



HEROVERWEGINGSONDERZOEK

# **VOLKSGEZONDHEIDS- SUBSIDIES**

APRIL 1992

BEGROTINGSVOORBEREIDING 1993  
DEELRAPPORT NR. 5



**HEROVERWEGINGSONDERZOEK**

**"Volksgezondheidssubsidies"**

**April 1992**

## Rapport van de Heroverwegingswerkgroep Volksgezondheid 1992

1	Inleiding
2	Heroverweging Volksgezondheidssubsidies: plan van aanpak
2.1	Inleiding
2.2	Plan van aanpak
3	Inventarisatie en beleidsbeoordeling subsidies volksgezondheid
3.1	Inleiding
3.2	Inventarisatie
3.3	Beleidsbeoordeling
3.3.1	"PEO"-subsidies
3.3.2	"niet-PEO"-subsidies
4	Variantenontwikkeling en beleidsalternatieven
4.1	Inleiding
4.2	Heroverwegingsvarianten
4.3	De volksgezondheidssubsidies: mogelijke beleidsvarianten
4.3.1	"PEO"-subsidies
4.3.2	"niet-PEO"-subsidies
4.4	Recapitulatie
5	Samenvatting en conclusies
6	Een vijfde variant
Bijlage I	Samenstelling van de werkgroep
Bijlage II	Vragenlijst Heroverweging Volksgezondheid
Bijlage III	Overzicht subsidies VGZ: categorie "PEO"-subsidies
Bijlage IV	Overzicht subsidies VGZ: categorie "niet-PEO"-subsidies subcategorie "Onderzoeksinstituten"
Bijlage V	Overzicht subsidies VGZ: categorie "niet-PEO"-subsidies subcategorie "Structurele beleidsuitvoering"
Bijlage VI	Overzicht subsidies VGZ: categorie "niet-PEO"-subsidies subcategorie "Exploitatie-subsidies maatschappelijke organisaties"

## 1. Inleiding

Ten behoeve van het geïntegreerde subsidiebeleid van het kabinet is een zogenaamd "twee-spoor" beleid ontwikkeld.

Het "eerste-spoor" van het geïntegreerde subsidiebeleid heeft betrekking op de verdere verbetering van het subsidiebeheer in het algemeen en het voorkomen en bestrijden van misbruik en oneigenlijk gebruik in het bijzonder.

Het "tweede-spoor" betreft het kader om subsidies door te lichten op hun actualiteit, doelmatigheid en effectiviteit (TK 1990-1991 22150, nr. 4). Deze doorlichting van subsidies vindt ondermeer plaats via de heroverwegingsprocedure.

In verband met deze evaluatie van de subsidieregelingen is de gebruikelijke heroverwegingsprocedure aangepast op onderdelen. Dit houdt ondermeer in dat het voorschrift van een 20%-besparingsvariant is vervallen. Onderhavig heroverwegingsonderzoek is dan ook vooral gericht op een fundamenteel kwalitatieve analyse van bestuurlijke varianten als leidraad voor een herinrichting van het subsidiebeleid terzake van de zorg.

In het kader van de heroverwegingsronde 1991-1992 zijn ondermeer de subsidies op het terrein van de volksgezondheid onderwerp van onderzoek.

Dit onderzoek richt zich op de actualiteit, doelmatigheid en de doeltreffendheid van de subsidiëring door de rijksoverheid op het gebied van de volksgezondheid. Het betreft het grote scala van subsidies en bijdragen aan instellingen, programma's en projecten ten behoeve van onderzoek, ontwikkeling, voorlichting, ondersteuning en opleidingen. In het bijzonder is gekeken naar de mogelijkheden tot reorganisatie van vorm en inhoud van de volksgezondheidssubsidies, mogelijke bundeling van de subsidiestromen, het draagvlak van de sector zelf, alsmede de wijze van bekostiging.

Tot de deelnemende departementen aan onderhavige heroverweging behoren WVC (voorzitter), Financiën en Algemene Zaken (zie bijlage 1).

Het hiervoor liggende rapport bevat de resultaten van de werkzaamheden van deze heroverwegingswerkgroep.

In hoofdstuk 2 wordt een beschrijving gegeven van het beleidsterrein, in casu het onderzoeksobject, alsmede het plan van aanpak.

Hoofdstuk 3 bevat een inventarisatie van, respectievelijk indeling in, categorieën van de volksgezondheidssubsidies. Vervolgens vindt in dit hoofdstuk een omschrijving en beleidsmatige beoordeling plaats van de diverse subsidies aan de hand van de onderzoeksvragen. In dit hoofdstuk worden reeds enige aanzetten gegeven om de diverse subsidies te plaatsen in het perspectief van herbezinning c.q. inpassing in de geformuleerde heroverweging.

Voorts worden in hoofdstuk 4 per subsidie categorie de te onderscheiden heroverwegingsvarianten toegepast.

Tenslotte presenteert hoofdstuk 5 een samenvatting en de conclusies van het heroverwegingsonderzoek.

## 2. Heroverweging Volksgezondheidssubsidies: plan van aanpak

### 2.1 Inleiding

De invloed van de overheid op het gebied van de Volksgezondheid is vanuit vele invalshoeken manifest. Zowel via wet- en regelgeving als via haar invloed op de financiering stuurt de overheid het maatschappelijk terrein van de zorg. Op deze wijze waarborgt de overheid de toegankelijkheid van het systeem van de volksgezondheid voor de burgers. Een verantwoordelijkheid van de overheid die ondermeer wordt verwoord in artikel 22 lid 1. van de grondwet: "De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid".

In het verlengde van deze verantwoordelijkheid, vervult de (rijks)overheid tevens een voorwaardenscheppende rol als het gaat om de ontwikkeling van een adequaat functionerend zorgsysteem.

Zowel deze sturende als voorwaardenscheppende rol van de overheid komt tot uiting in de regulering van de maatschappelijke determinanten van de volksgezondheid. Immers ook de volksgezondheid is een produkt van diverse maatschappelijke determinanten. In dit verband zijn zoal te noemen:

- sociaal-culturele aspecten (normen en waarden t.a.v. medisch ethiek);
- demografische factoren (geboorte, sterfte, vergrijzing en ontgroening);
- financieel-economische aspecten (premiestelling, financiering, kortom het FOZ);
- medisch-technologische aspecten (toenemende mogelijkheden voor levensverlenging, IVF).

Bovengenoemde factoren bepalen de vraag en aanbod van zorg, c.q. de staat waarin de volksgezondheid zich bevindt. Om deze factoren te beïnvloeden beschikt de overheid over diverse instrumenten. Een van deze gedragsbeïnvloedende instrumenten is het subsidieinstrument.

Er zijn vele definities van het begrip subsidies in omloop. Voor het onderhavige heroverwegingsrapport is aansluiting gezocht bij de vigerende definitie binnen de rijsoverheid en zoals geformuleerd in de Miljoenennota 1988:

"subsidies zijn gebonden inkomens- en/of vermogensoverdrachten om niet van het rijk aan derden (personen, instellingen) in Nederland".

Toegespitst op het gebied van de volksgezondheid betekent dit dat de overheid middels financiële steun ("overdrachten") door haar gewenste activiteiten, en die door derden (zijnde niet-overheid) worden uitgevoerd, wenst te waarborgen of te stimuleren. Bijvoorbeeld door voorlichtingsprojecten te bekostigen beoogt de overheid het bewustzijn ten aanzien van preventie en/of AIDS te vergroten. Ander concreet voorbeeld is het waarborgen van de toegang tot bepaalde opleidingen in de zorg opdat een voldoende aanbod van gekwalificeerd personeel in de zorg gegarandeerd blijft.

In het kader van de heroverweging volksgezondheidssubsidies is bovenstaand subsidiebegrip geoperationaliseerd tot de volgende (subsidie)uitgaven op de WVC-begroting:

Artikel:	Omschrijving:
U10.03	Algemeen beheer Volksgezondheid
U10.04	Herstructurering en ontwikkeling voorzieningen gezondheidszorg
U10.05	Onderzoeksinstituten, onderzoek en ontwikkelingswerk
U10.06	Civiele verdedegingsvoorbereiding
U12.01	Zorg voor gehandicapten
U12.02	Ziektenbestrijding
U12.03	Eerstelijnszorg
U12.04	Basisgezondheidszorg en daarmee verband houdende uitgaven
U12.05	Alcohol, drugs- en tabaksbeleid
U12.06	Aids en overige seksueel overdraagbare aandoeningen
U12.07	Geestelijke volksgezondheid
U12.08	Overige subsidies gezondheidszorg
U12.09	Subsidies ten behoeve van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
U12.10	Beroepen en opleidingen
U13.01	Voeding, produktveiligheid en veterinair beleid
U13.02	Geneesmiddelen en medische hulpmiddelen

Niet meegenomen in het heroverwegingsonderzoek zijn de personele en materiële uitgaven (apparaatskosten) op de volksgezondheidsbegroting. Deze uitgaven hebben immers betrekking op de exploitatie van het ambtelijke apparaat en vallen hierdoor per definitie niet onder het subsidiebegrip (geen overdrachten). De personele en materiële kosten van de uitvoerende diensten (uitvoeringskosten) zoals de Inspectie Gezondheidsbescherming en het RIVM zijn hierom ook uitgesloten.

Voor deze uitgaven geldt bovendien dat ze reeds onderwerp van onderzoek zijn in het kader van de Grote Efficiency Operatie (GEO).

Daarnaast vallen de uitgaven in het kader van de financiering en planning volksgezondheid, i.c. de rijksbijdragen ziektekosten, garanties van rente en aflossing van leningen en de bijdrage aan de sectorfondsen, buiten de scope van het heroverwegingsonderzoek. Dit geldt eveneens voor de premiegefinancierde onderzoekssubsidies (Preaventiefonds, art. 39 WfV-gelden). Deze subsidiestromen regarderden de premiegelden en vallen derhalve niet onder de reikwijdte van de heroverweging.

Meer algemeen kunnen we de volksgezondheidssubsidies omschrijven als het faciliterend instrument dat gestalte geeft aan het beleid van de overheid inzake de volksgezondheid (i.c. zorg). Een van de afwegingsmomenten waarop dit faciliterend instrument ter (publieke) discussie staat is bij de behandeling van de begroting. Als zodanig weerspiegelt de begroting c.q. de begrotingsindeling dan ook de "beleidsagenda" (prioriteiten en posteroriteiten) van het volksgezondheidsbeleid. Trefwoorden hierbij zijn: decentralisatie en overdracht van bevoegdheden, facilitering, marktwerking, innovierend beleid, monitoring en ondersteuning. Begrippen die uitmonden in minder accenten op de overheid en meer op partijen in het "veld"; minder centralisme derhalve (ook bij partijen) en een meer decentrale beleidsvoering terzake van de zorg. Daar waar marktwerking imperfect is corrigeert de overheid echter c.q. stimuleert ze tot optimale marktwerking.

Met deze index van kernbegrippen is echter nog niets gezegd over de inhoud van de subsidiëring.

Binnen het Directoraat-Volksgezondheid is het algemeen beleidskader concreet vertaald naar aandachtsgebieden, t.w.:

- de staat van de volksgezondheid en de ontwikkeling van gezondheid terzake;
- de financiering en structuur van het zorgsysteem (Plan Simons, Dunning);
- de kwaliteit en het inhoudelijk functioneren van het zorgsysteem;
- preventie en ziektenbestrijding;
- gezondheidsbescherming;
- consumenten en patiëntenbeleid;
- medisch-ethische en gezondheidsrechtelijke kwesties.

Naast het inhoudelijke referentiekader voor het volksgezondheidsbeleid i.c. de volksgezondheidssubsidies, wordt de gedachtenvorming over de vraag naar de actualiteit van het subsidieinstrument mede bepaald door de politiek-bestuurlijke context. De politiek-bestuurlijke omgeving waarbinnen het volksgezondheidsbeleid figureert is de laatste jaren aan grote veranderingen onderhevig. Te noemen zijn zoal:

- De stelselwijziging in de zorgsector, waardoor de rol van de overheid ten opzichte van het veld wijzigt. Kern van het Plan Simons is: overheid op afstand, deregulering, ontbureaucratisering, vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van de burger, etc.
- De tendens tot vergaande decentralisatie, zowel functioneel (stelselherziening), als territoriaal (sociale vernieuwing, Decentralisatie-Impuls).
- De Grote Efficiency Operatie (GEO) waarmee de rijksoverheid een herbezinning beoogt van haar (kern)taken en de wijze waarop deze worden uitgevoerd.
- De kerntakendiscussie binnen het Directoraat-Generaal Volksgezondheid en de daarbij behorende heroriëntatie op de interne en externe (Fortuyn) organisatie.
- De Tussenbalans-operatie die een forse budgettaire taakstelling inhoudt en daarom noopt tot heroverweging van het subsidiebeleid.

Zowel intern als extern is het volksgezondheidsbeleid in beroering. Intern in termen van voortdurende inhoudelijke verandering van het beoogde optimale volksgezondheidsbeleid. Extern in die zin dat het volksgezondheidsbeleid onderdeel uitmaakt van een politiek-bestuurlijke omgeving die andere eisen stelt.

Belangrijke vraag die hieruit voortvloeit is of de huidige vorm en inhoud van de volksgezondheidssubsidies nog voldoen aan eisen van actualiteit, doelmatigheid en doeltreffendheid. Met andere woorden is er reden voor herbezinning?

In het besef dat deze vraag positief kan worden beantwoord is reeds binnen het Directoraat-Generaal Volksgezondheid een grote inspanning verricht om te komen tot een meer evenwichtige afweging tussen doel en middelen ten aanzien van het volksgezondheidsbeleid.

Inhoudelijk richt het beleid zich meer op de prioriteiten zoals hierboven genoemd. In de Memorie van Toelichting bij de ontwerp-begroting 1991 heeft zich dit vertaald in een zogenaamde "oud-voor-nieuw" - operatie.

In organisatorische zin wordt momenteel gewerkt aan een efficiëntere vormgeving van het beleid (kerntakendiscussie).

Financieel heeft bovengenoemde inhoudelijke en organisatorische omslag, alsmede de taakstellingen uit hoofde van de Tussenbalans, geresulteerd in

budgettaire "opbrengsten".

Uit hoofde van de Tussenbalans zijn ondermeer de volgende taakstellingen aangebracht op de volksgezondheidsbegroting:

(bedragen x 1 mln)	1992:	1993:	1994:
Projecten, Experimenten en Onderzoek (PEO)	: 18,5	21,6	22,3
Landelijke Organisaties (POLO)	: <u>5,8</u>	<u>5,5</u>	<u>5,5</u>
Totaal POLO/PEO (I)	: 24,3	27,1	27,8
ISP/PNL (II)	: <u>      </u>	<u>7,1</u>	<u>7,1</u>
TOTAAL I en II	: 24,3	34,2	34,9
Inventarisatie Decentralisatie-Impuls (III) **	: <u>      </u>	<u>140,5</u>	<u>140,5</u>
Totaal I t/m III	: 24,3	174,7	175,4

\*\* Het betreft hier subsidies die in het kader van de Decentralisatie-Impuls (DI) in aanmerking komen om eventueel te worden overgeheveld naar (de fondsen voor) de lagere overheden.

Afgezet tegen een budget van circa f 500 miljoen in 1991 (exclusief rijksbijdragen) betekent dit dat op de rijksbegroting de middelen ten behoeve van het volksgezondheidsbeleid in 1994 zullen dalen met circa 35%! Overigens impliceert dit niet dat de activiteiten niet meer plaatsvinden. Daar waar het de DI betreft zullen de taken worden overgenomen door de lagere overheden.

Het moge blijken dat het subsidiebeleid ten aanzien van de volksgezondheid qua omvang en inhoud reeds aan een kentering onderhevig is. Dit laat onverlet dat nader onderzoek ter ondersteuning van een nieuwe vormgeving van de volksgezondheidssubsidies relevant is. De keuze voor een heroverweging van de Volksgezondheidssubsidies dient dan ook op deze merites te worden beoordeeld.

Onderhavig rapport is het resultaat van een toets van de volksgezondheids-subsidies aan criteria als actualiteit, efficiency en effectiviteit.

Op voorhand dient echter een belangrijke relativering te worden aangebracht op de ambitie van een dergelijk onderzoek. De subsidies op het gebied van de volksgezondheid omvatten een groot aantal geldstromen: ongeveer 150 subsidieobjecten zijn te onderscheiden. Het is derhalve ondoenlijk om binnen het korte tijdbestek van een heroverwegingsonderzoek deze kaleido-



scoop van subsidies te onderwerpen aan een fundamentele doelmatigheidsanalyse. Gezien de grote omvang en verscheidenheid is het haast onvermijdelijk dat enigszins aan coherentie wordt ingeboet. Een onderzoek naar de volksgezondheidssubsidies is dan ook een heel andere exercitie dan onderzoek naar één grote subsidieregeling, als bijvoorbeeld de Individuele Huursubsidie (IHS) waar een coherente analyse heel wel mogelijk is. Gepoogd is daarom om de grote lijnen te distilleren, die fungeren als kader waarin de volksgezondheidssubsidies bezien kunnen worden.

## 2.2. Plan van aanpak

Terzake van het heroverwegingsonderzoek volksgezondheidssubsidies zijn de volgende uitgangspunten gekozen.

Als onderzoeksmethodiek is gekozen voor de systematiek zoals gehanteerd in de Financiën-nota over het tweede spoor van het geïntegreerd subsidiebeleid ("subsidies: een analyse van de actualiteit, effectiviteit en doelmatigheid", december 1990). Gebruik is gemaakt van de onderzoeksvragen - checklist - zoals voorkomende in deze rapportage (zie bijlage 2).

Er worden meer subsidies onderzocht dan in de aanvankelijke heroverwegingsopdracht. Dit in verband met de samenhang van de diverse artikelen c.q. aandachtsgebieden. De begroting vormt namelijk een afspiegeling van de subsidies per beleidsterrein, terwijl in het heroverwegingsonderzoek uitgegaan is van soorten subsidies (indeling naar categorieën).

Met betrekking tot de volksgezondheidssubsidies wordt onderscheid gemaakt in twee hoofdcategorieën subsidies.

Enerzijds onderscheiden we de subsidiëring van Projecten, Experimenten en Onderzoek (PEO). We noemen deze subsidies verder de zogenaamde "PEO"-subsidies. Deze subsidiestroom kenmerkt zich door haar innovatieve en initiërend karakter en is incidenteel van aard. In verband met deze aanduiding van de "PEO"-subsidies is illustratief dat de "E"-uitgaven (experimenten) van "PEO" ook spelen in het kader van de sociale vernieuwing (de discussie over de zogenaamde "potjes op het vuur").

Anderzijds onderscheiden we de zogenaamde "niet-PEO"-subsidies. Deze structurele (reguliere) subsidies vallen weer uiteen in drie subcategorieën, te weten:

- a) de structurele financiering van onderzoekinstellingen;
- b) de subsidies voor structurele beleidsuitvoering;
- c) de structurele financiering van organisaties op het gebied van de volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening.

Het onderscheid tussen "PEO" en "niet-PEO" is louter conceptueel van aard en mede om pragmatische redenen, zoals begrotingsindeling en -karakteristiek, gemaakt. Er liggen geen normatieve keuzen aan ten grondslag.

Ten aanzien van de heroverwegingsvarianten onderscheiden we de volgende varianten:

- 1) de "bezuinigingsvariant": deze variant komt overeen met de bij de heroverwegingsronde gebruikelijke "target-benadering".
- 2) de "organisatievariant": hierbij gaat het om het op andere wijze gestalte geven aan de financieringsvorm, alsmede de bestuurlijke inrichting en uitvoering van het subsidiebeleid. De overheid delegeert de uitvoering c.q. de beleidsbepaling (territoriale decentralisatie). Bij de organisatievariant blijft de overheid (rijk of lagere overheden) verantwoordelijk voor de regie en besluitvorming.
- 3) de "marktconforme" variant: op onderdelen van het onderhavige subsidieterrein treedt de overheid terug (geen kerntaak/verantwoordelijkheid overheid meer). Partijen in "het veld" worden zelf verantwoordelijk voor inhoud en bekostiging. Het gaat hier feitelijk om de toepassing van het profijtbeginsel. Tevens kan deze variant leiden tot verschuivingen in de financiering (van begrotings financiering

naar premiefinanciering). In een minder stringente toepassing van deze variant blijven overheidsinterventies mogelijk; we spreken dan van medefinanciering.

- 4) de "prioriteitenvariant": deze variant geeft invulling aan de politieke c.q. beleidsmatige prioriteiten- en posterioriteitenstelling op het gebied van zorg. Feitelijk is deze variant het normatief referentiekader waartegen het belang van de diverse volksgezondheidssubsidies wordt afgezet.

De hierboven genoemde varianten zijn toegepast op de volksgezondheidssubsidies, in casu de te onderscheiden categorieën. Bezien is welke variant van toepassing kan zijn en in welke mate deze toepasbaar is. Het resultaat van deze toetsing is geaggregeerd en als zodanig in dit heroverwegingsrapport opgenomen.

### 3. Inventarisatie en beleidsbeoordeling subsidies volksgezondheid

#### 3.1. Inleiding

Uitgaande van de definitie van subsidies zoals in het vorige hoofdstuk omschreven (gebonden inkomens- of vermogensoverdrachten om niet door het rijk aan derden) kunnen we de subsidies op het gebied van de volksgezondheid indelen in twee hoofdcategorieën. We onderscheiden enerzijds de subsidies van meer tijdelijke aard en anderzijds de reguliere (structurele of anderszins geormerkte) subsidies. Tot de eerste categorie rekenen we de subsidiëring van Projecten, Experimenten en Onderzoek. We noemen deze subsidie categorie de "PEO"-subsidies. De tweede categorie noemen we de "niet-PEO"-subsidies.

De tweedeling van de subsidiestromen in "PEO" en "niet-PEO" laat zich als volgt verklaren.

#### - "PEO"-subsidies:

Deze categorie subsidies betreft de uitgaven aan projecten, experimenten en onderzoek. De subsidiestroom kenmerkt zich door haar innovatieve en incidentele karakter. Het gaat hierbij om de geldelijke (en beleidsmatige) ondersteuning van programma's en activiteiten die passen in de op enig moment door het rijk geformuleerde doelstellingen. Deze categorie omvat de incidentele subsidies aan bijvoorbeeld (landelijke) organisaties, universiteiten en onderzoekinstellingen die projecten, experimenten dan wel onderzoek op een bepaald beleidsterrein in de zorg entameren c.q. uitvoeren.

Deze subsidies zijn beleidsinnoverend en initiërend: als zodanig weerspiegelen zij dan ook de posterioriteiten en prioriteiten van de rijksoverheid op het gebied van de volksgezondheid.

#### - "niet-PEO"-subsidies:

Binnen deze structurele subsidiestroom onderscheiden zich drie subcategorieën, te weten:

- a) de structurele financiering van onderzoekinstellingen;
- b) subsidies voor structurele beleidsuitvoering;
- c) de structurele financiering van organisaties op het gebied van de volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening.

#### Ad a. Structurele financiering van onderzoekinstellingen.

Deze subcategorie subsidies omvat de zogenaamde geïnstitutionaliseerde onderzoeksuitgaven. Dit zijn de structurele subsidies door het rijk aan onderzoekinstellingen (bijvoorbeeld het TNO, NIVEL). De merites van de instituutfinanciering is het feit dat deze onderzoekinstellingen belangwekkend onderzoek verrichten op het terrein van de (infrastructuur van de) volksgezondheid.

Deze subsidiestroom waarborgt de instandhouding en ontwikkeling van specifieke kennis die van essentieel belang is voor het beleid gericht op de verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking, en voor de bevordering van de kwaliteit en de doelmatigheid van de structuur van de gezondheidszorg.

Vanwege dit belang wordt deze subsidiestroom als een afzonderlijke categorie gezien. Door het accent op (wetenschappelijk) onderzoek onderscheidt deze subsidie categorie zich namelijk van de overige gesubsidieerde organisaties (subcategorie c).

Ad b. Subsidies voor structurele beleidsuitvoering.

Bij de tweede subcategorie gaat het om de structurele subsidiëring van veelal door het rijk geïnitieerde en door deze geldstroom in stand gehouden activiteiten, die rechtstreeks voortvloeien uit de doelstellingen en maatschappelijke taakopvatting van de rijksoverheid (bijvoorbeeld de verslavingszorg of opleidingen en examens voor beroepen in de gezondheidszorg). Deze subsidies zijn beleidsondersteunend in uitvoerende zin: zij weerspiegelen bestaand (volksgezondheids)beleid.

Ad c. Structurele subsidies aan organisaties.

Hieronder valt de structurele subsidiëring van - veelal landelijke - organisaties en instellingen die werkzaamheden verrichten op het gebied van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Het zijn feitelijk exploitatiesubsidies: de instellingen ontvangen een (kostendekkende) bijdrage voor de personele en materiële kosten. De subsidies kenmerken zich dan ook door haar gerichtheid op de instandhouding (dus structureel) van de activiteiten van de diverse instellingen. Voorbeelden van deze subsidiesoort zijn de subsidiëring van de Stichting Consument en Veiligheid, het Landelijk Centrum GVO, de Stichting Tjandu, het NIAD, etc.

In de paragrafen 3.2 en 3.3 zal bovenstaande indeling in categorieën nader worden uitgewerkt. Paragraaf 3.2 bevat de cijfermatige resultaten van de inventarisatie van de volksgezondheidssubsidies. Vervolgens vindt in paragraaf 3.3 een beleidsmatige beoordeling van de diverse subsidies plaats aan de hand van de onderzoeksvragen (zie bijlage 2). Dat wil zeggen de te onderscheiden subsidie categorieën worden nader omschreven. Tevens worden de diverse subsidies uitgewerkt aan de hand van criteria als de actualiteit van de desbetreffende subsidie (regeling), de doelmatigheid en doeltreffendheid van subsidiëring alsmede de mogelijkheid om het profijtbeginsel toe te passen.

## 3.2. Inventarisatie

Uit de inventarisatie van de subsidies c.q. subsidieregelingen op het terrein van de volksgezondheid blijkt dat de totale subsidiestroom een omvang heeft van ruim f 467 miljoen in 1992.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de uitgaven uitgesplitst per subsidie categorie.

## Uitgaven volksgezondheidssubsidies 1992 (in hele bedragen)

Subsidie categorie	Uitgaven	%
"PEO"-subsidies	: 110.547.159	23,6
"niet-PEO"-subsidies:		
- Onderzoekinstituten	: 53.397.790	11,4
- structurele beleidsuitvoering	: 225.308.242	48,2
- organisaties vgz + md	: 78.181.851	16,7
Subtotaal "niet-PEO"	: 356.887.883	76,4
Totaal subsidies Volksgezondheid ("PEO" en "niet-PEO")	: 467.435.042	100,0

Bron: Ontwerp-begroting 1992, opgave beleidsdirecties.

Uit de inventarisatie blijkt dat de "PEO"-subsidies een geldstroom omvat van circa f 110 miljoen; 23,6% van het totale subsidiebudget binnen volksgezondheid.

De "niet-PEO"-subsidies bedragen ongeveer f 357 miljoen (76,4%). Van deze subsidie categorie wordt het grootste beslag ingenomen door de subsidies voor de structurele beleidsuitvoering; hieraan wordt ruim f 225 miljoen besteed. Dit vindt voornamelijk zijn oorzaak in de budgettaire omvang van de uitvoering van de Tijdelijke Financieringsregeling Verslavingszorg (ad f 114 miljoen).

De structurele subsidies aan organisaties op het gebied van de volksgezondheid en de maatschappelijke dienstverlening bedragen in totaal f 78,2 miljoen.

Een bedrag van ruim f 53 miljoen (11,4%) wordt uitgegeven aan onderzoekinstituten.

In de bijlagen 3 t/m 6 worden de uitgaven voor de onderscheiden subsidieca-

tegorieën nader uitgesplitst.

Bij onderhavige inventarisatie passen de volgende kanttekeningen. De rijksbijdrage ziektekosten zijn niet meegenomen in de inventarisatie. Dit geldt eveneens voor de premiegefinancierde onderzoekssubsidies (Preventiefonds, art. 39 WFV-gelden). Deze subsidiestromen regarderden de AWBZ-middelen en vallen buiten de scope van de heroverweging volksgezondheids-subsidies. Tevens zijn de materiële uitgaven op de volksgezondheidsbegroting niet meegenomen.

De bepaling van wat wel en wat niet tot een bepaalde subsidie categorie behoort is soms voor discussie vatbaar. Omwille van de consistentie is voor deze exercitie daarom zo veel mogelijk aansluiting gezocht bij de betiteling van uitgaven zoals die opgenomen is in de begrotingsstukken ten behoeve van het parlement. In geval deze ("witte") stukken onvoldoende informatie boden is gebruik gemaakt van de omschrijvingen zoals gehanteerd door de beleidsdirecties in de zogenaamde bestedingsplannen.

Vanwege de werkzaamheid en de herkenbaarheid van de subsidiegegevens is gekozen voor een hoog aggregatieniveau. In technische termen betekent dit dat de inventarisatie (en het heroverwegingsonderzoek) zich voornamelijk concentreert op het niveau van een artikelonderdeel. Voor wat betreft de subsidies voor structurele beleidsuitvoering is er voor gekozen om alleen die regelingen in het onderzoek op te nemen die een budgettaire omvang hebben van meer dan f 1 miljoen (in totaal gaat het hierbij om een bedrag van f 220,8 mln.).

### 3.3. Beleidsbeoordeling

Aan de hand van de vragenlijst (zie bijlage 1) wordt in deze paragraaf nader ingegaan op de diverse subsidies. Per subsidie(regeling) wordt een toelichting gegeven op:

- de inhoud van de subsidie(regeling);
- het budgettaire beslag;
- de actualiteit van de subsidie;
- mogelijkheden voor herbezinning.

#### 3.3.1. "PEO"-subsidies

De uitgaven voor de feitelijke uitvoering van de gezondheidszorg worden gefinancierd uit het Algemeen fonds Bijzondere Ziektekosten (f. 21,9 mld), het ziekenfonds (f. 14,1 mld), uit particuliere betalingen (f. 11,7 mld) en door de Rijks- en lagere overheden (f. 5,7 mld).

Activiteiten ter ondersteuning van gerichte beleidsprioriteiten zoals de structurering van de gezondheidszorg, en beleidsinnovatie en beleidsonderzoek, worden doorgaans gefinancierd uit de rijksbegroting, voor de volksgezondheid in enge zin tot een bedrag van ruim f 467 miljoen.

Binnen de rijksbegroting voor de volksgezondheid wordt voor een bedrag van f. 110 miljoen aan subsidies verstrekt in de vorm van projecten, experimenten en onderzoek. De uitgaven voor "PEO" als faciliterend en ondersteunend instrument, naast de uitgaven voor de feitelijke uitvoering van de volksgezondheid, vloeien rechtstreeks voort uit de doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid.

Het uitvoeren van experimenten en het (tijdelijk) stimuleren van activiteiten dient er vaak toe om een aanpak of structuur te ontwikkelen voor (nieuwe) maatschappelijke problemen. Daarnaast is er een taak voor het rijk weggelegd bij het ontwerpen van nieuwe methoden voor het oplossen van bestaande problematiek (ontwikkelings- en stimuleringsprojecten of -onderzoek). Tenslotte dient het rijk ervoor zorg te dragen, dat het nieuwe beleid of de nieuwe methodiek proefondervindelijk wordt getoetst (registraties, monitoring, evaluaties).

Gezien het initiërende karakter van de uitgaven aan experimenten en projecten dient bij de uitvoering ervan dan ook een horizonbepaling te worden opgenomen. Het gaat immers om het entameren van activiteiten, dit is per definitie een eindig proces. Na afloop van een experiment kan worden beoordeeld of structurering ervan al of niet gewenst is.



De beschrijving van PEO als beleidsinstrument voor de volksgezondheid kan worden geïllustreerd door deze te relateren aan de huidige kerntaken van de rijksoverheid:

1. PEO in verband met de taken van de rijksoverheid die haar in wet- en regelgeving zijn toegekend.  
Te denken valt aan de kwaliteitswetgeving en de verzekeringswetgeving en aan wetgeving op het terrein van de gezondheidsbescherming. Aanvullend zal de overheid ten behoeve van de beleidsontwikkelingbehoefte hebben aan epidemiologische gegevens, gegevens over mortaliteit en morbiditeit, over zorgconsumptiepatronen, over opleidingen, medische produktie, en over kosten en financiering, welke gegevens informatie geven over relevante ontwikkelingen voor de zorg en over de werking van het zorgstelsel. Daarnaast worden ter facilitering van wettelijke maatregelen (bv. stelselwijziging) voorlichtingscampagnes gevoerd en pilotprojecten uitgevoerd. Tenslotte kunnen hiertoe ook onderzoek en projecten worden gerekend vanuit de verantwoordelijkheid van de overheid in verband met de internationale taken.
2. De overheid heeft in het kader van het zorgvernieuwingsbeleid, naast het scheppen van een wettelijk en bestuurlijk kader, een belangrijke rol bij het stimuleren en ondersteunen van die activiteiten die de ontwikkeling en invoering van het vernieuwingsproces in het veld tot stand moeten brengen (versterking positie achterstandsgroeperingen, verbetering inspraak patiënten en consumenten). Het instrumentarium daarvoor is de financiering van tijdelijke projecten of programma's (PEO).
3. Ten derde kan tot taak van de rijksoverheid worden gerekend het stimuleren van wetenschappelijke ontwikkelingen in het kader van het volksgezondheidsbeleid waarvan de resultaten pas op langere termijn in de zorg zichtbaar zullen worden (pijnbestrijding, aids, kanker). Dit terrein wordt ook wel strategisch gezondheidsonderzoek genoemd.
4. Tenslotte de activiteiten van de overheid gericht op het bevorderen van een gezonde leefwijze en op het voorkomen van gezondheidsbedreigend gedrag of consumptie.  
Deze activiteiten vloeien voort uit het preventiebeleid, de ziektebestrijding en de gezondheidsbescherming.  
Te denken valt in dit kader aan voorlichtingscampagnes (rook- en alcoholontmoediging), preventieprojecten (hart- en vaatziekten) en aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO).

Binnen de begroting van het DGVgz zijn deze kerntaken concreet vertaald in de volgende PEO uitgaven voor 1992.

Art.	Omschrijving	Uitgaven (x f l mln.)
10.02	Voorl. stelselherz./samenw. O. Europa	3,6
10.03	Radioact./stralingstoep.	1,5
10.04	Gezondheidsbeleid/determinanten/ethiek, recht kwaliteit/doelmatigheid/stelselherziening	5,0
	stuurgroep toekomstscenario's gzhz.	1,0
	keuzen in de zorg/overige aandachtsgebieden	2,1
	ondersteuning zorgvernieuwing	5,2
10.05	sectorale zorg 1e/2e lijn	5,4
	collectieve preventie/gezondh. bescherming	1,0
	categoriale zorg/ggz	0,9
	beroepsuitoefening en opleiding	1,0
	algemeen beleidsonderb. onderzoek	0,2
12.02	kankerbestrijding	0,5
	chronische ziekten	10,4
12.03	zorgvern./md/VHV/ sex. hulpverl.	2,2
	multiculturele samenleving	1,5
	slachtoffers geweld/sexueel geweld	1,8
	eerstelijnszorg, samenwerking zorg, kwaliteit	6,1
	thuiszorg/thuiszorg technologie	9,6
12.04	preventie/preventieve zorg/VTO	3,1
	alternatieve geneeswijzen	0,5
12.05	verslavingszorg/verslavingspreventie	9,5
12.06	AIDS/zorg - structuur - bestrijding/SOA	16,8
12.07	Geestelijke gezondheidszorg/samenhang/zorgvern.	4,1
12.08	kwaliteit zorg/ kwaliteitsbeleid/orgaandonatie	2,8
12.09	gezondheidsvoorlichting-opvoeding	2,6
	patientenbeleid	4,8
12.10	opleidingen	2,0
13.02	dierproevenbeleid	1,0
	productveiligheid	0,7
	voeding/voedingsmiddelen	<u>3,1</u>
TOTAAL PEO		110,5

De wijze, waarop thans het subsidiebeleid voor projecten, experimenten en onderzoek inhoudelijk wordt bepaald en bestuurlijk-organisatorisch vorm krijgt, is echter voor verbetering vatbaar.

Als uitvloeisel van de gekozen verantwoordelijkheidsstructuur binnen het ministerie zijn de PEO-middelen verspreid over een groot aantal begrotingsartikelen, verdeeld over verschillende beleidsdirecties/budgethouders. Hoewel de selectie van de PEO-activiteiten door de beleidsdirecties geschiedt uitgaande van de prioriteiten van het volksgezondheidsbeleid, is voor de specifieke PEO-uitgaven geen totaal financieringsplan, gebaseerd op deze volksgezondheidsprioriteiten opgesteld. Er is sprake van een groot aantal losse projecten en een integraal, samenhangend overzicht van alle uit de begroting van volksgezondheid gefinancierde PEO-activiteiten ontbreekt.

Binnen de begrotingsvoorbereiding -en uitvoering is op dit moment onvoldoende integrale afweging van de voor PEO bestemde middelen op grond van een onderlinge rangschikking van beleidsprioriteit. De inzet van PEO wordt op basis van de meerjarenramingen bepaald door de individuele beleidsdirecties.

Binnen het totaalbudget voor deze projectgebonden beleidsgerichte activiteiten, PEO genoemd, is een onderzoek naar doelmatigheid en effectiviteit wenselijk.

## 3.3.2. "niet-PEO"-subsidies

Onderzoekinstellingen

We onderscheiden de structurele financiering van de volgende instellingen:

- a) TNO : Bijdrage aan de Nederlandse centrale organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
- b) NKI : Nederlands Kankerinstituut
- c) IARC : International Agency for Research on Cancer
- d) NIVEL: Stichting Nederlands Instituut Voor Onderzoek van de Eerstelijnszorg
- e) NISSO: Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek
- f) SWOR : Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Revalidatievraagstukken
- g) NCGV : Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid

Doel van de subsidiëring is het bevorderen en instandhouden van strategisch en toegepast onderzoek op het terrein van de volksgezondheid. In tegenstelling tot de incidentele onderzoeksopdrachten ( de "O" van "PEO") betreft het hier primair de structurele financiering van de onderzoekinstellingen zelf. De overheid heeft, door de gehanteerde financieringsvorm, in enkele gevallen de mogelijkheid tot sturing van de inhoud van de diverse onderzoekprogramma's. Wel is er steeds sprake van programma-overleg en afstemming van het te verrichten onderzoek op beleidsprioriteiten. Voor wat betreft het NIVEL, het NCGV en het NISSO geldt tevens dat de basissubsidie gekoppeld is aan de jaarlijkse goedkeuring van het werkprogramma.

Budgettair beslag (bedragen x f 1 mln.)

	1992	1993	1994	1995	1996
TNO	26,3	23,5	23,5	23,5	23,5
NKI	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9
IARC	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
NIVEL	4,2	4,8	4,8	4,8	4,8
NISSO	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
SWOR	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
NCGV	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6
Totaal	53,4	51,2	51,2	51,2	51,2

De subsidiëring vindt haar legitimatie in het feit dat de onderzoekinstellingen gestalte geven aan de infrastructuur voor beleidsonderbouwend onderzoek inzake de volksgezondheid. Met deze geïnstitutionaliseerde onderzoeksuitgaven worden de ontwikkeling en het behoud van specifieke kennis en voorts de continuïteit, kwaliteit en wetenschappelijke onafhankelijkheid van het onderzoek gewaarborgd. Een goede onderzoeksinfrastructuur is - ook in internationaal perspectief - derhalve van belang.

Vanwege dit continue belang is het actualiteitsvraagstuk (in dit kader) dan ook minder relevant.

De vraag naar de effectiviteit en de doelmatigheid - en dan met name van de verschillende gehanteerde vormen van instituutfinanciering - dient echter wel te worden onderzocht.

Reden voor herbezinning.

- TNO:

TNO is een multidisciplinaire onderzoekinstelling, waar zowel medisch-biologisch als sociaal-wetenschappelijk en sociaal-medisch onderzoek wordt verricht.

In 1985 is de financiering van TNO wettelijk verankerd in de nieuwe TNO-wet. Hierin is ondermeer bepaald dat O&W verantwoordelijk is voor de basisfinanciering; de vakdepartementen - waaronder WVC - zijn verantwoordelijk voor het leveren van de zogenaamde doelsubsidies. De basis- en de doelsubsidies bedragen tezamen nooit meer dan 50 procent van de totale exploitatie van het instituut. TNO moet de rest uit de markt halen (contractresearch).

De doelsubsidie heeft het karakter van instituut-financiering en is nadrukkelijk bedoeld om het onderzoek per TNO-hoofdgroep aan te sturen op hoofdlijnen; hierover dient overeenstemming te zijn met de betrokken vakdepartementen. Medio 1991 is het nieuwe strategische plan voor de gehele TNO-organisatie door het Kabinet vastgesteld, waarmee de hoogte van de doelsubsidies van de vakdepartementen in principe in een meerjarenperspectief vastliggen.

Het karakter van de doelsubsidie en hetgeen daarover wettelijk vastligt brengt met zich mee dat een en ander niet op projectniveau kan worden aangestuurd en dat ook niet op projectniveau wordt teruggerapporteerd over de resultaten.

Wat betreft de voor het DGVgz relevante TNO-hoofdgroepen, gezondheids- en voedingsonderzoek, dient er toch gestreefd te worden naar een betere inhoudelijke afstemming, een scherpere prioriteitsstelling en een vergroting van de aanstuurbaarheid van het te verrichten onderzoek. Bovendien zal overlap met andere (vergelijkbare) onderzoekinstellingen zoals het RIVM, moeten worden voorkomen.

- NKI:

Het Nederlands Kanker Instituut is op haar terrein een internationaal "center of excellence".

Met betrekking tot de basisfinanciering van het NKI zij opgemerkt dat 80% verschaft wordt door WVC. De Nederlandse Kankerbestrijding doteert de overige 20%. Deze verhouding is vastgelegd in een contract. Daarnaast weet het NKI een ruime hoeveelheid derde geldstroomprojecten binnen te halen (vooral gefinancierd door wederom de NKB). Gezien het karakter van het NKI-onderzoek (vooral fundamenteel medisch biologisch onderzoek) kan men zich afvragen of het beheer van dit instituut wel bij WVC thuishoort.

Onderzocht zou kunnen worden om het NKI over te hevelen naar de O&W-sector (bijvoorbeeld in de vorm van een KNAW-instituut).

- IARC:

Het international Agency for Cancer Research te Lyon is een onderdeel van de WHO, waarbij de contributies van de deelnemende lidstaten in een internationaal verdrag geregeld zijn.

Het onderzoek is met name epidemiologisch georiënteerd. Dit epidemio-

logische onderzoek wordt ondersteund door een bepaalde hoeveelheid laboratorium-onderzoek.

De kwaliteit van het IARC-werk is niet aan twijfel onderhevig. Wel wordt de organisatie momenteel onder druk gezet om zijn planningsmechanismen te verbeteren; meer dan in het verleden zal het nodig zijn om ruimte te creëren binnen het gegeven financiële kader. Bij dit laatste speelt mede een rol, dat een aantal lidstaten de afgelopen jaren genoodzaakt was om op zijn nationale kankeronderzoek te bezuinigen en in die context een eventuele groei van het IARC minder acceptabel vindt.

#### NIVEL:

Door het NIVEL wordt het merendeel van het beleidsondersteunend onderzoek op het terrein van de eerstelijnszorg/thuiszorg en het grensvlak met de tweedelijnszorg verricht. Het betreft direct beleidsgericht onderzoek in opdracht van WVC met inhoudelijke instemming van het zorgveld en de verzekeraars. Door de gerichtheid van het NIVEL op het functioneren van zorgvoorzieningen en beroepsbeoefenaren en de afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag is de impact van het verrichte onderzoek op de beleidsontwikkeling en evaluatie groot.

Het NIVEL-onderzoek heeft ondermeer betrekking op epidemiologisch onderzoek, patiënten- en consumentenaangelegenheden en/of het verklaren van het feitelijk gebruik van voorzieningen in de eerste lijn. Verder behoort tot het onderzoeksterrein vraag- en aanbodsfactoren onder de condities van het stelsel van financiering, verzekering en wetgeving. Het NIVEL is door de WHO aangewezen als "Collaborating Centre for Primary Health Care" en verricht in dat kader onderzoek in internationaal en in EG-verband.

De beleidsmatige sturing van het instituut geschiedt door jaarlijkse goedkeuring van het werkprogramma. De subsidiëring is gebudgetteerd en bestaat uit een (exploitatie)subsidie aangevuld met projektsubsidies voor onderzoekprojecten. Deze acceptabele mix van vaste (40%) en flexibele (60%) financiering waarborgen een adequate en deskundige onderzoeksinfrastructuur en beleidsmatige sturing van het onderzoeksprogramma.

#### NISSO:

Het NISSO verricht beleidsrelevant wetenschappelijk onderzoek op het terrein van seksualiteit en de hulpvragen op dit gebied. Het specifiek karakter van de deskundigheid en de geringe status van dit terrein bij de algemene voorzieningen (er is nog steeds sprake van gene/taboe bij hulpvragers en hulpverleners) rechtvaardigen de verantwoordelijkheid van WVC voor een (beperkt) landelijk beleid in deze. Het NISSO vervult een functie terzake van onderzoek/ontwikkeling in combinatie met (beperkte) uitvoerende hulpverlening, voorlichting en deskundigheidsbevordering. Daarnaast heeft het een bibliotheek- en documentatiefunctie.

In het kader van de kerntakendiscussie dient de beleidsrelevantie van sexuologisch onderzoek en hulpverlening te worden onderzocht. Dit zou dan consequenties kunnen hebben voor de hoogte van de te verstrekken subsidie danwel voor de financieringsconstructie voor het NISSO.

- SWOR:

Het SWOR stimuleert en verricht wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van de oplossing van revalidatievraagstukken. Het wetenschappelijk onderzoek wordt uitgevoerd door het Instituut voor Revalidatievraagstukken (IVR).

De Stichting wordt in een vaste afgesproken verhouding gesubsidieerd door WVC, TNO en de RU Limburg.

Het WVC subsidie heeft uitsluitend betrekking op de personeelskosten. Daarnaast genereert de Stichting inkomsten uit patenten, welke worden benut binnen de doelstellingen van de SWOR. Om de totale financiering van de stichting rond te krijgen heeft zij ondersteuning van derden, waaronder EG-fondsen.

- NCGV:

Het NCGV is in Nederland het belangrijkste onderzoeksinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg. Het onderzoek staat direct ten dienste van de beleidsontwikkeling en -evaluatie in de GGZ (departement en veld). Tevens worden ontwikkelingen en knelpunten in het veld gevolgd en gesignaleerd (monitoringfunctie).

Het subsidie betreft de basisfinanciering. Het departement heeft echter een toetsingsrecht voor het hele onderzoeksprogramma van het NCGV, en daarmee voor een belangrijk deel voor het GGZ-onderzoeksbeleid.

### Subsidies voor structurele beleidsuitvoering

Deze categorie kenmerkt zich door haar structurele, maar ook diverse, karakter. Het betreft de structurele subsidies aan activiteiten, waarvan de uitvoering tot de verantwoordelijkheid van de (rijks)overheid wordt gerekend. Dat wil zeggen op enig moment geformuleerde taken voor en door de rijksoverheid op het gebied van de volksgezondheid en gezondheidszorg. Hieronder bevinden zich ook subsidies die sinds lange tijd de reflectie zijn van bestaand volksgezondheidsbeleid. Heroverweging van de actualiteit en de beleidsmatige doelmatigheid is in deze gevallen relevant.

In dit verband onderscheiden we:

- a. ISP/PNL arbeidsplaatsen
- b. Geneeskundige hulpverlening bij rampen.
- c. Specifieke uitkeringen basisgezondheidszorg
- d. Uitvoering Tijdelijke Financieringsregeling Verslavingszorg
- e. Registratiesysteem verslavingszorg en bijdrage Jellinek-laboratorium.
- f. Tijdelijke stimuleringsregeling regionale patienten- en consumentenplatforms.
- g. Vroegtijdige onderkenning Ontwikkelingsstoornissen.
- h. Opleidingen en examens in de gezondheidszorg.
- i. Uitvoering Destructiewet
- j. Implementatie herstructurering geneesmiddelenbeleid.
- k. Aankoop sera en vaccins.

- a. ISP/PNL arbeidsplaatsen.

Deze geldstroom betreft de subsidies voor arbeidsplaatsen in de gezondheidszorg aan de noordelijke provincies, de provincie Limburg en rechtstreeks aan een aantal in die provincies gelegen gemeenten.

Budgettair beslag (bedragen x f 1 mln.)

	1992	1993	1994	1995
ISP/PNL collectieve preventie	3,8	-	-	-
ISP/PNL verslavingszorg	3,3	-	-	-
Totaal	7,1	-	-	-

Deze subsidies worden verstrekt als uitvloeisel van een in de jaren '70 ontwikkeld werkgelegenheidsinstrument, het ISP/PNL-arbeidsplaatsenplan. In overleg met de betrokken provincies en gemeenten zijn de middelen toegewezen voor de bekostiging van arbeidsplaatsen voor voorzieningen voor gezondheidszorg. De middelen zijn door SoZaWe additioneel ter beschikking gesteld ten opzichte van het reguliere beleid. Op grond van de bestuurs-overeenkomst van 1989 is op 1-1-1990 een groot aantal van deze ISP/PNL-uitkeringen overgeheveld naar de desbetreffende provincies.

Op de begroting van WVC resteerde nog een bedrag van f 7,1 miljoen voor het ISP/PNL arbeidsplaatsenplan.



In het kader van de kerntakendiscussie is reeds de vraag aan de orde geweest, of het stimuleren van werkgelegenheid in achterstandsgebieden tot de kerntaken van het Ministerie van WVC kan worden gerekend. Op grond hiervan is besloten de subsidies voor ISP/PNL arbeidsplaatsen per 1-1-1993 te beëindigen.

b. Geneeskundige hulpverlening bij rampen.

Het betreft de subsidiëring van de G.G.en G.D.-en en het Rode Kruis ten behoeve van taken van deze instanties op het gebied van de geneeskundige hulpverlening bij rampen.

Budgettair beslag (bedragen x f 1 mln.)

1992	1993	1994	1995	1996
5,7	5,7	5,7	5,7	5,7

In het kader van de Decentralisatie-Impuls speelt reeds de discussie om deze middelen over te hevelen naar de lagere overheden. De G.G. en G.D.-en maken hier immers onderdeel van uit. De subsidies Rampenbestrijding zullen dan per 1 januari 1993 worden overgeheveld naar de Brede Doeluitkering (BDU). Hierdoor wordt een beleidsmatige koppeling tot stand gebracht tussen de Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen, de Brandweerwet en de Rampenwet. Per 1 januari 1995 zou de BDU worden overgeheveld naar het Gemeentefonds.

c. Specifieke uitkeringen Basisgezondheidszorg (WCPV).

Deze subsidieregeling is gericht op de financiering van bovenregionale activiteiten op het gebied van de medische milieukunde, epidemiologie en aids-preventie en -bestijding. Het zijn subsidieverstrekkingsaan de gemeenten, i.c. de GGD'en, die hiermee een landelijk netwerk van epidemiologen, medisch-milieukundigen en zogenaamde aidsplatforms opzetten. Tevens worden voor deze werkvelden aan de GGD'en innovatieprojecten gefinancierd.

Budgettair beslag (bedragen x f 1 mln.)

	1992	1993	1994	1995	1996
Medische milieukunde	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Epidemiologie	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4
Aidsplatforms	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6
Innovatieprojecten	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1
Ver. Dir. BAGD'en	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Totaal	15,1	15,1	15,1	15,1	15,1

De specifieke uitkeringen zijn een uitvloeisel van de Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). In deze wet, die in 1992 wordt geëvalueerd, is aangegeven dat de bijdragen op het gebied van de collectieve preventie mogelijk worden overgeheveld naar de lagere overheden (via het Gemeentefonds). In de financieringsregeling ex WCPV worden de bijdragen voor de collectieve preventie aldus gebundeld tot één uitkering. De specifieke uitkeringen basisgezondheidszorg zijn daarom ook onderwerp in DI-verband, en zullen naar alle waarschijnlijkheid per 1-7-1992 worden overgeheveld naar het gemeentefonds.

d. Uitvoering Tijdelijke Financieringsregeling Verslaafdenzorg.

De met de uitvoering Tijdelijke Financieringsregeling Verslaafdenzorg (TFV) gemoeide gelden zijn gericht op het voorkomen van problematisch gebruik van drugs en alcohol en andere psychotrope stoffen. Tevens is de subsidiëring gericht op de behandeling en begeleiding van de verslaafde. Deze activiteiten worden uitgevoerd door de consultatiebureau's voor alcohol en drugs (CAD), instanties voor maatschappelijke hulp- en dienstverlening aan drugsverslaafden en enkele basisgezondheidsdiensten. De TFV is een doeluitkering aan de gemeenten.

Budgettair beslag (bedragen x f 1 mln.)

1992	1993	1994	1995	1996
113,9	113,9	113,9	113,9	113,9

In het kader van de DI bestaat het voornemen in 1994 de TFV te decentraliseren via de Wet Sociale Vernieuwing en de TFV-middelen onder te brengen in het Fonds Sociale Vernieuwing. Er zijn thans 23 centrumgemeenten die voor hun regio een bijdrage ontvangen. Zij voeren het feitelijke beleid. WVC toetst (tot aan het moment van de beoogde decentralisatie) of aan de voorwaarden van de TFV wordt voldaan. Door de decentralisatie wordt de beleidsvrijheid van de gemeenten vergroot en kan de samenhang met het gemeentelijk beleid ten aanzien van de collectieve preventie, de welzijnsvoorzieningen en de openbare orde worden versterkt.

e. Bijdrage laboratorium Jellinekcentrum / Registratiesysteem verslavingszorg

Het Jellinekcentrum te Amsterdam exploiteert een landelijk laboratorium voor de verslavingszorg. Van dat laboratorium wordt gebruik gemaakt door ambulante en intramurale voorzieningen voor verslavingszorg, alsmede sommige justitiële voorzieningen. Het laboratorium heeft tot taak urinemonsters van alcohol- en drugsverslaafden te controleren op het gebruik van psychotrope stoffen. Voor de ambulante verslavingszorg werkt het laboratorium gratis (gelimiteerd tot een aantal verrichtingen).

De kosten van deze verrichtingen worden gedekt uit het WVC-subsidie van ca. f. 1,3 miljoen. Voor de behandeling van deze patiënten is dat van belang. Uit een onlangs uitgevoerd evaluatie-onderzoek blijkt dat het laboratorium in een grote behoefte voorziet, kwalitatief zeer goed werk verricht en vergeleken met andere laboratoria optimaal kosten-efficiënt opereert. Met het Jellinek-centrum zijn afspraken gemaakt over de financiering op langere termijn, waarbij door middel van een budgettair neutrale operatie de eigen bijdrage van de gebruikers van het laboratorium kan worden verhoogd.

Budgettair beslag (bedragen x f. 1 mln.)

	1992	1993	1994	1995	1996
Jelinek centrum	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
Registraties verslaving	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Totaal	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1

In de afgelopen jaren zijn achtereenvolgens het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS) en het Consultatiesbureau voor Alcohol en Drugs Informatiesysteem (CADIS) opgebouwd en geëxploiteerd dankzij subsidie van WVC (f. 0,8 miljoen).

Het CADIS is een informatiesysteem voor afzonderlijke instellingen (CAD's) en biedt hulpverleners en management informatie over het werk. Het CADIS voedt het LADIS, zodat op landelijk niveau een overzicht ontstaat van cliëntenstromen, hulpverleningsactiviteiten e.d.

Thans wordt gewerkt aan de opbouw van een informatiesysteem voor alle voorzieningen in de verslavingszorg (niet alleen de CAD's). De exploitatie daarvan zal voor WVC budgettair neutraal verlopen door verbeteringen in de doelmatigheid van dat systeem en een grotere eigen bijdrage van de gebruikers.

f. Tijdelijke stimuleringsregeling regionale patiënten- en consumentenplatforms (RPCP)

De tijdelijke stimuleringsregeling RPCP heeft tot doel het bevorderen van een actieve betrokkenheid van de gebruiker bij de afstemming van de gezondheidszorgverzekeringen in de regio aan de behoeften van de bevolking. Hiertoe worden de RPCP's als samenwerkingsverband van de in de regio werkzame patiënten- en consumentenorganisaties belast met de afstemming en de coördinatie van de gemeenschappelijke belangenbehartiging. Daarnaast verlenen zij ondersteuning aan de in hun regio gevestigde patiënten- en consumentenorganisaties en hebben tot taak het verzamelen en beschikbaar stellen van informatie over de relevante ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

In het kader van de voorgenomen stelselwijziging is hierom een belangrijke rol weggelegd voor de RCPC's.

Budgettair beslag (bedragen x f. 1 mln.)

1992	1993	1994	1995	1996
5,8	5,8	5,8	5,8	5,8

De stimuleringsregeling RPCP is onderwerp van de Decentralisatie Impuls en zal waarschijnlijk met ingang van 1993 worden overgeheveld naar het Provincie fonds.

## g. Vroegtijdige Onderkenning Ontwikkelingsstoornissen.

De Tijdelijke Stimuleringsregeling Regionale Samenwerking rond Vroegtijdige Onderkenning van Ontwikkelingsstoornissen (VTO) beoogt de bevordering van de onderlinge samenhang, afstemming en doelmatigheid op het terrein van de vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen bij kinderen. Hiertoe is een landelijk netwerk van regionale samenwerkingsverbanden opgericht.

Deze samenwerkingsverbanden bestaan uit huis- en kinderartsen, voorzieningen voor preventieve jeugdgezondheidszorg, RIAGG's, Bureau's Vertrouwensartsen, Sociaal Pedagogische Diensten, Samenwerkingsverbanden Jeugdhulpverlening, de GGD-en en onderwijsbegeleidingsdiensten.

Budgettair beslag (bedragen x f 1 mln.)

1992	1993	1994	1995	1996
2,9	2,9	2,9	2,9	2,9

Op basis van ervaringen met enkele experimentele samenwerkingsverbanden heeft de Landelijke Commissie Vroegtijdige Onderkenning Ontwikkelingsstoornissen geadviseerd om de regeling tot 1994 te financieren. De VTO-samenwerkingsverbanden voorzien momenteel in een leemte ten gevolge van de diversiteit van de financiering van de organisaties (Zfw, AWBZ, particulier, rijksbegroting, gemeentelijke middelen). Voor de periode vanaf 1994 bestaat meer zicht op mogelijke inbedding van de VTO-activiteiten in het Plan-Simons (functionele omschrijving), en op mogelijke financiering middels de AWBZ.

## h. Opleidingen en examens in de gezondheidszorg.

Budgettair beslag (bedr. x f l mln)

	1992	1993	1994	1995	1996
RINO / CRINO	1,7	1,8	1,8	1,8	1,8
Nascholing ggz	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7
Oefentherapeut Cesar	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Oefentherapeut Mensendieck	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Opleiding tot podotherapeut	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
Opleiding tot verloskundige	11,2	11,2	11,2	11,2	11,2
Medische en tandheelkundige opleidingen	18,1	18,1	18,1	18,1	18,1
Opleiding tot mondhygiënist	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2
Overige opleidingen	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Vernieuwingsprojecten	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9
Deskundigheidsbevordering	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
Examens (eindtoetsen)	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Totaal	51,2	51,2	51,2	51,2	51,2

## Rino/Crino GGZ:

Aan de Regionale Instellingen Nascholing en Opleidingen in de ggz (RINO) en het Coördinatie Centrum van deze in totaal zeven Rino's (CRINO) wordt jaarlijks een bijdrage gegeven ten behoeve van de basisopleiding psychotherapeut. De geldelijke ondersteuning is bedoeld voor bekostiging van docenteninspanning. De resterende kosten van de opleiding (ruim de helft van het totaal) worden door te innen cursusgelden gedekt.

Een tweede subsidiestroom is bestemd voor de facilitering van de adviesstructuur voor de opleidingen en de nascholing in de ggz. Het gaat hierbij om relatief kleine bedragen in het kader van secretariele ondersteuning aan diverse organen die zich bezighouden met het formuleren van opleidingseisen.

## Opleidingen:

Voor een aantal opleidingen in de gezondheidszorg is WVC zowel inhoudelijk als financieel verantwoordelijk.

Deze subsidiestroom dient voor de financiering van de faciliteiten en de infrastructuur voor de opleidingen van gekwalificeerde beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg. Mede gezien de grote tekorten aan personeel in de zorg staat het belang van goede opleidingen niet ter discussie. Dit laat onverlet dat verdere stroomlijning van de financiering en inhoudelijke afstemming van de diverse opleidingen in de zorg mogelijk is.

## Examens:

Dit subsidie-artikel omvat de bekostiging van uitgaven die betrekking hebben op examens en de kosten voor aankoop van insigne's ( fl. 1,1 mln ) en de financiering van de kosten voor de ontwikkeling van landelijke eindtoetsen voor de inservice-opleidingen door het CITO ( fl. 1,6 mln ).

Het betreft hier examens van de inservice-opleidingen (A-, B-, Z-, de ZV- en radiologisch laboranten-opleiding) alsmede de onder dit departement ressorterende dagopleidingen op HBO-niveau in de gezondheidszorg. Voor de dekking van de kosten verband houdende met examens worden examengelden geheven. De hoogte van de uitgaven zijn in principe gelijk aan de hoogte van de te ontvangen middelen (f. 1,1 mln.).

Thans wordt in het kader van deregulering voorstellen voorbereid voor herziening van de wet-en regelgeving van de onder dit ministerie ressorterende opleidingen. Hierbij zal tevens aandacht worden besteed aan de doelmatigheid van de subsidiestructuur, de inhoudelijke vormgeving en administratieve verwerking. In het kader van de heroverweging verdient het voorts aanbeveling de relatie met O&W als eerstverantwoordelijke voor het (beroeps)onderwijs, alsmede de relatie met de desbetreffende beroepsorganisaties nader te bezien.

#### i. Uitvoering Destructie-wet

In het kader van de Destructiewet financiert WVC 50% van de kosten die gemeenten en destructieondernemers maken voor de instandhouding van de voorcentralisatiediensten. Dit zijn intergemeentelijke diensten die zorgen voor de veilige afvoer van destructiemateriaal (met name kadavers van landbouwhuisdieren) naar de destructiebedrijven.

Budgettair beslag (bedragen x f. 1 mln.)

1992	1993	1994	1995	1996
2,1	2,1	2,1	2,1	2,1

De activiteiten van de voorcentralisatiediensten voorkomen volksgezondheidsgevaar als gevolg van stagnerende afvoer en verwerking van destructiemateriaal. De voordelen van de huidige voorcentralisatiediensten zijn evenwel groter voor de afzonderlijke veehouder dan voor de volksgezondheid. Overleg is dan ook gaande met het georganiseerde bedrijfsleven om een nieuw systeem voor het ophalen van kadavers te introduceren. De gedachte speelt om het destructiemateriaal door de private destructorondernemer zelf te laten ophalen. De kosten zullen worden gedekt uit een heffing ten laste van het bedrijfsleven, uitgaande van het principe "de vervuiler betaalt". De financiering van WVC zal mede in verband met de implementatie van richtlijn 90/667/eeg, worden besteed aan de uitwerking van dit nieuwe systeem.

j. Implementatie herstructurering geneesmiddelenbeleid.

Teneinde te komen tot kostenbeheersing van de geneesmiddelen is per 1 juli 1991 de Regeling farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering van kracht geworden. Met de overheveling van de geneesmiddelen naar de AWBZ is deze regeling per 1 januari 1992 vervangen door de Regeling farmaceutische hulp, waardoor zij nu voor alle verzekerden geldt. Belangrijkste kostenbeheersingsinstrument is het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Het GVS deelt geneesmiddelen in in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en bindt vervolgens de vergoeding van elk geneesmiddel binnen deze groepen aan een limiet. Hiermee gaat de prijs- kwaliteitsverhouding van geneesmiddelen een rol spelen in de receptbeslissing van de arts hetgeen de prijsconcurrentie bevordert. Ten behoeve van de implementatie van het GVS zijn middelen op de volksgezondheidsbegroting gereserveerd.

Budgettair beslag (bedragen x f 1 mln.)

1992	1993	1994	1995	1996
12,6	12,6	12,6	12,6	12,6

De subsidie implementatie herstructurering geneesmiddelenbeleid beoogt de uitvoering van het GVS als kernactiviteit te ondersteunen. Daartoe wordt een netwerk c.q. informatiestructuur opgezet, waarmee het GVS bij voorschrijvers, afleveraars en patiënten/consumenten wordt verankerd. Dit landelijke netwerk wordt opgebouwd uit lokale farmacotherapie-overleggroepen, waarin artsen en apothekers tot verdere rationalisatie van het geneesmiddelengebruik dienen te komen. Middels goede en betrouwbare informatie over geneesmiddelen wordt het verantwoord geneesmiddelengebruik door patiënten/consumenten bevordert.

Met de niet aflatende komst van nieuwe (kostbare) ontwikkelingen op het gebied van geneesmiddelen, is het voor het slagen van het kostenbeheersingsbeleid van cruciaal belang, dat voortdurend beroep wordt gedaan op het kostenbewustzijn van artsen, apothekers en patiënten/consumenten. De overheid dient daartoe in combinatie met het GVS over een permanente informatiestructuur te beschikken, die goede informatieverzameling en -verstrekking waarborgt. Onderhavige subsidie waarborgt dit.

k. Aankoop sera en vaccins

De onderhavige begrotingsuitgaven vinden plaats in het kader van de preventie van rhesus (D) immunisatie met behulp van anti-rhesus (D) immunoglobuline. Die immunisatie doet zich onder meer voor bij rhesus (D) negatieve vrouwen die een rhesus (D) positief kind verwachten en die als gevolg daarvan rhesus-antistoffen in hun lichaam produceren. Hierdoor kan zeer ernstige schade aan de gezondheid van het volgende kind of zelfs bedreiging van de levensvatbaarheid van een nieuwe foetus ontstaan. De preventie van die immunisatie vindt plaats door toediening van anti-rhesus (D) immunoglobuline aan de kraamvrouw binnen 48 uur na de bevalling. De verstrekking van de anti-rhesus (D) immunoglobuline wordt sedert 1969 vergoed uit de Rijksbegroting Volksgezondheid.

Budgettair beslag (bedragen x f. 1.mln.)

1992	1993	1994	1995	1996
1,6	1,6	1,6	1,6	1,6

Het beleid zal erop gericht dienen te blijven vorenbedoelde immunitaties zoveel mogelijk te voorkomen. Het preventiebeleid ter zake zal dan ook voorgezet dienen te worden, evenals zulks het geval is met de landelijke inentingsprogramma's waarmee het onderhavige preventie-programma raakvlakken heeft.

In het kader van de heroverweging zal het onderzoek gericht zijn op de vraag of hier sprake is van een verstrekking in de zin van de AWBZ.



Structurele subsidies aan organisaties op het gebied van de volksgezondheid en de maatschappelijke dienstverlening.

Onder deze categorie vallen de landelijke en regionaal werkende organisaties die een spilfunctie vervullen bij de ontwikkeling en uitvoering van verschillende aandachtsgebieden op het terrein van de volksgezondheid en de maatschappelijke dienstverlening. Het gaat hier om de subsidiëring van activiteiten die complementair zijn aan de premiegefinancierde voorzieningen (de zogenaamde reguliere zorg). De subsidiëring beoogt de instandhouding van deze instellingen te garanderen. Gezien de spilfunctie die de diverse instellingen vervullen nemen zij een unieke plaats in het maatschappelijk netwerk van de zorg in. Een positie die door de rijksoverheid als gewenst c.q. noodzakelijk wordt geacht en daarom wordt ondersteund via exploitatiesubsidies. De werkzaamheden van deze grote diversiteit aan instellingen bevatten een even zo groot scala van onderwerpen van gezondheidszorg en maatschappelijke diensverlening. In dit verband vallen ondermeer de volgende probleemgebieden te noemen: verslaving, sexueel geweld, kanker, chronische ziekten, maar ook patiëntenbelangen en gezondheidsvoorlichting. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de subsidies ingedeeld naar aandachtsgebied.

Budgettair beslag (bedragen x f 1 mln.)

Aandachtsgebied:	1992	1993	1994	1995	1996
a.Volksgezondheid algemeen	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5
b.Kankerbestrijding	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
c.Chronische Ziektenbestrijding	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7
d.Zorgvernieuwing/Maatschappelijke dienstverlening	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1
e.Vrouwenhulpverlening	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
f.Bestrijding sexueel geweld	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
g.Sex. hulp / geb. reg. gedrag	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7
h.Kindermishandeling	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
i.TBC-bestrijding	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
j.AIDS	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9
k.Sexueel overdraagbare aandoeningen	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
l.GVO	4,5	4,5	4,4	4,4	4,4
m.Patiëntenbeleid algemeen	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1
n.Patientenbeleid ggz	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
o.Alternatieve geneeswijzen	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
p.Verslavingszorg	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7
q.Eerstelijnszorg	16,7	4,8	4,8	4,8	4,8
r.Voeding en Veiligheid	8,1	8,1	8,1	8,1	8,1
Totaal instellingen	78,2	66,2	66,2	66,2	66,2

In bijlage 6 wordt bovenstaand overzicht uitgesplitst naar de afzonderlijke instellingen die worden gesubsidieerd.

Op bovengenoemde aandachtsgebieden wordt een groot aantal instellingen (66) gesubsidieerd. Vele instellingen zijn werkzaam op hetzelfde beleidsterrein. De voornaamste oorzaak van deze schijnbare versnippering komt door de "zorg op maat" die de verschillende organisaties leveren voor een bijzondere problematiek, of ten behoeve van bepaalde doelgroepen. Daartoe hebben deze organisaties specifieke deskundigheid en kennis in huis die uniek is in de zorgsector. Hiermee onderscheiden zij zich van de reguliere hulpverlening, die deze deskundigheid (nog) niet bezitten.

Hieronder volgt een korte beschrijving van de verschillende aandachtsgebieden en van de in die aandachtsgebieden werkzame organisaties.

a. Volksgezondheid algemeen.

De subsidiegeldstroom ad f 6,5 mln betreft de personele en materiële kosten van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV). Taak van de NRV is neergelegd in de Gezondheidswet en omvat ondermeer het - al dan niet op verzoek - adviseren van de regering over structuur, kwaliteit, doelmatigheid en uitvoering van de gezondheidszorg. De financiering van de NRV uit de rijksbegroting geschiedt eveneens krachtens de Gezondheidswet.

b. Kankerbestrijding.

Het aandachtsgebied bestrijkt de bestrijding van kanker en de gevolgen daarvan door middel van preventie, verbetering van de behandeling en behandelingsmethoden, palliatieve zorg, alsmede het bevorderen van de kwaliteit van het leven van kankerpatiënten.

- . Landelijk Overlegorgaan Kankerbestrijding (LOK) f 0,9 mln
- . Integrale Kankercentra (ICK) f 1,2 mln

De ICK's zijn samenwerkingsverbanden van ziekenhuizen in een bepaalde regio. Informatie over voorkomende vormen van kanker, de behandelingsmethoden en de effecten daarvan worden door de ICK's gecoördineerd en doorgegeven aan het LOK en de aangesloten ziekenhuizen. Zij verzorgen voorts opleidingen en de bij- en nascholing voor artsen en verpleegkundigen voor de behandeling en begeleiding van kankerpatiënten op grond van de nieuwste ontwikkelingen.

De ICK's worden grotendeels gefinancierd uit een (geormerkte) opslag van de ziekenhuistarieven (premie financiering).

De WVC-subsidie betreft de beperkte bekostiging van personeelskosten.

Het LOK verzorgt de administratie van de ICK's en fungeert als informatie/documentatie centrum en coördineert het Landelijk overleg op het terrein van de kankerbestrijding en de behandeling van kankerpatiënten.

Het LOK wordt grotendeels gefinancierd door het Praeventiefonds (fonds voor preventie/onderzoek gevoed uit het AFBZ). De WVC-financiering betreft de bekostiging van 2 arbeidsplaatsen, voortvloeiende uit het Arbeidsplaatsenplan '80-'81.

Het LOK en de ICK's zijn op dit ogenblik onderwerp van een evaluatie.

. Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren (STOET) f 0,6 mln

De STOET spoort familieleden op van een patiënt waarbij is geconstateerd dat deze een erfelijke vorm van kanker heeft. Op aanwijzing van STOET worden deze familieleden door de ziekenhuizen opgeroepen voor een screeningsonderzoek. Voorheen werd STOET gefinancierd uit middelen van de Ziekenfondsraad en ziektekostenverzekeraars. Op aanwijzing van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) is bepaald dat deze activiteiten niet tot het reguliere circuit kunnen worden gerekend en is de beleidsverantwoordelijkheid en zijn de financieringsmiddelen overgedragen voor uitvoering uit de rijksbegroting. Met weinig middelen bereikt deze instelling een belangrijke bijdrage aan de (preventieve) kankerbestrijding. 100% financiering door WVC.

. Nederlandse Kankerbestrijding (Stichting Koningin Wilhelmina Fonds) f 0,7 mln

De WVC-bijdrage heeft betrekking op de uitvoering van data-management voor klinisch-vergelijkend kankeronderzoek. Een poging om deze functie in de reguliere gezondheidszorg onder te brengen stuitte op het bezwaar dat deze activiteiten niet op titel van een voorziening voor gezondheidszorg kunnen worden uitgevoerd (het is geen hulpverlening). De Nederlandse Kankerbestrijding, een erkend en gerenommeerde instelling in onze maatschappij, ontvangt het overgrote deel van haar middelen uit fondsenwerving.

c. Chronische ziektenbestrijding.

Heeft betrekking op de bestrijding van chronische ziekten en de gevolgen daarvan door middel van preventie, verbetering van de behandeling en behandelingsmethoden, palliatieve zorg en stimulering van wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast aandacht voor de bevordering van de kwaliteit van het leven en het verbeteren van de maatschappelijke positie van chronisch zieken.

. Stichting Helen Dowling, f 0,7 mln

Deze stichting is gespecialiseerd in pijnbestrijding, palliatieve zorg en bio-psychosociale zorg. Verricht en entameert onderzoek naar de effecten van omgevingsfactoren en begeleidingsmethoden op autonome ziekteprocessen en naar immuniteitspatronen bij met name kanker en chronische ziekten. Deze activiteiten worden niet gerekend tot de reguliere gezondheidszorg. 100% basisfinanciering door WVC. De grootste inkomstenbron van de stichting bestaat uit project-financiering.

. Stichting Werkgroep Infectie Preventie f 0,2 mln

WVC-financiering dekt de kosten voor secretariële ondersteuning voor de werkzaamheden van de stichting gericht op de bestrijding en het voorkomen van ziekenhuisinfectie. Stelt hygiëne-protocollen op. Deze preventieve werkzaamheden worden niet tot de verantwoordelijkheid van het reguliere gezondheidszorg circuit gerekend.

. Nationale Commissie Chronische Ziekten f 1,5 mln.

De subsidie wordt - mede op uitdrukkelijke wens van de Tweede Kamer - verstrekt voor dekking van de personeels- en apparaatskosten van deze pas opgerichte commissie. Haar taken bestaan uit het ontwikkelen, uitvoeren en adviseren van het chronisch ziekenbeleid in de meest brede zin. Daarnaast vervult zij een informatie- en documentatiefunctie. De NCCZ is verantwoordelijk voor het ontwikkelingsbudget dat door WVC is toegekend voor het uitzetten en financieren van onderzoek, projecten en experimenten op het terrein chronische ziekten (programmafinanciering door WVC).

. Stichting Registratie Nierfunctievervanging Nederland (Renine) f 0,3 mln

De beleidsuitvoering en de financiering van Renine (evenals van STOET) werd door de ZFR aan WVC overgedragen omdat registratie van (potentiële donor)-organen niet tot de taak van de reguliere gezondheid werd gerekend (geen hulpverlening). Het (huidige) beleidsbelang van Renine wordt bevestigd door de implementatie van de (ontwerp) Wet op de Orgaandonatie.

d. Zorgvernieuwing en maatschappelijke dienstverlening.

Deze sector richt zich op het inhoudelijk vernieuwen en kwalitatief verbeteren van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening ten behoeve van groepen of hulpvragen, die door het reguliere hulpaanbod niet of onvoldoende worden opgepakt.

Subsidie wordt verstrekt voor het in kaart brengen van leemten en onvolkomenheden in het zorgaanbod, het ontwikkelen van adequaat of nieuw aanbod van zorg, alsmede het overdragen van kennis en deskundigheid aan de reguliere zorgverleners. Het doel is veelal de reguliere zorgverlening bewust te maken van de gestelde problematiek, en deze zodanig te equiperen dat bij confrontatie het achterliggende probleem wordt herkend en op de juiste wijze wordt benaderd en behandeld.

Elk van de gesubsidieerde organisaties zijn specialisten op hun terrein.

. Stichting Joods Maatschappelijk Werk f 1,9 mln

De stichting richt zich op de bijzondere aspecten van de psycho-sociale problematiek van de Joodse bevolkingsgroep, samenhangend met de gevolgen van de oorlog. Zij bevordert het specifieke hulpverleningsaanbod in de eerste en tweede lijn.

Daarnaast is de stichting belast met de advisering en begeleiding van uitkeringsgerechtigden bij de uitvoering van de Wet Uitkering Vervolgings-slachtoffers (WUV). De Joodse gemeenschap draagt f 1 miljoen op jaarbasis bij aan de financiering van de stichting.

. Stichting Korrelatie f 0,8 mln

Heeft tot taak het adviseren van de omroepen, alsmede het geven van hulp en voorlichting aan de bevolking, bij de uitzendingen via radio en televisie over psycho-sociaal gevoelige of bij omstreden onderwerpen. De stichting verleent tijdens en onmiddellijk na de uitzending telefonische bijstand aan de kijkers of luisteraars. Korrelatie is enig in zijn soort en heeft een zeer lage toegankelijkheidsdrempel. De stichting signaleert ook nieuwe

hulpvragen ten behoeve van algemene hulpverleningsinstellingen.

. Muhabbat f 0,4 mln

In nauwe samenwerking met de Molukse kerkgemeenschappen richt Muhabbat zich op de Molukse bevolkingsgroep. Hun jarenlang maatschappelijk en politiek isolement en hun wantrouwen tegen de nederlandse hulpverleningsmethoden heeft hen tevens geïsoleerd van de reguliere hulpverleningsinstanties. Zij doen een beroep op Muhabbat als een landelijk werkende organisatie die hun eigen identiteit deelt en een brug kan slaan naar de nederlandse samenleving. Muhabbat wordt niet zozeer in financiële zin gesteund door de Molukse gemeenschap maar veel in de vorm van onbezoldigde vrijwilligers.

. Driehoek f 0,5 mln

Bevordert psycho-sociale hulpverlening vanuit de gereformeerde levensbeschouwing. De Driehoek werkt landelijk en heeft een eerste- en tweedelijns hulpaanbod. De gereformeerde gemeenten dragen voor 50% bij aan de exploitatielasten van de stichting.

. Katholiek Centrum Welzijnsbevordering, Zeist f 0,1 mln

De ambulante levenswijze van exploitanten van kermisattracties kan de oorzaak zijn van problemen, die slechts door specifieke deskundigheid kan worden onderkend. Bijkomend probleem is, dat een zekere continuïteit in de behandeling door de reguliere hulpverlening niet mogelijk is omdat deze groep slechts kort op eenzelfde plaats vertoeft. De KCW is op deze omstandigheden ingesteld.

. Federatie SOS-telefonische hulpdiensten f 0,3 mln

De subsidie wordt verstrekt voor één coördinator en een deel van het materiële budget van de landelijke vereniging, die verantwoordelijk is voor de ondersteuning van de 26, met vrijwilligers werkende regionale telefonische hulpdiensten. Het gaat daarbij om de kwaliteit van de organisatie, landelijke trainingen, de coördinatie en de landelijke gesprekkenregistratie (180.000 op jaarbasis). Deze goed functionerende en laagdrempelige voorziening kan niet op een andere wijze worden uitgevoerd.

e. Vrouwenhulpverlening.

De algemene methodieken en benaderingswijzen van de reguliere hulpverlening zijn ontwikkeld vanuit de gezondheidsopvatting en hulpvraag van de man en zijn positie in onze maatschappij. Het aandachtsgebied vrouwenhulpverlening ontwikkelt en stimuleert het toepassen van beter op de (positie van de) vrouw afgestemde hulpverleningsmethodieken.

. Aletta f 0,5 mln

Gezondheidscentrum (multidisciplinaire gezondheidszorg voor eerstelijns hulpverlening) speciaal voor vrouwen. Is de enige instelling in de somatische zorg met aandacht voor de specifieke hulpvraag en het hulpaanbod voor vrouwen. Aletta is gekoppeld aan een reguliere huisartsenpraktijk.

- . Stichting Leergangen Vrouwenhulpverlening f 0,6 mln

Is de landelijke instelling voor opleidingen deskundigheidsbevordering, trainingsmethodieken en overdracht van kennis naar de reguliere hulpverlening op het terrein van vrouwenhulpverlening en bestrijding van seksueel geweld.

- . Stichting de Maan f 0,8 mln

Is de enige landelijk werkende instelling die methodieken ontwikkelt voor de hulpverlening aan de vrouw in de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Veel aandacht voor de samenhang van de hulpverlening in de eerste- en tweede lijns psycho-sociale hulpverlening.

- . Vrouwen in de overgang (VIDO) f 0,2 mln

Deze instelling richt zich speciaal op de problematiek van de oudere vrouw, op haar maatschappelijke positie, haar gezondheid en haar verzorgingsbehoefte. Als thematiek is de oudere vrouw ver onderbelicht in de reguliere zorgverlening.

- . Vrouwenhulpverlening METIS f 0,9 mln

METIS biedt landelijke ondersteuning aan de vernieuwingsactiviteiten op het gebied van de vrouwenhulpverlening. Streeft naar integratie en samenhang van het vrouwenhulpverleningsbeleid. De activiteiten van METIS zijn gericht op integratie van vrouwenhulpverlening in de gevestigde instellingen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening door informatievoorziening, voorlichting, deskundigheidsbevordering en het afstemmen van het zorgaanbod in de reguliere zorg op de specifieke vraaghulp van vrouwen.

#### f. Bestrijding seksueel geweld.

Sexueel geweld is in onze maatschappij een ernstig en complex probleem dat expliciet om aandacht vraagt. De reguliere hulpverlening heeft echter nog vaak de neiging om de problematiek te negeren, omdat men niet weet wat men ermee aan moet. Het doel van het beleid is de verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening aan de slachtoffers en hun directe omgeving. Tevens is het doel de reguliere hulpverlening dusdanig uit te rusten opdat ze het probleem kunnen signaleren, benaderen en op de juiste wijze behandelen.

- . Vereniging seksuele mishandeling in gezinnen f 0,3 mln

Gericht op slachtoffers van seksueel geweld en hun meest directe omgeving. Ontwikkelt zelfhulptherapieën, en organiseert zelfhulpgroepen; draagt ervaringsdeskundigheid over aan de reguliere zorg.

- . Stichting Medusa (landelijke ondersteuning) f 0,5 mln

Is gericht op verbetering van de signalering en behandeling van slachtoffers van seksueel geweld of incest door de professionele reguliere hulpverlening. Medusa heeft tot taak voorlichting, documentatie, organisatorische ondersteuning en bevordering van deskundigheid.

g. Sexualiteitshulpverlening en voorlichting geboorteregelend gedrag.

Betreft het geven van algemene en individuele voorlichting over sexualiteit, sexuele geaardheid, voorbehoedsmiddelen en gezinsplanning. De mensen, die niet met hun vragen terecht kunnen (of durven) in de reguliere hulpverlening, vinden hun weg vaak naar de hiertoe gespecialiseerde, mede door WVC gesubsidieerde organisaties.

- . Rutgersstichting f 6,3 mln
- . Protestantse Stichting voor Verantwoorde Gezinsvorming f 0,4 mln

h. Bestrijding kindermishandeling.

Vanuit de justitiële kaders wordt kindermishandeling benaderd vanuit een strafrechtelijk perspectief. Net als bij de bestrijding van seksueel geweld vragen de problemen van het slachtoffer om specifieke aandacht, in het bijzonder door de reguliere hulpverlening.

- . De Vereniging tegen kindermishandeling f 0,7 mln

Heeft ten doel het bevorderen van de maatschappelijke bewustwording rond het verschijnsel kindermishandeling door publieksvoorlichting. Tevens wordt gestreefd naar een betere signalering en behandeling in verband met kindermishandeling door deskundigheidsbevordering van de reguliere hulpverlening.

i. Tuberculose bestrijding f 0,3 mln.

De subsidie aan de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose (KNCV) ad f 0,3 mln betreft de bijdrage van het departement voor een aantal coördinerende taken op landelijk niveau in verband met de specifieke opleidingen (artsen, verpleegkundigen), afstemming, onderhoud en aanschaf van röntgenapparatuur en afstemming van het TBC-beleid uitgevoerd door de Basisgezondheidsdiensten. Vóór de integratie van de TBC-bestrijding in de BAGD'en en de decentralisatie van de subsidie-middelen in 1990 was het ministerie verantwoordelijk voor deze landelijke taken. De KNCV is van oudsher de landelijke organisatie voor de TBC-bestrijding en verkrijgt haar middelen uit fondsenwerving (Emmabloem).

j. Aidsbestrijding.

Dit aandachtsgebied bestrijkt de bestrijding van Aids en de gevolgen ervan door preventie, verbetering van de behandeling en van de palliatieve zorg. Subsidie wordt ook verstrekt voor de bevordering van de kwaliteit van het leven en de maatschappelijke positie van HIV-geïnfecteerden. Een en ander vloeit voort uit de Voortgangsnotitie Aids-beleid (1992).

Een belangrijk instrument voor AIDS-preventie is het verstrekken van algemene voorlichting aan het publiek, alsmede van specifieke informatie aan beroepsbeoefenaars (die in aanraking kunnen komen met AIDS-patiënten), haemofiliepatiënten, druggebruikers en andere risicogroepen. Een risicogroepbenadering is vereist, vanwege het verschil in leefwijze en besmet-

tingsgevaar van de te onderscheiden groepen.

De financiering vindt plaats door subsidiëring omdat de preventieve of experimentele benadering niet past in de reguliere zorg.

. Nationale Commissie Aidsbestrijding f 2,9 mln

De subsidie wordt verstrekt voor het personeels- en materiële budget van de NCAB, waarvan onlangs door de Staatssecretaris van Volksgezondheid het mandaat 4 jaar werd verlengd. Deze Commissie heeft tot taak het adviseren van de regering over de beleidsontwikkeling van AIDS in de meest brede zin. De NCAB is voorts belast met de advisering aan de Stichting Aidsfonds in verband met het ter beschikking gestelde WVC-ontwikkelingsbudget voor voorlichting, preventieprogramma's en zorgontwikkeling voor Aidsbestrijding.

. Bureau GVO Amsterdam f 0,3 mln

Geeft voorlichting over Aids(bestrijding), en verzorgt de landelijke coördinatie van de diverse voorlichtingsactiviteiten onder homoseksuelen. Werkt hiervoor nauw samen met de overige categoriale homo-verenigingen, te weten:

- . Nederlandse Vereniging tot Integratie van Homosexualiteit/Cultureel Ontspannings Centrum (NVIH/COC) f 0,3 mln
- . Schorer Stichting f 1,6 mln
- . Stichting Aanvullende Dienstverlening (SAD) f 0,4 mln

Deze categoriale homoverenigingen verzorgen voorlichtingsactiviteiten en preventieprogramma's voor de Aids-risicogroep homoseksuelen. Daarnaast verzorgen zij psycho-sociale ondersteuning en feitelijke huishoudelijke verzorging van door Aids getroffen ("buddy's"). Hierdoor wordt de professionele eerstelijns hulpverlening ontlast.

. SOA-Stichting (Stichting Sexueel Overdraagbare Aandoeningen) f 0,1 mln

Deze instelling, gespecialiseerd op het gebied van sexueel overdraagbare aandoeningen, is op meerjarenbasis ingeschakeld bij de preventie- en voorlichtingsprogramma's betreffende de (mogelijke) overdraagbaarheid van AIDS bij sexueel gedrag (o.m. jeugdigen, prostitués, homo's).

. HIV-vereniging f 0,35 mln

Is in feite een categoriale patiëntenvereniging van door het HIV-virus (=AIDS) besmette personen. De subsidie betreft de professionele ondersteuning van de voorlichting, zorg en psycho-sociale begeleiding van deze patiënten. Deze ondersteuning past niet in de reguliere financiering van de gezondheidszorg.



k. Bestrijding Sexueel Overdraagbare Aandoeningen.

Het gaat hier om de bestrijding van de "klassieke" geslachtsziekten. Subsidie wordt verleend voor registratie, onderzoek, preventie-activiteiten en voorlichting. Voorts wordt -ter voorkoming van verdere verspreiding van de ziekten- de drempelvrije curatieve SOA-bestrijding aan niet ingezetenen vergoed (zeelieden, niet-verzekerden etc.). Dit aandachtsgebied heeft hoge prioriteit gekregen in verband met de toegenomen incidentie van de klassieke geslachtsziekten.

Zowel de SOA-stichting als het functioneren van de drempelvrije curatieve SOA-bestrijding worden binnenkort geëvalueerd.

. Stichting Sexueel Overdraagbare Aandoeningen f 1,5 mln

Verzorgt preventie-activiteiten, voorlichting en registratie van met name de klassieke geslachtsziekten. Is ook -vanwege de seksuele overdraagbaarheid van AIDS- intensief betrokken bij AIDS-preventie en -voorlichting.

. Havenziekenhuis f 0,03 mln

Betreft de financiering van SOA-behandeling van zeelieden. Drempelvrije kliniek ter voorkoming van (verdere) besmetting.

l. Gezondheidsbevordering/Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO):

Hieronder wordt verstaan de gedragsbeïnvloedende activiteiten gericht op het bevorderen van een gezonde leefwijze en een gezonde en veilige arbeids-situatie, en op het voorkomen van gezondheidsbedreigend gedrag of consumptie. Deze activiteiten vloeien voort uit het preventiebeleid, de ziektenbestrijding en de gezondheidsbescherming.

Instrumenten hiervoor zijn voorlichtingscampagnes, deskundigheidsbevordering, en op bepaalde doelgroepen gerichte marketingstechnieken (jeugd, rokers, alcoholgebruikers, inactieven, zwaarlijvigen).

Subsidie wordt verstrekt voor het instandhouden van een adequate infrastructuur voor de ontwikkeling van GVO-strategieën en -technieken en voor de uitvoering van GVO-projecten.

. Stichting Landelijk Centrum GVO f 3,4 mln

In algemene zin wordt voor de ontwikkeling en uitvoering van het landelijk GVO-beleid het LCGVO ingeschakeld die hiervoor wordt gesubsidieerd. De hoofdfuncties van het LCGVO zijn: methodiekontwikkeling, onderzoeksadviesring en deskundigheidsbevordering. Verder voert het een bibliotheek-, documentatie- en registratie functie op het gebied van de GVO.

. Stichting Het Ivoren Kruis f 0,8 mln

Het Ivoren Kruis ontvangt subsidie ten behoeve van de tandheelkundige voorlichting. De taken van de stichting omvatten het geven van voorlichting aan intermediairen en aan het publiek, alsmede het ontwikkelen en distribueren van voorlichtingsmateriaal.

- . Stichting Volksgezondheid en Roken (STIVORO) f 0,4 mln

De structurele subsidie wordt verleend voor het instandhouden van een infrastructuur voor het ontmoedigingsbeleid rookgedrag. STIVORO is aangewezen als de centrale coördinerende instantie voor de implementatie van het meerjaren programma niet-roken, waarmee uitvoering wordt gegeven aan de desbetreffende bepalingen van de Tabakswet.

STIVORO wordt in gelijke delen gesubsidieerd door WVC, Nederlandse kankerbestrijding (KWF), de Nederlandse Hartstichting en het Nederlandse Astmafonds.

#### m. Patiëntenbeleid algemeen.

Het patiëntenbeleid richt zich op de versterking van de positie van de patiënt/consument. Subsidie wordt verleend voor de ontwikkeling en ondersteuning van (de belangenbeharing door) patiënten/consumentenorganisaties. Het accent ligt op de fundering van een goede infrastructuur van de patiëntenbeweging op landelijk niveau, met name in verband met hun rol als "derde partij" in het nieuwe zorgstelsel.

- . Stichting Werkgroep 2000 f 0,8 mln
- . Landelijk Patiënten-Consumenten Platform (LPCP) f 1,0 mln

Deze landelijk werkende, niet-categoriale patiëntenverenigingen hebben tot doel het behartigen van de belangen van de patiënt in zijn rol als derde marktpartij met of tegenover de financiers en aanbieders in het stelsel van gezondheidszorg. Doel van het beleid is de positie van deze derde marktpartij te versterken opdat zij haar taak zo effectief en efficiënt mogelijk kan uitoefenen.

- . Stichting Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders f 1,2 mln.

Deze stichting heeft tot taak het opheffen van de barrières tussen de patiënt en de hulpverlener in de gezondheidszorg, die worden veroorzaakt door verschillen in taal, cultuur, en ziekte-/gezondheidsbeleving. De verpleegkundigen, medici en instellingen krijgen voorlichting, deskundigheidsbevordering en vertaalhulp, de buitenlanders worden bekend gemaakt met (de toegang tot) het nederlandse stelsel van zorg. Daarnaast behartigt de stichting de belangen van de buitenlandse patiënt.

#### n. Patiëntenbeleid in de Geestelijke Gezondheidszorg.

De patiënten in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), onderscheiden zich van de somatische patiënten doordat zij, vanwege een stoornis in hun geestesvermogens, qua rechtspositie en mondigheid in een kwetsbare of zelfs achtergestelde positie verkeren in onze maatschappij en tegenover de hulpverlener of de instelling waarin zij vertoeven.

De patiëntenorganisaties in de GGZ hebben zich tot doel gesteld de positie van de GGZ-patiënt tegenover de hulpverlenende professie te versterken en zijn leefbaarheid in de maatschappij te verbeteren. Dit doel wordt nagestreefd via voorlichting en belangenbehartiging.

Een van de problemen bij de GGZ-patiënten is, dat hun gedrag veelal in de strafrechtelijke sfeer is geplaatst en dat zij niet als volwaardig in onze maatschappij worden erkend.

. Vereniging Cliëntenbond f 0,35 mln

De Cliëntenbond is ontstaan vanuit de gemeenschappelijke ervaring en lotsverbondenheid van haar leden. Zij stelt zich tot doel belangen te behartigen van, en onderlinge steun te organiseren voor alle mensen die door uiteenlopende oorzaken in een kwetsbare en/of achtergestelde positie zijn komen te verkeren. Voorts biedt de Cliëntenbond bijstand en ondersteuning van hen die in aanraking zijn gekomen met, of een beroep gaan doen op instellingen of personen in de geestelijke gezondheidszorg.

. Stichting Pandora f 0,7 mln

De Stichting Pandora is gericht op het bestrijden van vooroordelen die er bestaan ten opzichte van mensen met "psychiatrische problemen" en die al dan niet in aanraking zijn geweest met de geestelijke gezondheidszorg. Deze doelstellingen worden uitgedragen via voorlichting, alsmede het ondersteunen van de (ex-)patiënt in het reguliere maatschappelijke verkeer (zoeken naar werk; afsluiten verzekeringen, e.d.).

. Stichting Landelijke Patiënten en Bewonersraden (LPR) f 0,75 mln

De Stichting Landelijke Patiënten en Bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg (LPR) is een koepelorganisatie die belangen behartigt van bewonersraden in instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg. Doel van het LPR is het bevorderen van de invloed van cliënten uit de geestelijke gezondheidszorg op hun woon-, leef- en behandel-/begeleidingssituatie. Daartoe stimuleert zij de oprichting van raden, geeft adviezen en biedt allerlei vormen van ondersteuning. Deelnemers van de stichting LPR zijn de patiënten- en bewonersraden in deze instellingen.

. Labyrint / In Perspectief f 0,14 mln

De stichting Labyrint organiseert en stimuleert zelfhulp ten behoeve van ggz-patiënten. Verder heeft de Stichting als doelstelling het behartigen van de belangen van direct betrokkenen in de meest ruime zin van het woord.

. Ypsilon f 0,14 mln

Ypsilon is een vereniging van ouders en familieleden van chronisch psychotische en schizofrene mensen. Zij maakt zich ernstige zorgen over het gebrek aan opvang van deze zieken en stellen de -vaak- onheuse bejegening van ouders en familieleden door hulpverleners aan de orde. Zij organiseren onderlinge contacten met mensen die met dezelfde problematiek te maken hebben.

De vereniging heeft tot doel het behartigen van de materiële en immateriële belangen van de patiënten en van de ouders en andere familieleden van patiënten.

## o. Alternatieve geneeswijzen.

Alternatieve geneeswijzen vormen -kwantitatief gesproken- een steeds belangrijker vorm van gezondheidszorg. Per jaar vinden 13 miljoen patiëntencontacten plaats met alternatieve genezers tegenover 50 miljoen met reguliere huisartsen.

Inmiddels geven (nagenoeg) alle particuliere ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen in enige mate vergoeding voor alternatieve behandeling door artsen.

Het rijksbeleid in deze beperkt zich vooralsnog tot effectiviteits-studies en het volgen van de ontwikkelingen.

- . Stichting Informatie- en documentatiecentrum Alternatieve geneeswijzen f 0,6 mln.

De Stichting IDAG kwam tot stand als gevolg van de eerste aanbeveling van de Commissie Muntendam. Het IDAG verzamelt en verzorgt objectieve informatie over alternatieve geneeswijzen.

## p. Verslavingszorg.

Het aandachtsgebied betreft de zorg voor verslaafden, alsmede de (landelijke) dienstverlening aan instellingen voor verslavingszorg en andere betrokkenen. Het betreft een duidelijk afgebakend probleemgebied, zonder overlap met andere sectoren.

- . Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD) f 3,2 mln
- . Stichting Tjandu
- . Stichting Deskundigheidsbevordering en Overlegplatform Surinaamse Drugshulpverlening (SDOS) (samen met Tjandu f 0,7 mln)

In de dienstverlening aan voorzieningen voor verslavingszorg zijn drie organisaties op hetzelfde gebied van deskundigheidsbevordering en methodiekontwikkeling actief: de (Molukse) stichting Tjandu, de Stichting Deskundigheidsbevordering en Overlegplatform Surinaamse Drugshulpverlening (SDOS) en het Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD). Het NIAD voert ook taken uit op het gebied van wetenschappelijk onderzoek, documentatie en informatievoorziening.

- . Stichting Arta f 1,8 mln
- . Landelijk Ontwenningscentrum voor Molukkers (LOCM) f 0,8 mln
- . Stichting Teen Challenge f 0,8 mln

Er zijn drie door WVC rechtstreeks gefinancierde intramurale voorzieningen voor verslavingszorg op een levensbeschouwelijke of etnische grondslag. Het gaat om de stichting Arta (antroposofisch), de stichting Teen Challenge (pinkstergemeente) en het Landelijk Ontwenningscentrum Molukkers.

- . Vereniging Maatschappelijk Georiënteerde Verslavingszorg (KGOD) f 0,2 mln

De KGOD behartigt de belangen van een deel (40%) van de ambulante verslavingszorg, verleent service aan haar leden en ontwikkelt projecten op het gebied van zorgvernieuwing. Het vaste subsidie wordt besteed aan een

coördinator en een secretariaat. Daarnaast zijn er projectsubsidies. Mede als gevolg van de Tussenbalans gaat de KGOD fuseren met de (niet door WVC rechtstreeks gefinancierde) Nederlandse Vereniging van CAD's (NVC) en later met de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (NVGGz). De bezuiniging van 25% is al ingeboekt.

. Stichting Alcon f 0,1 mln

Het subsidie aan de Stichting Alcon, die alcoholpreventieprogramma's in het bedrijfsleven ontwikkelt en uitvoert, wordt in 1993 beëindigd, als gevolg van de Tussenbalans. Alcon streeft ernaar tot een kostendekkende exploitatie van de werkzaamheden zonder WVC-subsidie te komen.

. Stichting Phoenix f 0,03 mln

. Landelijke Stichting Ouders van Drugverslaafden f 0,09 mln

De subsidies aan de Landelijke Stichting Ouders van Drugverslaafden en de stichting Phoenix (medicijnverslaving) hebben betrekking op een minimale ondersteuning (materiële kosten) van vrijwilligers in hun zelf(hulp)organisaties van verslaafden of van hun ouders.

q. Eerstelijnszorg:

Het beleid in de eerstelijnszorg is gericht op samenhang en samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg en het verbeteren van de kwaliteit van de hulpverlening. Tevens wordt gestreefd naar een betere samenwerking tussen de verschillende sectoren in de gezondheidszorg.

. ELGZ Landelijke Werkgeversschappen f 2,1 mln

Het betreft hier het budget aan de Landelijke Vereniging voor Gezondheidscentra (LVG) ten behoeve van de regionale ondersteuning van de eerstelijns-samenwerking. De LVG vervult hier een intermediaire functie: de middelen van WVC worden via de LVG doorgesluisd naar 14 provinciale en stedelijke platforms voor gezondheidscentra.

. ELGZ / Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra f 0,6 mln

De LVG vormt het multidisciplinair samenwerkingsverband in de eerstelijnszorg. Een belangrijk deel van haar producten - bestemd voor het veld - zijn procesbegeleiding, handboeken voor samenwerking, methodische ondersteuning en brochures. De vereniging wordt gefinancierd uit contributies van de aangesloten leden en via projectsubsidieering door de overheid. De projectfinanciering is gericht op handhaving van het kwaliteitsbeleid en organisatie-ontwikkeling (versterking management en draagvlak) van gezondheidscentra.

. Stichting Nederlandse Ontwikkelings- en ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg (0 en 0) f 2,2 mln

Door de Stichting 0 & 0 wordt een belangrijk deel van de zorgvernieuwingsprojecten in de eerstelijnszorg / thuiszorg uitgevoerd. Accent ligt op de rol van de huisarts. De beleidsmatige sturing van het instituut geschiedt door jaarlijkse goedkeuring van het werkprogramma van het instituut. Naast

de gebudgetteerde exploitatiesubsidie (f 2,2 mln) ontvangt 0 & 0 ook projectsubsidies. Aldus is sprake van een mix van vaste en flexibele financiering (verhouding: 40% vast - 60% flexibel).

- . Stichting deskundigheidsbevordering en ondersteuning huisartsen (SDO) f 11,9 mln

De middelen voor SDO worden aan de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) beschikbaar gesteld voor de financiering van de regionale organisatie voor deskundigheidsbevordering van huisartsen, alsmede voor organisatorische ondersteuning van het functioneren van huisartsen als zorgvoorziening. Momenteel speelt de discussie om deze activiteiten / middelen over te hevelen naar de premiesector.

r. Voeding en veiligheid.

In deze sector van de gezondheidsbescherming wordt aandacht geschonken aan het verrichten van onderzoek, het verstrekken van advies aan de regering en het geven van publieksvoorlichting ten behoeve van betere voeding, voedingsgewoonten en -producten alsmede over de (consumptieve) veiligheid van producten en de veiligheid in de privésfeer.

- . Voedingsraad; Stichting Voorlichtingsbureau voor de voeding; Voedingscentrum f 1,9 mln

De structurele subsidies van WVC voor deze instellingen op het terrein van de voeding worden verstrekt in de vorm van een bijdrage aan het Ministerie van Landbouw en Visserij.

De Voedingsraad is bij wet ingesteld en is het adviescollege van de overheid op het terrein van de voeding. De door de Raad verstrekte wetenschappelijke adviezen zijn essentieel voor het voedingsbeleid van WVC.

Het Voorlichtingsbureau voor de Voeding is een landelijk werkend voorlichtingsinstituut, dat tot taak heeft het geven van voorlichting over goede voeding.

Het Voedingscentrum is onlangs in 1991 mede door WVC opgericht voor het gezamenlijk huisvesten van een aantal organisaties werkzaam op het terrein van de voeding. Het centrum bevordert de samenwerking tussen de diverse organisaties en geeft stimulans aan de activiteiten op het terrein van de voeding.

- . Stichting Consumenten Veiligheid (SCV) f 6,2 mln

Het doel van de subsidie van WVC aan de Stichting Consument en Veiligheid is het doen totstandkomen van bepaalde onderzoeks- en voorlichtingsactiviteiten op het beleidsterrein veiligheid in de privésfeer. Het gaat daarbij om:

- signalering: het leveren van informatie over de incidentie en de ernst van ongevallen in de privésfeer, het gericht ontsluiten van informatie die terzake bij andere instanties beschikbaar is, en de beleidsadviesring die daaruit voortvloeit,

- het - veelal naar aanleiding van de zojuist genoemde signalering - doen van onderzoek naar de achtergronden van ongevallen, de relevante factoren van de preventie, in het bijzonder gedragsgerelateerde en productveiligheidsaspecten, en
- het geven van voorlichting op dit terrein, het mobiliseren en toerusten met deskundigheid van het regionaal en lokaal potentieel, alsmede het op landelijk niveau voortdurend verrichten van bewustwordingscampagnes via een breed scala van massamedia.

De doelgroep van de SCV is tweërlei: enerzijds WVC voorzover het gaat om signalering, beleidsadvisering en het toeleveren van onderzoeksrapporten ter voorbereiding van preventieve maatregelen. Anderzijds de nederlandse bevolking (individuele burgers, intermediairen, beroepsgroepen e.d.) voorzover het gaat om voorlichting.

In de begroting voor 1992 is reeds aanstalte gemaakt met de herstructurering van de landelijke organisaties. Deze operatie zou voor de onderhavige organisaties diepgaander kunnen worden uitgevoerd. Hierbij zouden de criteria actualiteit, doelmatigheid en effectiviteit scherper kunnen worden gehanteerd. Voorts zou een toetsing kunnen plaatsvinden op de relevantie van de werkzaamheden van de organisatie voor het beleid en de relatie daarvan met de kerntaken van de rijksoverheid. Hierbij zal in het bijzonder aandacht moeten worden geschonken aan de waardering van de activiteiten die door de subsidiëring worden ondersteund of onderhouden.

De vraag dringt zich op of de door de gesubsidieerde organisaties verrichte functies (voorlichting, deskundigheidsbevordering, belangenbehartiging) of de bestreken beleidsvelden (emancipatie, minderheden) in het kader van het beleid voor de volksgezondheid passen.

Verder zou het proces van ontzuiling vertaald moeten worden in de subsidierelatie tussen instellingen en WVC. Dit zou ertoe kunnen leiden dat organisaties, werkzaam op hetzelfde beleidsterrein, meer en beter zouden moeten samenwerken of zelfs moeten fuseren om in aanmerking te kunnen komen voor subsidiëring. Tenslotte zou ook uitwerking gegeven kunnen worden aan de gedachte om in bepaalde gevallen de structurele exploitatiesubsidie geheel of gedeeltelijk om te zetten in subsidies voor projecten, uit te voeren door de desbetreffende organisatie.

#### 4. Variantenontwikkeling en beleidsalternatieven

##### 4.1. Inleiding

In hoofdstuk 2 is reeds aangegeven dat de politieke en bestuurlijke context waarbinnen het volksgezondheidsbeleid figureert de laatste jaren aan grote veranderingen onderhevig is. Dit betekent dat de beleidsevaluatie van de volksgezondheidssubsidies afgezet dient te worden tegen deze veranderende omgevingsvariabelen, als daar zijn:

- De stelselwijziging in de zorgsector;
- De tendens tot vergaande decentralisatie (DI);
- De Grote Efficiency Operatie (GEO);
- De kerntakendiscussie
- De Tussenbalans-operatie.

Bovengenoemde context bepaalt de richting van het onderzoek naar de actualiteit, effectiviteit en doelmatigheid van de volksgezondheidssubsidies. Hierbij zijn varianten denkbaar die meer aansluiten op de bestaande eisen en normen terzake. In het onderhavige hoofdstuk wordt hier nader op ingegaan.

Evenals in hoofdstuk 3 wordt uitgegaan van het conceptuele onderscheid tussen "PEO"-subsidies en "niet-PEO"-subsidies. Deze subsidiecategorieën worden onderworpen aan vier nader te onderscheiden heroverwegingsvarianten.

Paragraaf 4.2. bevat de theoretische uitwerking van de potentiële heroverwegingsvarianten. Vervolgens worden in paragraaf 4.3. de te onderscheiden beleidsvarianten toegepast op de verschillende subsidiecategorieën. Per subsidiecategorie worden heroverwegingsvoorstellen gedaan. Tevens wordt aangegeven wat de inhoudelijke consequenties van de bestuurlijke varianten zijn voor de volksgezondheidsbegroting. Tot welke budgettaire "bewegingen" een en ander leidt. Tenslotte bevat paragraaf 4.4 een recapitulatie van de implicaties van de diverse heroverwegingsvarianten.



## 4.2. Heroverwegingsvarianten

We onderscheiden de volgende varianten:

- de bezuinigingsvariant;
- de organisatievariant;
- de marktconforme variant;
- de prioriteitenvariant.

### De Bezuinigingsvariant.

Deze variant komt overeen met de bij de vorige heroverwegingsronden gebruikte "target-benadering". Om louter budgettaire redenen genereert deze variant vooraf gestelde bezuinigingen door het al dan niet gedifferentieerd toepassen van kortingen op de budgetten. Iedere bezuinigingsopbrengst is hier per definitie arbitrair.

In het kader van de heroverwegingsronde 1992 is afgezien van de gebruikelijke 20% taakstellende besparingsvariant. In het onderhavige heroverwegingsrapport over de volksgezondheidssubsidies wordt derhalve niet uitgegaan van een expliciete bezuinigingsvariant. Dat neemt niet weg dat ten gevolge van gewijzigde vormgeving van de subsidiëring mogelijke besparingen voor de rijksoverheid kunnen optreden.

### De Organisatievariant

Hoofdkenmerk van de organisatievariant is het op een andere wijze gestalte geven aan de bestuurlijke inrichting, financieringsvorm en uitvoering van het subsidiebeleid. Enerzijds onderscheiden we hierbij de delegatie van de uitvoering van de subsidiëring; de rijksoverheid blijft verantwoordelijk voor de beleidsbepaling. Anderzijds kan in deze variant sprake zijn een volledige overdracht van het subsidiebeleid naar lagere overheden. In beide gevallen blijft de overheid (rijk of lagere overheden) eindverantwoordelijk voor het subsidiebeleid (de programmatische keuze).

Door de uitvoering van de subsidies te delegeren kan een meer gerichte en centrale sturing op hoofdlijnen en inhoud ontstaan opdat kritischer wordt omgegaan met de kostenstelling. Inhoud en regie worden gebundeld; financiering via gedelegeerde budgetten. De specifieke verdeling van subsidies, in casu de uitvoering en administratie van programma's, wordt overgedragen aan afzonderlijke uitvoeringsinstanties c.q. fondsen.

Voordelen van deze delegatie zijn dat de overheid haar eindverantwoordelijk ten aanzien het volksgezondheidsbeleid blijft behouden (sturen op hoofdlijnen), en bureaucratisering wordt voorkomen door de scheiding tussen beleidsbepaling en beleidsuitvoering.

In geval van volledige delegatie van verantwoordelijkheden voor de subsidiëring op het gebied van de volksgezondheid naar de lagere overheid spreken we van territoriale decentralisatie van het subsidiebeleid. De rijksoverheid is dan ook niet meer verantwoordelijk voor de inhoud c.q. beleidsbepaling ten aanzien van onderdelen van het volksgezondheidsbeleid. Deze

variant sluit aan bij hetgeen in het kader van de Decentralisatie-Impuls geschiedt.

#### De Marktconforme variant

Hierbij trekt de overheid zich terug op specifieke onderdelen van het volksgezondheidsbeleid (functionele decentralisatie). De verantwoordelijkheid voor de totstandkoming en uitvoering van activiteiten op het gebied van de zorg berust bij de partijen in het veld (de "markt"): zorgaanbieders, verzekeraars dan wel patiënten.

Deze variant speelt in op de gewijzigde verhoudingen binnen het zorgstelsel ten gevolge van het Plan Simons. Niet langer de overheid, maar partijen zelf bepalen de prioriteitenstelling ten aanzien van delen van het volksgezondheidsbeleid. Deze variant impliceert aldus afstoting van taken van de overheid, c.q. de bekostiging ervan, omdat ze niet meer passen in de taakopvatting van de rijksoverheid (kerntakendiscussie). Eveneens kan deze variant leiden tot een verschuiving van de financiering van de volksgezondheidssubsidies. Daar waar voorheen de overheid verantwoordelijk was en de diverse activiteiten via de begroting gefinancierd werden, zullen partijen nu zelf verantwoordelijk zijn voor de bekostiging (ondermeer via premiefinanciering).

Een minder stringente vorm van de marktconforme variant is denkbaar in geval de "markt" imperfecties vertoont. Overheidsinterventies zijn dan noodzakelijk om te voorkomen dat onevenwichtigheden zich voordoen waardoor een optimale marktwerking verstoord wordt. Deze situatie doet zich voor in die gevallen waar de overheid door subsidiëring de aanbod- of vraagzijde beïnvloedt. We spreken in dit geval ook wel van medefinanciering: zowel marktpartijen als overheid dragen bij in de bekostiging van activiteiten.

#### De Prioriteitenvariant

De prioriteitenvariant weerspiegelt de prioriteiten- en posterioriteitenstelling op het gebied van de zorg. De teruggang in het volume aan financiële middelen noopt tot strengere selectie-criteria en tot een permanente toetsing van de subsidies aan de actualiteit. De mate waarin de volksgezondheidssubsidies direct bijdragen aan de verwezenlijking van het gewenste volksgezondheidsbeleid geven aan of sprake is van prioriteiten dan wel posterioriteiten. De politieke afweging die hieraan vooraf gaat is evident. Aldus biedt de prioriteitenvariant het normatief referentiekader waartegen het belang van de diverse subsidie categorieën kunnen worden afgezet.

De prioriteitenvariant komt vooral tot uiting in de incidentele, ad hoc subsidiëring van projecten. Deze vormen immers een slagvaardig instrument om de veranderende doelstellingen op korte termijn te operationaliseren. De prioriteitenvariant leidt tot herschikkingen op de begroting waardoor "nieuw" beleid prevaleert boven bestaand of "oud" beleid.

### 4.3. De volksgezondheidssubsidies: mogelijke beleidsvarianten

Per subsidiecategorie worden de te onderscheiden heroverwegingsvarianten toegepast. Daar waar mogelijk zullen de budgettaire gevolgen voor de WVC-begroting worden aangegeven.

#### 4.3.1. "PEO"-subsidies

Per definitie kenmerkt de subsidiecategorie "PEO" zich door haar incidentele karakter. De PEO-subsidies zijn innovatief en faciliterend van aard. Gezien de huidige omstandigheden en ontwikkelingen op het beleidsterrein volksgezondheid is "PEO" een belangrijk instrument om gewenste ontwikkelingen tot stand te brengen. Nu sturing via wet- en regelgeving in bepaalde gevallen niet meer als belangrijkste instrument voor overheidsbeleid wordt beschouwd, kan, met name bij een terugtrekkende overheid, een selectieve en gerichte inzet van beperkte middelen voor "PEO" zeer effectief zijn om gewenste veranderingen en vernieuwingen tot stand te brengen. Een PEO-budget in de orde van 0,2 % van het totale budget voor de zorgsector (ruim f 50 miljard) is daarbij zeker niet ruim!

Deze schaarse inzet van faciliterende middelen verplicht dan ook om beschikbare middelen zo goed mogelijk in te zetten. Dat betreft zowel de inhoudelijke keuze van de prioriteiten, de organisatie en de wijze van financiering. Daar waar op onderdelen van het PEO-beleid "doelmatigheids-winsten" te behalen zijn zullen deze dan ook moeten worden ingezet voor prioriteiten. Met andere woorden herschikken binnen het bestaande budget.

De bestaande vormgeving van de subsidies aan projecten, experimenten en onderzoek is zeer divers. Beziert men de verdeling van de budgetten dan valt op dat er sprake is van inhoudelijke en budgettaire versnippering. Dit leidt tot scheve verhoudingen tussen enerzijds de inhoud van de subsidieprogramma's en anderzijds de hiervoor beschikbare middelen. Bovendien is hierdoor in veel gevallen sprake van "overlap" en een onnodige zware belasting van het ambtelijke apparaat.

De subsidiëring van diverse projecten, experimenten en onderzoek op het gebied van de volksgezondheid dienen aldus te worden bezien op enerzijds hun inhoud en doeltreffendheid en anderzijds op doelmatigheid van de organisatie van deze subsidies. Het vraagstuk van de actualiteit speelt in de optimale situatie voor deze subsidiecategorie niet: de "PEO"-subsidies zijn dan immers het product van de op enig moment geformuleerde beleidsdoelstellingen en dus per definitie actueel.

#### Bezuinigingsvariant PEO

Het incidentele karakter van de PEO-subsidies heeft tot gevolg dat, in technische zin, herschikkingen relatief eenvoudig zijn te realiseren. Er is immers een regelmatige en een relatief snelle vrijval van de ingezette middelen die - afhankelijk van de op dat moment geldende overwegingen - alternatief kunnen worden aangewend.

### Organisatievariant PEO-subsidies

De organisatievariant is op twee manieren van toepassing:

- a. de organisatie en regie worden intern geconcentreerd opdat een betere afstemming plaatsvindt tussen de inhoud van programma's (voorkomen doublures) en de daarvoor beschikbare middelen. De afzonderlijke "PEO"-activiteiten worden gebundeld tot categorieën van aandachtsgebieden ("het geheel is meer dan de som der delen").
- b. overdracht van de uitvoering van de PEO-activiteiten naar een beperkt aantal uitvoeringsorganen c.q. fondsen dan wel naar een ander bestuurlijk niveau.

Doelmatigheidswinsten kunnen worden gerealiseerd bij de PEO-activiteiten door - binnen randvoorwaarden - programma's onder te brengen bij externe organisaties of bij instituten waarmee vanuit WVC toch al vaste relaties bestaan (RIVM, NIVEL).

### Marktconforme variant PEO-subsidies

Toepassing van de marktconforme variant impliceert verschuivingen in de financiering van de "PEO"-activiteiten c.q. medefinanciering door de betrokken marktpartijen in de gezondheidszorg. Deze variant is dan vooral toepasbaar op projecten en experimenten in de sfeer van de structuur van het stelsel van zorg dat grotendeels wordt gefinancierd uit premiemiddelen. Ook op het gebied van de geneesmiddelen (maar ook voeding) kan de overheid terugtreden als het gaat om de (mede)financiering van projecten, experimenten en onderzoek. De industrie heeft hier duidelijk ook verantwoordelijkheden (financieel "commitment" van betrokkenen).

### Prioriteitenvariant PEO-subsidies

Bij deze variant gaat het er om te bezien of de PEO-activiteiten voldoende corresponderen met de politieke prioriteiten en posterioriteiten. Indicatoren daarvoor zijn onder meer toezeggingen van de bewindslieden, geuite beleidsvoorkeuren in nota's aan de Kamer en de relatie met majeure beleidsthema's van dit moment.

Om voor deze exercitie meer inhoudelijk zicht te krijgen op de bestemming van de "PEO- middelen" is in onderstaande tabel een thematische ordening aangebracht.

Thema's PEO- volksgezondheid (bedragen x f 1 mln)

1. Staat volksgezondheid/gezondheidsbeleid	:	f	7,3 mln.
2. Financiering en structurering zorgsysteem	:	f	20,5 mln.
3. Inhoudelijke functie zorgsysteem	:	f	21,2 mln.
4. Preventie/ziektebestrijding	:	f	46,7 mln.
5. Gezondheidsbescherming	:	f	6,9 mln.
6. Patiënten/consumentenbeleid	:	f	5,1 mln.
7. Ethische en juridische zaken	:	f	1,1 mln.
8. Internationale aangelegenheden etc.	:	f	1,7 mln.
 Totaal	 :	 f	 110,5 mln.

Een beoordeling van de met deze thema's gemoeide activiteiten in het licht van de huidige politieke prioriteiten geeft mogelijkheden tot herschikkingen. In sommige gevallen zijn er mogelijkheden als gevolg van de afloop van bepaalde activiteiten die eerder politiek prioritair waren (de vrijval van bijvoorbeeld het project Almere). In andere gevallen zijn er mogelijkheden door scherpere prioritering van activiteiten.

Deze budgettaire "besparingen" compenseren "intensiveringen" van de politieke aandachtsgebieden zoals: het patiëntenbeleid, facilitering van de stelselwijziging zorg, het preventiebeleid en het arbeidsmarktbeleid (zie Werner).

"PEO"-subsidies resumé

Samenvattend komt een herinrichting van de subsidiëring van projecten, experimenten en onderzoek neer op:

- een speerpuntbenadering op basis van inhoudelijke prioriteiten;
- politieke en ambtelijke besluitvorming op hoofdlijnen;
- strakke interne regie van het "PEO"-beleid in termen van gebundelde programma's;
- uniforme en centrale registratie (en presentatie) van de beleidsactiviteiten: de centrale overheid beperkt zich tot inhoud en regie;
- delegatie van de uitvoering van de geclusterde activiteiten naar lagere overheden of uitvoeringsorganen (de recipiënten);
- een nieuwe infrastructuur voor de uitvoering van de PEO-programma's die kwalitatief hoge eisen stelt aan de mate waarin de uitvoerende instanties geëquipeerd zijn voor deze taken.

Gezien de nieuwe politieke prioriteiten, de kerntakendiscussie en de hieruit veranderende relatie van de rijksoverheid tot het veld, leidt toepassing van de bestuurlijke varianten per saldo niet tot besparingen. Eventuele "doelmatigheidswinsten" zijn nodig voor het realiseren van herschikkingen.

#### 4.3.2. "niet-PEO"-subsidies

Deze reguliere subsidiestroom omvat de grote verscheidenheid aan structurele ( en daarom "niet-PEO") subsidies, die in hoofdstuk 3 geclassificeerd zijn in de volgende subcategorieën:

- structurele subsidies aan onderzoeksinstituten;
- subsidies voor structurele beleidsuitvoering;
- structurele financiering van organisaties op het gebied van de volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening.

Omwille van eenduidigheid zal per subcategorie aangegeven worden in hoeverre de diverse heroverwegingsvarianten van toepassing zijn.

#### Onderzoeksinstituten

De subsidiëring van de onderzoeksinstituten ontleent haar waarde aan het belang van een goede onderzoeksinfrastructuur op het gebied van de zorg. De continuïteit en kwaliteit van de volksgezondheid nopen tot kwalitatief hoog en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek. Voor een belangrijk deel wordt dit soort onderzoek verricht door de nederlandse universiteiten. Daarnaast zijn er de in hoofdstuk 3 genoemde onderzoeksinstituten die zich specifiek toeleggen op volksgezondheidsonderzoek.

Aangezien het doel van deze subsidiestroom (waarborgen van een goede en onafhankelijke onderzoeksinfrastructuur) een evidente overheidstaak is, is toepassing van de marktconforme variant, in de zin dat de overheid zich volledig terugtrekt, maar tot op zekere hoogte en slechts in bepaalde gevallen mogelijk. Wel kan in een aantal gevallen de toepassing van medefinanciering geoptimaliseerd worden.

In termen van doelmatigheid en effectiviteit zijn echter knelpunten te bemerken die reden zouden kunnen zijn voor een alternatieve inrichting van deze subsidies.

Uit de beleidsbeoordeling blijkt namelijk, dat de afbakening van verantwoordelijkheden niet overal even helder is (relatie met O&W). Ook is geconstateerd dat de subsidiëring weinig flexibel is in termen van programmatische sturing (inhoud) en financiering. De bestaande structurele financiering zou geheel of gedeeltelijk kunnen worden omgezet in incidentele projectfinanciering. Er zou een meer acceptabele mix moeten ontstaan tussen de basisfinanciering en flexibele onderzoeksopdrachten (de "O" van "PEO"). Dit geldt bijvoorbeeld in geval van de TNO doelsubsidies. Bovendien geldt dat soortgelijk onderzoek wordt uitgevoerd door meerdere onderzoeksinstituten. In dit verband is de "overlap" te noemen tussen RIVM en TNO.

Meer concreet impliceren bovenstaande uitgangspunten het volgende voor de afzonderlijke instituten:

TNO (f 26,3 mln)

- Bezuinigingsvariant:  
Er is reeds fors op TNO bezuinigd als gevolg van TUBA-ombuiging (1 mln) en amendering door de Kamer (f 2,25 mln). Verdere bezuiniging is niet in overeenstemming met het door het kabinet in 1991 goedgekeurde strategisch plan TNO, waarin de doelsubsidies van de vakdepartementen meerjarig zijn vastgelegd.
- Organisatievariant:  
Er is geen sprake van basisfinanciering door WVC, maar van doelsubsidies. Gedeeltelijke of gehele omzetting van deze doelsubsidies in programmafinanciering is mogelijk, maar zal leiden tot implementatieproblemen in verband met de in de TNO-wet vastgelegde bepalingen terzake van de doelsubsidies. Bij programmafinanciering zou op grond van de huidige regelgeving verlaging van de WVC-doelsubsidies gepaard moeten gaan met compensatie van de PEO-gelden die aan TNO besteed zullen moeten worden. Vraag is of voor wijziging van de TNO-wet voldoende politiek draagvlak bestaat.
- Marktconforme variant:  
TNO moet reeds circa 50% van zijn financiering uit contractresearch halen. De overheid is daarbij een belangrijke opdrachtgever. Een (substantiële) vergroting van het aandeel van andere marktpartijen of overheveling naar het premiecircuit heeft rechtstreeks gevolg voor de (omvang van) de bedrijfsvoering van TNO.
- Prioriteitenvariant:  
Scherpere prioriteitstelling en vergroting van de beleidsrelevantie van het TNO-onderzoek zal moeten worden nagestreefd. Herschikkingen ten laste van TNO-onderzoeksgebieden met lagere prioriteit voor het WVC-beleid vinden hun reflectie in de "PEO-subsidies".

NKI (f 14,9 mln)

- Bezuinigingsvariant:  
Een opgelegde bezuiniging is technisch mogelijk maar inhoudelijk gezien uiterst onwenselijk. Kwalitief hoogwaardig fundamenteel kankeronderzoek zou op deze wijze worden beperkt of onmogelijk gemaakt.
- Organisatievariant:  
  
Bij het NKI gaat het om fundamenteel wetenschappelijk onderzoek, dat zich niet leent voor programmafinanciering. De doelmatigheid van het instituut en de kwaliteit van het onderzoek staat niet ter discussie. Echter gezien het feit dat het hier fundamenteel onderzoek betreft ligt overheveling naar de O&W-sector voor de hand.
- Marktconforme variant:  
  
Door het fundamenteel karakter van het onderzoek is een marktconforme variant niet relevant. Een (nog) groter aandeel van het publiek via

collectiegelden in verhouding tot de overheidsbijdrage (nu al minder dan 80-20) is gezien de verantwoordelijkheden van de overheid niet realistisch.

- **Prioriteitenvariant:**

Het algemeen belang van het NKI-onderzoek wordt nationaal en internationaal onderkend. In termen van beleidsinhoudelijke prioriteiten of posterioriteiten is deze variant voor wat betreft het NKI niet relevant.

IARC (f 1,3 mln)

Nederland heeft zich internationaal verplicht tot contributie van het IARC. Alleen uittreden uit het internationaal financieringsverband is mogelijk en leidt dan tot 100% bezuiniging. Dit is echter een politiek-inhoudelijke keuze.

Inhoud en vormgeving van het IARC wordt internationaal bepaald in de Governing Council (waarvan ook Nederland deel uitmaakt).

NIVEL (f 4,2 mln)

- **Organisatievariant:**

Theoretisch zou de basissubsidie nog verder kunnen worden omgezet in project- of programmafinanciering. De huidige mix van ca. 40% vaste basisfinanciering, bedoeld voor het instandhouden van de infrastructuur en het behouden van de specifieke deskundigheid, en 60% flexibele project- en programmasubsidies wordt bij de financiering van het NIVEL beschouwd als een optimum en dient derhalve niet verder te worden aangetast.

- **Marktconforme variant:**

In een deel van de NIVEL-financiering wordt reeds door marktpartijen voorzien. Dit aandeel zal in de toekomst vergroot moeten worden gelet op de te verwachten groeiende behoefte aan informatie bij verzekeraars, zorgaanbieders en consumenten. In het kader van de stelselherziening zullen deze partijen het initiatief van de overheid tot (eerstelijns)onderzoek geleidelijk moeten overnemen.

- **Prioriteitenvariant:**

De beleidsmatige prioriteit van het gezondheidszorgonderzoek door het NIVEL is hoog. Uit dit oogpunt is een verlaging van het NIVEL-budget voor bezuinigingsdoeleinden onwenselijk.

NISSO (f 1,3 mln)

- **Organisatievariant:**

De financieringsconstructie (een mix van vaste basisfinanciering en een flexibel onderzoeksbudget) wordt optimaal geacht. Gelet op de beperkte omvang van het NISSO is echter het onderbrengen van de functies van het instituut in een ander (financierings)kader te overwegen.

Bij de uitwerking van deze optie kan het NISSO worden geïntegreerd in een constructie - vergelijkbaar met het NIZW - waarin mede worden opgenomen het NCGV (zie hieronder). Andere partners voor integratie met het NISSO kunnen ook zijn de Rutgers Stichting en de Protestantse



Stichting voor Verantwoorde Gezinsvorming (PSVG).

- Marktconforme variant:  
Elementen van medefinanciering zouden overwogen kunnen worden.
- Prioriteitenvariant:  
Op grond van de kerntakendiscussie zou de beleidsmatige prioriteit van dit instituut voor heroverweging in aanmerking kunnen komen. Een en ander zou echter wel moeten worden bezien in combinatie met de toepassing van de organisatievariant.

SWOR (f 1,8 mln)

- Organiseatievariant:  
Omzetting van de subsidiëring in volledige programmafinanciering in plaats van de huidige vaste personeelsfinanciering dient te worden overwogen. Dit zal overleg met medefinanciers vereisen. Verondersteld wordt dat dat de hierdoor optredende verbetering van de sturing van de inhoud van de programma's tot effectiviteitswinst kan leiden.
- Marktconforme variant:  
De SWOR wordt in een vaste afgesproken verhouding gesubsidieerd door WVC, TNO en de RU Limburg in 17, resp. 6 en 2 FT-formatieplaatsen. Verder genereert de SWOR ook inkomsten uit patenten. Om de totale financiering rond te krijgen heeft zij ondersteuning van derden; zij genereert onder meer extra gelden uit EG-fondsen. Gesteld kan worden dat hier sprake is van voldoende niveau van medefinanciering.
- Prioriteitenvariant:  
In dit instituut wordt met beperkte middelen grote resultaten tot stand gebracht. Bovendien is de SWOR de enige in zijn soort. Heroverweging op grond van deze variant zou op inhoudelijke gronden leiden tot een groot verlies.

NcGv (f 3,6 mln)

- Organiseatievariant:  
Theoretisch is gehele of gedeeltelijke omzetting van de basisfinanciering in programmafinanciering mogelijk. Evenals bij het NIVEL heeft subsidiëring van een beperkte basisfinanciering uit oogpunt van doelmatigheid de voorkeur. Het brengen van de verhouding tussen de vaste en flexibele financiering tot de verhouding 40-60 dient te worden overwogen.
- Marktconforme variant:  
Er is reeds sprake van financiering door marktpartijen. Dit aandeel moet in de toekomst vergroot worden gelet op de te verwachten groeiende behoefte aan onderzoeksinformatie over de geestelijke gezondheidszorg (ggz) bij verzekeraars, zorgaanbieders en consumenten. In het kader van de stelselherziening zullen deze partijen geleidelijk aan het initiatief tot ggz-onderzoek van de rijksoverheid moeten overnemen.

- Prioriteitenvariant:  
De beleidsmatige prioriteit van het NcGv-onderzoek is hoog. Op grond van deze overweging is een verlaging van het NcGv-budget ongewenst.

### Subsidies voor structurele beleidsuitvoering

Een aantal van de in deze categorie opgenomen subsidiestromen komen in aanmerking voor heroverweging, doordat het zwaartepunt van de beleidsuitvoering niet volledig of zelfs in het geheel niet meer bij de rijksoverheid moet worden gelegd.

De verandering in de status van deze geldstromen moet worden toegeschreven aan de verschuivingen van de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de rijksoverheid naar de lagere overheden dan wel doordat de desbetreffende taken in het kader van de stelselwijziging tot de verantwoordelijkheid van partijen in het veld moeten worden gerekend.

Aldus beperkt het heroverwegingsonderzoek zich voor wat betreft de subsidie voor structurele beleidsuitvoering tot de toepassing van de drie volgende varianten:

- De bezuinigingsvariant; de desbetreffende subsidie wordt beëindigd; er wordt niet gezocht naar een alternatieve aanwending van de vrijgekomen middelen (ISP/PNL).
- De organisatievariant; er vindt territoriale decentralisatie plaats van de activiteiten. De subsidiëring wordt overgenomen door de lagere overheden (DI).
- De marktconforme variant; de rijksoverheid trekt zich (op onderdelen) terug op het onderhavige beleidsterrein en laat de financiering van de desbetreffende activiteiten over aan de actoren in het veld van de gezondheidszorg (zorgaanbieders en verzekeraars), dan wel aan de "particuliere" markt (industrie en dienstverlening).

#### Bezuinigingsvariant

De bezuinigingsvariant is van toepassing op:

- ISP/PNL arbeidsplaatsen collectieve preventie (f 3,8 mln)
- ISP/PNL arbeidsplaatsen verslavingszorg (f 3,3 mln).

Het verstrekken van deze subsidies, die als additionele bijdragen boven het reguliere beleid ter beschikking werden gesteld als werkgelegenheidsinstrument, worden niet meer tot de kerntaken van het departement gerekend. Deze subsidies hebben bovendien hun actualiteitswaarde verloren doordat de doelstelling ervan (grotendeels) is bereikt. Na gevoerd overleg met de noordelijke provincies, de provincie Limburg en de betrokken gemeenten, is besloten de subsidie met ingang van 1993 te beëindigen.

#### Organisatievariant:

Voor toepassing van de organisatievariant, c.q. territoriale decentralisatie, zouden de volgende subsidiegeldstromen in aanmerking kunnen komen:

- Geneeskundige hulpverlening bij rampen; f 5,7 mln
- Specifieke uitkeringen Basisgezondheidszorg; f 15,1 mln
- Uitvoering Tijdelijke Financieringsregeling Verslaafdenzorg; f 113,9 mln
- Tijdelijke stimuleringsregeling regionale patiënten- en consumentenplatforms (RPCP); f 5,8 mln

De overdracht van deze subsidieregelingen naar de lagere overheden speelt reeds in het kader van de Decentralisatie-Impuls. Ook hier vanuit de idee dat de beleidsmatige verantwoordelijkheid voor genoemde activiteiten op het gebied van de volksgezondheid feitelijk hoort bij provincies en gemeenten. Het integreren van beleidsbepaling en beleidsuitvoering tot één subsidie-niveau kan efficiencywinsten genereren. Nauwkeurige kwantificering hiervan is echter heikel en per definitie arbitrair.

Tot op zekere hoogte is de organisatievariant ook toepasbaar op:

- Opleidingen en examens in de gezondheidszorg (gedeeltelijk: f 30,6 miljoen).

Het gaat hier dan niet zo zeer om delegatie van de uitvoering, dan wel om de verandering van de financieringsstructuur.

De doelmatigheid van de paramedische opleidingen en de opleiding verloskunde kan worden vergroot door verandering van de wijze van financiering. Het gaat daarbij om vervanging van het bestaande bekostigingssysteem ("input"-financiering) door een budgetsysteem ("output"-financiering). De doelmatigheid kan verder worden gestimuleerd door herziening (deregulering) van de betreffende wet- en regelgeving.

De inhoud en kwaliteit van de initiële opleidingen alsmede de beroepskrachtenplanning (advisering over numerus-fixus) worden gerekend tot de kerntaken van WVC, een en ander in het kader van de toekomstige Wet BIG. Beleidsbepaling en financiering van deze opleidingen blijven de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid.

#### Marktconforme variant:

De marktconforme variant is toepasbaar op:

- Vroegtijdige Onderkenning Ontwikkelingsstoornissen (VTO) (f 2,9 mln);
- Nascholing en opleiding in de geestelijke gezondheidszorg (gedeeltelijk: f 1,7 mln);
- Opleidingen en Examens (gedeeltelijk: f 16,7 mln);
- Uitvoering Destructiewet (f 2,1 mln);
- Aankoop sera en vaccins (f 1,6 mln).

Het gaat hier om subsidieregelingen die een direct belang raken van partijen in de zorgsector, respectievelijk de industrie en particuliere dienstverlening. Gezien hun belang en het gegeven dat de overheid meer verantwoordelijkheden bij marktpartijen wil leggen, is herbezinning op deze subsidiestromen op zijn plaats. Overheveling van deze taken naar partijen zelf past ook in het kader van de kerntakendiscussie.

#### Vroegtijdige onderkenning ontwikkelingsstoornissen (f 2,9 mln):

De VTO-samenwerkingsverbanden hebben tot doel de lacunes op te heffen die in dit veld van de (preventieve) gezondheidszorg ontstaan vanwege de verbrokkelde financiering en de verscheidenheid in de uitvoeringsorganisaties.

Uitvoering zal gegeven moeten worden aan de voornemens de uitvoering van de VTO-activiteiten in één uitvoerings-structuur onder te brengen, bij voorkeur bij het Kruiswerk; financiering van deze voorziening via de AWBZ. Momenteel speelt de gedachte om de VTO-samenwerkingsverbanden over te

hevelen naar de gemeenten ( in feite toepassing van de organisatie-variant). Een en ander is afhankelijk gesteld van de evaluatie van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en van de evaluatie Jeugdgezondheidszorg.

Nascholing en opleiding in de geestelijke gezondheidszorg (gedeeltelijk: f 1,7 mln):

De financiering van de jaarlijkse bijdrage aan de RINO's en het CRINO ten behoeve van de basisopleiding tot psychotherapeut ad f 1,7 mln zou kunnen worden overgedragen naar het premiecircuit. De aanbieders van zorg - marktpartij in deze - zouden op deze wijze verantwoordelijk worden gesteld voor inhoud en financiering van de opleidingen. Getracht zou moeten worden eenzelfde constructie te vinden als bij de bekostiging van de opleiding tot huisarts.

Opleiding en examens in de gezondheidszorg (gedeeltelijk f 16,7 mln):

De marktconforme variant kan worden overwogen bij de bekostiging van de medische en tandheelkundige specialistenopleidingen (het gaat hier om een totaalbedrag van ca f 16,7 miljoen). Dit houdt de facto in dat de opleidingskosten worden gefinancierd uit de premie gefinancierde sector (marktpartij is de medische of tandheelkundige specialist-aanbieder van zorg). Ook hier zou aansluiting kunnen worden gezocht bij de wijze van bekostiging van de opleiding tot huisarts. Aldus ontstaat tevens consistentie in de financieringsvorm van de opleidingen tot huisarts en medische/tandheelkundige specialist.

Uitvoering Deconstructiewet (f 2,1 miljoen):

De overheid wordt niet langer verantwoordelijk geacht voor de activiteiten van de voorcentralisatiediensten. Het ophalen van het destructiemateriaal is de verantwoordelijkheid van de private destructor-ondernemer. Een heffing ten laste van het bedrijfsleven (veehouderij) zal het systeem van voorcentralisatie van destructiemateriaal op termijn (gedeeltelijk) kostendekkend moeten maken. Wijziging van wetgeving ex Deconstructiewet loopt momenteel.

Aankoop sera en vaccins (f 1,6 miljoen):

Vanwege de sterk verhoogde kans op schade aan de gezondheid van een eventueel volgend kind c.q. bedreiging van de levensvatbaarheid van een nieuwe foetus, door het achterwege laten van rhesus (D) immunisatie, staat de noodzaak van deze medische verstrekking buiten kijf. Derhalve is het niet langer aannemelijk te maken, dat hier sprake is van een preventieve maatregel, die op grond van algemene volksgezondheidsoverwegingen door de rijsoverheid wordt gefinancierd. Op basis van medische en sociaal maatschappelijke overwegingen is hier veeleer sprake van een aanspraak op farmaceutische hulp krachtens de AWBZ.

Nu farmaceutische hulp, waaronder sera en vaccins is overgeheveld naar de AWBZ, ligt het voor de hand om rhesus (D) immunisatie eveneens uit de AWBZ te financieren, temeer daar per 1 januari 1992 ook het perinatale onderzoek op bloedgroep/rhesusfactor uit de AWBZ wordt gefinancierd.

De subsidies voor:

- Registratiesysteem verslavingszorg en bijdrage Jellinek-laboratorium (f 2,2 mln.)

- Implementatie herstructurering geneesmiddelenbeleid (f 12,6 mln.)  
behoren tot de kerntaken van het volksgezondheidsbeleid.  
Toepassing van de organisatie- of marktconforme variant is bij deze  
subsidiegeldstromen niet relevant.  
Het betreft hier namelijk geëntameerde activiteiten van de rijksoverheid in  
verband met door haar gewenste beleidsontwikkelingen.

Structurele financiering van organisaties op het gebied van de volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening

Het gegeven dat de rijksoverheid 66 organisaties subsidieert, die werkzaam zijn in 18 verschillende aandachtsgebieden op het terrein van de volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening, wordt historisch verklaard. Deze organisaties zijn veelal ontstaan uit particulier initiatief en een verzuild maatschappijbeeld.

Het aandachtsgebied van deze organisaties is te definiëren in termen van een bepaald probleemgebied, ziektebeeld of een bepaalde groepering. Bij de confessionele organisaties bepaalt de levensvisie van de initiatiefnemers bovendien welk deel van de bevolking hun bijzondere aandacht krijgt. Het maatschappelijk belang dat het particuliere initiatief nastreeft, wordt door de rijksoverheid gewaardeerd door de desbetreffende organisaties te subsidiëren. Dit heeft geleid tot een heterogene verzameling subsidieobjecten, die de verschillende problemen aanpakken vanuit een categorale invalshoek.

De verschillende organisaties benaderen het door hen geïdentificeerde probleem elk als een uniek beleidsobject, dat - onafhankelijk van het overige in het veld van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening werkzame particulier initiatief - vanuit de eigen achtergrond en ten behoeve van de eigen doelgroep wordt aangepakt. Hierdoor ontstaat een versnipperde beleidvoering voor één en dezelfde problematiek. De subsidie-structuur en -relatie, zoals die is waar te nemen, kenmerkt zich bovendien tot een afhankelijkheid van WVC - als beleidsverantwoordelijke - van de particuliere organisaties.

In het kader van dit heroverwegingsonderzoek roept deze situatie niet alleen de nodige vragen op, maar vergt tevens een kritische beschouwing van de subsidies aan de veranderde relatie overheid-burger.

De subsidiëring van organisaties op het terrein van de volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening wordt in de meeste gevallen gerechtvaardigd met het argument dat de desbetreffende activiteiten of werkzaamheden (nog) niet tot de (verantwoordelijkheid van de) reguliere (gezondheids)zorg behoren. Ze zijn als het ware complementair aan de reguliere zorg. In het kader van deze heroverweging is onderzocht of dit argument in alle geïnventariseerde gevallen (nog) valide is.

Marktpartijen zullen bij een terugtrekkende overheid (èn als uitvloeisel van het plan Simons) de onvolkomenheden en lacunes in het zorgaanbod zelf moeten opvullen. Hier is immers de eigen verantwoordelijkheid van instellingen van zorg alsmede van de medische professie in het geding. Dit geldt met name waar de activiteiten van de categoriaal georiënteerde organisaties zich richten op de verbetering van de toegankelijkheid van de zorg en de deskundigheid van de hulpverleners. Hier kan dan ook terecht de vraag worden gesteld of de gesubsidieerde activiteiten niet geïntegreerd dienen te worden met de reguliere zorg.

Tevens speelt de vraag of de doelstellingen van de gesubsidieerde organisaties gerekend kunnen worden tot het volksgezondheidsbeleid van de rijksoverheid, uitgaande van haar kerntaken. De subsidiëring kan in bepaalde gevallen niet langer actueel worden geacht vanwege het verleggen van de prioriteiten of aandachtsgebieden door de overheid.

Afgezien van de inhoud is dan ook de doeltreffendheid in het geding. In het verlengde hiervan past eveneens de vraag of de subsidiëring van categorale organisaties (wier activiteiten bovendien slechts een klein deel terrein van de zorg bestrijken) zich verhoudt tot het uitgangspunt dat de rijksoverheid slechts op hoofdlijnen stuurt.

Mocht evenwel worden geconstateerd dat de gesubsidieerde activiteiten wèl tot een kerntaak van de overheid behoren, dan nog is het de vraag of dit behoort te geschieden via subsidiëring van landelijke organisaties.

Een kritische beschouwing van de subsidiëring van de landelijke organisaties leert dat herstructurering van deze subsidies zowel om inhoudelijke gronden als reden van doelmatigheid op zijn plaats is. Elementen van zowel de organisatievariant (bundeling subsidies en voorkomen doublures), als de marktconforme variant (profijtbeginsel, zelfbekostiging) zijn van toepassing. Deze worden ingegeven door de volgende overwegingen:

- De subsidies aan de organisaties dienen getoetst te worden aan de vraag of het onderhavige aandachtsveld nog wel tot de kerntaken van de overheid kan worden gerekend.
- Organisaties, werkzaam in hetzelfde beleidsveld of aandachtsgebied dienen (meer) samen te werken, dan wel te fuseren.
- De structurele subsidies aan categorale organisaties dient te worden geïntegreerd in de (bekostiging van de) reguliere zorg.
- De organisaties dienen meer gebruik te maken van andere financieringsbronnen.
- De structurele exploitatiesubsidies dienen te worden beëindigd en omgezet in incidentele projectsubsidies (vergroting flexibiliteit).
- De prioriteitenstelling door de overheid dient nadrukkelijker naar voren te komen: is de activiteit politiek nog actueel? Zo ja kan dit dan via "PEO"-financiering tot uiting komen.
- De departementale regie ten aanzien van de subsidies voor organisaties zou meer geclusterd kunnen worden, zeker daar waar welzijn en zorg (maatschappelijke dienstverlening) samen komen.

Van toepassing zijn aldus de volgende varianten:

- De organisatievariant; een verandering van de organisatiestructuur door enerzijds meer gebruik te maken van schaalvoordelen (fuseren) en anderzijds door de subsidievorm te flexibiliseren (overgaan op incidentele programma-financiering).
- De marktconforme variant; door het meer toepassen van het principe van medefinanciering door partijen c.q. belanghebbenden, respectievelijk beëindiging van de subsidiëring omdat het geen kerntaak van de (rijks)overheid meer betreft.

De toepassing van deze varianten dient echter met de nodige zorgvuldigheid te gebeuren. Immers:

- Het samenvoegen of fuseren van organisaties leidt niet in alle gevallen tot kostenbesparing. Vaak wordt dan ook nog aan effectiviteit ingeboet, omdat specifieke deskundigheid en aanpak wordt veralgemeniseerd.
- De (relatief) kleine structurele bijdragen aan de organisaties hebben een grote positieve "spin-off". Het rendement is vaak bijzonder hoog, vooral daar waar vrijwilligers om niet uitvoerend werk verrichten.



- Bepaalde specifieke problemen vereisen nu eenmaal speciale kennis op een breed vlak. Het zal in bepaalde gevallen de voorkeur verdienen een goede infrastructuur op te zetten om die deskundigheid te behouden en te kunnen benutten, boven het omzetten van de structurele subsidies in (mogelijk) incidentele projectsubsidies.
- Waar wordt overwogen de (activiteiten van de) gesubsidieerde organisaties te integreren in het reguliere stelsel van de zorg, dient men te bedenken dat het desbetreffende hulpaanbod dan zal moeten voldoen aan bepaalde (kwaliteits- en kwantiteits) eisen. Dit zal in vele gevallen leiden tot kostenverhoging in de reguliere zorg.
- Een aantal organisaties worden gesubsidieerd vanwege het innovatieve karakter van hun activiteiten. De subsidie beoogt deze activiteiten te stimuleren en te laten uitgroeien tot een volwaardige voorziening van zorg. Pas op dat ogenblik is integratie in de reguliere hulpverlening de aangewezen weg.
- Het realiseren van de voorstellen zal met het nodige tijdsbeslag gepaard gaan. Eventuele besparingen, te behalen uit gerealiseerde doelmatigheidswinst, zijn pas op termijn te realiseren.

In het hier navolgende beperken we ons tot het weergeven van de bevindingen per aandachtsgebied. Om pragmatische reden is afgezien van een presentatie van toepassing van de heroverwegingsvarianten per instelling.

#### Volksgezondheid algemeen.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid maakt onderdeel uit van de advies- en bestuursorganisatie in de volksgezondheid. Deze structuur is, op grond van het rapport Fortuyn (advies over de adviesstructuur in de volksgezondheid) en het regeringsstandpunt hierover, momenteel onderwerp van diepgaand onderzoek.

#### Kankerbestrijding.

De werkzaamheden van de organisaties op het terrein van de kankerbestrijding kunnen worden beschouwd als taken die rechtstreeks voortvloeien uit de reguliere behandeling van kankerpatiënten. Overheveling naar het premiecircuit (toepassen marktconforme variant) vormt aldus een beleidsoptie.

#### Chronische ziektenbestrijding.

Met uitzondering van de Nationale Commissie Chronische Ziekten komen de instellingen in aanmerking voor toepassing van de marktconforme variant. Het betreft hier immers activiteiten die voortvloeien uit de reguliere zorg. In een enkel geval (Stg. Helen Dowling) zou ook kunnen worden overwogen om de basisfinanciering om te zetten in projectfinanciering.

#### Zorgvernieuwing en maatschappelijke dienstverlening.

De vraag rijst of specifiek minderhedenbeleid toegeschreven kan worden op conto van volksgezondheidsbeleid.

#### Vrouwenhulpverlening.

In de huidige taakopvatting van het departement kan subsidiëring van organisaties die zich primair richten op de emancipatie van de vrouw, moeilijk gerekend worden tot een kerntaak van het volksgezondheidsbeleid (marktconforme variant)

#### Bestrijding sexueel geweld.

De benadering van onderhavige problematiek dient beter opgepakt te worden door de professies in de gezondheidszorg. Hierin is een belangrijke taak weggelegd voor de medische en verpleegkundige beroepsorganisaties en de beroepsbeoefenaren zelf. Toepassing van de marktconforme variant ligt voor de hand. Daar waar toch gekozen wordt voor bijdragen door de rijksoverheid dient dit te geschieden via projectfinanciering.

#### Sexualiteitshulpverlening en voorlichting geboorteregeland gedrag.

De noodzaak van financiering door de rijksoverheid van dit aandachtsgebied is door de actualiteit achterhaald. Specifieke problemen op dit terrein behoren tot de reguliere beroepsbeoefening in de zorg. Derhalve toepassing marktconforme variant.

#### Bestrijding kindermishandeling.

Het huidige stimuleringsbeleid dient te worden voortgezet met als ultieme doel inpassing in de reguliere zorg.

#### Tuberculosebestrijding.

De coördinerende taken van de KNCV worden uitgevoerd ten behoeve van de regionale tuberculosebestrijding door de basisgezondheidsdiensten. Aangezien het hier een gemeentelijke taak betreft is de organisatievariant van toepassing.

#### AIDS-bestrijding.

De activiteiten van de diverse instellingen dienen gebundeld te worden onder auspiciën van de Nationale Commissie AIDS-bestrijding. Aldus is sprake van toepassing van de organisatievariant.

#### Sexueel overdraagbare aandoeningen.

Zowel de voorlichting als de curatieve SOA-bestrijding dient te worden gerekend tot de reguliere zorg (marktconforme variant).

Gezondheidsbevordering, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

De Stichting Landelijk Centrum GVO dient te worden gehandhaafd vanwege haar landelijke taak in het kader van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. De overige instellingen op dit vlak komen in aanmerking voor de marktconforme variant.

Patiëntenbeleid algemeen.

De Stichting Landelijke Werkgroep 2000 en het Landelijk Patiënten- Consumentenplatform dienen te worden samengevoegd tot één landelijke organisatie (organisatievariant). Dit bevordert de versterking van de positie van de patiënt/consument als derde marktpartij conform het Plan Simons. De bekostiging van de werkzaamheden van de Stichting Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders dient op meer flexibele wijze te geschieden (geen basisfinanciering meer).

Patiëntenbeleid in de ggz.

De organisatievariant is hier in die zin van toepassing dat de afzonderlijke instellingen hun activiteiten dienen te bundelen om te komen tot één - door het rijk gefinancierde - organisatie voor patiëntenbeleid op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg.

Alternatieve geneeswijzen.

Gelet op de verantwoordelijkheid en het belang van de zorgverzekeraars om te voorzien in een breed zorgaanbod lijkt de marktconforme variant ook hier van toepassing.

Verslavingszorg.

De organisatievariant is van toepassing doordat instellingen dienen te fuseren (NIAD, Stichting Tjandu en SDOS). De marktconforme variant is van toepassing (inpassen in reguliere zorg) op de categorale intramurale voorzieningen voor verslavingszorg (ARTA, LCOM en Teen Challenge).

Eerstelijnszorg.

De verantwoordelijkheid voor de structuur van de zorg en de kwaliteit van de zorgverlening in de eerste lijn behoort uiteindelijk tot de marktpartijen (marktconforme variant). Verdere stimulering door de overheid dient te worden gerealiseerd door flexibele financiering (= PEO).

Voeding en veiligheid.

De huidige subsidierelatie dient te worden gehandhaafd met dien verstande dat een deel van de basisfinanciering omgezet zou moeten worden in incidentele project- en onderzoeksfinanciering (organisatievariant).

## Resumé "niet-PEO"-subsidies

Algemeen gelden de volgende bevindingen terzake van de "niet-PEO"- subsidies:

- de financieringswijze dient flexibeler te worden: minder basisfinanciering meer incidentele programma- of projectfinanciering;
- de subsidies dienen inhoudelijk te worden gezeefd op "overlap" (tussen onderzoeksinstituten en instellingen);
- overheveling naar de lagere overheden bevordert een beleidsvoering op hoofdlijnen (uitvoering afstoten);
- daar waar mogelijk en politiek gewenst dient de overheid terug te treden en de "marktpartijen" verantwoordelijk te stellen voor de totstandkoming van activiteiten; kritische toepassing van de marktconforme variant.

Vatten we diverse beleidsvarianten c.q. heroverwegingsmogelijkheden samen in kwantitatieve termen, dan ontstaat de volgende verschuivingen op de volksgezondheidsbegroting:

Heroverwegingsscenario's "niet-PEO"-subsidies (bedragen x f 1 mln.)

Financieringsverschuivingen:

Subsidie	"B"-variant	"O"-variant	"M"-variant	"P"-variant
Onderzoek- instellingen	: -	16,2 + pm	pm	-
Structurele beleidsvoering	: 7,1	140,5 + pm	25,0 + pm	-
Organisaties vgz + md	: pm	pm	pm	-
Totaal	: 7,1 + pm	156,7 + pm	25,0 + pm	-

"B"-variant = bezuinigingsvariant

"O"-variant = organisatievariant

"M"-variant = marktconforme variant

"P"-variant = prioriteitenvariant

De invulling van bovenstaande tabel behoeft de volgende toelichting:

- De bezuinigingsvariant heeft alleen betrekking op (de beëindiging van) de ISP/PNL-uitkeringen. Op termijn bij die organisaties op het gebied van de volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening die niet meer tot de kerntaken van het ministerie behoren (pm).
- Toepassing van de organisatievariant op de onderzoekinstellingen leidt tot begrotingsverschuivingen in verband met de overheveling van het NKI naar het ministerie van O&W (f 14,9 mln.), alsmede de integratie van het NISSO (f 1,3 mln.). Effecten van verbetering van de financieringsvorm zijn p.m.  
 In het kader van de DI-discussie is voor een bedrag van f 140,5 geïnventariseerd aan subsidieregelingen (structurele beleidsuitvoeringen) die naar de lagere overheden kunnen worden gedecentraliseerd.  
 Verbetering van de bekostigingssystematiek, in casu toepassing van de organisatievariant op de organisaties inzake volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening leidt pas op termijn tot doelmatigheidswinsten respectievelijk financieringsverschuivingen (effect p.m.).
- De marktconforme variant leidt tot overheveling naar het premiecircuit in geval van VTO (f 2,9 mln), opleidingen ggz (f 1,7 mln.), medisch- en tandheelkundige specialistenopleidingen (f 16,7 mln.) en aankoop sera en vaccins (f 1,6 mln.).  
 Privatisering van de Destructiewet leidt op termijn tot een besparing van f 2,1 miljoen op de rijksbegroting.  
 Zowel bij de onderzoekinstellingen als bij de maatschappelijke organisaties op het gebied van de zorg zijn de effecten van de marktconforme variant pro memorie. Pas als de consequenties van de stelselwijziging en de kerntakendiscussie zijn uitgekristaliseerd kan hieraan concrete invulling worden gegeven.

## 5. Samenvatting en conclusies

De budgettaire omvang van de subsidies c.q. subsidieregelingen op het terrein van de volksgezondheid bedraagt in 1992 f 467,4 miljoen. Qua omvang een aanzienlijk bedrag, dat de sommering vormt van een grote verscheidenheid aan kleine en grote subsidies. Ongeveer 150 subsidieobjecten zijn te onderscheiden: variërend van de Uitvoering Tijdelijke Financieringsregeling Verslavingszorg (f 114 miljoen), de doelsubsidie TNO (f 26 miljoen) tot de bekostiging van diverse gezondheidszorgopleidingen (f 46 miljoen) respectievelijk de subsidiëring van diverse projecten, experimenten en onderzoek op het gebied van de zorg (tot een totaalbedrag van f 110 miljoen).

Om grip te krijgen op deze diversiteit van subsidies kunnen we de volksgezondheidssubsidies indelen in vier categorieën, te weten:

De zogenaamde "PEO"-subsidies.

Dit zijn de uitgaven aan projecten, experimenten en onderzoek op het gebied van de zorg. Deze subsidiestroom kenmerkt zich door haar innovatieve en incidentele karakter.

Budgettaire omvang: f 110,5 miljoen.

De zogenaamde "niet-PEO"-subsidies onder te verdelen in:

- De structurele financiering van onderzoeksinstituten (zoals het TNO, NIVEL en IARC).

Budgettaire omvang: f 53,4 miljoen.

- De structurele subsidiëring van - veelal landelijke - organisaties en instellingen op het gebied van de volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening (bijvoorbeeld de Stichting Consument en Veiligheid, de Rutgersstichting, de Koninklijke Nederlandse Vereniging Bestrijding TBC of het Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs).

Budgettaire omvang: f 78,2 miljoen.

- De overige structurele subsidies en subsidieregelingen zoals de Uitvoering Tijdelijke Financieringsregeling Verslaafdenzorg, opleidingen en examens in de gezondheidszorg, Specifieke uitkeringen basisgezondheidszorg of de rijksbijdrage ex Destructiewet.

Budgettaire omvang : f 225,3 miljoen.

Het bestaansrecht van veel van deze subsidies is, evenals de organisatie ervan, historisch bepaald. Het subsidiebeleid terzake van de volksgezondheid is dan ook onderworpen aan de vraag of de huidige vorm en inhoud van de subsidies nog voldoen aan eisen van actualiteit, doelmatigheid en doeltreffendheid.

In het kader van onderhavig heroverwegingsrapport is een analyse verricht naar de actualiteit, efficiëncy en effectiviteit van de diverse volksgezondheidssubsidies.

Uit genoemde analyse blijkt dat er reden is voor herbezinning. Kort samengevat zijn namelijk de volgende fricties te bemerken:

- De subsidiëring is vaak versnipperd; er is sprake van "overlap" en "doublures" in de subsidies. Met name de categorale subsidiëring (maar ook verzuiling) werkt dit in de hand.
- Het subsidieinstrument is vaak star; vaste basissubsidiëring zou moeten worden omgezet in flexibele projectfinanciering.
- Beleidsbepaling en beleidsuitvoering zijn teveel met elkaar verweven

waardoor bureaucratisering respectievelijk een onvoldoende afbakening van verantwoordelijkheden ontstaat.

- Er is (nog) onvoldoende sprake van posterioriteiten en prioriteitenstelling; wat zijn de kerntaken van de overheid (het actualiteitsvraagstuk).

Gegeven de geconstateerde knelpunten zijn bestuurlijke varianten denkbaar die een meer evenwichtige en optimale afweging waarborgen tussen doel en middelen ten aanzien van de volksgezondheidssubsidies. In dit verband onderscheiden we:

De "Bezuinigingsvariant":

Deze variant komt overeen met de bij de heroverwegingsronde gebruikelijke 20%-besparingsvariant. Zowel om formele als inhoudelijke reden is deze "target-benadering" niet toegepast. Formeel in verband met het vervallen van het taakstellende karakter van de heroverweging. Inhoudelijk omdat in het rapport vooral is uitgegaan van een bestuurlijke (en dus kwalitatieve) benadering. Effecten van de bestuurlijke varianten zijn niet gekwantificeerd en dienen bovendien gezien te worden in het perspectief van deze varianten. Eventuele "doelmatigheidswinsten" worden ingezet voor herschikkingen om prioriteiten te compenseren.

De "Organisatievariant":

Deze variant impliceert een herinrichting van de financieringssystematiek (omzetten basisfinanciering in programmafinanciering) respectievelijk het subsidiebeleid door delegatie van de uitvoering of zelfs volledige delegatie van de beleidsbepaling. De overheid (rijk of lagere overheden) blijft echter wel eindverantwoordelijk voor het subsidiebeleid (de programmatische keuzen). De organisatievariant is aldus op drie manieren van toepassing:

- structurele exploitatiesubsidies of basisfinanciering wordt waar mogelijk omgezet in incidentele projectsubsidies (vergroten flexibiliteit subsidieinstrument);
- de rijksoverheid blijft verantwoordelijk voor de regie en inhoudsbepaling; de uitvoering wordt gedelegeerd naar de lagere overheden of uitvoeringsorganen (fondsen);
- het subsidiebeleid (uitvoering en beleidsbepaling) wordt volledig gedecentraliseerd naar de lagere overheden.

De organisatievariant is zowel van toepassing op de "PEO"-subsidies, als de "niet-PEO"-subsidies.

De "Marktconforme"-variant:

Hierbij trekt de overheid zich volledig (profijtbeginsel) of gedeeltelijk (vanwege marktimperfections is sprake van medefinanciering) terug op specifieke onderdelen van het volksgezondheidsbeleid.

De marktconforme variant is vooral van toepassing op die subsidies waar "partijen" in het veld een evident belang hebben: opleidingen (RINO/CRINO), destructiewet, samenwerkingsverbanden (VTO), maar ook bij de onderzoeksinstituten en de landelijke organisaties (in de vorm van medefinanciering).

De "Prioriteitenvariant":

Deze variant geeft invulling aan de politieke c.q. beleidsmatige prioriteiten- en posterioriteitenstelling op het gebied van de zorg. In concrete termen is deze variant te bezien als het normatief referentiekader waartegen het (politieke) belang van de diverse volksgezondheidssubsidies wordt afgezet. Deze variant speelt voornamelijk bij de "PEO"-subsidies en genereert herschikkingen op de volksgezondheidsbegroting.



#### 4.4. Recapitulatie

We hebben in dit hoofdstuk gepoogd te inventariseren wat de mogelijkheden zijn van een bestuurlijke herinrichting van inhoud en vormgeving van de volksgezondheidssubsidies.

Inhoudelijk impliceert dit dat de subsidies bezien zijn op hun actualiteit (is er nog sprake van een kerntaak van de overheid). Zowel de prioriteitenvariant als de marktconforme variant vormen hierbij het sjabloon aan de hand waarvan de actualiteitsvraag wordt gesteld.

Qua vormgeving is gekeken of de organisatie van de subsidies niet voor verbetering vatbaar is: kan de financieringssystematiek geoptimaliseerd worden respectievelijk dient de uitvoering niet op een ander niveau plaats te vinden. Voor beantwoording van deze vraag is gebruik gemaakt van de organisatievariant.

Van een bezuinigingsvariant is afgezien. Op formele gronden vanwege het ontbreken van een taakstellende variant voor deze heroverwegingsronde. Inhoudelijk omdat door taakstellingen uit hoofde van de Tussenbalans de omvang van de volksgezondheidsbegroting in 1994 gereduceerd zal zijn met ruim 35% ten opzichte van 1991. Ten gevolge van taakstellingen respectievelijk de voornemens in het kader van de Decentralisatie-Impuls zien we een verlaging van de rijksbegroting met f 175 miljoen in de periode 1992 - 1994. Voor facilitering van de zorgsector (totale omvang f 50 miljard) resteert aldus een gering bedrag.

Dat neemt niet weg dat door een bestuurlijke herinrichting van de volksgezondheidssubsidies doelmatigheidswinsten te behalen zijn.

Kort samengevat kan gesteld worden dat:

- de organisatievariant (verandering financieringssystematiek respectievelijk delegatie van de uitvoering) op alle subsidiecategorieën van toepassing is;
- de marktconforme variant leidt tot overheveling naar het premiecircuit, dan wel tot afstoting van de gesubsidieerde activiteiten. Deze variant is vooral van toepassing op de subsidies voor structurele beleidsvoering. Bij de subsidiëring van de landelijke organisaties speelt de marktconforme variant een rol door stringentere toepassing van het principe van medefinanciering;
- de prioriteitenvariant in geval van de "PEO"-subsidies zal leiden tot een meer nadrukkelijker afspiegeling van de inhoudelijke kerntaken (prioriteiten) van de rijksoverheid.

Kwantificering van de effecten van de afzonderlijke varianten is veelal arbitrair. In eerste aanleg zijn de varianten dan ook kwalitatief van aard. Wel is in dit hoofdstuk aangegeven tot welke verschuivingen op de volksgezondheidsbegroting de diverse heroverwegingsscenario's leiden.

De oogst van deze exercitie is echter pas op termijn binnen te halen. De implementatie van een bestuurlijke herinrichting, in casu reorganisatie van de volksgezondheidssubsidies, kost tijd. Zeker daar waar het gaat om het om de financiering van activiteiten die ingebed dienen te worden in de stelselwijziging.

Bovendien zal de kerntakendiscussie leiden tot een herijking van de prioriteiten en de posterioriteiten op het gebied van de zorg die zich op de begroting vertaald door herschikkingen. Met andere woorden: eventuele doelmatigheidswinsten dienen ter compensatie van de tekorten in verband met (nieuwe) kerntaakactiviteiten.

## 6. Een vijfde variant

Door het ministerie van Financiën is in aanvulling op de vier in hoofdstuk 4 beschreven beleidsvarianten een vijfde variant ontwikkeld die uitgaat van een andere benadering.

Zowel de voorzitter als de andere deelnemer van WVC in de heroverwegingswerkgroep volksgezondheidssubsidies nemen nadrukkelijk en volledig afstand van de heroverwegingsvariant zoals door de deelnemer namens Financiën ingebracht. Hieraan liggen inhoudelijke redenen ten grondslag. De vertegenwoordiger van het ministerie van Algemene Zaken merkt terzake van de alternatieve Financiën variant op dat de benaderingswijze van de inbreng van Financiën op zich wel aanspreekt, maar dat er nog geen definitief oordeel mogelijk is over de verschillende consequenties van deze benadering. De vertegenwoordiger van AZ acht een nadere bestudering wenselijk.

### 6.1.

In hoofdstuk drie is het historisch gegroeide conglomeraat aan subsidieobjecten in de zorgsector als matrix met vier ingangen gegroepeerd: naar de duur van de subsidierelatie (incidenteel of structureel) en naar het object van de subsidierelatie (beleid of instituut/instelling). Langs deze weg ontstonden 4 groepen subsidies. Op basis hiervan zijn 4 beleidsvarianten beschreven.

Naast deze vier varianten wordt in dit hoofdstuk een vijfde variant beschreven. Deze variant wijkt in haar analyse en evaluatiemethodiek af van de voorgaande varianten.

In deze vijfde variant wordt bij de structurering van de vele subsidierelaties gekozen voor een functionele indeling van de bestaande subsidies. De evaluatie van de te onderscheiden functies die deze subsidies vervullen in de zorgsector vindt vervolgens plaats aan de hand van een toetsingskader. Dit toetsingskader is gebaseerd op de invoering van een nieuw sturingsmodel voor de overheid in de zorgsector. Volgens dit model blijven de hoofdtaken van de overheid beperkt tot de doeleinden die in punt 5.3 staan omschreven. Wanneer de functies die het huidige subsidie-instrumentarium vervullen getoetst worden aan de hoofdtaken van de overheid blijken een aantal functies (deels) te kunnen vervallen. De toetsing heeft plaatsgevonden aan de hand van het bestedingsprogramma 1991 voor volksgezondheidssubsidies. De functies kunnen sindsdien in hun relatieve gewicht verschoven zijn.

### 6.2.

In deze variant kunnen de bestaande subsidies in de zorgsector worden gestructureerd en gegroepeerd naar de verschillende functies die ze op dit moment in deze sector vervullen. De volgende functies kunnen daarbij worden onderscheiden:

1. onderwijs
2. voorlichting
3. consumentensteun
4. financiering van voorzieningen
5. produkt-ontwikkeling/verbetering
6. onderzoek
7. kwaliteitstoezicht

- 8. informatievoorziening
- 9. advisering.

## 6.3.

Deze functies kunnen geëvalueerd worden op hun doelmatigheid door iedere functie te toetsen aan de hoofdtaken die voor de zorgsector worden onderscheiden. De hoofdtaken van de rijksoverheid voor de zorgsector kunnen als volgt worden omschreven:

De zorgsector wordt slechts op hoofdlijnen gestuurd waarbij de sturing gericht is op:

- het bevorderen van een adequate structuur en adequaat functioneren van de zorgsector als markt en als bedrijfstak;
- het bewaken van de kwaliteit en kosten van de geboden diensten en producten in de zorgsector;
- het bewaken van de toegankelijkheid van de zorgsector voor verzekerden;
- aanpassing van de sector aan internationale ontwikkelingen en verplichtingen.

## 6.4.

De bestaande subsidies kunnen worden gegroepeerd naar de in 6.2 genoemde functies. In deze paragraaf worden ze getoetst aan de in paragraaf 6.3 omschreven hoofdtaken. Dit levert een variant op waarin per functie wordt aangegeven welk subsidie-instrument voor de rijksoverheid van strategisch belang blijft voor het uitvoeren van haar kerntaak in deze sector.

- Voor de functie onderwijs wordt in 1992 voor circa 75 miljoen aan subsidies verstrekt. De gesubsidieerde activiteiten lopen uiteen van deskundigheidsbevordering tot het medefinancieren van beroepsopleidingen die gericht zijn op de zorgsector. Het beroepsonderwijs, voor zover het onderwijs betreft ten behoeve van voorzieningen die in het verplicht verzekerde pakket worden ondergebracht, kan in een regime worden ondergebracht dat geldt voor alle door de overheid bekostigde beroepsopleidingen. Organisatorisch betreft het een kerntaak van O&W. De subsidie relatie vanuit de rijksoverheid kan beëindigd worden voor de subsidiëring van nascholing of deskundigheidsbevordering. Het betreft hier primair de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep. Daarnaast kan de onderwijsfunctie die gericht is op de beroepsopleiding voor voorzieningen die vrijwillig verzekerd kunnen worden, aan de markt worden overgelaten. Met het beëindigen van deze subsidies is 35 miljoen gemoeid.
- Voor de functie voorlichting wordt in 1992 voor circa 50 miljoen aan subsidies verstrekt. Het zwaartepunt bij de voorlichtingssubsidies is gelegen op het preventieterrein. De voorlichtingssubsidies zijn voor een deel complementair (en gericht op) aan de exploitatiesubsidies die aan instellingen worden gegeven die staan voor een of ander consumentenbelang. Getoetst aan de hoofdtaken hoeft deze functie niet langer in zijn huidige omvang door de overheid te worden vervuld. Preventie wordt een van de instrumenten waarmee de (gebudgetteerde) verzekeraar in de toekomst het beroep op (deze) voorzieningen kan beïnvloeden en aldus zijn kostenontwikkeling kan beheersen. Daarnaast krijgt de consument in een stelsel met eigen risico en eigen bijdragen

ook een groter belang bij preventief gedrag. De voorlichtingsfunctie van de overheid kan vooral gericht worden op die veranderingen die de (supra)nationale overheid zelf in de structuur van de zorg-sector initieert. Met het beëindigen van deze subsidies is 45 miljoen gemoeid.

- De functie consumentensteun heeft in 1992 betrekking op circa 20 miljoen aan subsidies.

Met deze functie worden organisaties van consumenten van bepaalde zorgvoorzieningen en landelijke consumentenorganisaties gesteund. Een aantal organisaties krijgt een aparte subsidie van WVC voor de functies onderzoek en voorlichting.

Subsidies worden voornamelijk op structurele basis gegeven aan categorale instellingen in de zorgsector. Voorzover deze functie gericht is op het algemene belang van de consument in deze sector en de marktwerking in deze sector gebaat is bij institutionalisering van dit belang, raakt de subsidiëring van een nationale consumentenorganisatie de hoofdtaken van de rijksoverheid. Het beëindigen van de subsidie aan categorale organisaties heeft betrekking op een bedrag van 15 miljoen.

- Met de functie financiering van voorzieningen is in 1992 circa 165 miljoen gemoeid.

Voor de functie produktontwikkeling en produktverbetering is in 1992 circa 20 miljoen uitgetrokken.

De financiering van voorzieningen heeft betrekking op het rechtstreeks aanbieden en financieren van diensten door WVC (via intermediairs) die gericht zijn op de consument. De functie produktontwikkeling en verbetering heeft betrekking op experimenten en projecten die nieuwe of verbeterde zorg(combinaties) of nieuwe behandelmethoden in de praktijk ontwikkelen en testen.

Beide functies verhouden zich slecht tot het uitgangspunt dat de overheid de zorgsector slechts op hoofdlijnen bestuurt. Beide functies brengen een betrokkenheid van de overheid met zich mee op het micro-niveau in deze sector. Voorzover het gaat om de subsidie van produktontwikkeling die gericht is op kostenbesparing hebben de verzekeraars door de budgettering van bij hen te declareren verstrekkingen een direct belang gekregen. Voorzover het produktontwikkeling betreft die gericht is op kwaliteitsverbetering of aanbodvergroting ligt het initiatief in eerste instantie bij de marktpartijen in de zorgsector. Slechts vanuit hun belang en positie op de markt is de informatie te verkrijgen en te beoordelen om verantwoorde investeringsbeslissingen te nemen. Tenslotte mist de overheid de bevoegdheid om de resultaten van project of experiment aan de uitvoerders in de zorgsector op te leggen.

Voorzover het de directe financiering van voorzieningen betreft kan het doelmatiger zijn de verantwoordelijkheid voor de financiering en besteding bij dat bestuurlijke niveau te leggen waar een afweging gemaakt kan worden met (de financiering) van andere voorzieningen. De beëindiging van de functie produkt-ontwikkeling en verbetering levert 20 miljoen op.

- Voor de functie onderzoek is in 1991 circa 90 miljoen aan subsidies uitgetrokken.

Het betreft voornamelijk de subsidiëring van onderzoeksinstituten. Daarnaast wordt kortlopend onderzoek op projectbasis gesubsidieerd.

Waar het onderzoek fundamenteel onderzoek betreft door instituten zonder direct belang voor de partijen in de zorgsector betreft het een

collectief goed waar de overheid een kerntaak heeft. Organisatorisch kan dit onderzoek in de sector wetenschappelijke instituten bij O&W worden ondergebracht. Waar het onderzoek toegepast onderzoek betreft door gespecialiseerde instituties voor samenhangende vormen van zorgverlening (eerstelijnszorg; revalidatie; geestelijke volksgezondheid) lijkt het te gaan om een onderzoek infrastructuur die het directe belang van betrokken brancheorganisaties van beroepsbeoefenaars en zorgaanbieders overstijgt. Een hoofdtaak voor de overheid (bevorderen adequate structuur) is hier gelegen in het instandhouden van een kritische onderzoekscapaciteit. Bij deze functie hoort een basisfinanciering van deze instituten. De project financiering van toegepast onderzoek zou vervolgens, gelet op wat is opgemerkt bij de functie produktontwikkeling, door (organisaties van) zorgaanbieders en verzekeraars kunnen worden verzorgd. Onderzoek gericht op de werking van de zorgsector als geheel blijft een kerntaak van de overheid. Subsiëring van het NISSO (niet bovensectoraal of fundamenteel onderzoek) past tenslotte niet in deze gedachtengang. Het beëindigen van deze subsidie levert circa 5 miljoen op.

- Voor de functie kwaliteitstoezicht is in 1992 circa 5 miljoen beschikbaar.  
Deze functie betreft een hoofdtaak voor de overheid. Materiële invulling wordt gegeven door de inspectie voor de gezondheidsbescherming.
- Voor de functie informatievoorziening is in 1992 circa 20 miljoen beschikbaar.  
Voor zover de overheid zich een oordeel moet vormen over kwaliteit en kosten in de zorgsector, alsmede er informatie beschikbaar moet zijn om de transparantie van de markt (haar functioneren) te vergroten en voorzover het om informatie gaat over de strategische oriëntatie van deze sector (lange termijn verkenning) betreft deze functie een kerntaak voor de overheid. Materieel kan deze functie worden uitgevoerd door het RIVM. Mede gelet op noodzakelijke investeringen in de informatievoorziening vanwege het zich wijzigende sturingsmodel in de zorgsector ligt continuering van deze subsidievorm voor de hand.
- Voor subsidiëring van de adviesfunctie is in 1992 circa 10 miljoen beschikbaar.  
Deze functie is soms wettelijk voorgeschreven, soms opportuun om in geval van gewenste (wijziging van) regelgeving het oordeel van de partijen in de zorgsector te vragen. De (externe) adviesfunctie is geen hoofdtaak van de overheid, maar wel een verplicht te vervullen functie.

#### 6.5.

Volgens deze variant komt een bedrag van 120 miljoen aan subsidies vrij zonder dat de eerder genoemde hoofdtaken van de overheid in deze sector bij een besturing op hoofdlijnen in gevaar worden gebracht. Daarnaast komt circa 220 miljoen in aanmerking voor een andere organisatie van de uitvoering van deze activiteiten. Uiteindelijk blijft volgens deze variant circa 125 miljoen nodig voor de uitvoering van de eerder omschreven hoofdtaken van de overheid in deze sector.

Bijlage 1

**Samenstelling heroverwegingswerkgroep volksgezondheidssubsidies**

drs. R.L.J.M. Scheerder (voorzitter)	Ministerie van WVC
mr. A.M.C. Geerling (secretaris)	Ministerie van Financiën
drs. J.R.H. Schendstok (secretaris)	Ministerie van WVC
drs. J. Wijnhoud	Ministerie van Algemene Zaken
drs. C.A. Birkhoff	Ministerie van Financiën
drs. W. van Miltenburg	Ministerie van WVC

Bijlage 2

VRAGENLIJST HEROVERWEGING VOLKSGEZONDHEIDSSUBSIDIES

1. Wat is de omschrijving van de subsidie(regeling)?
  
2. Wat is het doel van de subsidie(regeling)?
  
3. a) Wat is de doelgroep waarop de subsidie(regeling) zich richt?  
  
b) Aan welke persoon/instelling/organisatie of ten behoeve van welke activiteit wordt de subsidie verstrekt?
  
4. Wat is het karakter van de subsidie(regeling): structureel of (meerjarig) incidenteel? Indien incidenteel: tot welk jaar loopt de subsidiëring?
  
5. Hoe lang bestaat de subsidie(regeling)?
  
6. Welke uitgaven zijn voorzien in de begroting 1992 en in de meerjarencijfers 1993 tot en met 1996?

Uitgaven subsidie(regeling) (bedragen x 1.000)

1992:                    1993:                    1994:                    1995:                    1996:

7.
  - a) Wordt de gesubsidieerde activiteit nog op een andere wijze bekostigd? M.a.w. is sprake van een medefinancier of eigen inkomsten?
  - b) Zo ja, wat zijn die andere financieringsbronnen?
  - c) Wat is het aandeel van de andere financieringsbron in de totale kosten van de gesubsidieerde activiteit?
  
8.
  - a) In welke mate wordt het doel van de subsidie(regeling) gerealiseerd, respectievelijk de doelgroep bereikt?
  - b) Wordt de subsidie(regeling) geëvalueerd? Zo ja, binnen welk tijdsbestek?
  
9. Waarom is gekozen voor subsidiëring om het doel te bereiken?
  
10. Welke knelpunten treden op indien de subsidie(regeling) wordt beëindigd?



Overzicht subsidies Vgz: categorie "PEO"-subsidies (bedragen x f 1.000,-)

Omschrijving	Uitgaven (1992):		Meerjarencijfers:			
	nominaal	%	1993	1994	1995	1996
Voorlichting stelselherziening	2.257	2,04				
Programma samenwerking Oost-Europa	1.379	1,25				
Radioactiviteit en stralingstoepassing	1.542	1,39				
Herstructurering en ontwikkeling	18.630	16,85				
Beleidsontwikkeling en ontwikkeling	3.706	3,35				
Kankerbestrijding	535	0,48				
Chronische Ziektebestrijding	10.418	9,42				
Zorginnovatie	5.610	5,07				
Preventieve zorg	2.853	2,58				
AIDS	16.653	15,06				
Overige seksueel overdraagbare aandoeningen	164	0,15				
Diverse projecten i.v.m. nota "Kwaliteit van Zorg"	2.425	2,19				
VTO-screening	103	0,09				
Gezondheidsvoorlichting + -opvoeding	1.337	1,21				
Ontmoediging rookgedrag	1.296	1,17				
Patientenbeleid	4.828	4,37				
Eerstelijnszorg	6.065	5,49				
Thuisverpleging en -verzorging	9.571	8,66				
Opleidingen	1.970	1,78				
Projecten geestelijke gezondheidszorg	4.097	3,71				
Alternatieve geneeswijzen	454	0,41				
Implementatie Wet Orgaandonatie	400	0,36				
Verslaafdenzorg	9.459	8,56				
Dierproevenbeleid	996	0,90				
Productveiligheid	966	0,87				
Voedingsgewoonten en -consumptie	2.833	2,56				
<b>Totaal</b>	<b>110.547</b>	<b>100,00</b>				

Overzicht subsidies Vgz: categorie "niet-PEO"-subsidies / subcategorie "Onderzoeksinstituten" (bedragen x f 1.000,-)

Omschrijving	Uitgaven (1992):		Meerjarencijfers:			
	nominaal	%	1993	1994	1995	1996
Doelsubsidie TNO	26.346	49,34	23.546	23.546	23.546	23.546
Nederlands Kankerinstituut	14.916	27,93	14.916	14.916	14.916	14.916
International Agency for Research on Cancer	1.275	2,39	1.275	1.275	1.275	1.275
Ned. Inst. voor onderzoek v.d. eerstelijnszorg	4.190	7,85	4.790	4.790	4.790	4.790
NISSO	1.272	2,38	1.272	1.272	1.272	1.272
SWOR	1.788	3,35	1.788	1.788	1.788	1.788
NCGV	3.611	6,76	3.611	3.611	3.611	3.611
Totaal	53.398	100,00	51.198	51.198	51.198	51.198

Overzicht subsidies Vgz: categorie "niet-PEO"-subsidies / subcategorie "structurele beleidsuitvoering" (bedragen x f 1.000,-)

Omschrijving	Uitgaven (1992):		Meerjarencijfers:			
	nominaal	%	1993	1994	1995	1996
Geneeskundige hulpverlening bij rampen (basisgezondheidsdiensten)	5.700	2,58	5.700	5.700	5.700	5.700
Specifieke uitkeringen basisgezondheidszorg	15.100	6,84	15.100	15.100	15.100	15.100
ISP/PNL Collectieve Preventie	3.780	1,71	-	-	-	-
Uitvoering Tijdelijke Financieringsregeling Verslavingszorg	113.858	51,57	113.858	113.858	113.858	113.858
ISP/PNL Verslavingszorg	3.334	1,51	-	-	-	-
Registratie verslavingszorg en Jellineklaboratorium	2.172	0,98	2.172	2.172	2.172	2.172
Stimuleringsregeling patientenplatforms/klachtenopvang	5.800	2,63	5.800	5.800	5.800	5.800
Regionale multidisciplinaire VTO-samenwerkingsverbanden	2.897	1,31	2.897	2.897	2.897	2.897
Nascholing + opleiding in geestelijke gezondheidszorg	2.492	1,13	2.492	2.492	2.492	2.492
Opleidingen	46.631	21,12	46.631	46.631	46.631	46.631
Examens	2.722	1,23	2.722	2.722	2.722	2.722
Deconstructiewet	2.105	0,95	2.105	2.105	2.105	2.105
Implementatie herstructurering geneesmiddelenbeleid	12.589	5,70	12.589	12.589	12.589	12.589
Aankoop sera en vaccins	1.588	0,72	1.588	1.588	1.588	1.588
<b>Subtotaal</b>	<b>220.768</b>	<b>100,00</b>	<b>213.654</b>	<b>213.654</b>	<b>213.654</b>	<b>213.654</b>
Subsidies < 1 mln. (*)	4.540		4.540	4.540	4.540	4.540
<b>Totaal</b>	<b>225.308</b>		<b>218.194</b>	<b>218.194</b>	<b>218.194</b>	<b>218.194</b>

(\*) Deze subsidies zijn om pragmatische reden niet meegenomen in het heroverwegingsonderzoek

Overzicht subsidies Vg: categorie "niet-PEO"-subsidies / subcategorie "Expl. subsidies maatsch. organisaties" (bedragen x f 1.000,-)

Omschrijving	Uitgaven (1992):		Meerjarencijfers:			
	nominaal	%	1993	1994	1995	1996
<b>-Algemeen Volksgezondheid:</b>						
Nationale Raad voor de Volksgezondheid	6.520	8,34	6.520	6.520	6.520	6.520
<b>-Kankerbestrijding:</b>						
LOK/IKC	2.067	2,64	2.067	2.067	2.067	2.067
STOET	600	0,77	600	600	600	600
Nederlandse Kankerbestrijding	700	0,90	700	700	700	700
<b>-Chronische ziektebestrijding:</b>						
Stg. Helen Dowling	700	0,90	700	700	700	700
Stg. Werkgroep Infectie- Preventie	179	0,23	179	179	179	179
Nederlandse Commissie Chronische Ziekten	1.500	1,92	1.500	1.500	1.500	1.500
Stg. Renine	300	0,38	300	300	300	300
<b>-Zorgvernieuwing / maatschappelijke dienstverlening:</b>						
Stg. Joods Maatschappelijk Werk	1.940	2,48	1.940	1.940	1.940	1.940
Stg. Korrelatie	803	1,03	803	803	803	803
Muhabbat	400	0,51	400	400	400	400
Driehoek	500	0,64	500	500	500	500
Katholiek Centrum Welzijnsbevordering	100	0,13	100	100	100	100
SOS-telefonische hulpdiensten	314	0,40	314	314	314	314
<b>-Vrouwenhulpverlening:</b>						
Aletta	475	0,61	475	475	475	475
Stg. Leergangen VHV	647	0,83	647	647	647	647
Stg. de Maan	465	0,59	465	465	465	465
Stg. Vido Nederland	115	0,15	115	115	115	115
De Maan (zwarte migranten)	191	0,24	191	191	191	191
VHV Metis	852	1,09	852	852	852	852
<b>-Bestrijding seksueel geweld:</b>						
Vereniging seksuele mishandeling gezinnen	309	0,40	309	309	309	309
MEDUSA Stg. Landelijke Ondersteuning	499	0,64	499	499	499	499
<b>-Sexuele hulp / geboortenregelend gedrag:</b>						
Rutgersstichting	6.306	8,07	6.306	6.306	6.306	6.306
Prot. Stg. Verantwoorde gezinsvorming	428	0,55	428	428	428	428
<b>-Kindermishandeling:</b>						
Vereniging tegen kindermishandeling	710	0,91	710	710	710	710
<b>-TBC-bestrijding:</b>						
Kon. Ned. Ver. bestrijding TBC	300	0,38	300	300	300	300
<b>-Aids:</b>						
Nationale Commissie Aidsbestrijding	2.900	3,71	2.900	2.900	2.900	2.900
Bureau GVO Amsterdam	250	0,32	250	250	250	250
SOA-stichting	114	0,15	114	114	114	114
NVIH / COC	325	0,42	325	325	325	325
Schorerstichting	1.638	2,10	1.638	1.638	1.638	1.638
HIV-vereniging	350	0,45	350	350	350	350
Stg. aanvullende dienstverlening	360	0,46	360	360	360	360

Overzicht subsidies Vgz: categorie "niet-PEO"-subsidies / subcategorie "Expl. subsidies maatsch. organisaties" (bedragen x f 1.000,-)

Omschrijving	Uitgaven (1992):		Meerjarencijfers:			
	nominaal	%	1993	1994	1995	1996
<b>-Sexueel overdraagbare aandoeningen:</b>						
Stg. SOA	1.463	1,87	1.463	1.463	1.463	1.463
Havenziekenhuis	25	0,03	25	25	25	25
<b>-Gezondheidsvoorlichting (GVO):</b>						
LCGVO	3.386	4,33	3.386	3.361	3.361	3.361
Ivoren Kruis	811	1,04	761	711	711	711
STIVORO	350	0,45	350	350	350	350
<b>-Patientenbeleid algemeen:</b>						
Stg. Werkgroep 2000	814	1,04	814	814	814	814
LPCP	999	1,28	999	999	999	999
Stg. Voorlichting buitenlanders	1.244	1,59	1.244	1.244	1.244	1.244
<b>-Eerstelijnszorg:</b>						
ELGZ Landelijke Werkgeversschappen	2.064	2,64	2.064	2.064	2.064	2.064
ELGZ / LVG	600	0,77	600	600	600	600
O en O	2.179	2,79	2.179	2.179	2.179	2.179
ELGZ / SDO	11.893	15,21	-	-	-	-
<b>-Patientenbeleid ggz:</b>						
Clientenbond	350	0,45	350	350	350	350
Stg. Pandorra	675	0,86	675	675	675	675
Stg. LPR	750	0,96	750	750	750	750
Stg. Labyrinth	140	0,18	140	140	140	140
Stg. Ypsilon	140	0,18	140	140	140	140
<b>-Alternatieve geneeswijzen:</b>						
IDAG	600	0,77	600	600	600	600
<b>-Verslavingszorg:</b>						
NIAD	3.169	4,05	3.169	3.169	3.169	3.169
KGOD	235	0,30	235	235	235	235
Vereniging ouders drugsverslaafden	90	0,12	90	90	90	90
Teen Challenge	762	0,97	762	762	762	762
ARTA	1.833	2,34	1.833	1.833	1.833	1.833
ALCON	100	0,13	100	100	100	100
Phoenix	25	0,03	25	25	25	25
LCOM	796	1,02	796	796	796	796
Tjandu / SDOS	700	0,90	700	700	700	700
<b>-Voeding en veiligheid:</b>						
Voedingsraad / Stichting Voorlichtingsbureau voor de Voeding / Voedingscentrum	1.895	2,42	1.895	1.895	1.895	1.895
Stichting Consument en Veiligheid	6.237	7,98	6.237	6.237	6.237	6.237
<b>Totaal</b>	<b>78.182</b>	<b>100,00</b>	<b>66.239</b>	<b>66.164</b>	<b>66.164</b>	<b>66.164</b>