

Vergaderjaar 1992-1993

16 625

## Heroverweging collectieve uitgaven

Nr. 147 HERDRUK<sup>1</sup>

### BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN WELZIJN, VOLKS- GEZONDHEID EN CULTUUR

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 25 september 1992

In de brief van de minister van Financiën van 19 mei 1992 (TK 1991-1992, 22 150, nr. 6) is de Kamer geïnformeerd over het heroverwegingsonderzoek «Subsidies Volksgezondheid». Het betrof een onderzoek naar de volksgezondheidssubsidies zoals deze zijn opgenomen op de rijksbegroting 1992 van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Centraal thema was de toetsing van de subsidieregelingen op actualiteit, doelmatigheid en effectiviteit. Naast doel, inhoud en het financiële beslag van de subsidies zelf is de actualiteit van de subsidie-uitgaven mede onderzocht op grond van de recente ontwikkelingen in de politiek-bestuurlijke context, zijnde de kerntaken van de rijksoverheid, de structuurveranderingen en modernisering van het stelsel van (gezondheids)zorg, de verdergaande decentralisatie en overige, recent uitgevoerde, operaties.

In bovengenoemde brief, alsmede in de Memorie van Toelichting bij de ontwerp-begroting 1993 van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, is aangegeven het kabinetsstandpunt inzake het heroverwegingsonderzoek tijdig aan u te doen toekomen teneinde de Kamer in de gelegenheid te stellen om het rapport te betrekken bij de gedachtenwisseling met de regering over de begroting 1993.

Het kabinetsstandpunt op het rapport «Heroverweging Volksgezondheidssubsidies 1992» treft u bijgaand aan.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,  
H. J. Simons

<sup>1</sup> Herdruk alleen van het omslagvel i.v.m. verbetering van de titel.

## INHOUDSOPGAVE

<b>1.</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>DE HERIJKING VAN HET SUBSIDIE-INSTRUMENT VOOR HET VOLKSGEZONDHEIDSBELEID</b>	<b>5</b>
2.1.	Het beleid ten aanzien van subsidies voor projecten, experimenten en onderzoek (PEO)	5
2.2.	De structurele financiering van onderzoekinstituten	7
2.3.	Subsidies voor structurele beleidsuitvoering	8
2.4.	Structurele financiering van organisaties op het gebied van de volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening	10
<b>3.</b>	<b>TOT SLOT</b>	<b>12</b>

## 1. INLEIDING

De sector gezondheidszorg is een bedrijfstak met een omzet van ruim f 55 miljard per jaar. Een relatief klein gedeelte van de totale kosten van de gezondheidszorg wordt, in de vorm van subsidies, bestreden uit de rijksbegroting. Hier gaat het om de financiering van uitgaven voor gezondheidsbescherming, preventie, zorg, onderzoek en beleidsontwikkeling; voor 1992 nog geraamd op f 588 mln, nu geraamd op f 376 mln voor 1994.

De wijze waarop de Rijksoverheid gestalte heeft gegeven aan haar verantwoordelijkheid is in het verleden op verschillende manieren uitgevoerd. Ging men nog in de jaren zeventig uit van een gedetailleerde centrale sturing en controle van de gezondheidszorg, in de negentiger jaren is met de Commissie Dekker en de nota Werken aan Zorgvernieuwing een nieuwe richting uitgezet die uitgaat van slechts een sturing op hoofdlijnen door de Rijksoverheid. De inrichting en uitvoering van de gezondheidszorg wordt meer gelegd in handen van de financiers en aanbieders van de zorg, met een grotere invloed van de patiënten en consumenten.

Deze omslag in het denken bracht met zich mee een herbezinning op het effectueren van de verantwoordelijkheden van de Rijksoverheid voor de gezondheidszorg. Hieruit zijn «preventie» en «zorg» als kerntaken geformuleerd. Teneinde deze kerntaken uit te kunnen voeren is kennis en inzicht vereist die wordt verworven door de afgeleide kerntaak «systematische en gestructureerde informatievoorziening».

Het beleid dat is gericht op het bevorderen van optimale preventie en zorg vereist een adequate structuur voor het functioneren van de gezondheidszorg als bedrijfstak, alsmede een beheersbaar aanbod en vraag in termen van kosten en van kwaliteit.

De wijze waarop deze doeleinden worden verwezenlijkt, zowel in bestuurlijk-organisatorische als in uitvoerende zin, is een afweging, een keuze. Een keuze die wordt bepaald door de kerntaken van de overheid, de veranderde bestuurlijke verhoudingen, de vereiste van medeverantwoordelijkheid van maatschappelijke organisaties, burgers en van de uitvoerende partijen, alsmede de noodzaak maatregelen te nemen voor een doelmatiger en effectievere inzet van middelen. Dit geheel vormt de context waarbinnen de reactie van het kabinet op het rapport van de Werkgroep Heroverweging Volksgezondheidssubsidies 1992 moet worden geplaatst.

Veel van de gekozen maatregelen vergen de nodige tijd, voordat het beoogde effect kan worden gerealiseerd. De doelstelling van gedeelde verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de gezondheidszorg vereist consensus. De overgang naar een nieuwe bestuurlijke organisatie en de omschakeling van «produktbeheersing» naar «procesbeheersing» is een geleidelijk proces. De noodzaak daartoe werd versterkt door de Tussenbalansoperatie 1992, de Decentralisatie-Impuls, de Grote Efficiency-operatie en de Kerntakendiscussie.

De herijking van de volksgezondheidssubsidies was hierdoor al binnen WVC in gang gezet toen de Ministerraad op 7 juni 1991 had ingestemd met het plan van aanpak voor het «tweede spoor subsidiebeleid». In dit plan van aanpak werden ondermeer subsidieregelingen op het terrein van Volksgezondheid geselecteerd voor een heroverwegingsonderzoek.

De bevindingen van de Werkgroep Heroverweging Volksgezondheidssubsidies zijn neergelegd in het rapport «Heroverweging Volksgezondheidssubsidies 1992». Met de brief van de minister van Financiën is dit

rapport op 19 mei 1992 aan de Tweede Kamer gezonden (TK 1991-1992, 22 150 nr. 6).

In het verlengde van de reeds op gang gezette herbezinning, hebben de verschillende maatregelen, die zijn voortgevloeid uit het totaal van de genoemde processen en ontwikkelingen (kerntakendiscussie, DI, TUBA, GEO, Heroverweging) geleid tot aanzienlijke financiële consequenties voor de rijksbegroting voor de Volksgezondheid. Deze zijn in de volgende tabel weergegeven. Deze operaties zullen in 1994 – derhalve binnen een periode van 2 jaar – leiden tot een vermindering van het budget voor volksgezondheidssubsidies met 34,6%. Daar waar sprake is van een financieringsverschuiving (overheveling van begrotingsmiddelen in het kader van de DI naar lagere overheden, overheveling van begrotingsmiddelen naar de premiesector e.d.) kunnen de beleidsmatige consequenties beperkt blijven.

**Meerjarencijfers subsidies rijksbegroting volksgezondheid 1992-1996 (bedrag x f 1 mln)<sup>1</sup>**

	1992	1993	1994	1995	1996
<b>I. Meerjarencijfers stand miljoenennota '91 (MJC '91)</b>	<b>588,3</b>	<b>574,9</b>	<b>575,6</b>	<b>575,6</b>	<b>575,6</b>
Ombuigingen '92:					
Landelijke Organisaties (POLO)	- 5,8	- 5,5	- 5,5	- 5,5	- 5,5
Projecten, Experimenten en Onderzoek (PEO)	- 18,5	- 21,6	- 22,3	- 22,3	- 22,3
ISP/PNL arbeidsplaatsen	-	- 7,1	- 7,1	- 7,1	- 7,1
Subtotaal ombuigingen '92	- 24,3	- 34,2	- 34,9	- 34,9	- 34,9
Overdrachten '92:					
Zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden ELZ	- 12,6	- 12,6	- 12,6	- 12,6	- 12,6
<b>II. Meerjarencijfers stand miljoenennota '92 (MJC '92)</b>	<b>551,4</b>	<b>528,1</b>	<b>528,1</b>	<b>528,1</b>	<b>528,1</b>
Ombuigingen '93:					
Tijdelijke Financieringsregeling Verslavingszorg	-	- 5,6	- 5,6	- 5,6	- 5,6
Volksgezondheidsonderzoek	-	-	- 10,0	- 10,0	- 10,0
Opleidingen	-	- 3,0	- 2,0	- 2,0	- 2,0
Projecten, Experimenten en Onderzoek (PEO)	-	- 9,0	-	-	-
Synergie premie/begroting (PEO)	-	- 15,4	- 15,4	- 15,4	- 15,4
Decentralisatie-Impuls <sup>2</sup>	- 6,2	- 131,3	- 130,3	- 130,3	- 130,3
Subtotaal ombuigingen '93 <sup>3</sup>	- 6,2	- 164,3	- 163,3	- 163,3	- 163,3
Herschikkingen gefinancierd uit ombuigingen '93	-	11,9	11,9	11,9	11,9
<b>III. Meerjarencijfers stand miljoenennota '93 (MJC '93)</b>	<b>545,2</b>	<b>375,7</b>	<b>376,7</b>	<b>376,7</b>	<b>376,7</b>
Vermindering MJC '93 t.o.v. MJC '91	7,3%	34,7%	34,6%	34,6%	34,6%
<b>IV. Opbrengst heffingen Inspectie Gezondheidsbescherming (in kader ombuigingen 1993)</b>	<b>-</b>	<b>25,0</b>	<b>74,9</b>	<b>74,9</b>	<b>74,9</b>

<sup>1</sup> Op basis definitie heroverwegingsrapport.

Exclusief beleidsmatige mutaties in verband met de begrotingsuitvoering 1991 en 1992.

Inclusief uitgaven Inspectie Gezondheidsbescherming ad f 85,8 mln (stand ontwerp begroting 1992).

<sup>2</sup> Uitgaande van de stand van de ontwerp-begroting 1993. Er zijn verschillen met de bedragen genoemd in het Heroverwegingsrapport voor CVVC en TFV.

<sup>3</sup> Exclusief maatregelen ten aanzien van beperkte prijsbijstelling 1993.

Het kabinet is van mening, dat het heroverwegingsrapport een goed inzicht biedt in de subsidie-geldstromen voor het volksgezondheidsbeleid. De inventarisatie en de gehanteerde indeling verhogen het inzicht in de samenhang en de totaliteit van de subsidies en in de wijze waarop het subsidie-instrument wordt gehanteerd. De categorisering in PEO-subsidies, onderzoekinstellingen, structurele beleidsuitvoering en

organisaties op het gebied van de volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening is hierdoor zeer waardevol. Deze indeling zal worden gehanteerd als toetssteen bij de evaluatie van het subsidie-instrument. Dit zal tijdens het proces kunnen resulteren in een verdere herindeling van de begroting van volksgezondheid.

## **2. DE HERIJKING VAN HET SUBSIDIE-INSTRUMENT VOOR HET VOLKSGEZONDHEIDSBELEID**

### **2.1. Het beleid ten aanzien van subsidies voor projecten, experimenten en onderzoek (PEO)**

De overheid heeft verschillende instrumenten beschikbaar om beleid te voeren zoals ondermeer: wetgeving, stimulering via subsidies en voorlichting. Met uitzondering van de gezondheidsbescherming, waar met name ten gevolge van E.G.-ontwikkelingen sprake is van een verdichting van regelgeving, is het in de volksgezondheid van belang te wijzen op de afnemende directe sturing via gedetailleerde regelgeving. Dat brengt een ingrijpend veranderingsproces met zich mee. In die situatie kunnen andere instrumenten dan regelgeving winnen aan betekenis. Zo kan de inzet van subsidies op het gebied van onderzoek en (beleids)ontwikkeling behulpzaam zijn bij de voorbereiding en implementatie van veranderingen en het volgen en evalueren van dit veranderingsproces. Tegen deze achtergrond zijn de volgende uitgangspunten voor een gemoderniseerd PEO-beleid te formuleren.

- a. De PEO-activiteiten dienen direct voort te vloeien uit de kerntaken.
- b. Er dient een selectieve inzet van PEO-middelen plaats te vinden door middel van programmering, gebaseerd op inhoudelijke beleidskeuzen. De overheid zal zich telken male moeten afvragen of datgene wat zij via de inzet van het PEO-instrument beoogt wel tot haar verantwoordelijkheden behoort en ook of met behulp van dit instrument het beste resultaat kan worden bereikt.
- c. Er dient meer afstemming en samenhang – «synergie» – te worden aangebracht tussen de PEO-activiteiten zoals die via verschillende kanalen worden ondernomen en gefinancierd. Deze synergie dient mede gebaseerd te zijn op een duidelijke bestuurlijke verantwoordelijkheidsverdeling van de PEO-activiteiten tussen betrokken partijen. Dit dient te worden bereikt door het harmoniseren en afstemmen van de selectie, financiering, en uitvoering van de projecten, experimenten en het onderzoek, van de verschillende, door de rijksoverheid aanstuurbare, besluitvormende en financierende fondsen.
- d. PEO-activiteiten ten behoeve van de ontwikkeling, stimulering en evaluatie van het beleid van de rijksoverheid zelve, worden rechtstreeks gefinancierd uit de rijksbegroting.
- e. De presentatie van het te voeren en het gevoerde PEO-beleid dient te worden verbeterd. Een PEO-beleid wordt effectiever naarmate de resultaten van de activiteiten duidelijker naar buiten worden gebracht. Tevens dient een systematische verantwoording over de effecten van de gesubsidieerde activiteiten plaats te vinden.

Er is inmiddels een eerste aanzet geleverd in de realisatie van de genoemde uitgangspunten. Om te komen tot een meer programmatische aanpak en een heldere politieke prioritering zijn de PEO-activiteiten voor het volksgezondheidsbeleid herordend naar acht thema's.

1. De staat van de volksgezondheid en de monitoring van het zorgstelsel.
2. De financiering en structuur van het zorgsysteem.
3. De kwaliteit van zorg.

4. Preventie en ziektenbestrijding.
5. Gezondheidsbescherming.
6. Patiënten- en consumentenbeleid.
7. Ethische en juridische zaken.
8. Internationale aangelegenheden.

Op basis van politieke prioriteitenstelling heeft een eerste herschikking binnen de verschillende PEO-budgetten op de volksgezondheidsbe-groting plaatsgevonden. Het betreft een herschikking in 1993 van in totaal f 11,9 mln ten behoeve van positie verplegenden en verzorgenden (de kwaliteit van zorg), dak- en thuislozen, chronisch zieken (preventie- en ziektenbestrijding), sera en vaccins (gezondheidsbescherming), patiënten/consumentenbeleid en orgaandonatie (ethische en juridische zaken). Ook de komende jaren zullen in het kader van «oud voor nieuw» herschikkingen worden doorgevoerd teneinde de relatie met de kerntaken te optimaliseren.

Een tweede spoor wordt gevormd door de geleidelijke en gefaseerde aanpassing van de organisatiestructuur voor de aansturing, uitvoering, en financiering van PEO-activiteiten. Centraal in deze benadering staat de bundeling van activiteiten binnen programma's. De doelstelling van deze programma's zal door de rijksoverheid worden geformuleerd, terwijl de uitvoering ervan zoveel mogelijk door externe instanties zal plaatsvinden.

Met ingang van 1993 zal een begin worden gemaakt met de synergie tussen de begrotings- en premiegefinancierde PEO-activiteiten. Het gaat in 1993 dan om het onderbrengen van begrotingsgeraamde projecten en onderzoek op het terrein van preventie bij het Praeventiefonds en op het terrein van de zorg bij de Ziekenfondsraad (onderzoekfonds ex. art. 39 lid 5 Wet Financiering Volksverzekeringen). In 1994 e.v. zal in overleg met het Praeventiefonds en na advies van de Ziekenfondsraad verdere overheveling van activiteiten naar fondsen plaatsvinden. De synergie-operatie zal leiden tot financieringsverschuivingen tussen het begrotings- en het premiecircuit. In 1993 leidt de synergie-operatie tot een structurele verlaging van het PEO-budget op de rijksbegroting voor de volksgezondheid van f 15,4 mln. In 1994 is een financieringsver-schuiving van f 9,1 mln voorzien ter versterking van het Praeventiefonds en de onderzoeksfondsen ex art. 39.5 WFV. Een en ander mede naar rato van de omvang van de over te dragen PEO-activiteiten naar de fondsen.

Met het extern onderbrengen van onderzoeks- en ontwikkelingspro-gramma's is inmiddels al enige ervaring opgedaan, onder andere op het beleidsterrein van AIDS, chronisch zieken en de kwaliteit van de zorg. Dit proces zal uiteindelijk moeten leiden tot de oprichting van een fondsen-constructie. De gedachten gaan uit naar een preventiefonds en een zorgfonds die bestuurd worden door representanten van het veld en de overheden. Hiermee wordt in de eerste plaats beoogd tot meer samenhang te komen van activiteiten zoals die thans onafhankelijk van elkaar worden gefinancierd via de rijksbegroting respectievelijk het premiecircuit. Op deze wijze ontstaat een vereenvoudigde en meer overzichtelijke wijze van financiering. Daarnaast kan via deze aanpak de betrokkenheid van het veld en de lagere overheden worden vergroot en de uitvoering meer op afstand van de rijksoverheid worden geplaatst. In deze constructie heeft de rijksoverheid tot taak eisen aan het programma te stellen, het programmavoorstel goed te keuren, het fonds te voeden en toe te zien op een zorgvuldige evaluatie van het programma.

Er wordt bijzondere aandacht geschonken aan de vormgeving van de

in te stellen fondsen, hun verantwoordelijkheid jegens de minister en de publieke en politieke toetsing en controle op de financiële middelen en op de inhoudelijke uitvoering. Ook de wijze waarop de fondsen zullen worden gevoed, waarbij de verantwoordelijkheid van de minister en het budgetrecht van de Kamer belangrijke elementen zijn, zijn nog onderwerp van nader beraad en overleg.

## 2.2. De structurele financiering van onderzoeksinstituten

Het kabinet onderstreept het belang van een goede infrastructuur voor beleidsonderbouwend onderzoek inzake de volksgezondheid. Met de subsidiëring van diverse onderzoeksinstituten wordt de ontwikkeling en behoud van specifieke kennis en voorts de continuïteit, kwaliteit en onafhankelijkheid van het onderzoek gewaarborgd. Een goede infrastructuur is – mede in internationaal perspectief gezien – van groot belang. Dit neemt echter niet weg dat het structurele karakter van de huidige financiering en de sturingsmogelijkheden van de huidige financieringsvormen (doel- en basissubsidie) in het licht van de veranderende bestuurlijke organisatie, op hun doelmatigheid en effectiviteit moeten worden beoordeeld.

Het beleid zal er op gericht moeten zijn een onderzoekinfrastructuur te onderhouden waarin onderzoek wordt verricht dat binnen de kerntaken van het departement:

- maximaal toepasbaar is voor het volksgezondheidsbeleid (beleidsonderbouwend gezondheidszorgonderzoek);
- in het belang is van de volksgezondheid (gezondheidsonderzoek);
- van goede kwaliteit is, en
- niet zonder overheidssteun tot stand kan komen dan wel niet zonder overheidssteun kan worden gehandhaafd.

Deze uitgangspunten zullen worden gehanteerd bij de selectie van de te subsidiëren onderzoeksinstituten en bij de herijking van het subsidie-instrument, i.c. de gehanteerde financieringsvorm.

Op grond van de huidige stand van zaken houdt dit het volgende in:

a. De subsidies aan instellingen, die onderzoek verrichten die niet of in mindere mate tot de kerntaken van het departement kunnen worden gerekend, zullen worden beëindigd of verlaagd. Daar waar sprake is van een kerntaak van een ander ministerie, zullen de subsidies en verantwoordelijkheden aan dat ministerie worden overgedragen. Toepassing van dit standpunt zal van geval tot geval moeten worden onderzocht, maar heeft geleid tot vooralsnog de volgende consequenties:

- WVC onderkent het bijzonder grote belang van het door het Nederlands Kanker Instituut verricht fundamenteel onderzoek. Fundamenteel onderzoek past echter niet in de kerntaken van het ministerie van WVC. Het ligt in de rede de beleidsmatige en financiële verantwoordelijkheid van het NKI over te dragen aan het ministerie van O&W als eerstverantwoordelijke voor de wetenschapsbeoefening in Nederland. Hiertoe zijn besprekingen met O&W en NKI gaande.

- De thans door het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO) uitgevoerde onderzoekstaken, alsmede de voorlichtings- en ontwikkelingstaken uitgevoerd door de Rutgersstichting en de Protestantse Stichting Verantwoorde Gezinsvorming (PSVG), zullen worden gebundeld in een intensief landelijk samenwerkingsverband met de functies: onderzoek, ontwikkeling, voorlichting, preventie en deskundigheidsbevordering met betrekking tot seksualiteit en geboorteregulering gedrag.

b. Per gesubsidieerde onderzoekinstelling zal worden onderzocht welke de optimale verhouding is tussen doel- of basissubsidie en flexibele programma- of projectfinanciering.

– De realisatie van een optimale mix van basis- en programmafinanciering bij de Stichting Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnszorg (NIVEL is een aantal jaren geleden tot stand gekomen. De daarbij gehanteerde systematiek heeft als voorbeeld gediend bij de wijziging van de financieringsvorm voor het Nederland Centrum Geestelijk Volksgezondheid (NCGV) die onlangs is aangepast.

c. Daar waar blijkt, dat het onderzoeksinstituut onderzoek verricht dat (mede) in het belang is van de uitvoerende partijen in het stelsel van gezondheidszorg (zorgaanbieders, verzekeraars, industrie) zal de subsidie dienovereenkomstig worden verlaagd. Tevens zullen overlap en «doublures» van de door de verschillende instellingen verricht onderzoek op het terrein van de volksgezondheid moeten worden vermeden.

De huidige discussie over de kerntaken van de rijksoverheid heeft zich binnen WVC ook uitgestrekt tot de gesubsidieerde activiteiten op onderzoeksgebied.

Het besluit van het kabinet om het onderzoeksbudget van WVC met ingang van 1994 te verlagen met een bedrag van f 10 mln valt samen met het voornemen om in samenwerking met de Minister van Onderwijs en Wetenschappen een brede analyse van het gezondheidsonderzoek in Nederland te laten maken om te bezien welke aanpassingen uit het oogpunt van doelmatigheid in het geval van universitair en niet-universitair gezondheidsonderzoek mogelijk en nodig zijn. De concrete invulling van deze verlaging op basis van de uitkomsten van deze brede analyse zal echter pas bij de begrotingsvoorbereiding voor het jaar 1994 kunnen geschieden.

Van de brede analyse en de bezuinigingen op het gezondheidsonderzoek is melding gemaakt in de Memorie van Toelichting bij de ontwerpbegroting WVC 1993.

Met het oog op de brede analyse zal het overleg met TNO en met andere door WVC gesubsidieerde onderzoeksinstituten op korte termijn worden geopend. TNO wordt hier expliciet genoemd omdat een WVC-analyse, waarbij beleidsinhoudelijke overwegingen uiteraard een belangrijke rol spelen, in de richting gaat van een gedeeltelijke heroriëntatie van het onder auspiciën van WVC uitgevoerde TNO-onderzoek. Het door TNO zelf geïnitieerde onderzoek door het bureau Arthur D. Little, met als centraal thema het toekomstperspectief voor het gezondheidsonderzoek binnen TNO, geeft een richting aan waarin het op de niet-overheidsmarkt gerichte deel van het programma zich zou moeten gaan ontwikkelen in het licht van de aanwezig geachte marktkansen.

### **2.3. Subsidies voor structurele beleidsuitvoering**

a. Onder deze categorie zijn de geldstromen gebracht, waarvan tot voor kort de uitvoering van de gesubsidieerde activiteiten tot de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid werd gerekend.

Het kabinet onderschrijft de conclusie dat het zwaartepunt van de beleidsvoering van een aantal van de in deze categorie opgenomen subsidiestromen niet volledig of in het geheel niet meer bij de rijksoverheid moet worden gelegd. Deze veranderde inzichten moeten worden toegeschreven aan de verschuivingen in de bestuurlijke verantwoordelijkheid van rijksoverheid naar de lagere overheid, of wel omdat de desbetreffende taken tot de verantwoordelijkheid van de uitvoerders of marktpartijen in het veld moeten worden gerekend.

In de eerste categorie zijn een aantal subsidieregelingen onderwerp



van de besluitvorming in het kader van de Decentralisatie-Impuls. Het betreft hier:

- Geneeskundige hulpverlening bij Rampen (totaal f 6,5 mln, een deel t.l.v. WVC)
- Specifieke uitkeringen Basisgezondheidszorg (f 13,4 mln)
- Tijdelijke Stimuleringsregeling Regionale patiënten- en consumentenplatforms (f 5,8 mln)
- Ambulante verslavingszorg van de TFV: Tijdelijke Financieringsregeling Verslaafdenzorg (f 106,4 mln in 1993 en f 105,4 mln in 1994 e.v.)

Uit een evaluatie van de TFV is voorts gebleken, dat deze regeling de doelmatigheid van de organisatie van de ambulante verslavingszorg heeft vergroot en geleid heeft tot meer aandacht voor preventieve activiteiten. Op grond van deze conclusie en in het besef dat de decentralisatie van middelen, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zal moeten leiden naar een grotere doelmatigheid en een beter op de doelgroepen gerichte uitvoering van de ambulante verslavingszorg, heeft het kabinet besloten een structurele doelmatigheidskorting van 5% op het budget van de te decentraliseren ambulante verslavingszorg ad f 111,0 mln aan te brengen. Deze structurele korting ad f 5,6 mln is verwerkt in de ontwerp-begroting van 1993.

b. In de andere gevallen, waar sprake is van een eenduidig belang of een duidelijke verantwoordelijkheid van de ontvangers van subsidies, zal worden gestreefd naar een financieringsvorm of bekostigingssystematiek die het eigen belang of de eigen verantwoordelijkheid tot uitdrukking brengt. Dit standpunt wordt onderzocht op alle subsidies voor structurele beleidsuitvoering en heeft inmiddels geleid tot de volgende voornemens:

- Er zal naar worden gestreefd de kosten van de uitvoering van de Destructiewet te dekken uit een heffing ten laste van het bedrijfsleven (f 2,1 mln).
- De huidige financieringswijze van de (para)medische opleidingen en de opleiding tot verloskundige zal worden vervangen door een budget-systeem gebaseerd op «output financiering». Dit zal tot een meer doelmatige besteding van de middelen moeten leiden.
- Er wordt gezocht naar de meest effectieve organisatievorm voor de regionale samenwerkingsverbanden vroegtijdige onderkenning ontwikkelingsstoornissen. Het standpunt is ingenomen dat deze activiteiten tot de reguliere zorgverlening behoren en dat de verantwoordelijkheid voor de uitvoering en de financiering daar moet worden ondergebracht.

c. Het standpunt, dat bepaalde begrotingsgefinancierde activiteiten tot de verantwoordelijkheid van partijen in het veld moeten worden gerekend hebben op grond van het nog lopende onderzoek het kabinet doen besluiten de volgende maatregelen te realiseren:

- De Rijksbijdrage voor de medische en tandheeskundige specialisten-opleidingen is in 1993 gereduceerd met f 3,0 mln. Structureel bedraagt deze reductie vanaf 1994 f 2,0 mln. Deze reductie is in de ontwerp-begroting 1993 verwerkt.
- De verstrekking en de financiering van anti-rhesus (D) immunoglobuline behoort naar het inzicht van het kabinet tot de reguliere zorg. Op dit ogenblik zijn besprekingen met de Ziekenfondsraad gaande over de voorwaarden van de overdracht van deze immunisaties in de sfeer van de AWBZ. Het tekort op de begroting voor deze verstrekkingen, ad f 1,4 mln, dat is ontstaan door onvoorziene grote prijsstijgingen, is inmiddels structureel afgedekt door herschikkingen binnen de volksgezondheidsbegroting.
- Vanaf 1994 zal voor de werkzaamheden van de inspectie gezondheidsbescherming een heffingsregeling worden ingevoerd waarmee een

– uiteindelijk kostendekkende – bijdrage in de financiering van de kosten van de gezondheidsinspectie zal worden geleverd. Deze maatregel is in de ontwerpbegroting van 1993 verwerkt.

#### **2.4. Structurele financiering van organisaties op het gebied van de volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening**

Uit de inventarisatie van het heroverwegingsrapport blijkt de diversiteit en het aantal van de door WVC gesubsidieerde aandachtsgebieden en organisaties. De beschouwingen van de Werkgroep stemmen tot enig nadenken over het afwegen tussen doel, instrument en middel. Voorzover de conclusies en de bevindingen louter worden beoordeeld uitgaande van de criteria actualiteit, doelmatigheid en effectiviteit, kan het kabinet een eind meegaan in de geformuleerde vraagstelling en conclusies. Indien men echter – naast de beoogde doelmatigheid, effectiviteit en de veranderende bestuurlijke verhoudingen – de hoofdlijnen van het volksgezondheidsbeleid in de beschouwing betreft, dan is enige nuancering van de conclusies van de Werkgroep op zijn plaats. Zoals in de Memorie van Toelichting is aangegeven, is het beleid er tevens op gericht dat voorkomen moet worden dat mensen in een achterstandssituatie geraken. Degenen die desondanks in een achterstandssituatie zijn terechtgekomen moeten worden geholpen uit deze situatie te komen. Een aantal gesubsidieerde organisaties hebben juist deze functie, en dan gaat het om de vraag: «wie is verantwoordelijk voor wat».

Met de werkgroep is het kabinet van mening dat bepaalde specifieke gevallen nu eenmaal specifieke kennis op een breed vlak vereisen. Het zal daarom in bepaalde gevallen de voorkeur verdienen een goede infrastructuur op te zetten en te onderhouden. Maar er kan niet zonder meer van worden uitgegaan dat de Rijksoverheid verantwoordelijk is voor het behoud van de organisaties die deze infrastructuur vormen: per geval is een afweging van de collectieve verantwoordelijkheid en van de individuele belangen vereist.

Met dit als uitgangspunt zal worden vastgesteld of er sprake is van een verantwoordelijkheid voor WVC en zullen er maatregelen moeten worden getroffen om de doelmatigheid, effectiviteit en de actualiteit te bevorderen. Hierbij zullen, van geval tot geval, de volgende criteria als toetssteen worden gehanteerd:

- De subsidies aan de organisaties worden getoetst 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 dienen 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 of verlaagd en omgezet in incidentele programma- of 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.

Op grond van deze uitgangspunten heeft het kabinet besloten tot uitwerking van de volgende aandachtspunten:

- a. Integratie van door organisaties verrichte activiteiten in de reguliere zorg

– Marktpartijen zullen bij een terugtrekkende overheid de onvolkomenheden en lacunes in het zorgaanbod zelf moeten opvullen en niet overlaten aan (al dan niet door de Rijksoverheid gesubsidieerde) particuliere organisaties. Hier is de eigen verantwoordelijkheid van de instellingen van zorg en van de medische paramedische en verpleegkundige professies in het geding. Dit geldt met name waar de activiteiten van de organisaties zich richten op de verbetering van de toegankelijkheid van de zorg en op de specifieke deskundigheid of benaderingswijzen van de hulpverleners. Deze problematiek moet worden opgelost als geïntegreerd bestanddeel van het beleid en binnen de financiële kaders van de reguliere zorgverlening. Als stimuleringsbeleid zullen de komende jaren programma's worden ontwikkeld op terreinen als multiculturalisatie van de zorg, vrouwenhulpverlening en het beleid ter bestrijding van seksueel geweld.

– De werkzaamheden van sommige gesubsidieerde organisaties kunnen worden beschouwd als directe zorg of hulpverlening, danwel als taken die rechtstreeks voortvloeien uit de reguliere behandeling van specifieke (groepen van) patiënten. Voorzover deze uitvoerende taken worden verzorgd door of onder de verantwoordelijkheid van particuliere organisaties, is het kabinet van mening, dat deze activiteiten een geïntegreerd en samenhangend onderdeel moeten uitmaken van de voorzieningen en verstrekkingen van het zorgstelsel. In de sfeer van de directe zorg- of hulpverlening gaat het met name om de intramurale instellingen voor verslaafdenzorg: ARTA, Landelijk Ontwenningencentrum voor Molukkers (LOCM) en Teen Challenge, de curatieve bestrijding van de seksueel overdraagbare aandoeningen en de bevordering van psychosociale hulpverlening door Stichting Driehoek en het Katholiek Centrum Welzijnsbevordering. De aan de directe hulpverlening complementaire werkzaamheden uitgevoerd door de Integrale Kankercentra en de Stichting Werkgroep Infectiepreventie behoren eveneens tot de reguliere zorg te worden gerekend.

– De direct aan de gemeenten geleverde diensten van de Koninklijke Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose (KNCV) zullen aan deze gemeenten in rekening worden gebracht.

– Per 1 januari 1992 zijn de rijksbegrotingsmiddelen voor de stimuleringsregeling voor zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden in de eerstelijnszorg naar de AWBZ overgeheveld. Dit vormde een eerste stap voor de integratie van de verschillende subsidievormen in de reguliere financiering. In het verlengde hiervan wordt een geleidelijke inpassing van de subsidiëring van de licht gestructureerde samenwerkingsverbanden in de reguliere financiering onderzocht.

– De Stichting Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning Huisartsen wordt voor circa f 12 mln bekostigd uit de rijksbegroting. Het ligt in de bedoeling om verder te gaan met het proces om de dekking van de kosten van deze ondersteunende organisatie voor de huisartsen in te passen in de financieringsstructuur voor de huisartsenhulp.

b. Verdergaande samenwerking en bundeling van organisaties en activiteiten op het terrein van de volkgezondheid. Dit in analogie met een soortgelijk beleid op het terrein van welzijn. Hierbij zij aangetekend dat eventuele hieruit voortvloeiende besparingen in de vorm van flexibele PEO-subsidies in de betreffende beleidssectoren kunnen worden geherinvesteerd.

– Preventie, voorlichting en gezondheidsbevordering zijn prioriteit in het volksgezondheidsbeleid. Als hoofdbeleidspunt in het tot stand te brengen voorwaardenscheppend beleid zal een versterking van de functies en activiteiten uitgevoerd door landelijke ondersteuningsinstellingen door middel van verdergaande samenwerking dan wel fusie worden gerealiseerd. De verdere uitvoering van het preventiebeleid is gediend

met de vorming van één krachtig instituut, aangezien door samenbundeling van kennis en ervaring vanuit verschillende invalshoeken een meerwaarde kan ontstaan.

– Op een aantal (kleinere) terreinen van de maatschappelijke dienstverlening wordt het beleid gericht op het inhoudelijk vernieuwen en kwalitatief verbeteren van de gezondheidszorg ten behoeve van achterstandsgroepen of hulpvragen, die door de algemene zorgaanbieders niet of onvoldoende worden opgepakt. Dit stimuleringsbeleid heeft een tijdelijk karakter en de resultaten dienen zo snel mogelijk te worden geïntegreerd in het reguliere zorgaanbod, inclusief de financiering. Tijdens de stimuleringsfase worden landelijk werkende organisaties hiervoor ingezet.

– Op het terrein van seksualiteitshulpverlening en geboorteregend gedrag is het beleid erop gericht de uitvoerende hulpverlening zoveel mogelijk te integreren in de reguliere hulpverlening van huisartsen, RIAGG's en poliklinieken gynaecologie. De thans door het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO) uitgevoerde onderzoekstaken, alsmede de voorlichtings- en ontwikkelingstaken uitgevoerd door de Rutgersstichting en de Protestantse Stichting Verantwoorde Gezinsvorming (PSVG), zullen worden gebundeld in een intensief landelijk samenwerkingsverband met de functies: onderzoek, ontwikkeling, voorlichting, preventie en deskundigheidsbevordering met betrekking tot seksualiteit en geboorteregend gedrag.

– Bij de Vrouwenhulpverlening en de bestrijding van seksueel geweld dient het zorgaanbod aan vrouwen en aan slachtoffers van seksueel geweld in de reguliere zorgvoorzieningen te worden verbeterd. Hier ligt een belangrijke taak voor instellingen en de professies in de gezondheidszorg. Via een projectmatige aanpak wordt gestimuleerd dat de veldpartijen hun verantwoordelijkheid voor de realisatie van zorg op maat in voldoende mate oppakken. Thans wordt in samenwerking tussen departement en veldpartijen een WVC-werkprogramma vrouwenhulpverlening voorbereid, dat vóór de zomer 1993 gereed zou zijn. De landelijke organisaties Metis, Medusa, Stichting Leergangen Vrouwenhulpverlening, Soman en Aletta zullen belangrijke taken krijgen bij zowel de invulling van het werkprogramma als de uitvoering. Een verdere aanpassing van hun taakuitoefening, met als uiteindelijk doel: aanpassing van het zorgaanbod in de reguliere zorg aan de specifieke en bijzondere hulpvragen en de organisatorische bundeling van de activiteiten van de organisaties. Het streven is te komen tot één landelijke organisatie voor ontwikkeling, informatie, documentatie, voorlichting en deskundigheidsbevordering op de terreinen vrouwenhulpverlening en de bestrijding van seksueel geweld.

– Conform de voornemens uit de nota Patiënten/consumentenbeleid in de zorgsector zijn het Landelijk Overleg van Decentrale Patiëntenplatforms (I-DDEP), het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform (LPCP) en de Werkgroep 2000 een landelijke federatie aangegaan. De betrokken organisaties zullen in deze federatie opgaan.

### 3. TOT SLOT

Een adequaat subsidiebeleid is een proces van continue herbezinning op de prioriteiten en posterioriteiten op het gebied van de zorg. Mede gezien de beperkte budgettaire mogelijkheden, dient voortdurend een herijking plaats te vinden van het gevoerde beleid en een continue bezinning op het te voeren beleid. In eerste instantie in termen van inhoudelijke keuzen, maar ook afgezet tegen de criteria actualiteit, effectiviteit en doelmatigheid. Doelmatigheid in termen van een optimale verhouding tussen inzet van middelen en gerealiseerd produkt. Hierbij

zijn zowel financiële als organisatorische aspecten van het subsidiebeleid in het geding. Doeltreffendheid door het realiseren van de beoogde beleidsmatige effecten. Tegen deze achtergrond zal het subsidiebeleid op het gebied van de volksgezondheid de komende jaren aan een veranderingsproces onderhevig zijn. In de hierboven beschreven kabinetsreactie zijn de contouren geschetst voor het toekomstige subsidiebeleid terzake van de zorg.

In de geest van de spreekwoordelijke zegswijze dat «wat men zaait, zal men oogsten», bevat de ontwerp-begroting 1993 daarom aanzetten voor de herijking en herstructurering van de volksgezondheidssubsidies. Een samenvattend overzicht hiervan is gegeven in de tabel in hoofdstuk 1, Inleiding van dit kabinetsstandpunt.