielles gesundheitliches Problem ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Habe ich die Patientin / den Patienten informiert, ob es für den Nutzen der IGeL wissenschaftliche Belege gibt und wie verlässlich diese sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Habe ich die Patientin / den Patienten verständlich zum Nutzen und möglichen Risiken oder Nebenwirkungen der IGeL beraten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Habe ich sachlich und ohne sprechende Werbung informiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Gibt es eine schriftliche Vereinbarung zwischen meiner Patientin / meinem Patienten und mir zur geplanten IGeL und deren voraussichtlichen Kosten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Habe ich der Patientin / dem Patienten eine Entscheidungshilfe zu IGeL zur Verfügung gestellt und auf weiterführende Hinweise aufmerksam gemacht (zum Beispiel diese Checkliste)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Habe ich meiner Patientin / meinem Patienten das Gefühl vermittelt, sich frei für oder gegen eine vorgeschlagene IGeL entscheiden zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hat meine Patientin / mein Patient für diese Entscheidung eine angemessene Bedenkzeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Habe ich den Patienten / die Patientin darüber informiert, dass er / sie eine Zweitmeinung einholen kann?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Habe ich die Patientin / den Patienten über die Möglichkeit der IGeL informiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>98</sup> BÄK, KBV, EBMN. Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte. 2013.

## D4 Bijlage Informatie over individuele gezondheidsdiensten

<http://www.igel-monitor.de>

IGeL A-Z<sup>99</sup>

Wollen Sie sich über eine bestimmte IGeL informieren? Hier bekommen Sie ausführliche, wissenschaftlich fundierte Antworten auf die Fragen: Ist sie nützlich? Kann sie schaden? Wie bewerten wir sie? Auf dieser Seite finden Sie eine Übersicht über alle bisher bewerteten IGeL-Leistungen. Sie können sich über die Navigation links auch eine Auswahl von IGeL-Bewertungen nach Organ oder Arztgruppe anzeigen lassen.

- »Akupunktur zur Migräneprophylaxe
- »Akupunktur zur Spannungskopfschmerz-Prophylaxe
- »Atteste und Gutachten
- »Bach-Blüentherapie
- »Bestimmung der Protein-C-Aktivität („Thrombose-Check“)
- »Bestimmung des HbA1c-Wertes („Diabetes-Vorsorge“)
- »Bestimmung des Immunglobulin G (IgG) gegen Nahrungsmittel
- »Biofeedback-Therapie bei Migräne
- »Blutegeltherapie bei Kniearthrose
- »Colon-Hydro-Therapie
- »Dünnschichtzytologie zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs
- »Eigenbluttherapie bei Tendinopathie
- »Entfernung von Tätowierungen
- »Extrakorporale Stoßwellentherapie bei der Kalkschulter
- »Extrakorporale Stoßwellentherapie beim Tennisarm
- »Hochtontherapie
- »Hyperbare Sauerstofftherapie beim Hörsturz
- »Kunsttherapie bei psychischen Erkrankungen
- »Kunsttherapie für Krebspatienten und deren Angehörige
- »Laser-Behandlung von Krampfadern
- »Lichttherapie bei saisonal depressiver Störung („Winterdepression“)
- »M2-PK Stuhltest zur Darmkrebsfrüherkennung
- »Messung des Augeninnendrucks zur Glaukom-Früherkennung

---

<sup>99</sup> [http://www.igel-monitor.de/IGeL\\_A\\_Z.php](http://www.igel-monitor.de/IGeL_A_Z.php)

- »MRT zur Früherkennung einer Alzheimer-Demenz
- »Operative Behandlung des Schnarchens (Rhonchopathie)
- »Professionelle Zahnreinigung
- »PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs
- »Reisemedizinische Vorsorge
- »Sport-Check
- »Toxoplasmose-Test bei Schwangeren (Früherkennung)
- »Ultraschall der Brust zur Krebsfrüherkennung
- »Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung

## ANNEX Finland

### Doel: sociaal duurzame samenleving

De Finse overheid streeft naar een sociaal duurzame samenleving. Dit vereist dat iedereen eerlijk wordt behandeld, dat sociale integratie en participatie worden aangemoedigd, dat ieders gezondheid en functionele capaciteit wordt bevorderd en dat de ondersteuning en diensten hiervoor beschikbaar zijn (MSAH, 2013). Preventieve-, eerste lijns- en gespecialiseerde medische zorg zijn samen met de zorg voor het milieu (environmental health care) essentiële elementen van het maatschappelijk welzijn en de gezondheidszorg.

De focus moet worden verlegd van de behandeling van ziekten naar het bevorderen van gezondheid en functionele capaciteit, het voorkomen van sociale- en gezondheidsproblemen en actieve bevordering van welzijn (MSAH, 2013).

'Health 2015' definieert de gezondheidsdoelstellingen voor Finland.<sup>100</sup>

### Organisatie van welzijn en zorg

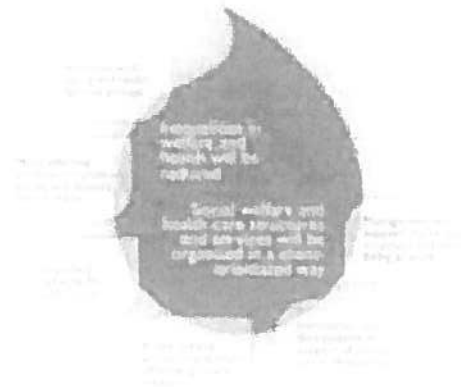
Het Ministerie van Sociale zaken en Volksgezondheid (MASH)<sup>101</sup> formuleert het beleid voor maatschappelijk welzijn en de gezondheidszorg, zij bepaalt de wet- en regelgeving en stuurt de implementatie van dit beleid door middel van aanbevelingen en standaarden. Het ministerie is verantwoordelijk voor het toezicht op de uitvoering van dit beleid, onder andere door middel van licenties, controles en klachtafhandeling (MSAH, 2013).

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het maken van beleidskeuzes en het ontwikkelen van activiteiten ter verbetering van het welzijn en de gezondheid van hun bevolking. Ze kunnen de dienstverlening zelfstandig of samen met andere gemeenten organiseren. Daarnaast kunnen gemeenten de dienstverlening uitbesteden aan andere lokale overheden, aan niet-gouvernementele organisaties of aan private dienstverleners (MSAH, 2013).

De wet bepaalt welke fundamentele diensten voor welzijn en zorg, inclusief de gespecialiseerde medische zorg, in elke gemeente beschikbaar moeten zijn. Lokale overheden bepalen de schaal, de omvang en het model van de gemeentelijke dienstverlening binnen de grenzen van de wetgeving. Dit is de reden waarom de beschikbare diensten kunnen variëren tussen de verschillende gemeenten. De dienstverlening wordt meestal gefinancierd door de gemeentelijke belastinginkomsten (MSAH, 2013).

De centrale overheid ondersteunt de lokale overheid financieel voor deze dienstverlening. De financiering is afhankelijk van onder andere het inwonersaantal, de bevolkingsopbouw en de prevalentie van ziekten in de gemeente.

Het National Development Programme for Social Welfare and Health care (Kaste)<sup>102</sup> ondersteunt gemeenten om risicofactoren



<sup>100</sup> [http://www.stm.fi/en/health\\_2015](http://www.stm.fi/en/health_2015)

<sup>101</sup> Ministry of social affairs and health. Health care in Finland. 2013.

[http://www.stm.fi/en/social\\_and\\_health\\_services;jsessionid=64487ce765fed921d5bfd72f9ad8](http://www.stm.fi/en/social_and_health_services;jsessionid=64487ce765fed921d5bfd72f9ad8)

<sup>102</sup> [National Development Programme for Social Welfare and Health Care \(Kaste\)](#)

te reduceren, de gezondheid van de bevolking te bevorderen en ongelijkheid op gezondheidsgebied te verminderen.

#### **Health 2015 National Health Programme**

Health 2015 is een lange-termijn gezondheidsbeleidprogramma met het doel de gezondheid en functionele capaciteit te verbeteren, zodat mensen langer een actief leven leiden en om gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen te verminderen. De uitvoering van het programma is gebaseerd op het principe van health-in-all; beleidsmaatregelen om gezondheid en welzijn te bevorderen, niet alleen in de gezondheidszorg, maar op alle terreinen van de samenleving.

Het programma wordt uitgevoerd door een groot aantal partijen, waaronder de lokale overheid, bedrijven en NGO's. Het programma is afgeleid van het 'Health for All' programma van de World Health Organisation.

#### **Concrete en meetbare doelstellingen**

Het programma omvat acht doelen met nader gespecificeerde actie verklaringen. Deze actie verklaringen gelden voor verschillende actoren en omgevingen in het dagelijks leven, inclusief woningen, scholen en bedrijven. De doelen zijn zo concreet en meetbaar mogelijk.

#### **Leeftijdspecifieke doelstellingen**

1 Welzijn en gezondheid van kinderen zal toenemen en risicofactoren voor ziekten worden aanzienlijk verminderd.

2 Roken door jongeren neemt af; de leeftijdsgroep 16 tot 18 -jarigen is minder dan 15 % van het totaal aantal rokers. Gezondheidsproblemen gerelateerd aan alcohol- en drugsgebruik worden behandeld en komen niet vaker voor dan in de vroege jaren '90.

3 De sterfte onder jonge volwassen mannen aan een ongeval of door geweld vermindert met een derde ten opzichte van het niveau van de late jaren '90.

4 De beroepsbevolking blijft 3 jaar langer aan het werk en draagt bij aan de pensioensopbouw, in vergelijking met 2000.

5 De trend van de afgelopen 20 jaar zal doorzetten naar een gemiddelde functionaliteit/zelfstandigheid van minstens 75 jaar.

#### **Doelstellingen voor iedereen**

6 Finnen blijven gemiddeld twee jaar langer gezond in vergelijking met het jaar 2000.

7 Finse tevredenheid over de toegang tot en het functioneren van de gezondheidszorg, de eigen gezondheidstoestand het milieu blijft tenminste op het huidige niveau.

8 De doelstellingen om ongelijkheid te verminderen blijven gehandhaafd en relatieve welzijnspositie van de meest kwetsbare groepen van de bevolking wordt verbeterd. Het doel is de verschillen in sterfte tussen geslacht-, sociaaleconomische achtergrond- en beroepsgroepen met 20% te reduceren.

Bron: [http://www.stm.fi/en/health\\_2015](http://www.stm.fi/en/health_2015)

#### **Ziekenhuisdistricten**

Gemeenten en ziekenhuis vormen samen ziekenhuisdistricten. De ziekenhuisdistricten zijn verantwoordelijk dat de preventieve, de primaire gezondheidszorg en de gespecialiseerde medische zorg een effectief geheel vormen en plannen deze zorg. Het vasteland van Finland heeft 20 ziekenhuisdistricten. Iedere gemeente hoort bij een ziekenhuisdistrict.

Ziekenhuizen bieden gespecialiseerde medische zorg die niet doelmatig kan worden opgenomen in de eerstelijnszorg. Zij zijn ook verantwoordelijk voor de coördinatie en kwaliteitsbewaking van gemeentelijke laboratorium en beeldvormingsdiensten, medische revalidatie en andere gespecialiseerde diensten, onderzoek, ontwikkeling, onderwijs en opleiding, evenals de harmonisatie van de gemeentelijke zorginformatiesystemen.

Elk ziekenhuisdistrict behoort tot het vanggebied van één van de vijf universitaire ziekenhuizen. Het universitair ziekenhuis coördineert het verlenen van gespecialiseerde medische zorg, informatiesystemen, medische revalidatie en inkoop.

#### **Private dienstverlening in de zorg**

Private gezondheidszorg diensten zijn een aanvulling op de publieke dienstverlening. Private dienstverleners, zoals ondernemingen, niet - gouvernementele organisaties en stichtingen, kunnen hun diensten verkopen aan lokale autoriteiten, de gezamenlijke gemeenten of rechtstreeks aan cliënten.

Particuliere zorgaanbieders moeten over een licentie beschikken. De private dienstverlening neemt toe sinds 2000 en is goed voor iets meer dan een kwart van alle sociale welzijns- en gezondheidszorg.

De meest voorkomende particuliere diensten zijn fysiotherapie, dokterspraktijken, tandheelkundige zorg en bedrijfsgezondheidszorg. Klanten moeten betalen voor de diensten volgens vergoedingen die zijn vastgesteld in de Finse wet op de vergoedingen in Sociaal Welzijn en Gezondheidszorg. De zorgverzekering vergoedt de kosten voor enkele private-artsen en tandartsen.

Niet-gouvernementele maatschappelijk welzijn- en zorginstellingen leveren diensten zowel voor een vergoeding als gratis. Niet-gouvernementele organisaties ontvangen een aanzienlijk deel van hun financiering uit publieke middelen en van de Finse kansspelen associatie.

#### **Toezicht**

De nationale autoriteit voor Welzijn en Gezondheid Valvira<sup>103</sup> houdt toezicht op de dienstverlening. Valvira houdt toezicht op zowel publieke en private sociale welzijns- en zorginstellingen, zoals gezondheidscentra, instellingen van particuliere artsen, verzorgingstehuizen en ziekenhuizen, als op het personeel werkzaam in de zorg.

Valvira autoriseert beroepsbeoefenaren en geeft licenties aan private instellingen die zorg verlenen.

#### **De uitgaven voor gezondheidszorg en de financiering**

De uitgaven voor gezondheidszorg in Finland bedroegen EUR 16 miljard in 2010, ofwel 8,9 procent van het bruto binnenlands product en circa EUR 3.000 per hoofd van de bevolking. Beide cijfers liggen dicht bij het gemiddelde van de OESO-landen. Gespecialiseerde medische zorg en primaire gezondheidszorg zijn samen goed voor iets meer dan de helft van alle zorguitgaven.

#### **Zorgverzekering**

Iedereen in Finland heeft een wettelijke zorgverzekering die zowel een ziektekostenverzekering als een inkomensverzekering bevat.

De zorgverzekering vergoedt kosten voor testen en behandelingen in opdracht van private-artsen en tandartsen volgens wettelijke terugbetalingstarieven. De meerprijs voor duurdere diensten moeten de klanten zelf betalen.

De medische zorg wordt gefinancierd door de overheid en de verzekeringen samen; beide betalen de helft van de kosten. Voor curatieve zorg betalen de verzekerden een eigen bijdrage, zowel voor de zorg als voor de medicijnen. Er is een maximum per jaar dat patiënten betalen voor de zorg, recepten en reiskosten. Voor preventieve testen en deelname aan gezondheidsbevordering geldt geen eigen bijdrage.

#### **Welzijn en gezondheid promotie**

De Finse samenleving streeft ernaar het welzijn en de gezondheid van de bevolking te bevorderen. De doelen zijn:

- handhaven en verbeteren van de gezondheid, de kwaliteit van leven, het werkvermogen en de functionele capaciteit;
- voorkomen van ziekten, ongevallen, blessures en andere gezondheidsproblemen;

---

<sup>103</sup> [www.valvira.fi/en/licencing](http://www.valvira.fi/en/licencing)

- ☐ verminderen van sociale uitsluiting en andere sociale problemen;
- ☐ verminderen van het verzuim en de noodzaak voor zorg en
- ☐ verminderen van de gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen.

Het doel van preventieve gezondheidszorgen is om gezondheid en welzijn te bevorderen, ziekten voorkomen en deze zo vroeg mogelijk te diagnosticeren. Preventieve gezondheidszorg is meestal vrijwillig en kosteloos voor cliënten.

Naast de lokale overheden, ziekenhuisdistricten en de overheid dragen ook de burgers, hun vrienden en familie verantwoordelijkheid voor het bevorderen van de verschillende aspecten van de gezondheid en het welzijn.

Informatie over het welzijn en de gezondheid van de bewoners, de onderliggende factoren en de doelmatigheid van de sociale diensten worden gebruikt als basis voor planning, monitoring en evaluatie. Gemeentelijke instellingen werken met elkaar samen op gebieden als planning, bouw, transport, alsmede onderwijs, sport en cultuur om het welzijn en de gezondheid van de bevolking te bevorderen.

Universeel beschikbare, preventieve en tijdige dienstverlening door lokale overheden en de ziekenhuisdistricten zijn van cruciaal belang voor het verminderen van de behoefte aan de meest intensieve en dure vormen van ondersteuning en zorg. Elk ziekenhuisdistrict produceert een zorgverleningsplan met de ambities om de gezondheid en het welzijn te bevorderen. Dit plan bevat de strategie met de verdeling van verantwoordelijkheden en de samenwerking tussen lokale overheden en andere instellingen.

#### **Gezondheidsvoorlichting en preventief medisch onderzoek**

Gezondheidsvoorlichting en preventief medisch onderzoek hebben tot doel burgers te ondersteunen hun werkvermogen, functionele capaciteit en geestelijke gezondheid te behouden. Kennis over en kunde in het voorkomen van ziekten is hier onderdeel van.<sup>104</sup>

De overheid begeleidt en ondersteunt gezondheidsbevordering door middel van beleid (Health 2015), wet- en regelgeving, kosten-effectieve programma's, wetenschappelijk onderbouwde zorgstandaarden en voorlichting.

Het 'blind programma' (letterlijke vertaling van het finse 'elämä pelissä')<sup>105</sup> is een computerprogramma dat mensen ondersteunt hun risico's op het gebied van welzijn en gezondheid in te schatten. Het gebruik van het programma wordt ondersteund door televisieshows die mensen volgen hun welzijn en gezondheid te verbeteren.

<sup>104</sup> [http://www.stm.fi/en/welfare/health\\_promotion](http://www.stm.fi/en/welfare/health_promotion)

<sup>105</sup> [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00918Arvioi\\_artikkeli](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00918Arvioi_artikkeli)



**Elämä pelissä ('Blind programma')** van Duodecim Medical Publications Ltd is een computerprogramma voor de evaluatie van de manier van leven en het emotionele welzijn. De gebruiker voert de eigen gegevens in; het programma geeft een schatting van de risico's op ziekte en de gemiddelde levensverwachting. De uitslag is gebaseerd op vergelijking met de gegevens in het Finrisk bestand en een groot aantal internationale studies. Het doel is burgers te stimuleren hun eigen gezondheid te verbeteren.

Ziekte en risicofactoren hangen samen met de levensstijl. Levensstijl heeft invloed op het geestelijk welzijn van een persoon, het vertrouwen in de toekomst en de mogelijkheid om te gaan met tegenslag. Mensen die langer aan schadelijke factoren zijn blootgesteld kunnen overgaan tot ongezonde gewoontes. Door deze factoren te beïnvloeden kunnen mensen langer in goede gezondheid leven.

#### **Blind - test vragen**

De test is voor mensen van 25-74 jaar oud. De test bestaat uit 30 vragen over menselijke eigenschappen en houding ten opzichte van het leven. De test gebruikt de antwoorden om op grond van leeftijd en geslacht de gemiddelde levensverwachting van de cliënt te berekenen. De test kijkt niet naar voedingsgewoontes zoals zoutinname, inname van vette vleeswaren en drugs, of naar risicovolle sporten.

#### **Blind – uitslag**

Het programma geeft een uitgebreid rapport over de factoren waar de cliënt aandacht aan moet besteden om hun gezondheid en kwaliteit van leven te verbeteren. De cliënt kan dan 1-3 acht weken durende trainingsprogramma's kiezen over de volgende onderwerpen: geestelijk welzijn coaching, alcohol reductie; verminderen van roken, gewichts management, lichamelijke activiteiten, gezonde voeding, coaching voor gezinnen met kinderen, positieve relatietherapie, relatietherapie bij conflict.

Bron: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00918Arvioi artikkele](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00918Arvioi%20artikkeli)

#### **Goede ervaring met het terugdringen van de prevalentie van ziekten door leefstijlinterventies.**

In een periode van 25 jaar is een 75% reductie gerealiseerd in de prevalentie van hart- en vaatziekten.<sup>106</sup> Kernpunten van het programma waren het sterk draagvlak voor het programma bij de bevolking, de integrale en multisectorale aanpak en de ondersteuning door de overheid.

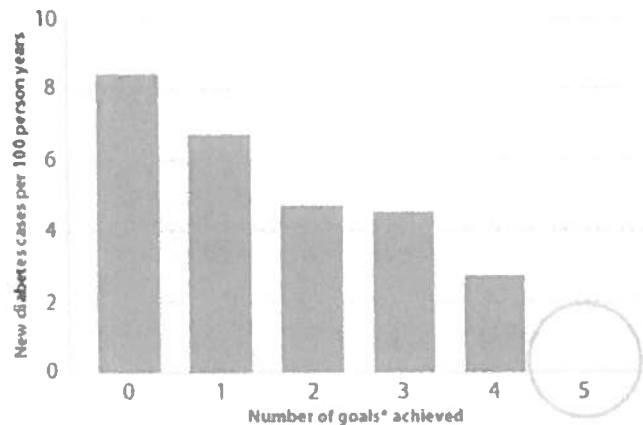
*Back then, Finnish men had the world's highest death rate from heart disease. Though lean and rugged from jobs like farming and logging, they liked butter, whole milk, cheese, salt, sausage, and cigarettes. Only occasionally did they swallow a fruit or vegetable. Anything green was dismissed as "food for animals."*

*But by the early 2000s, the number of deaths of Finnish men ages 35 to 64 from coronary heart disease had plunged about 75%. Much of this reduction, reported scientists, came from dramatic reductions in risk factors like high blood pressure, high cholesterol, and smoking. Cholesterol lowering was the strongest contributor (Puska, 2002).*

<sup>106</sup> Puska, P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine 2002; 4(1):5-7

Een (Europees) project voor diabetes preventie was succesvol. Met het overnemen van 5 leefstijl doelstellingen kon het risico om diabetes te krijgen in de komende 7 jaar teruggebracht worden tot 0.<sup>107</sup> De aanpak wordt nu opgeschaald naar heel Finland.

## ACHIEVING ALL FIVE OF THE LIFESTYLE GOALS\* PREVENTED DIABETES FOR AT LEAST 7 YEARS IN THE FINNISH DIABETES PREVENTION STUDY (DPS)



\* Programme goals were: No more than 30% of daily energy from fat; no more than 10% of energy from saturated fat; at least 15g/1000kcal fibre; at least 30min/day of moderate physical activity; at least 5% weight reduction. (Modified from Lindström et al [2006])

Bron: IMAGE. Take action to prevent diabetes. A toolkit for the prevention of type 2 diabetes in Europe. IMAGE toolkit working group. Executive Agency for Health and Consumer. 2010.

Financiële argumenten spelen een rol in het succes van het programma. De kosten voor de behandeling van iemand met diabetes zonder complicaties is een vijfde van de kosten van iemand met diabetes met complicaties.

Kenmerkend voor Finland is de multisectoriële benadering om deze gezondheidsdoelstellingen gezamenlijk te ondersteunen.

### Vooruitgang op gelijkheid is moeilijker

De verschillen in gezondheid en sterfte tussen verschillende bevolkingsgroepen blijven aanzienlijk.<sup>108</sup>

<sup>107</sup> IMAGE. Take action to prevent diabetes. A toolkit for the prevention of type 2 diabetes in Europe. IMAGE toolkit working group. Executive Agency for Health and Consumer. 2010 [www.image-project.eu](http://www.image-project.eu)

<sup>108</sup> [http://www.stm.fi/en/welfare/health\\_promotion](http://www.stm.fi/en/welfare/health_promotion)

## ANNEX Frankrijk

### Financiering en organisatie van de zorg

Frankrijk heeft een stelsel van sociale verzekeringen (Securité Sociale) dat wordt gefinancierd door werkgevers en werknemers via de loonbelasting en door de centrale overheid. Alle inwoners van Frankrijk zijn wettelijk verplicht verzekerd (SHI) voor ziekenhuiszorg, ambulante zorg, geneesmiddelen op recept, en in mindere mate tandheelkundige en optometrie zorg. Voor alle publieke zorg geldt een eigen bijdrage. Chronisch zieken (voor 30 ziekten) zijn vrijgesteld van deze eigen bijdrage.

Ongeveer 9 van de 10 fransen hebben een aanvullende particuliere verzekering (PHI). Voor de meesten wordt deze aanvullende verzekering betaald door de werkgever, voor lage inkomens of werklozen wordt deze verzekering betaald door de overheid. Deze particuliere verzekering dekt de kosten van eigen bijdrage die de publieke zorg vraagt.

Ongeveer twee derde deel van ziekenhuisbedden zijn publiek en non-profit. De artsen in deze ziekenhuizen zijn in loondienst. De overige een derde deel van de artsen zijn zelfstandig en commercieel (for-profit). 68% hiervan zijn huisartsen. Financiering van de zelfstandige artsen is gebaseerd op prestatiebekostiging (fee-for-service). De vergoeding voor huisartsen is gelijk aan de vergoeding voor medisch specialisten.

De publieke gezondheidszorg wordt voor 77% door de overheid gefinancierd. SHI wordt gefinancierd door de werkgever- en werknemer loonbelasting (43%), nationale gereserveerde inkomstenbelasting (33%), inkomsten uit alcohol en tabak (8%), overheidssubsidies (2%) en afdrachten van andere sociale verzekeringen (8%).

De privaat gefinancierde zorg, inclusief de eigen bijdragen, betreft 7,3% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg in 2010. De grootste posten zijn de tandheelkundige zorg en de opticiens. De zorg die wordt vergoed door de PHI betreft 13,7% van de kosten van de gezondheidszorg. De PHI vergoeden ook kosten van welzijnsdiensten die niet zijn gedekt door de SHI. Er is een ontwikkeling dat de verschillende PHI verzekeraars verschillende pakketten aanbieden met verschillende dekkingpercentages voor de verschillende types van zorg.

### Hervorming<sup>109</sup>

De samenvoeging van een aantal nationale en regionale overheids-gezondheidsdiensten en de ziekenkostenverzekeraars hebben geleid tot grote verandering in beleid en bestuur van de publieke gezondheidszorg en de ziekenhuizen. Deze nationaal overkoepelende afdeling is opgericht in 2000 en heeft de verantwoordelijkheid voor het vaststellen van het volksgezondheidsbeleid, de het opstellen van integrale zorgprogramma's ('managed care') en de sociale diensten.

### Poortwachter functie voor de huisartsen

Sinds 2004 heeft de eerstelijns zorg een poortwachter functie. Patiënten worden middels hogere bijbetalingen (eigen bijdrage) voor zelfverwijzing aangemoedigd eerst naar de huisarts te gaan. Ongeveer 90% van de bevolking is geregistreerd bij een huisarts.

### Contracten met uitkomstenbekostiging

In april 2009 is de SHI gestart met een reeks van individuele contracten (CAPI's) met een groep huisartsen. De introductie van een uitkomstenbekostiging (pay-per-performance) systeem is een aanvulling op de traditionele prestatiebekostiging (fee for service). Artsen ontvangen een aanvullende €40 voor de coördinatie van de zorg voor een chronische patiënt.

De CAPI-contracten werden tegengewerkt door de artsen verenigingen, de Nationale Physicians' Regulation Authority en de vereniging van de farmaceutische industrie. Toch hebben al ongeveer 16.000 artsen deze contracten ondertekend en is de gemiddelde extra betaling is € 3.100.<sup>110</sup> Sinds 2012 kunnen alle huisartsen CAPI contracten sluiten met de SHI.

<sup>109</sup> International Profiles of Health Care Systems, 2012. The commonwealth fund, 2012.

<sup>110</sup> International Profiles of Health Care Systems, 2012. The commonwealth fund, 2012.

Verzekeraars betalen tot € 5000 per jaar aan artsen die de zorgdoelstellingen voor astma, diabetes, hoge bloeddruk, immunisatie en het screenen op borstkanker halen.

#### **Verbeteren van de coördinatie van zorg**

De Wet Rechten van de patiënt en kwaliteit van zorg (2002) regelt dat zorgverleners samenwerken in een 'gezondheids-netwerk'. Doel van deze gezondheids-netwerken is de coördinatie, continuïteit en het interdisciplinaire karakter van de gezondheidszorg te versterken, met bijzondere aandacht voor geselecteerde bevolkingsgroepen, aandoeningen, en activiteiten. Het resultaat is integrale zorg. Artsen worden gecompenseerd voor het coördineren van de zorg voor chronische patiënten (€ 40 per patiënt per jaar). Ongeveer 40 procent van de zelfstandige artsen zijn verbonden aan dergelijke netwerk-praktijken.

Praktijk-netwerken bieden zorgprogramma's ('managed care') voor verschillende aandoeningen. Binnen deze zorgprogramma's is het mogelijk diensten aan te bieden die normaal niet worden vergoed door de SHI, zoals dieetvoorzorging; te experimenteren met nieuwe vormen van dienstverlening, bijvoorbeeld het laten uitvoeren van taken door een verpleegkundige in plaats van door een arts; en de toegang tot gespecialiseerde diensten te verbeteren. De praktijk-netwerken zijn ziekte- of regio-specifiek. De praktijk-netwerken worden periodiek getoetst op hun prestaties, maar hebben vrijheid in het aanbieden van specifieke diensten en het samenwerken met verschillende dienstverleners.

Deelname aan de gezondheids-netwerken is vrijwillig, zowel voor zorgverleners als voor patiënten. De prikkel voor patiënten is dat netwerken diensten aanbieden die gewoonlijk niet worden vergoed door de SHI (bijv. voetverzorging of dieetadvies voor diabetespatiënten). De prikkel voor artsen is dat preventieve diensten en patiëntenvoorlichting kunnen worden vergoed door de SHI.

#### **Toezicht**

De Nationale Autoriteit voor Gezondheid (HAS) werd opgericht door de overheid in 2004 om de activiteiten te stroomlijnen om de kwaliteit van de patiëntenzorg en de gelijkheid (equity) in de zorg te verbeteren. HAS beoordeelt geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, publiceert richtlijnen en stelt eisen aan patiëntveiligheid, accrediteert instellingen en certificeert artsen. De toetsingscriteria en rapporten zijn beschikbaar op de website ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

De Commissie voor Economische Evaluatie en Volksgezondheid is opgericht binnen de HAS en adviseert over opname en bekostiging nieuwe technologieën.

De Nationale Unie van Ziekenfondsen (SHI en PHI) uit 2004, waarin ook de artsenverenigingen vertegenwoordigd zijn, maakt directe onderhandelingen mogelijk tussen de overheid en vertegenwoordigers van SHI, PHI, en de verenigingen van zorgprofessionals.

#### **Ongelijkheid**

De wet Publieke gezondheid (2004) maakt het verminderen van de ongelijkheid op gezondheidsgebied een nationale prioriteit. De wet stelt doelen en een strategie voor het verminderen van de van ongelijkheden. Op regionaal niveau hebben de regionale gezondheidsdienst agentschappen mandaat om de ongelijkheid te verminderen.

#### **Gezondheidsbevordering**

Het Nationaal Instituut voor Preventie en Gezondheidsvoorlichting (INPES), in nauwe samenwerking met het bureau Statistiek van het Ministerie van Volksgezondheid, ontwikkelt beleid voor preventie en gezondheidsvoorlichting en voert dit uit. De missie van het INPE is om gezond gedrag en levensstijl te bevorderen. Hieronder vallen de strijd tegen verslaving en de preventie van chronische ziekten (kanker, diabetes, hart- en vaatziekten). INPES oriënteert zich op Europees niveau om beleid en richtlijnen te vergelijken.

Het bevorderen van de lichamelijke activiteit bij jongeren was het speerpunt van 2012. Lichamelijke activiteit bij jongeren beperkt het ontstaan van overgewicht, stimuleert gezonde ontwikkeling en groei, verbetert het welzijn en gevoel van eigenwaarde en bevordert de samenhang en sociale integratie.

INPES werkt met meer dan 140 partners, heeft een database van goedgekeurde interventies en heeft een budget van ruim 100 miljoen Euro per jaar om gezondheidsbevordering te ondersteunen.

INPES stelt per jaar de landelijke prioriteiten vast voor gezondheidsbevordering. De 8 prioriteiten voor 2013 zijn:

1. Voeding; met als doel kennis over voeding en lichamelijke activiteit te verhogen en ondersteuning aan te bieden aan kwetsbare groepen.
2. Preventie van ongewenste zwangerschappen
3. Zwangerschap en jonge kinderen; bevorderen van de gezondheid van ouders en jonge kinderen, inclusief opvoedingsondersteuning
4. Jeugdgezondheid; positieve gezondheidsvoorlichting, inclusief seksuele voorlichting en terugdringen seksueel overdraagbare aandoeningen en voorkomen van alcohol en drugs gebruik onder jongeren
5. Preventie van ziekten onder MSMs
6. Bestrijding infectieziekten
7. Vaccinatie
8. Gezond ouder worden; om ouderen en zorgverleners te informeren over effectieve maatregelen om langer zelfstandig te blijven.

## ANNEX Verenigd Koninkrijk

### V1 Algemeen

#### National Health Service (NHS)

De NHS<sup>111</sup> voorziet alle inwoners van het Verenigd Koninkrijk van gezondheidszorg. De precieze samenstelling van de dienstverlening van de NHS is niet gedefinieerd in wet-of regelgeving. In de praktijk vallen de volgende diensten binnen de door de NHS vergoede zorg: preventieve diensten, waaronder screening, immunisatie en vaccinatie programma's, klinische en poliklinische zorg, huisartsen diensten, klinische en poliklinische geneesmiddelen, tandheelkundige zorg, sommige oog zorg, geestelijke gezondheidszorg, met inbegrip van de zorg voor mensen met leerstoornissen, palliatieve zorg, een aantal vormen van langdurige zorg en revalidatie.

#### Publiek gefinancierde gezondheidszorg

In 2010 besteedde het Verenigd Koninkrijk ongeveer 9,6 procent van zijn BBP aan gezondheidszorg. De NHS besteedt 82% hiervan. Ongeveer 76 procent van de gelden voor het NHS komen uit algemene belastingen, 18 procent komt van de National Insurance via de loonbelasting. De NHS ontvangt inkomsten uit bijbetalingen en van particulier verzekerden die gebruik maken van NHS diensten.

De specialisten zijn in loondienst. Veel van hen vullen hun inkomen aan met het behandelen van particuliere patiënten<sup>112</sup>.

#### Privaat gefinancierde gezondheidszorg

De meeste particuliere uitgaven voor de zorg betreffen de over-the-counter medicijnen en andere medische producten (goed voor iets minder dan de helft), en private ziekenhuiszorg. De meeste particuliere ziekenhuiszorg wordt gefinancierd uit vrijwillige ziektekostenverzekering. Ongeveer 11 procent van de Britse bevolking heeft een vrijwillige verzekering, de meerderheid als werk gerelateerde uitkeringen (Office of Health Economics 2012 ). Daarnaast worden ruim een miljoen mensen behandeld door middel van verzekeringsregelingen via de werkgevers. Private aanbieders moeten worden geregistreerd bij de Care Quality Commissie en Monitor. De kosten voor particuliere patiënten zijn niet gereguleerd door de overheid.

#### (On)gezondheid van de bevolking

De gezondheid is de afgelopen jaren verbeterd in het Verenigd Koninkrijk. Ze zijn echter nog lang niet de beste van Europa en te veel mensen gaan vroegtijdig dood. Doel van het nieuwe beleid is dat mensen niet alleen langer leven maar vooral langer leven in goede gezondheid. Dit doel is ambitieus omdat ze ernaar streven de beste van Europa te worden.<sup>113</sup>

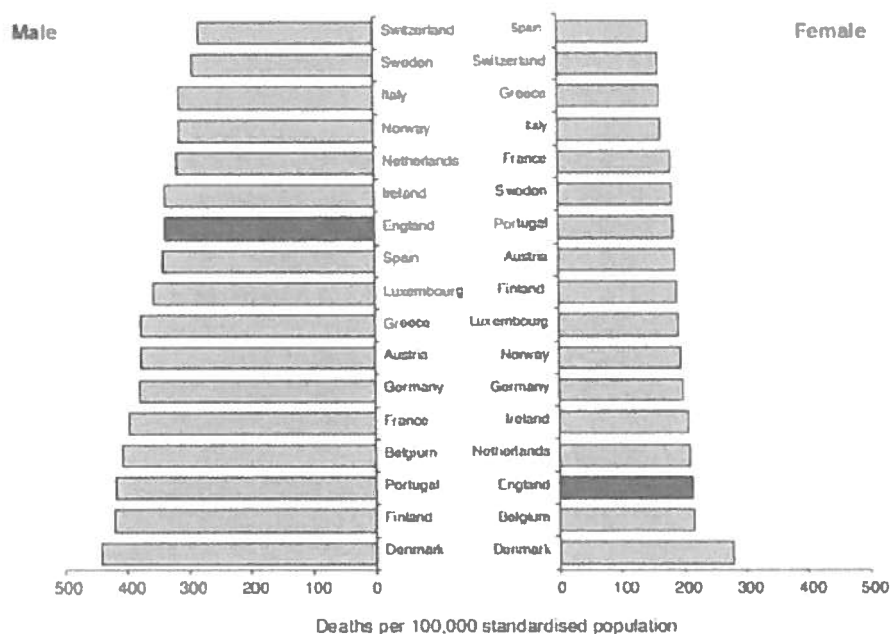
Ongeveer twee derde van de sterfgevallen van mensen tot 75 jaar is vermijdbaar - dat zijn ongeveer 103.000 sterfgevallen per jaar. Deze sterfgevallen kunnen worden vermeden door publieke gezondheidsinterventies zoals meer bewegen of stoppen met roken, of door gezondheidszorg-interventies zoals vroege opsporing van ziekte of risicofactoren gevolgd door een doeltreffende behandeling.

<sup>111</sup> [http://www.commonwealthfund.org/-/media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645\\_Squires\\_intl\\_profiles\\_hlt\\_care\\_systems\\_2012.pdf](http://www.commonwealthfund.org/-/media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645_Squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf)

<sup>112</sup> [http://www.commonwealthfund.org/-/media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1417\\_Squires\\_Intl\\_Profiles\\_622.pdf](http://www.commonwealthfund.org/-/media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1417_Squires_Intl_Profiles_622.pdf)

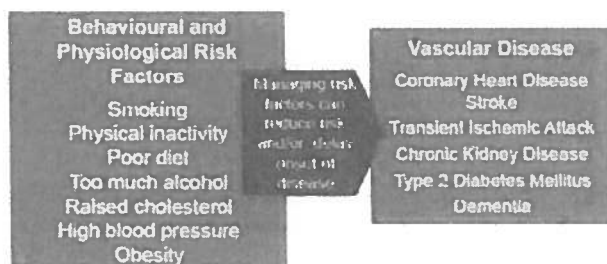
<sup>113</sup> Murray C.J.L. et al. UK health performance: findings of the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 381: 997–1020 [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60355-4/fulltext?\\_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60355-4/fulltext?_eventId=login)

Fig 1: Under-75 all cause mortality rate for European countries (2010 or nearest)<sup>3</sup>



Bron: Department of Health. Living Well for Longer: A call to action to reduce avoidable premature mortality. 2013

Vijf ziektes zijn verantwoordelijk voor meer dan driekwart van alle sterfgevallen bij mensen onder de 75 jaar. In 2012 overleden 60.000 mensen aan kanker (met uitzondering van leverkanker), 37.000 aan hart- en vaatziekten, waaronder beroerte, 14.000 aan aandoeningen van de luchtwegen en 8000 aan lever aandoeningen (met inbegrip van leverkanker). De risicofactoren die bijdragen aan deze aandoeningen zijn veelal dezelfde.



Bron: NHS Health check implementation review and action plan. 2013<sup>114</sup>

Ondanks de aanzienlijke vooruitgang in de gezondheidssituatie in de afgelopen 20 jaar zijn de indicatoren voor de vroegtijdige sterfte niet verbeterd ten opzichte van de andere Europese landen; de relatieve positie ten opzichte van 2010 is zelfs verslechterd. Deze relatieve daling is het sterkst bij mannen en vrouwen tussen de 20-54 jaar.

<sup>114</sup> [NHS Health Check implementation review and action plan](#) - July 2013

We focussen op deze vijf doodsoorzaken. De acties die we moeten ondernemen om vroegtijdige sterfte te voorkomen zijn dezelfde acties die we moeten ondernemen bij het verhogen van de gezonde levensverwachting voor andere ziektes en leeftijden.

De determinanten van gezondheid hebben een grotere impact op mensen uit armere milieus. Dit is de grootste uitdaging: Hoe kunnen we de grootste invloed hebben daar waar het het hardst nodig is. Hoe kunnen we de ongelijkheid op gezondheidsgebied verminderen.

#### **Indicatoren**

Het lange termijn doel is om een van de besten in Europa te zijn. Voorlopig zijn tussentijdse doelen vastgesteld om vooruitgang zichtbaar te maken:

#### **Gezondheidsdoelstellingen**

De prevalentie van de belangrijkste risicofactoren moet verminderen. De cijfers laten zien dat het roken, alcoholgebruik en zwaarlijvigheid van de Britten aanzienlijk hoger ligt dan dat van de beste in Europa. We moeten de kloof verkleinen als we de beste willen zijn:

- Roken - in het Verenigd Koninkrijk rookt bijna 20%, in Luxemburg is dat 17%.
- Alcohol - in het Verenigd Koninkrijk consumeren we 10,2 liter pure alcohol per capita, tegenover 6,9 liter in Italië.
- Obesitas – in het Verenigd Koninkrijk is 25 % van de bevolking zwaarlijvig, vergeleken met 10,3 % in Italië.
- Lichamelijke activiteit - in het Verenigd Koninkrijk beweegt 63% van de bevolking minder dan 30 minuten vijf keer per week, vergeleken met 16 % in Griekenland.
- Voeding - in het Verenigd Koninkrijk eet men gemiddeld minder dan drie porties fruit en groenten per dag, in vergelijking met meer dan vijf per dag in Italië.
- Cholesterol - in het Verenigd Koninkrijk heeft 65 % van de bevolking een hoog cholesterolgehalte, tegenover 48 % in Griekenland.
- Verhoogde bloeddruk - in het Verenigd Koninkrijk heeft 28 % van de bevolking een verhoogde bloeddruk, vergeleken met 25 % in Zwitserland.

#### **Vroege opsporing en behandeling**

De NHS heeft als doel meetbare vooruitgang te boeken in het terugdringen van de vroegtijdige sterfte in 2016 door:

- Elk contact tussen cliënt en zorgverlener te gebruiken om mensen te ondersteunen een gezonder leven te leiden;
- Ondersteunen van vroege diagnose, met name in de eerste lijn;
- Toegang geven tot de juiste behandeling;
- Het verminderen van variaties in vermijdbare sterfgevallen tussen ziekenhuizen.

In april 2013 is de organisatie van de gezondheidszorg veranderd om een beter antwoord te kunnen geven op de beleidswijzigingen. Lokale overheden, ondersteund door Public Health England, en het National Institute Healthcare and Clinical Excellence (NICE), zullen gezamenlijk de verantwoordelijkheid nemen om de gezondheidszorg te verbeteren en vroegtijdige sterfte te reduceren. Voor het eerst zullen de lokale overheden een apart budget (£ 5.45 miljard in de komende twee jaar) krijgen om zich te concentreren op het verbeteren van de volksgezondheid.<sup>115</sup>

#### **Erkende zorgstandaarden van NICE**

NICE<sup>116</sup> ontwikkelt 150 kwaliteitsstandaarden voor de zorg. In 2015 moeten deze gereed zijn. NICE stelt de klinisch effectieve zorgstandaarden voor de NHS vast en beoordeelt nieuwe technologieën en medicijnen in de gezondheidszorg op hun werkzaamheid en kosteneffectiviteit. Preventie en het

<sup>115</sup> [http://www.healthcheck.nhs.uk/news/nhs\\_health\\_check\\_programme\\_best\\_practice\\_guidance/](http://www.healthcheck.nhs.uk/news/nhs_health_check_programme_best_practice_guidance/)

<sup>116</sup> [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645\\_Squires\\_intl\\_profiles\\_hlt\\_care\\_systems\\_2012.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645_Squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf)



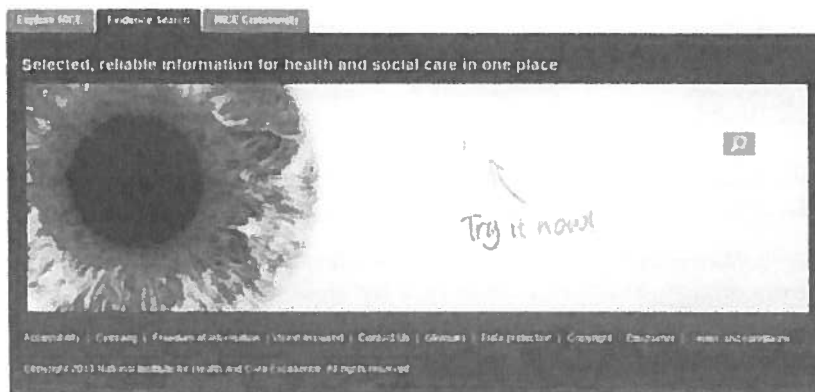
promoten van gezond leven is het eerste kenmerk van de NICE kwaliteitsstandaarden. De website NHS Evidence geeft informatie aan patiënten en professionals over de up-to-date zorgstandaarden.

NICE guidance sets the standards for high quality healthcare and encourages healthy living. Our guidance can be used by the NHS, Local Authorities, employers, voluntary groups and anyone else involved in delivering care or promoting wellbeing.

<b>NICE guidance is:</b>	<b>409</b>	Interventional procedures
● designed to promote good health and prevent ill health	<b>302</b>	Technology appraisals
● produced by the people affected by our work including health and social care professionals, patients and the public	<b>182</b>	Clinical guidelines
● based on the best evidence	<b>49</b>	Public health guidance
● transparent in its development, consistent, reliable and based on a rigorous development process	<b>16</b>	Medical technologies guidance
● good value for money, weighing up the cost and benefits of treatments	<b>11</b>	Diagnostic guidance
● internationally recognised for its excellence		

Bron: <http://guidance.nice.org.uk/>

Op een sectie van deze website refereert NICE aan wetenschappelijk bewijs. Het invoeren van verschillende testen die gebruikt worden voor vroegopsporing in de zoekfunctie geeft een uitgebreid overzicht van wetenschappelijke publicaties en relevante andere websites die informatie geven over de voor- en nadelen van deze testen.

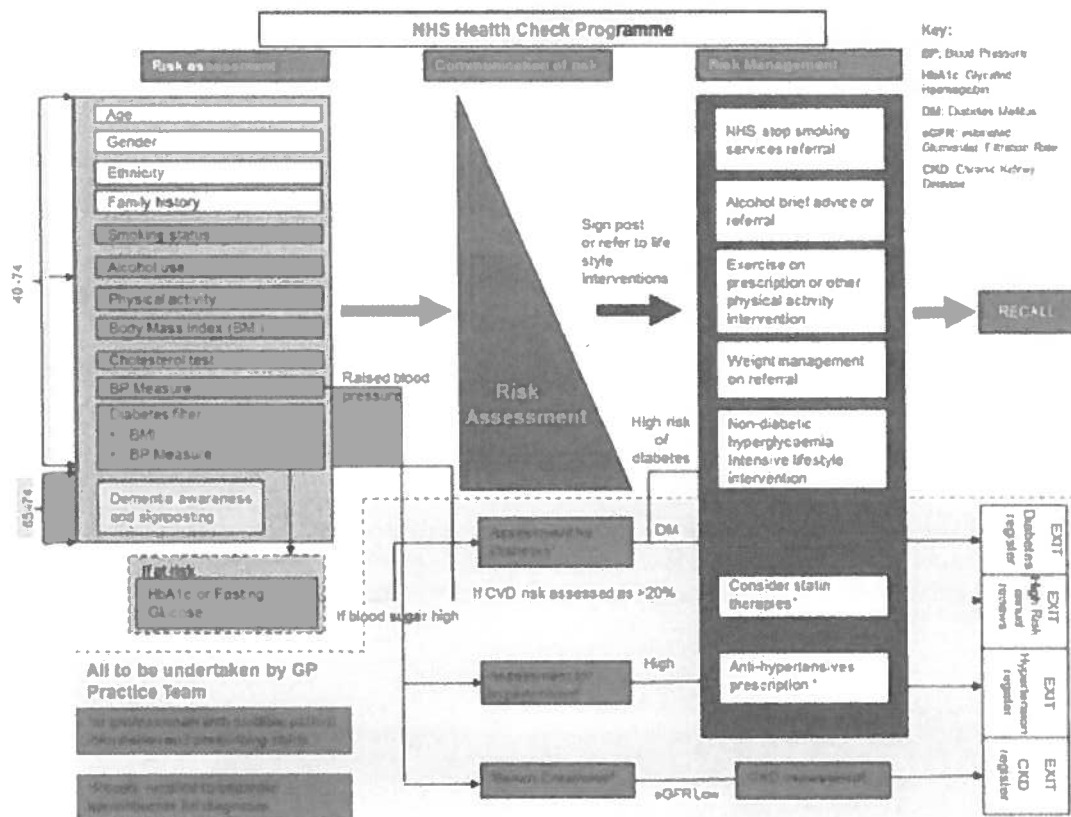


Bron: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byType&type=2&status=3#tab1>

## V2 NHS Health Check programma

Het NHS Health Check programma<sup>117</sup> is een programma voor de volksgezondheid in het Verenigd Koninkrijk voor mensen tussen 40-74 jaar dat tot doel heeft om mensen langer gezond te houden. Het is een risicobeoordeling- en risicomanagementprogramma om het ontstaan van diabetes, hart-, nier-, hart- en vaatziekten en beroertes te voorkomen of te vertragen. Een schematisch overzicht van het programma staat in figure 1

Figure 1: Diagrammatic overview of the vascular risk assessment and management programme



Bron: Department of Health and Public Health England. NHS Health Check Programme. Best Practice Guidance. 2013<sup>118</sup>

Het terugdringen van vermijdbare vroegtijdige sterfte is een prioriteit van de regering. Door het beheersen van risicofactoren en vroege opsporing van ziekte zal de NHS Health Check bijdragen aan het bereiken

<sup>117</sup> <http://www.nhs.uk/Tools/Pages/Screening.aspx?Tag=>

<sup>118</sup> [http://www.healthcheck.nhs.uk/news/nhs\\_health\\_check\\_programme\\_best\\_practice\\_guidance/](http://www.healthcheck.nhs.uk/news/nhs_health_check_programme_best_practice_guidance/)

van de ambities zoals weergegeven in 'A call to action to reduce premature mortality'<sup>119</sup> en de 'Cardiovascular Disease Outcome strategie'.<sup>120</sup>

Diabetes, hart-, nier- en vaatziekten en beroertes vormen samen een derde van het verschil in levensverwachting tussen de meest achtergestelde gebieden en de rest van het land. Het aanpakken van deze verschillen is een belangrijke doelstelling van het programma. De stijging van de prevalentie van obesitas, type 2 diabetes en de daaraan verbonden kosten voor de NHS en sociale zorg, maken de aandacht voor preventie noodzakelijk.

Het programma is er ook op gericht om alcohol gerelateerde schade te beperken en om het bewustzijn van de tekenen van dementie te verhogen. Iedereen die een NHS Health Check ondergaat krijgt een risicobeoordeling van het alcoholgebruik. Mensen tussen 65-74 jaar worden geïnformeerd over de tekenen en symptomen van dementie en worden verwezen naar geheugenklinieken indien nodig.

#### **NHS Health Checks: klinisch nuttig én kosten effectief**

Het Department of Health heeft vastgesteld dat de NHS Health Check kosteneffectief zal zijn. De kostenberekeningen bestaan uit onder andere twee componenten:

- de kosten van de daadwerkelijke evaluaties plus eventuele follow-up testen of controles die nodig zijn op het gebied van personeel, tijd en laboratoriumkosten
- de kosten van de interventies die worden geleverd als gevolg van de NHS Health Checks.

De geschatte besparingen voor het nationale NHS budget zijn ongeveer £ 57.000.000 in vier jaar, oplopend tot £ 176.000.000 over een periode van vijftien jaar. Er wordt geschat dat het programma zichzelf in 20 jaar terugbetaalt. Daarbovenop komen de substantiële voordelen voor de gezondheid. Rekenmodellen laten zien dat het programma uiterst kosteneffectief is als de kosten worden vergeleken met de Quality Adjusted Life Years (QALY). Uit deze analyse blijkt ook dat 40 jaar de optimale startleeftijd voor de NHS Health Check is en dat deze om de vijf jaar moet worden aangeboden.

De NHS weerlegt de conclusies van de recente Cochrane review die zegt dat preventief medisch onderzoek niet zinvol is.<sup>121</sup> De opzet van de NHS Health Check is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs van effectiviteit en doelmatigheid. In de Cochrane review worden een grote verscheidenheid aan health checks op een hoop geveegd en het nut ervan gezamenlijk bepaald. De NHS heeft voor het preventief medisch onderzoek in de NHS Health Check alleen het effectieve onderzoek geselecteerd.

#### **Financiering en verantwoordelijkheid**

Het programma is gestart in 2009/2010. Vanaf 1 april 2013 zijn lokale overheden verantwoordelijk voor de risicobeoordeling en leefstijlinterventies van het programma. De lokale overheden ontvangen financiering vanuit het budget van de volksgezondheid. De risicobeoordeling in de health check is een functie die de lokale overheden verplicht zijn aan te bieden of aan te besteden (regulations 4 and 5 of the Local Authorities (Public Health Functions and Entry to Premises by Local Healthwatch Representatives) Regulations 2013, S.I. 2013/351). Lokale overheden moeten nauw samenwerken met de verschillende partners in de zorg, onder meer door Zorg en Welzijn Boards, om gezamenlijk deze verschillende elementen van het programma te verzorgen.

De kosten voor een NHS Health Check worden geschat op £23.70. Dit betreft alleen de kosten voor de Health Check; de vervolgcosten voor de follow-up zijn hierin niet meegenomen.

Aanvullende testen en follow-up, bijvoorbeeld wanneer iemand wordt geïdentificeerd met een hoog risico voor hart- en vaatziekten, blijven de verantwoordelijkheid van de eerstelijns gezondheidszorg en wordt gefinancierd via de NHS.

<sup>119</sup> Living Well for Longer: a call to action to reduce premature mortality. Department of Health. 5 March 2013. Gateway reference: 18716

<sup>120</sup> Cardiovascular Disease Outcomes Strategy: Improving outcomes for people with or at risk of cardiovascular disease. Department of Health. 5 March. Gateway reference: 18747.

<sup>121</sup> NHS response to the Cochrane review. 2013. <http://www.nhshealthcheck.nhs.uk/default.aspx?alID=66>

### **Kwaliteitscontroles en het gebruik van het NHS Health Check merk**

Het NHS Health Check programma is een nationaal programma, dat lokaal wordt georganiseerd op een manier die het beste past bij de behoeften van de lokale bevolking. Lokale overheden hebben flexibiliteit in het aanbieden of uitbesteden van de verschillende diensten op de verschillende locaties. De tests en metingen zelf zijn gestandaardiseerd en dragen zo bij aan de veiligheid, kwaliteit en effectiviteit van het programma. De vervolgacties bij bepaalde drempelwaarden worden op een systematische en uniforme manier aangeboden om maximale gevolgen voor de volksgezondheid in het Verenigd Koninkrijk te verzekeren.

Vaak zijn de zorgverleners die het risico beoordelen niet dezelfde als de zorgverleners die follow-up geven over leefstijladvies en interventies. De informatie-uitwisseling tussen de verschillende zorgverleners en de continuïteit van zorg in de keten zijn essentieel in het belang van de cliënt.

Lokale overheden moeten afspraken maken over kwaliteitscontroles en standaardisatie bij het aangaan van contracten met aanbieders van de NHS Health Check diensten. Dit is noodzakelijk voor het merk NHS Health Check dat staat voor een gratis, uniforme en hoogwaardige service ongeacht waar de dienst wordt geleverd.

Public Health England ondersteunt de implementatie van het programma. Het doel is dat 20% van de doelgroep per jaar wordt bereikt en dat 75% van de uitgenodigden deelneemt aan de NHS Health Check. In 5 jaar tijd zal iedereen van de doelgroep een uitnodiging hebben ontvangen.<sup>122</sup>

### **Gelijkheid en het NHS Health Check programma**

Een van de belangrijkste doelstellingen van het NHS Health Check programma is om gezondheidsverschillen bij de genoemde ziektes of risicofactoren te verminderen.

Daarnaast moeten lokale overheden ervoor zorgen dat het NHS Health Check programma wordt uitgevoerd in overeenstemming met de Equality Act 2010, waarin bijvoorbeeld de toegankelijkheid voor rolstoelgebruikers is bepaald. Deze Act bepaalt onder andere de manier waarop rolstoelgebruikers toegang hebben tot de NHS Health Check, evenals hoe hun risicobeoordeling wordt geëvalueerd en hoe ze worden ondersteund om hun levensstijl te verbeteren.

## **V3 Private screening**

Particuliere bedrijven bieden een breed scala van health checks, van eenvoudig bloedonderzoek en lichamelijk onderzoek tot full body scans en screening op ernstige aandoeningen zoals hartfalen of aneurysma. De interesse in deze diensten neemt snel toe. Mensen zoeken de zekerheid dat ze niet lijden aan een ernstige ziekte en steeds meer bedrijven adverteren met private screeningsdiensten.

In de media worden de reclamepraktijken van deze private screening diensten bekritiseerd<sup>123 124</sup>, met name vanwege de 'angst voor ziekten' waar deze reclamepraktijken op inspelen en het doen van beloften die niet waar te maken zijn, zoals 'peace of mind'. Een aantal advertentieteksten zijn aangepast als gevolg van deze kritiek.

<sup>122</sup> [NHS Health Check implementation review and action plan: summary](#) - July 2013

<sup>123</sup> O'Connell Joanne . Health screening: top doctors attack 'scare tactics' by private companies British Medical Association's GP chief says direct marketing letters should be 'put straight into the bin'. *The Observer*, Sunday 6 January 2013 <http://www.theguardian.com/business/2013/jan/06/private-healthcare-screening-bma-nhs>

<sup>124</sup> Private health screening tests are oversold and under-explained. Health screening can cause more harm than it prevents, so companies have a duty to provide full information to customers <http://www.theguardian.com/science/blog/2012/oct/05/private-health-screening-tests>

### Toezicht op screening

Nationale autoriteiten houden zich bezig met controle en toezicht op en informeren van de bevolking over deze privé aanbieders, zoals de National Screening Committee (NSC) van de NHS, de Care Quality Commission (CQC) en de Human Genetics Commission (HGC).

De **National Screening Committee (NSC)** van de NHS geeft informatie<sup>125</sup> aan potentiële cliënten van deze diensten en aan artsen. In deze informatie benadrukt de NHS het voordeel van de NHS Health Check ten opzicht van de private diensten; dat de NHS diensten gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen waarvan het voordeel van de check groter is dan het nadeel en dat een aantal van de diensten die de private dienstverleners aanbieden ook door de NHS worden aangeboden, maar dan gratis.

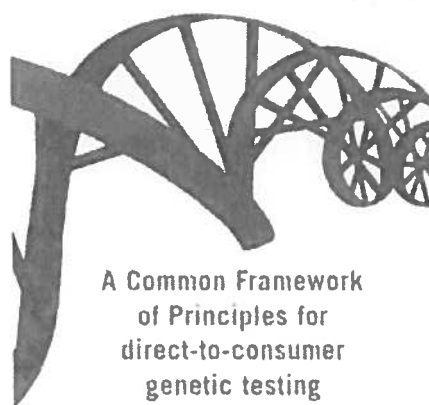
In 2009 kreeg de **Care Quality Commission (CQC)** de verantwoordelijkheid voor de regulering van alle gezondheids- en sociale zorg voor volwassenen in het Verenigd Koninkrijk, onafhankelijk of deze zorg door de NHS, lokale overheden, de private sector, of de vrijwilligerssector wordt geleverd. Alle medische en sociale zorgverleners moeten zich bij de Care Quality Commission registreren.

De Commissie houdt toezicht op de prestaties van opdrachtgever en aanbieder met landelijk vastgestelde kwaliteitsnormen, en onderzoekt individuele aanbieders waarbij er twijfels zijn gerezen (bijvoorbeeld door patiënten). Het kan slecht presterende praktijken sluiten. Bij de CSC zijn meer dan 53.000 private screeningspraktijken geregistreerd. Tandartsen vallen ook in deze categorie.

De CQC voert inspecties uit bij de geregistreerde aanbieders. Alle inspectierapporten zijn beschikbaar op de website van de CQC.<sup>126</sup> Er wordt onder andere gevraagd of de cliënt van mening is dat hij/zij voldoende is geïnformeerd. 'Life Line Screening UK', een bedrijf dat in de media wordt genoemd als uitvoerder van onzinnige testen, is goed beoordeeld.

De **Human Genetics Commission**<sup>127</sup> (HGC) heeft een 'Common Framework of Principles'<sup>128</sup> gepubliceerd voor 'direct-to-consumer' genetische testdiensten. Dit document geeft advies waar testen of testdiensten die direct aan de consument worden geleverd en dus niet aan een zorgprofessional.

De scope van het document is veel breder dan alleen genetische testen en omvat een scala aan diagnostische testen die gebruikt worden voor vroegopsporing. Het document geeft aanwijzingen om mensen te helpen die testen en of diensten te kopen die voldoen aan de basisprincipes met betrekking tot toestemming, gegevensbescherming, oprechte marketing, wetenschappelijke nauwkeurigheid en evenwichtige interpretatie. Bijlage VK geeft de scope van het onderzoek en de inhoudsopgave van het common framework of principles.



### A Common Framework of Principles for direct-to-consumer genetic testing services

<sup>125</sup> <http://www.screening.nhs.uk/private-screening>

<sup>126</sup> [www.cqc.org.uk](http://www.cqc.org.uk)

<sup>127</sup> [Human Genetics Commission . . . www.hgc.gov.uk](http://www.hgc.gov.uk)

<sup>128</sup> [Common Framework of Principles www.hgc.gov.uk/client/document](http://www.hgc.gov.uk/client/document)

## V4 Bijlage Verenigd Koninkrijk Human Genetics Commission

---

### A Common Framework of Principles for direct-to-consumer genetic testing services<sup>129</sup>

#### Scope

These Principles are intended to cover all situations in which it is possible for a private consumer to purchase a genetic test without prescription by a qualified medical professional, subject to statutory regulation. The Principles cover

- tests that are provided directly to the public without an intermediary between the consumer and the test provider
- tests that are provided via a non-medical intermediary, such as a pharmacist or alternative health practitioner
- tests that are commissioned by the consumer but where a medical practitioner or a health professional is involved in the provision of the service

The Principles address the situation where genetic tests are marketed directly to consumers rather than to qualified medical professionals.

The Principles are intended to cover all aspects of direct-to-consumer genetic testing services, including the marketing and advertising of tests, the collection, analysis and storage of biological samples, the interpretation of results and the provision of results to the consumer.

Although these Principles are intended to be applied as broadly as possible, it is also recognised that, depending on the nature of the genetic test, not all principles will be applicable in all circumstances (see 'how to use the principles' section of this document).

Whilst these Principles have been developed specifically for direct-to-consumer genetic testing services, it is possible that many of these Principles would also be applicable to other direct-to-consumer susceptibility/pre-dispositional health tests other than those defined in the table.

---

<sup>129</sup> Common Framework of Principles\* [www.hgc.gov.uk/client/document](http://www.hgc.gov.uk/client/document)

**Table Types of tests covered by the HGC principles**

Genetic tests covered by these Principles may be categorised in the following way:

Diagnostic tests	Tests intended to diagnose a medical condition in a person with symptoms and/or signs.
Pre-symptomatic tests	Tests intended to predict that an asymptomatic person has a high probability of developing a condition, for example, BRCA tests for breast cancer and mutation testing in some autosomal dominant single – gene disorders, such as Huntington Disease. This is sometimes referred to as predictive testing.
Carrier testing	Tests intended to show that a person is a carrier of a condition, so that although they are not themselves affected, there is a risk they may have affected children.
Prenatal diagnostic tests	Tests intended to identify medical information about a fetus or to establish fetal sex
Susceptibility	Tests intended to provide an indication of the absolute lifetime risk and pre-dispositional or relative risk of an individual developing a condition compared with the health tests general population for example, APOE tests for Alzheimer's disease and tests for Age Related Macular Degeneration.
Pharmacogenetic tests	Tests intended to predict the response profile of an individual to a drug or course of therapy
Nutrigenetic tests	Tests intended to provide information about an individual's responsiveness to a particular nutrient or diet and how this affects metabolism, health status and risk of disease.
Lifestyle/behavioural tests	Tests intended to provide information about an individual's: behavioural propensities performance capacities (physical or cognitive) or response to certain environmental conditions and that are designed to assist the individual to modify the outcomes of any of these by elective changes in behaviour (not including the administration of prescribed medicines).
Phenotype tests	Tests intended to provide information about how an individual's phenotype is conditioned by their genotype, for example, tests that indicate the genetic basis of a person's eye colour
Genetic relatedness tests	Tests intended to determine/or provide information about a genetic relationship, including paternity and maternity tests.
Ancestry tests	Tests intended to provide information about an individual's relatedness to a certain ancestor or ancestral group and/or how much of an individual's genome is likely to have been inherited from ancestors from particular geographical areas or ethnic groups.

## Human genetics commission A Common Framework of Principles for direct-to-consumer genetic testing services - Contents

Introduction

The development of the Principles

Purpose

Scope

Definitions

How to use the Principles

Review of the Principles

Principles for the provision of genetic testing services directly to the consumer

1. Purpose and scope
2. Marketing and advertising
3. Regulatory Information
4. Information for prospective consumers
5. Counselling and support
6. Consent
7. Data protection
8. Sample handling
9. Laboratory processes
10. Interpretation of test results
11. Provision of results
12. Continuing support
13. Complaints

Appendix – Membership of the working group

**Figure..Section on marketing and advertising in the HGC principles**

2.	Marketing and advertising
2.1	Where relevant, the test provider should comply with any legislation or voluntary codes for advertising of medical tests, including genetic tests or other clinical services and they should also comply with more general guidance (including legal guidance) covering consumer advertising.
2.2	Promotional and technical claims for genetic tests should accurately describe both the characteristics and the limitations of the tests offered, and the test provider should not overstate the utility of a genetic test.
2.3	Where a claim is made about the clinical validity of a genetic test, the claim should be supported by relevant evidence published in peer reviewed scientific literature and the test provider should give standard references to this literature.
2.4	The test provider should be aware of the risk of bias when quoting evidence and ensure that evidence is presented transparently with reference to the criteria used to include and/or exclude published literature when this is cited as evidence of the applicability or effectiveness of the test.
2.5	Information about tests which are available only in the context of a consultation with a health professional or are only provided to consumers with both individualised pre- and post-test counselling should make it clear that tests are available only in that context.

Bron: Human genetics commission A Common Framework of Principles for direct-to-consumer genetic testing services