

Vergaderjaar 1997–1998

22 236

Decentralisatie

Nr. 48

BRIEF VAN DE MINISTER EN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 14 oktober 1997

Inleiding

Ten behoeve van de uitvoering van een parlementaire decentralisatie-toets heeft de vaste commissie voor Binnenlandse Zaken in uw brief van 25 juni 1997 onze visie gevraagd inzake de territoriale decentralisatie, de functionele decentralisatie en de verzelfstandiging op de terreinen die ons ministerie regarderden, alsmede vraagt de commissie informatie over de decentralisatie- en verzelfstandigingsprojecten die sinds 1994 zijn afgerond respectievelijk die thans lopen of die in het voornemen liggen. Tevens heeft de commissie verzocht in dit kader de positie en de toekomst van de rijksinspecties toe te lichten.

Recent zijn enkele standpunten en zienswijzen aan de Tweede Kamer gezonden die voor de herschikking van taken op ons terrein naar ons oordeel relevant zijn.

Op 10 maart 1997 heeft de minister van Binnenlandse Zaken u de rapportage Doorlichting Zelfstandige Bestuursorganen doen toekomen (25 268, nr. 1). Op 15 april 1997 hebben wij u een tweetal nota's over toezicht op zelfstandige bestuursorganen aangeboden. Op 21 april 1997 is u het kabinetsstandpunt positionering inspecties gezonden. De brief van de minister van Binnenlandse Zaken over de vorming van bestuurskernen is op 14 mei 1997 toegestuurd (21 427, nr. 165). Met de brief van 11 juni 1997 heeft de minister van Binnenlandse Zaken u het rapport «Decentraliseren met beleid» toegezonden.

U heeft verzocht in de beantwoording van uw vraagstelling aandacht te schenken aan de bevindingen zoals verwoord in de brief van 11 juni jl. Hetzelfde geldt voor de beoordelingscriteria zoals vermeld in het rapport van de Algemene Rekenkamer «Decentralisatieproces maatschappelijke opvang» (over dit onderwerp is aan u door de staatssecretaris van VWS met haar brief van 22 april 1997 en door de staatssecretaris van Binnenlandse Zaken met haar brief van 3 juli 1997 gerapporteerd).

Aan de uitvoering van de decentralisatietoetsen ligt het in 1993 verschenen rapport «Over decentralisatie is nog nooit een vers geschreven» van de bijzondere commissie Vraagpunten Decentralisatie ten grondslag. In de aanbiedingsbrief bij dit rapport werd geschreven: zeer weinigen lopen echt warm (voor decentralisatie).

Tot die weinigen behoorde de voorloper van ons departement, het toenmalige ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (CRM), dat al 15 jaar daarvoor warm liep voor territoriale decentralisatie. Op ons terrein zijn we ook al lang vertrouwd met functionele organen en private partijen. Anno 1997 kan gezegd worden dat de omgeving van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij uitstek getypeerd wordt door territoriale en functionele decentralisatie. De door u uit te voeren toets komt in een periode dat bij beide vormen van decentralisatie kritische vragen gesteld worden ten aanzien van de kwaliteit en de doeltreffendheid van de territoriale decentralisatie en ten aanzien van de rol van de politiek in relatie tot functionele decentralisatie.

Vanuit de opdracht van het ministerie (er wordt ook wel gesproken van missie) krijgt de ministeriële verantwoordelijkheid invulling en wordt de positie bepaald ten opzichte van de actoren in het «veld». Bij de beantwoording van uw vraagstelling geven wij daarom kort aan waar het ministerie voor staat. Daarna bespreken wij de herschikking van taken in het perspectief van de politieke rol en de ministeriële verantwoordelijkheid. Vervolgens wordt de ontwikkeling in de laatste jaren van de territoriale decentralisatie, de functionele decentralisatie, de verzelfstandiging en de privatisering op ons terrein beschreven, waarbij wij tevens onze visie op deze onderwerpen geven. Voorts presenteren wij een uitwerking op het VWS-terrein van het kabinetsstandpunt over de positionering van de rijksinspecties. Tot slot worden enige concluderende opmerkingen gemaakt. In de bijlage treft u de beantwoording aan van de meer feitelijke vragen over de decentralisatie-, verzelfstandigings- en privatiseringsprojecten, inclusief personele en financiële aspecten.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Twintig jaar geleden heeft het ministerie (toen nog CRM) een eerste impuls gegeven aan de decentralisatie van beleid. In achtereenvolgende fasen zijn grote delen van het welzijnsbeleid in handen gelegd van de gemeenten en de provincies. Op het terrein van de volksgezondheid is de functionele decentralisatie van oudsher een wezenskenmerk. Veel taken worden behartigd door organen van functioneel bestuur. Bij de ontwikkeling van VWS naar een kerndepartement zijn waar mogelijk uitvoerende taken op afstand gezet (verzelfstandiging). Er is een betrekkelijk kleine bestuurskern overgebleven.

De opdracht van het ministerie betreft drie aspecten van de zorg voor een gezonde samenleving:

- de preventie en de gezondheidsbescherming;
- de kwaliteit, de toegankelijkheid en de kostenbeheersing van de voorzieningen voor gezondheidszorg en welzijn;
- de zelfstandigheid, de participatie en de integratie van burgers.

Hiermee zijn de strategische oriëntatie en de centrale beleidsdoelen van het ministerie gegeven.

De positionering van het departement is in beweging. Hierop is niet alleen van invloed de discussie over de organisatie en de taken van de rijksdienst, maar ook het herstel of de bevestiging van de rol van de politiek, de maatschappelijke ontwikkelingen en de specifieke bestuurlijke omgeving van het departement spelen een rol.

Het ministerie steunt op drie pijlers: beleid, decentrale uitvoering en toezicht. De sterk gedecentraliseerde uitvoering op ons terrein stelt bijzondere eisen aan het toezicht en de kwaliteitsbewaking door het ministerie. Werken aan een gezonde samenleving is een zaak van overheden, instellingen, beroepsbeoefenaren, bedrijven en burgers. Een heldere verantwoordelijkheidsverdeling en samenwerking tussen alle betrokkenen is noodzakelijk, waarbij een integratiefunctie als kern van politiek bestuur bij ons ministerie ligt.

Herschikking van taken in perspectief

De overheid is verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de beschikbaarheid van de voorzieningen voor gezondheidszorg en welzijn en afgeleid daarvan voor een doeltreffende en doelmatige uitvoering. De uitvoering van taken op het VWS-terrein ligt sinds lang overwegend in handen van private aanbieders van diensten en producten (instellingen, beroepsbeoefenaren en bedrijven), van zelfstandig ten opzichte van het ministerie geplaatste organisaties, en van gemeenten en provincies. Op het terrein van welzijn zijn verantwoordelijkheden in belangrijke mate integraal overgedragen, inclusief de financiële (het Sociaal en Cultureel Planbureau rapporteert periodiek over het lokaal welzijnsbeleid). De sterk – territoriaal en functioneel – gedecentraliseerde uitvoering van de wet- en regelgeving is niet een ontwikkeling van de laatste 10 jaar. Er is in belangrijke mate sprake van in de loop van tientallen jaren gegroeide bestuursvormen. Deze historische context vindt zijn weerslag in het huidige zorgstelsel, waarbij de verschillende betrokken partijen elk eigen verantwoordelijkheden hebben, en de uitvoering dicht bij de burger/patiënt is neergelegd. Herschikking van taken op het VWS-terrein heeft in de afgelopen jaren plaatsgevonden binnen deze randvoorwaarden. Door het centraal stellen van de burger/patiënt in beleid en voorzieningen (o.a. zorg-op-maat, persoonsgebonden budget, activiteiten voor, van en door specifieke groepen) zijn de laatste jaren andere posities en rollen voor betrokken partijen op het VWS-terrein ontstaan. De herschikking van taken heeft langs de lijnen van territoriale decentralisatie, functionele decentralisatie/externe verzelfstandiging, interne verzelfstandiging en privatisering plaatsgevonden.

Enige toelichting op de gehanteerde begrippen is van belang. Territoriale decentralisatie richt zich op het overdragen van rijkstaken naar provincies of gemeenten. Bij functionele decentralisatie wordt een taak overgedragen aan een orgaan van functioneel bestuur (in toenemende mate worden deze organen zelfstandige bestuursorganen genoemd). De term functionele decentralisatie wordt gebruikt om er zowel een proces (taakoverdracht) als een situatie van functioneel bestuur mee aan te duiden. Externe verzelfstandiging duidt op de vorming van zelfstandige bestuursorganen, waaraan de uitvoering van rijkstaken wordt opgedragen (extern verzelfstandigde overheidstaken). Functionele decentralisatie en externe verzelfstandiging hanteren wij derhalve in combinatie. Bij interne verzelfstandiging wordt een taakuitvoering opgedragen aan een departementsonderdeel met een eigen beheersmatig regime (zelfbeheer) of met een eigen comptabel regime (agentschap).

Bij privatisering/particulier initiatief wordt de uitvoering van een (overheids)taak overgelaten aan een private instelling. De herschikking van taken in de afgelopen jaren heeft geleid tot een departementale bestuurskern van ca. 1150 fte.

Met de brief van 14 mei 1997 heeft de minister van Binnenlandse Zaken de stand van zaken weergegeven met betrekking tot de vorming van kern- of bestuursdepartementen.

Bij de herschikking van taken is een accentverschuiving merkbaar van een generieke benadering naar een meer specifieke benadering waarin op

basis van kwalitatieve overwegingen doel, middelen en condities worden beoordeeld. Het benadrukken van de rol van de politiek is hier uiteraard van invloed op. In het denken over externe verzelfstandiging is een verandering opgetreden, de doelbereiking en de kwaliteit van de territoriale decentralisatie staan op de agenda en de aansturing van en het toezicht op functionele organen krijgen systematisch meer aandacht.

Steeds meer dringt bovendien het inzicht door dat maatschappelijke vraagstukken niet worden opgelost door herverdeling van taken op zich. Het is zaak dat sturing en coördinatie gericht op probleemoplossing vanuit het democratisch gelegitimeerd bestuur plaatsvindt. De vorming van departementale bestuurskernen is een voorwaarde voor en een ondersteuning van probleemgericht bestuur op rijksniveau. Wat ons ministerie betreft staan daarbij handhaving van essentiële waarden als toegankelijkheid en kwaliteit van volksgezondheid, welzijn en sport centraal. In het verlengde hiervan is toezicht op de invulling van functioneel en territoriaal toegedeelde verantwoordelijkheden onmisbaar.

Territoriale decentralisatie

De ontwikkelingen vanaf 1994 op het vlak van de territoriale decentralisatie zijn als volgt samen te vatten.

Per 1 januari 1994 zijn de bovenlokale steunfuncties minderheden naar de provincies gedecentraliseerd. Het budget van de stimuleringsregeling regionale patiënten/consumentenplatforms is per 1 januari 1994 overgeheveld naar het provinciefonds. Stapsgewijs zijn de middelen voor de collectieve preventie vanuit verschillende stimuleringsregelingen overgeheveld naar het gemeentefonds (het grootste gedeelte voor 1994). Na het besluit om vanaf 1994 de middelen voor de maatschappelijke opvang en de ambulante verslavingszorg op te nemen in een brede doeluitkering is vervolgens in 1996 gekozen voor een doeluitkering aan centrumgemeenten. Met de beëindiging in 1996 van de stimuleringsmaatregel Kinderopvang is de zorg voor de kinderopvang gedecentraliseerd naar het gemeentelijk niveau (de desbetreffende middelen zijn overgeheveld naar het gemeentefonds). In behandeling is de wijziging van de Welzijnswet om doeluitkeringen ten aanzien van de vrouwenopvang, ambulante verslavingszorg en overige maatschappelijke opvang mogelijk te maken.

De verantwoordelijkheid voor de verzorgingshuizen wat betreft subsidiëring en toezicht is, in verband met de zorginhoudelijke samenhang met de verpleeghuizen, op een centraal niveau teruggelegd.

Het voornemen is om in 1998 twee doeluitkeringen op basis van de Welzijnswet 1994 te realiseren: één voor de vrouwenopvang en één voor de overige maatschappelijke opvang en het verslavingsbeleid. Over de voorgenomen decentralisatie van het zittend ziekenvervoer per 1 januari 1999 vindt nog overleg plaats. De verantwoordelijkheid voor het tot stand brengen van een capaciteitsuitbreiding van de buitenschoolse opvang voor de periode 1997–1999 komt bij de gemeenten te liggen.

In het rapport «Decentralisatie met beleid» wordt gesteld dat decentralisatie niet in elke vorm en onder alle omstandigheden blijkt te leiden tot verhoging van de kwaliteit van het bestuur.

De decentralisatie op ons terrein heeft door de jaren heen sterk in het teken gestaan van de versterking van de positie van het lokale (en het provinciale) bestuur en van de herverdeling van taken tussen het rijk, de provincies en de gemeenten.

Verondersteld werd dat decentralisatie positieve effecten zou hebben. Daar waren goede redenen voor. Andere overheden zouden vanwege de nabijheid tot problemen en doelgroepen gemakkelijk tot meer maatwerk en zorgvuldige afweging van belangen en prioriteiten kunnen komen. Ook

zouden de mogelijkheden tot integrale beleidsvoering groter zijn. Op enkele onderdelen van het VWS-terrein heeft de territoriale decentralisatie niet geheel gebracht wat beoogd werd. De door het kabinet ingezette lijn om door middel van begeleiding en toerusting de kwaliteit van de decentralisatie te verbeteren is op ons terrein van toepassing.

Bij de kwaliteitsverbetering van lopende decentralisatieprocessen zal het analyse- en evaluatiemodel uit het rapport «Decentraliseren met beleid» goede diensten kunnen bewijzen (de door de Algemene Rekenkamer aangedragen criteria in het kader van de decentralisatie van de maatschappelijke opvang passen hier goed in, zij het dat de criteria over informatie en toezicht aangescherpt zouden kunnen worden).

De vijf bevindingen uit het rapport «Decentraliseren met beleid» inclusief de kanttekeningen van de minister van Binnenlandse Zaken zijn voor ons herkenbaar. Wij onderstrepen het gestelde bij bevinding b (randvoorwaarden stellen om tot adequate «horizontale» samenwerkingsrelaties te komen op lokaal niveau) en bij bevinding d (centrale regels ten behoeve van doelbereiking). De binnen de zorgsector gewenste interactie tussen een landelijk sectoraal beleidskader (zorgvisie) en de regiovisie is een ontwikkeling die naar onze mening goed aansluit bij deze bevinding. Op ons terrein is sprake van enerzijds een herbezinning op in gang gezette decentralisatieprocessen (bijv. collectieve preventie, maatschappelijke opvang en verslavingszorg) en anderzijds een herbezinning op reeds aangekondigde voornemens tot decentralisatie (bijv. ziekenvervoer). Gewerkt wordt aan de verheldering van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de betrokken overheidslagen (bijv. bij specifieke doeluitkeringen resp. bij de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid), aan de verbetering van de informatievoorziening/monitoring (bijv. de staten van de volksgezondheid (VTV), van de gezondheidszorg (SGZ), van de gezondheidsbescherming (SGB) en van het zorgstelsel (JOZ)) en de verbetering van het toezicht (bijv. bij maatschappelijke opvang en verslavingszorg resp. collectieve preventie). Vanwege de benodigde kwaliteitsverhoging staan naast de lopende en voorgenomen decentralisatieprojecten geen nieuwe voornemens op de agenda.

Taakverdeling tussen overheden moet bijdragen aan het oplossen van complexe maatschappelijke kwesties. Steeds meer geldt dat opdrachten veelal niet worden ingevuld door het toewijzen van verantwoordelijkheden aan één overheid.

Op veel beleidsterreinen is een steeds sterkere vervlechting van overheden, instellingen en andere partijen waarneembaar. Op diverse terreinen van de volksgezondheid- en welzijnssector (bijv. ziekenhuiszorg, ambulancezorg, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg) is een integrale aanpak op regionaal niveau nodig.

De aanvulling op territoriale decentralisatie met ondersteuning op het lokale niveau, regionale visie-ontwikkeling en landelijke beleidskaders biedt ons inziens perspectief op de verbetering van de kwaliteit van de decentralisatie.

Functionele decentralisatie/externe verzelfstandiging

Aangaande functionele decentralisatie/externe verzelfstandiging is sinds 1994 in grote lijn het volgende te melden.

Het ministerie van VWS is betrokken bij de verzelfstandiging van het College voor de toelating van bestrijdingsmiddelen (CTB) (primair verantwoordelijk is de collega van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij (LNV)). Het wetsvoorstel dat de verzelfstandiging regelt is op 18 juli 1996 bij de Tweede Kamer ingediend. Met ingang van 1 januari 1997 is het

zelfstandig bestuursorgaan Landelijk Bureau Inning Onderhoudsbijdragen (LBIO) opgericht (primair verantwoordelijk is de collega van Justitie).

Bij de Tweede Kamer is een wetsvoorstel aanhangig dat de vorming van het zelfstandig bestuursorgaan ZorgOnderzoek Nederland (ZON) regelt. In het kader van de Ziekenfondswet/AWBZ is de nadere detaillering van de erkenningen (nu toelating geheten) door de rijksoverheid losgelaten. Bij de deregulering van de Wet ziekenhuisvoorzieningen is met ingang van 1 januari 1996 de verantwoordelijkheid voor de instandhoudingsbouw van de intramurale zorginfrastructuur aan het instellingsmanagement overgedragen.

In de beoogde Wet bouwbeheersing zorgvoorzieningen wordt het systeem van provinciale planning verlaten. In dit wetsvoorstel wordt de vraag of bepaalde bouw beleidsmatig gewenst is beantwoord aan de hand van periodiek door de minister op te stellen sectorale zorgvisies.

Vanwege de ontwikkelingen die in de AWBZ gaande zijn, is het noodzakelijk dat de uitvoeringsstructuur een nieuwe vorm krijgt. Hierover is de Kamer onlangs door ons geïnformeerd (brieven VWS van 11 juli en 12 september 1997 over Zorg-op-maat in de AWBZ). Het verbindingskantoor zal zich moeten transformeren tot zorgkantoor, opdat de uitvoering van de AWBZ mede een regionaal en ook maatschappelijk gelegitimeerd draagvlak heeft. In het kader van de herziening van de advies- en uitvoeringsstructuur op het terrein van de volksgezondheid zullen de Ziekenfondsraad en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen er enkele taken verkrijgen en wordt een nieuw (toezichthoudend) zelfstandig bestuursorgaan opgericht (aansluitend bij de huidige CTU). In het voornemen ligt om de colleges en de registratiecommissies in de sfeer van de beroepsorganisaties op het terrein van de volksgezondheid om te zetten in zelfstandige bestuursorganen. Het plan om het College voor de Bloedtransfusie van het Nederlandse Rode Kruis (een zelfstandig bestuursorgaan) op te heffen is verwerkt in het voorstel van de Wet inzake bloedvoorziening. In dit wetsvoorstel is geregeld dat de bloedvoorziening in Nederland aan de particuliere organisaties wordt overgelaten.

Bij functionele decentralisatie en externe verzelfstandiging zijn publieke taken ondergebracht bij zelfstandige bestuursorganen. Sedert vele decennia zijn maatschappelijke taken – op ons terrein in het bijzonder volksgezondheidszaken – opgedragen aan lichamen van functioneel bestuur (functionele decentralisatie). Daarnaast zijn er organen die rijkstaken uitvoeren (extern verzelfstandigde overheidstaken). Het onderscheid is historisch niet zonder betekenis.

De van oudsher in een maatschappelijke sector gewortelde organen zijn niet door de overheid opgericht. Voor de organen van de centrale overheid die in het kader van de scheiding tussen beleid en uitvoering rijkstaken uitvoeren (van een departement afgesplitste organisaties) geldt dat wel.

Beide soorten van organen zijn met overheidsgezag bekleed en derhalve moet de rol van de politiek gewaarborgd zijn.

De ministeriële verantwoordelijkheid ten aanzien van de taakuitvoering door zelfstandige bestuursorganen is beperkt tot de hoofdlijnen. Maar het zijn wel de hoofdlijnen. Bij de rol van de politiek gaat het niet om detailbemoeienis (noch om hiërarchische ondergeschiktheid). Het gaat er om dat de politiek uiteindelijk voor de samenleving bindend de richting aangeeft, na overigens eerst goed geluisterd, overlegd, gewikt en gewogen te hebben. Taakuitvoering door zelfstandige bestuursorganen is aan de orde als de toegankelijkheid, de cliëntgerichtheid en de doelmatigheid van de uitvoering er mee gediend zijn.

De discussie over de politieke rol mag niet leiden tot een onbedoelde «verstatelijking» (het opnemen in de rijksdienst van publieke taken die

door andere organisaties worden uitgevoerd). Bij de invulling van de sturing op basis van de politieke taak is het zinvol de achtergrond, de doelstelling en de functie van de verschillende zelfstandige bestuursorganen in het oog te houden. Ook aansturing moet op maat geschieden.

Voor alle bestuursorganen is de toetsing aan de opgestelde aanwijzingen voor deze organen van belang. Ook op ons terrein zijn de zelfstandige bestuursorganen doorgelicht en naar aanleiding daarvan vinden aanpassingen plaats. In het najaar zullen wij uw kamer informeren over de voortgang. Vanuit de politieke taak is voorts het toezicht op de zelfstandige bestuursorganen essentieel. Recent hebben wij uitvoering onze visie toegelicht en met u besproken hoe wij het toezicht op de bestuursorganen in het algemeen en op de verzekeringen in de gezondheidszorg in het bijzonder wensen uit te voeren. Overigens verwijzen wij ook naar de onderzoeken van de Algemene Rekenkamer rond het toezicht door de Ziekenfondsraad (1993), het functioneren van het COTG (1995) en het toezicht op concernvorming bij zorgverzekeraars (1997).

Scheiding tussen beleid en uitvoering vraagt hoogwaardige communicatie tussen beleid en uitvoering en expertise op het vlak van toezicht. Gelet op de belangrijke rol van zelfstandige bestuursorganen op ons terrein moet blijvende aandacht uitgaan naar deze aspecten. Scheiding van beleid en uitvoering betekent voorts de bestuurlijke relaties goed – en op hoog niveau – onderhouden, mede ten behoeve van het politieke proces. Van de besturen van zelfstandige bestuursorganen verwachten wij overigens gevoel voor de politieke verantwoordelijkheid.

Interne verzelfstandiging

Wat betreft interne verzelfstandiging zijn sinds 1994 de volgende stappen gezet.

In het kader van het op afstand plaatsen van uitvoerende taken (interne verzelfstandiging) is per 1 januari 1996 de agentschapstatus aan de directie College ter beoordeling van geneesmiddelen verleend ten behoeve van de ondersteuning van het College ter beoordeling van geneesmiddelen.

De positie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu is vastgelegd in de wet op het RIVM die op 1 maart 1997 van kracht is geworden (de wet regelt een vorm van interne verzelfstandiging voor het rijksinstituut). In het kader van de samenvoeging van rijksinspecties, die vanaf 1 januari 1995 gestalte heeft gekregen en medio volgend jaar wordt afgerond, is zelfbeheer ingevoerd.

Interne verzelfstandiging is op zich een adequate organisatievorm voor uitvoerende taken. Als er sprake is van een politiek gevoelige taak, van een taak waarbij de beleidsontwikkeling nog niet is uitgekristalliseerd of van een taak die veel directe aandacht vraagt (bijvoorbeeld om de kwaliteit te waarborgen) dan wordt in beginsel niet verder gegaan dan interne verzelfstandiging. Steeds zullen desalniettemin zaken als toegankelijkheid, doelmatigheid en cliëntgericht handelen bij de afweging betrokken moeten worden. Tenslotte vormt voor de burger de uitvoering van overheidstaken in belangrijke mate het gezicht van de overheid; de uitvoering bepaalt daarmee mede de waardering van de overheid in de samenleving.

Privatisering/particulier initiatief

Op het vlak van de private aanbieders van diensten en producten op het VWS-terrein zijn de volgende ontwikkelingen van belang.

Medio 1996 is de uitvoering van de alcoholcampagne overgedragen aan het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. Het in 1996 opgerichte Patiëntenfonds is vanaf 1997 verantwoordelijk voor

de verdeling van de financiële middelen t.b.v. de ondersteuning van patiëntenorganisaties.

In het wetsvoorstel inzake de bloedvoorziening wordt de uitvoering van de bloedvoorziening overgelaten aan een nieuwe privaatrechtelijke bloedvoorzieningsorganisatie. Bij het RIVM is de uitplaatsing van de vaccinproductie in voorbereiding.

De hiergenoemde ontwikkelingen sluiten nauw aan bij de voorname plaats die private instellingen sinds lang op ons terrein hebben.

Positionering inspecties

Met de brief van 21 april 1997 hebben de bewindspersonen van Binnenlandse Zaken het kabinetsstandpunt weergegeven met betrekking tot de positionering van de inspecties. Uitgangspunt is dat de bestuurslaag die verantwoordelijk is voor beleid en regelgeving op een bepaald terrein ook bevoegd dient te zijn inzake toezichhoudende- en inspectietaken. Naast de toedeling van de verantwoordelijkheden komt in het standpunt de positionering van de inspecties binnen de departementale organisatie aan de orde. Daarbij wordt gekozen voor een functiescheiding tussen beleid en toezicht/inspectie.

Onze verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van essentiële voorzieningen op het terrein van zorg en welzijn vraagt naast bestuurlijk toezicht om een krachtig inspectie-apparaat.

Een vergaande bundeling van inspecties is in een afrondend stadium.

De inspecties op het VWS-terrein hebben wettelijk verankerde taken en bevoegdheden. De minister van VWS heeft op basis van de Gezondheidswet aanwijzingsbevoegdheid ten aanzien van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. De minister van VWS en de minister van Justitie hebben gezamenlijk op basis van de Wet op de Jeugdhulpverlening aanwijzingsbevoegdheid ten aanzien van de Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming, waar het de instellingen voor jeugdhulpverlening betreft.

Ter wille van de functiescheiding tussen beleid en inspectie draagt bij ons ministerie de secretaris-generaal verantwoordelijkheid voor de inspecties. In het kader van de totstandkoming van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming is zelfbeheer ingevoerd.

Staatstoezicht op de Volksgezondheid

De Inspectie Gezondheidsbescherming, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Veterinaire Inspectie van de Volksgezondheid maken elk deel uit van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is per 1 januari 1995 gevormd door samenvoeging van de beide Geneeskundige Inspecties en de Inspectie voor de Geneesmiddelen. Het voornemen bestaat per 1 juli 1998 de Inspectie Gezondheidsbescherming (IGB) en de Veterinaire Inspectie (VI) samen te voegen tot de Inspectie Waren en Veterinaire zaken (W&V). Op 4 september 1997 is de eindrapportage «Fusie/reorganisatie Inspectie Gezondheidsbescherming-Veterinaire Inspectie» aan het personeel van beide inspecties gestuurd; aan de ondernemingsraden is gevraagd voor eind oktober van dit jaar over deze rapportage te adviseren.

Het Staatstoezicht is krachtens de Gezondheidswet belast met de handhaving van wettelijke voorschriften en advisering aan de minister. Daarnaast is het op grond van een groot aantal bijzondere wetten belast met toezichhoudende taken en opsporingstaken.

De taken worden uitgevoerd door middel van:

- a. het houden van inspecties
- b. opsporing indien de verdenking bestaat dat strafbare feiten in het geding zijn
- c. het verrichten van onderzoek naar aanleiding van onder meer calamiteiten
- d. het bewerkstelligen van verbeteringen of het nemen van maatregelen
- e. advisering aan minister en beleidsdirecties.

De IGZ heeft het werkterrein van de gezondheidszorg en houdt zich in feite alleen bezig met eerstelijnstoezicht; slechts het toezicht op de gemeenten waar het betreft de naleving van de Wet Collectieve Preventie is als tweedelijnstoezicht aan te merken. Als uitvoerende taak van de IGZ kan de verlening van exportvergunningen voor geneesmiddelen worden aangegeven.

De nieuwe Inspectie W&V zal het werkterrein van de primaire productie, handel en industrie beslaan. Het werkterrein omvat de gezondheids- en consumentenbescherming in de hele productieketen van levensmiddelen en non-foods. De aandacht zal zich hierbij primair op de volksgezondheid richten.

De feedback-functie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid krijgt onder meer vorm door middel van rapporten en verslagen aan de minister van VWS en wordt gesystematiseerd in de «Staat van de Gezondheidsbescherming» en de «Staat van de Gezondheidszorg» ten behoeve van de verantwoording van de minister aan het parlement.

Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming

De Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming (IJHV/JB) is vanaf 1 april 1994 belast met het toezicht op de kwaliteit van de jeugdhulpverlening en de jeugdbescherming en met het rapporteren en adviseren aan bestuurders van provincies/grootstedelijke regio's en de bewindspersonen van VWS en Justitie. De inspectie heeft een toezichtstaak, maar geen opsporingstaak of sanctionele bevoegdheden.

De toezichtstaak omvat:

- a. naleving van wet- en regelgeving;
- b. toezicht op de aanwezigheid en werking van kwaliteitsbeleid en kwaliteitssystemen;
- c. verrichten van onderzoeken naar aanleiding van calamiteiten;
- d. toezicht op bereik en samenhang in de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming;
- e. het doen van verbetervoorstellen en het rapporteren en adviseren aan bewindspersonen.

De verantwoordelijkheden voor het kaderstellend beleid en regelgeving op het terrein van de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming liggen bij VWS en Justitie. De ministers van Justitie en VWS dragen samen de verantwoordelijkheid voor deze inspectie. Daartoe zijn voorzieningen getroffen zodat de inspectie de te onderscheiden verantwoordelijkheden ten opzichte van beide ministeries kan waarmaken. Decentralisatie van de inspectietaken is niet aan de orde. Verankering in de wet van de taken van de inspectie is in behandeling bij uw Kamer. In verband met de betrokkenheid van de provincies en de drie grote steden op dit terrein vindt momenteel overleg plaats over de communicatie en de informatie tussen overheden en inspectie, evenals over de handhavingsactiviteiten door overheden naar aanleiding van inspectie-bevindingen.

Het eventueel onderbrengen van de IJHV/JB bij het Staatstoezicht staat momenteel niet ter discussie.

Concluderend

Op het VWS-terrein is de uitvoering van wet- en regelgeving (van oudsher) sterk gedecentraliseerd, zowel territoriaal als functioneel. Daarnaast liggen veel taken in handen van private aanbieders van producten en diensten. In het kader van de reorganisatie van de rijks-overheid heeft een verdere herschikking van taken plaatsgevonden.

De opdracht van het ministerie richt zich – kernachtig gezegd – op een gezonde samenleving, met daarbij de verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van essentiële voorzieningen op het terrein van volksgezondheid, welzijn en sport.

Met een overwegend decentrale en private uitvoering van taken worden bijzondere eisen gesteld aan de bestuurlijke positionering van het ministerie.

Het taakveld op het VWS-terrein is steeds sterk gericht op de burger en de voorzieningen ten behoeve van de burger, waarbij uiteindelijk de kwaliteit van de voorzieningen en het bereik naar de burger worden gerealiseerd in samenwerking en in onderlinge afstemming met en tussen de verschillende partijen die bij de uitvoering zijn betrokken. Dit verklaart mede de (historisch) decentrale oriëntatie vanuit het departement.

Na een periode waarin een generieke benadering van decentralisatie werd gevolgd, is nu een verschuiving merkbaar naar een meer specifieke benadering. Om doelstellingen te realiseren, om de betrokkenheid van burgers te vergroten, zorg-op-maat te kunnen leveren en sturing vanuit de (zorg)vraag aan te brengen, wordt een voortdurende oriëntatie geleverd op de specifieke posities en rollen voor overheden, veld en beroeps-beoefenaren, waarbij maatwerk noodzakelijk is. Voor de explicitering van deze posities, rollen en taken, mede vanuit de bevestiging van de rol van de politiek, moeten steeds doel, middelen en condities ten opzichte van elkaar worden afgewogen. Hierbij kunnen wij lering trekken uit herschikkingsprocessen uit het verleden.

Volksgezondheid, welzijn en sport zijn brede en voortdurend in beweging zijnde terreinen met vele partijen, verantwoordelijken en betrokkenen. Draagvlak wordt gevormd door inzet op visie, overleg, oplossingen en randvoorwaarden.

Werken aan een gezonde samenleving vraagt ook bestuurskracht. Door vraagstukken op de politieke agenda te zetten, door financiële, bestuurlijke en juridische kaders aan te geven. En door toezicht en inspectie. Oplossing van complexe maatschappelijke vraagstukken vraagt steeds meer samenspel, ook waar taken territoriaal of functioneel gedecentraliseerd zijn. In dat samenspel is de integratiefunctie van politiek bestuur wezenlijk. De mate en invulling van de politieke verantwoordelijkheid is mede bepalend voor de eisen die worden gesteld aan sturing van en toezicht op de decentrale uitvoering. Aan de verheldering van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de betrokken overheidslagen, aan de verbetering van de informatievoorziening/monitoring resp. van het toezicht wordt op ons terrein gewerkt.

Uitgangspunt is steeds de kwaliteit van de decentralisatie en de kwaliteit van volksgezondheid, welzijn en sport in ons land.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. G. Terpstra

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de sinds 1994 gerealiseerde en lopende decentralisatie- en verzelfstandigingsprojecten. Tevens wordt ingegaan op voorgenomen projecten. Onderscheid wordt gemaakt tussen territoriale decentralisatie, functionele decentralisatie/ externe verzelfstandiging, interne verzelfstandiging en privatisering.

Zoveel mogelijk worden per onderdeel de personele en financiële aspecten genoemd.

1.0 Territoriale decentralisatie

Verzorgings- en verpleeghuizen

In 1984 is aan de provincies en de vier grote steden, binnen de door de rijksoverheid vastgestelde financiële macrokaders, volledige bevoegdheid gegeven ten aanzien van planvorming en -uitvoering van het bejaardenoordenbeleid. Ook kregen de provincies en de vier grote steden de verantwoordelijkheid voor het toezicht. Daarnaast werden de gemeenten aangewezen voor de vaststelling en inning van de eigen bijdragen die bewoners van bejaardenoorden dienden te betalen. Voor één speciale categorie, de zogenaamde bejaardenoorden met een bijzondere functie, bleef het departement verantwoordelijk wat betreft planning, uitvoering, financiering en toezicht. Dit vanwege het boven-regionale karakter van deze voorzieningen.

Met de Overgangswet verzorgingshuizen (per 1 januari 1997 in werking getreden), die tot een herschikking van taken en bevoegdheden leidde, is aan voorgaande situatie een eind gekomen. Achterliggende reden voor die herschikking was gelegen in het feit dat de verzorgingshuizen en de verpleeghuizen op zorginhoudelijke gebied zodanig naar elkaar zijn toe gegroeid dat de bestaande financiële en juridische schotten niet meer waren te rechtvaardigen. Overigens zal een volledige integratie in de WTG/AWBZ-systematiek plaatsvinden in 2001; tot die tijd geldt een overgangsregime.

De provincies hebben voor de overgangsperiode van 1997 tot 2001 nog een plan voor de verzorgingshuizen opgesteld. De financiële verantwoordelijkheid voor de uitvoering van dat plan is per 1 januari jl. in de handen van de Ziekenfondsraad gelegd. Dit geldt ook voor de verzorgingshuizen met een bijzondere functie, die tot die datum rechtstreeks onder het ministerie van VWS vielen. De provincie (alsmede VWS) treedt op als adviseur. Daarnaast zijn de verbindingskantoren van de Ziekenfondsraad en het Centraal Administratiekantoor de bevoegde organen geworden voor de vaststelling en inning van de eigen bijdragen. De toezichtstaak is overgegaan van de provinciale inspecteurs voor de verzorgingshuizen naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

In de Overgangswet is het begrip «regiovisie» geïntroduceerd. Artikel 18 van die wet bepaalt namelijk dat de provincies periodiek een regiovisie vaststellen in overleg met tenminste gemeenten, gebruikers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een dergelijke regiovisie zal vraag en aanbod van ouderenvoorzieningen tot uitdrukking moeten brengen en verband moeten leggen tussen thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen.

Daarnaast kunnen ook voorzieningen op basis van de Welzijnswet en de WVG in de regiovisie worden meegenomen. De regiovisie moet worden beschouwd als een richtinggevend kader. Het is de minister die kan besluiten om de Ziekenfondsraad een aanwijzing te geven te handelen conform de regiovisie.

Bovenlokale steunfuncties

De bovenlokale steunfuncties minderheden zijn per 1 januari 1994 gedecentraliseerd naar de provincies.

Hiertoe is f 36 mln. overgedragen aan het provinciefonds. Deze decentralisatie is begeleid door een IPO (Interprovinciaal Overleg) werkgroep waarin het ministerie van VWS vertegenwoordigd was.

Medio februari 1995 is met de beëindiging van de IPO werkgroep deze decentralisatie-activiteit afgerond.

Regionale patiënten/ConsumentenPlatforms (RPCP)

Het budget van de stimuleringsregeling terzake is per 1 januari 1994 naar het provinciefonds overgeheveld in het kader van de decentralisatie-impuls. Er is daarbij de afspraak gemaakt dat provincies in ieder geval gedurende enige tijd het RPCP qua taak, budget etc. overeind zullen houden.

Huidige stand van zaken: sommige provincies zijn een actief beleid gaan voeren inclusief de inzet van extra middelen. Andere provincies hebben gekort terwijl sommige provincies de functies van het RPCP ondergebracht hebben in een provinciaal ondersteuningsinstituut waardoor de herkenbaarheid naar buiten is verminderd. Een evaluatie van deze decentralisatie is gepland voor het komende jaar. Voor de RPCP's is het provinciefonds verhoogd met f 5,8 mln.

Collectieve preventie

Collectieve preventie behelst taken als jeugdgezondheidszorg 4–19 jarigen, aidsbestrijding, collectieve preventie t.a.v. Aids, SOA en TBC, gezondheidsvoorlichting- en opvoeding, epidemiologie en medische milieukunde. Daarnaast verwijst collectieve preventie naar de beleidsvoorbereidende taken van gemeenten op volksgezondheidsgebied en de afstemming tussen curatie en preventie op lokaal niveau.

Na de inwerkingtreding van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv), zijn stapsgewijs tussen 1989 en 1997 (het grootste gedeelte vóór 1994) de middelen voor de collectieve preventie overgeheveld vanuit verschillende stimuleringsregelingen naar het gemeentefonds (ca. f 300 mln.). Een rapport van het Staatstoezicht uit 1995 heeft uitgewezen dat er grote diversiteit bestaat in de betrokkenheid van gemeenten bij de collectieve preventie. Daarop is een commissie ingesteld (commissie Lemstra) die aanbevelingen heeft ontwikkeld over de manier waarop de bestuurlijke aandacht voor de collectieve preventie kan worden versterkt. In reactie op dit rapport heb ik aan de Tweede Kamer laten weten (TK 1996–1997, 22 894, nr. 13) zorgen te hebben over het functioneren van de GGD's en de gemeentelijke betrokkenheid bij de collectieve preventie. Middelen voor collectieve preventie blijven in het gemeentefonds, maar wel zullen informatievoorziening en toezicht verbeterd worden en zullen de in de Wcpv opgedragen taken kritisch bezien worden. Daarnaast kunnen gemeenten worden ondersteund bij het ontwerpen van een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid. In 2000 wordt geëvalueerd of de maatregelen tot het gewenste resultaat hebben geleid.

Kinderopvang

Op grond van de stimuleringsregelingen Kinderopvang 1990–1993 en 1994, werden gedurende een aantal jaren middelen beschikbaar gesteld voor het creëren van opvangplaatsen.

Doel van de stimuleringsmaatregelen was om – door gemeenten financiële mogelijkheden te bieden, gecombineerd met een zo groot

mogelijke vrijheid – een goede startpositie te doen ontstaan om het tekort in de kinderopvang (0 tot 4 jaar) verregaand te kunnen verkleinen.

Het gevoerde beleid heeft geresulteerd in een toename van het aantal opvangplaatsen in voorzieningen van 20 395 in 1989 tot 70 981 in 1995.

Met de beëindiging van de stimuleringsmaatregelen is de sector kinderopvang met ingang van 1 januari 1996 gedecentraliseerd naar het gemeentelijk niveau. De gelden voor kinderopvang (afbouwend van f 194,6 mln. in 1996, f 192,4 mln. in 1997 tot f 190,2 mln. in 1998 en verder) zijn overgeheveld naar het gemeentefonds.

De uitbreiding van de kinderopvang is van meet af aan gepaard gegaan met onderzoek. In de rapportage «Zes jaar kinderopvang 1990–1995» is de balans over de gehele periode opgemaakt. Een evaluatie van de ontwikkelingen na de decentralisatie zal naar verwachting eind 1997 worden afgerond.

Ten aanzien van de kwaliteitsaspecten van de kinderopvang kan nog worden opgemerkt dat vrijwel alle gemeenten een kwaliteitsverordening kinderopvang hebben opgesteld. Om een goede overgang naar een zelfregulerend kwaliteitsstelsel te waarborgen zijn per 1 januari 1996 tevens in een Algemene Maatregel van Bestuur (Tijdelijk besluit kwaliteitsregels kinderopvang) eisen voor de kwaliteit vastgelegd.

Maatschappelijke opvang en verslavingszorg

In de tweede helft van de jaren tachtig is decentralisatie m.b.t. de maatschappelijke opvang op gang gekomen. Vanaf 1987 zijn terzake bestuursovereenkomsten met een beperkt aantal gemeenten gesloten. Tot 1 januari 1994 werden uitkeringen aan gemeenten ten behoeve van ambulante verslavingszorg verstrekt op grond van de Tijdelijke financieringsregeling verslavingszorg (Tfv). Vervolgens is besloten om met ingang van 1994 de maatschappelijke opvang en de ambulante verslavingszorg onderdeel te maken van de brede doeluitkering in het Fonds Sociale Vernieuwing op basis van de Tijdelijke Wet Stimulering Sociale Vernieuwing (TWSSV).

In 1996 heeft het Kabinet besloten om na de beëindiging van de tijdelijke wet de middelen voor de maatschappelijk opvang en de ambulante verslavingszorg gericht toe te delen aan gemeenten waar voorzieningen geconcentreerd zijn (=doeluitkering aan centrumgemeenten). De TWSSV is met een jaar verlengd tot 1998, zodat een nieuwe doeluitkering in die periode vorm kan krijgen.

Aanhangig is thans een wijziging van de Welzijnswet om doeluitkeringen ten aanzien van zowel vrouwenopvang als ambulante verslavingszorg en overige maatschappelijke opvang mogelijk te maken. Het verslavingsbeleid zal daartoe ook in de Welzijnswet worden ondergebracht.

1.1 Voornemens

Maatschappelijke opvang en verslavingszorg

Ten aanzien van de maatschappelijke opvang en verslavingszorg is het voornemen om in 1998 twee doeluitkeringen op basis van de Welzijnswet 1994 te realiseren: één voor vrouwenopvang en één voor de overige maatschappelijke opvang en het verslavingsbeleid. De integrale nota Maatschappelijke Opvang, die hier op ingaat, is u op 7 oktober jl. toegezonden.

Woningaanpassing

Op 1 april 1994 is de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) in werking getreden. Het ministerie van SZW is hiervoor het eerste aanspreekpunt. Daarmee zijn de gemeenten verantwoordelijk geworden voor de verstrekking van vervoersvoorzieningen en woningaanpassing tot f 45 000. Woningaanpassingen van meer dan f 45 000 zijn ondergebracht in een subsidieregeling van de Ziekenfondsraad.

De leden van de Tweede Kamer Sterk en Van der Burg hebben in schriftelijke vragen het verschil in de eigen bijdrageregelingen voor woningaanpassingen hoger en lager dan f 45 000 aan de orde gesteld. Het kabinet zal uiterlijk in de kabinetsreactie op de tweede evaluatie van de Wvg voorstellen doen om dit probleem op te lossen. De kabinetsreactie is voorzien voor dit najaar.

Spoedeisende medische hulpverlening en ziekenvervoer

In de afgelopen periode zijn gesprekken gevoerd met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Koninklijk Nederlands Vervoer Taxi over het decentraliseren van het zittend vervoer naar gemeenten. De gesprekken met de VNG zijn nog gaande.

Daarom is besloten de decentralisatie naar gemeenten in ieder geval nog niet per 1 januari 1998 in te laten gaan. Het betreft een bijdrage van f 278 mln. van de rijksbegroting naar het gemeentefonds. Zoals reeds in het Jaaroverzicht Zorg 1998 staat aangegeven, is besloten de indicatie voor het zittend ziekenvervoer aan te scherpen. In overleg met de VNG zullen wij binnenkort definitief besluiten omtrent het al dan niet doorgaan van de decentralisatie van het zittend ziekenvervoer per 1 januari 1999. Uiterlijk begin 1998 zullen wij u rapporteren over de verdere stand van zaken.

Voor wat betreft de ambulancezorg willen wij verwijzen naar de in juni 1997 aan de Tweede Kamer aangeboden nota «Met zorg verbonden». Deze nota legt de basis voor de toekomstige structuur van de spoedeisende medische hulpverlening in Nederland. De beleidsvoornemens richten zich primair op de ambulancezorg, de traumazorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen en hebben ten doel een samenhangend systeem van zorgverlening aan de acute patiënt aan te bieden.

Als eerste bouwsteen geldt de regionale ambulancevoorziening. Vanaf 1998 worden op regionale leest geschoeide samenwerkingsverbanden van ambulancediensten ontwikkeld. De centrale post ambulancevervoer vormt hiervan een hecht onderdeel. In het kader van de klinisch-specialistische zorg bij ongevallen wordt in 1998 gewerkt aan differentiatie in een netwerk van ziekenhuizen. Dit moet er toe leiden dat aan ongevalsslachtoffers zorg op maat wordt verleend. Voor slachtoffers met meervoudig of complex letsel zullen bepaalde ziekenhuizen als traumacentrum worden aangewezen.

In juni 1997 is de implementatie van het project Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen gestart, dat door VWS samen met BiZa wordt uitgevoerd. Een vijftal projectgroepen, breed vanuit het veld samengesteld, zal zich gaan bezighouden met kwaliteitszorg, registratie en informatie, financiën, proefregio's en ondersteuning van de overige regio's. In 1998 zou moeten kunnen worden begonnen met het uittesten van de nieuwe visie in de proefregio's.

Buitenschoolse opvang

Ten behoeve van de uitbreiding van de capaciteit en de diversiteit van

de buitenschoolse opvang voor kinderen van 4 tot 12 jaar is door het kabinet besloten f 160 mln. beschikbaar te stellen voor de periode 1997–1999.

De verantwoordelijkheid voor het tot stand brengen van deze capaciteitsuitbreiding komt bij de gemeenten te liggen. In verband met de korte termijn waarop een instrument beschikbaar moet zijn en met het oog op de eenheid in beleid zal gebruik worden gemaakt van de expertise en het beleidsinstrumentarium van VWS.

Doorlichting specifieke uitkeringen

Eind 1996 heeft het kabinet besloten alle specifieke uitkeringen aan een toetsing te onderwerpen. De toetsing is gericht op vermindering van de bestuurslasten die met de uitvoering van specifieke uitkeringen gepaard gaan. Daarvoor wordt in eerste instantie gekeken naar de bestuurlijke inrichting van de regelingen. Dit is ook het advies geweest van de projectgroep «single audit» (commissie Griffioen) en de MDW-werkgroep «specifieke uitkeringen» (werkgroep Pennekamp). VWS heeft toegezegd eind 1997 de voor VWS relevante regelingen doorgelicht te hebben.

De doorlichting van bestaande VWS-regelgeving (regeling inburgering nieuwkomers en regeling regionale jeugdhulpverlening) is thans in uitvoering.

Over de resultaten van de doorlichting zal VWS voor het einde van dit jaar rapporteren aan de interdepartementale projectgroep doorlichting specifieke uitkeringen.

Ten behoeve van de inventarisatie en doorlichting is binnen het ministerie een werkgroep ingesteld, die zorg draagt voor een gezamenlijk toetsingskader.

Bij de vormgeving van nieuwe specifieke uitkeringen (buitenschoolse opvang) of opnieuw bij VWS ondergebrachte regelingen (maatschappelijke opvang, ambulant verslavingsbeleid en vrouwenopvang) wordt gestreefd naar een transparante verantwoordelijkheidsverdeling, waarbij enerzijds een zo groot mogelijke beleidsruimte wordt toebedeeld aan gemeenten en anderzijds de ministeriële verantwoordelijkheid precies wordt omschreven. De regels over de verantwoordings- en beleidsinformatie moeten daarop aansluiten en op die manier zorgdragen voor bestuurslasten die in overeenstemming zijn met de verantwoordelijkheidsverdeling.

2.0 Functionele decentralisatie/externe verzelfstandigingen

ZorgOnderzoekNederland (ZON)

Het ministerie van VWS heeft gedurende lange tijd de aansturing van projecten, experimenten en onderzoek voor zijn rekening genomen. In het kader van de heroriëntatie op kerntaken en het streven naar een vergroting van effectiviteit en efficiëntie is gekozen voor externe verzelfstandiging van deze activiteiten, in de vorm van een ZBO. Daarbij is aangehaakt bij een bestaand ZBO dat reeds werkzaamheden op het onderhavige terrein ontplooit, te weten het Praeventiefonds. Met de inwerkingtreding van de Wet op de organisatie ZorgOnderzoek Nederland (ZON), wordt het Praeventiefonds opgeheven. De minister van VWS wijst jaarlijks de aandachtsgebieden aan waarvoor ZON programma's dient te ontwikkelen. Voor ZON is voorts nog jaarlijks een bedrag van ca f 88 mln. beschikbaar. De uiteindelijke personeelsomvang van ZON omvat 35 fte, waarvan 8 fte vanuit VWS en 12 fte vanuit het Praeventiefonds.

Landelijk Bureau Inning Onderhoudsbijdragen (LBIO)

Met ingang van 1 januari 1997 is het Landelijk Bureau Inning Onderhoudsbijdragen (een ZBO) opgericht. Hoewel het ministerie van VWS hiermee nauwe bemoeienis heeft, is zowel wat betreft de wetgeving als de uitvoering van de taken het ministerie van Justitie het eerste aanspreekpunt.

De taken van het LBIO hebben betrekking op de inning van de kinder-alimentatie, de internationale verdragstaken en de vaststelling en inning van justitiële ouderbijdragen en de vaststelling en inning van ouderbijdragen in het kader van vrijwillige jeugdhulpverlening, uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de minister van VWS.

De Wet (tot verzelfstandiging van het) LBIO is op 1 januari 1997 in werking getreden. Het gaat hier om een vorm van verzelfstandiging waarbij de politieke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de taken bij de Staatssecretaris van Justitie blijft berusten. Bij de verzelfstandiging van het LBIO zijn per 1 januari 1997 in totaal 9,2 fte van VWS naar het LBIO overgegaan. Het LBIO heeft voor 1997 een begroting opgesteld, waarin naast de direct toe te rekenen kosten, ook een deel van de overhead ten laste van VWS gebracht wordt. Voor 1997 betreft het een bedrag van f 2,2 mln.

College voor de toelating van bestrijdingsmiddelen (CTB)

Het ministerie van LNV is – vanuit de primaire verantwoordelijkheid van de minister van LNV voor de gewasbeschermingsmiddelen – coördinerend ministerie ter zake van de verzelfstandiging van het CTB. De staatssecretaris van VWS is vanuit de primaire verantwoordelijkheid voor de niet-landbouwbestrijdingsmiddelen mede betrokken bij de verzelfstandiging van het CTB.

Het CTB is de facto per 1 januari 1993 verzelfstandigd. Het wetsvoorstel voor de jure verzelfstandiging is op 18 juli 1996 bij de Tweede Kamer ingediend. De overgedragen taken en bevoegdheden (mandaatbesluit CTB, Stcrt 1992, nr. 252) hebben betrekking op de besluitvorming rond de toelating van bestrijdingsmiddelen en het verlenen van ontheffing op basis van de Bestrijdingsmiddelenwet 1962.

Het CTB wordt betaald uit de tarieven geheven op basis van de Regeling toelating bestrijdingsmiddelen. Daarnaast leveren de vier bij bestrijdingsmiddelen betrokken ministeries (LNV, SZW, VROM, VWS) structureel een bijdrage in de kosten van voor deze ministeries te verrichten taken die voortvloeien uit de toelating van bestrijdingsmiddelen. De bijdrage van VWS bedraagt f 0,3 mln.

Afschaffing nadere detaillering van de erkenning

Met ingang van 5 juli 1982 werd het aantal specialisten dat in een ziekenhuis werkzaam was, alsmede het aantal aanwezige bedden, in de zgn. erkenningsbeschikking vermeld. Op deze wijze bepaalde de minister van volksgezondheid het planmatig volumebeleid dat zijn weerslag vond in de erkenningsbeschikking van ieder ziekenhuis. De vaststelling van het budget was mede gebaseerd op de in de erkenning opgenomen specialistenplaatsen en bedden. Op deze wijze kon van overheidswege worden bepaald dat de omvang van het hulpaanbod in een evenwichtige verhouding stond tot de hulpvraag.

Met ingang van 1 januari 1996 is deze benadering losgelaten. De ziekenhuizen en verzekeraars kregen per die datum de gezamenlijke verantwoordelijkheid om de omvang van het hulpaanbod binnen het van te voren vastgestelde ziekenhuisbudget, af te stemmen op de hulpvraag.

In hoofdzaak was de reden dat de erkende capaciteiten van bedden en specialisten in overeenstemming diende te zijn met de ingevolge de richtlijnen Wet ziekenhuisvoorzieningen vastgestelde ziekenhuisplannen. Onder deze erkende capaciteiten werd in de loop der jaren steeds meer verstaan de planmatig toegestane capaciteit in plaats van feitelijk aanwezige capaciteit en bezette capaciteit. Dit was geen gewenste ontwikkeling.

Daarnaast was de planningshorizon van de genoemde ziekenhuisplannen op 1 januari 1996 bereikt en zou derhalve een nieuw toetsingskader ontwikkeld moeten worden, indien een centrale aansturing voortgezet zou worden.

Voor de modernisering van de curatieve zorg wordt het van belang geacht, dat de gedetailleerde aansturing van de ziekenhuissector, via het van overheidswege bepalen van de aantallen bedden en specialisten, komt te vervallen. Dit gaat gepaard met een verschuiving van de verantwoordelijkheden over het zorgaanbod van de overheid naar zorgverzekeraar en zorgaanbieders.

Uitbreiding meldingsregeling Wet ziekenhuisvoorzieningen

Ruim 5 jaar geleden is een start gemaakt met deregulering van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), waarbij sprake is van een geleidelijk proces van overdracht van verantwoordelijkheden en bevoegdheden aan het management van de instellingen.

Vanaf 1 januari 1991 hield de verkorte procedure in dat instellingen eenmaal per jaar een vergunning kunnen aanvragen voor bouwprojecten waarbij geen verklaring vereist is. De omvang van het investeringsbedrag was daarbij afhankelijk van het aantal erkende bedden/plaatsen. Eind 1994 is de regeling zodanig aangepast dat indiening van dergelijke projecten in de eerste drie maanden van het kalenderjaar diende plaats te vinden.

Wat betreft het onderdeel melding werden bepaalde categorieën van investeringen met ingang van 1 januari 1991 als niet-vergunningplichtig aangemerkt. De voor dit soort investeringen benodigde exploitatiemiddelen werden via een generieke COTG-richtlijn vergoed. Deze «oude» meldingsregeling is de eerste stap geweest op weg naar het onder de verantwoordelijkheid van de instellingen brengen van (grote delen van) de instandhoudingsinvesteringen.

Met ingang van 1 januari 1996 is de nieuwe meldingsregeling van kracht geworden.

Hierbij is de melding uitgebreid waardoor instellingen in beginsel zelf verantwoordelijk zijn geworden voor de instandhoudingsbouw. Het overdragen van de verantwoordelijkheid voor de instandhouding van de intramurale zorginfrastructuur aan het instellingsmanagement heeft geen personele gevolgen voor het departement.

Het gaat om een andere invulling van de bestaande verantwoordelijkheden en werkinhoud. Wat betreft de financiële gevolgen geldt dat teneinde instellingen via de COTG-richtlijn die financiële ruimte te bieden om hun (meldingsplichtige) instandhoudingsinvesteringen te bekostigen, het macrobudget dat jaarlijks via de meldingsrichtlijn beschikbaar wordt gesteld, is gewijzigd. Deze wijziging bestaat uit een verhoging met f 100 mln. per jaar gedurende een ingroeiperiode van 10 jaar.

2.1 Doorlichting zelfstandige bestuursorganen

Ook op ons beleidsterrein zijn de zelfstandige bestuursorganen doorgelicht (zie brief minister van Binnenlandse Zaken van 10 maart 1997; deel II, hoofdstuk 12). Voor de volgende organen vinden aanpassingen plaats naar aanleiding van de toetsing aan de aanwijzingen: Zieken-

fondsraad (ZFR), het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG), College Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ), Commissie Sanering Ziekenhuizen (CSZ), Stichting Uitvoering Omslagregeling WTZ (SUO), College ter beoordeling van de geneesmiddelen, Commissie voor de gebiedsaanwijzing, de NV KEMA, de Stichting TNO Certification, Registratiecommissie ex. art 14 van de Wet BIG, Praeventiefonds, Pensioen- en uitkeringsraad, Nationaal Comité 4 en 5 mei, Informatie- en Coördinatie-Organen Dienstverlening voor Oorlogsgetroffenen (ICODO), Commissie Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië (CAOR), en de Nederlandse Filmkeuring.

Naast de informatie die in deze bijlage over sommige organen wordt gegeven, zullen wij uw kamer dit najaar verder informeren over de voortgang.

2.2 Voornemens

Advies en uitvoeringsstructuur volksgezondheid

Met de nota «toekomstige advies en uitvoeringsstructuur volksgezondheid en zorggerelateerde dienstverlening» is de herziening van de advies- en uitvoeringsstructuur op het terrein van de volksgezondheid in gang gezet.

De gewenste scheiding van de functies van overleg en uitvoering en het herstel van de rol van de politiek betekenen dat de taken en samenstelling van de Ziekenfondsraad (ZFR), het Centraal orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG), het College voor ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) en de Commissie Sanering Ziekenhuisvoorzieningen (CSZ) herzien dienen te worden en dat de aansturing door het toezicht vanwege de politiek verantwoordelijke minister nadere aandacht vergen.

Het voornemen is om, naast de resultaten van de toetsing van de onderhavige uitvoeringsorganen aan de «Aanwijzingen inzake zelfstandige bestuursorganen» in het wetsontwerp «advies en uitvoeringsstructuur» de volgende sturings- en toezichtsinstrumenten op te nemen: vaststellen van beleidsregels waarmee de kaders waarbinnen het uitvoeringsorgaan de opgedragen taken moet uitvoeren kunnen worden gepreciseerd; goedkeuringsvereiste voor bepaalde categorieën besluiten (jaarlijkse werkprogramma resp. begroting, bestuursreglement, bouwmaatstaven en beleidsregels); informatieverplichtingen en tot slot uitwerking van de toezichtsfunctie.

Zowel de Ziekenfondsraad als het College voor ziekenhuisvoorzieningen zullen er naar verwachting enkele taken bij krijgen.

Op termijn zullen o.a. de Ziekenfondswet (Zfw) en de AWBZ worden gewijzigd waarbij het toezicht wordt opgedragen aan een nieuw zelfstandig bestuursorgaan.

Voor de op te dragen taken wordt aangesloten bij de taakinvulling van de huidige Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie (CTU). Aan het werkingsgebied zal het toezicht op de subsidieverlening door de ZFR voor de bekostiging van de zorg worden toegevoegd alsook het toezicht op de uitoefening van taken door de ZFR in zijn hoedanigheid van internationaal verbindingskantoor.

Door de verzelfstandiging van de CTU zal de scheiding van de verantwoordelijkheden van enerzijds de CTU en anderzijds de ZFR vorm krijgen.

De relaties tussen beide organen moeten opnieuw worden geregeld op zodanige wijze dat de continuïteit van een goed toezicht is gewaarborgd.

Ook zal de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Wtz) mede in het licht van de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer worden gewijzigd. Daarbij zal de controle op verzekeraars door de Stichting

Uitvoering Omslagregeling (SUO)-Wtz worden gehandhaafd onder gelijktijdige uitbreiding van bevoegdheden om op te kunnen treden tegen verzekeraars die in strijd met wettelijk voorschriften handelen. Bij deze wetswijziging zullen de taken en bevoegdheden van de SUO-Wtz opnieuw worden vastgelegd en zullen de bevoegdheden worden aangepast aan de aanwijzingen voor ZBO's. Ook zullen de bevoegdheden van de verzekeringskamer ten opzichte van de SUO-Wtz opnieuw worden bepaald. De verzekeringskamer zal de taak krijgen rechtmatigheidstoezicht uit te oefenen op de SUO-Wtz.

Colleges en Registratiecommissies

In bestuurlijk overleg met de KNMG is aangegeven dat de Colleges en Registratiecommissies van de KNMG in de toekomst nader zullen worden vormgegeven volgens de ZBO-aanwijzingen.

Dit geldt ook voor de organen met dezelfde functie bij de Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Tandheelkunde (NMT), het college en de registratiecommissie van de huisartsen i.c. het College voor Huisartsen-geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde (CVHG) en de Huisarts en Verpleeghuis Registratie Commissie (HVRG).

In de toekomst zal dit verder gelden voor de desbetreffende organen van alle overige beroepsverenigingen die gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid die artikel 14 van de Wet BIG biedt aan organisaties van de in artikel 3 van die wet genoemde beroepen om een specialismenregeling in het leven te roepen en waar de minister van VWS de specialistentitels heeft aangemerkt als wettelijk erkend en beschermd.

College voor de Bloedtransfusie

Het College voor de Bloedtransfusie van het Nederlandse Rode Kruis, een zelfstandig bestuursorgaan, zal worden opgeheven. Tot nu toe oefent dit college overheidstaken uit, die genoemd worden in de Wet inzake bloedtransfusie (artikel 3).

Dit voornemen hangt samen met en is verwerkt in het voorstel voor de Wet inzake bloedvoorziening, dat binnenkort aan de Tweede Kamer zal worden aangeboden. Deze wet zal in de plaats komen van de Wet inzake bloedtransfusie. Inherent aan het wetsvoorstel is dat de bloedvoorziening in Nederland wordt overgelaten aan de (verantwoordelijkheid van) particuliere organisaties, die reeds werkzaam zijn op dat terrein, zij het met inachtneming van de voorwaarden opgenomen in de wetgeving voor de bloedvoorziening als voorgesteld.

Vervanging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) door de Wet bouwbeheersing zorgvoorzieningen (WBZ)

In het regeerakkoord is gesteld dat ten behoeve van een adequate aanbodbeheersing een gedereguleerde WZV van kracht blijft. Hierdoor blijft de planning van intramurale voorzieningen in een herziene vorm tot de taak van de overheid behoren.

De Raad van State heeft eind november 1996 advies uitgebracht over een voorstel voor nieuwe infrastructuurwetgeving, de Wet bouwbeheersing zorgvoorzieningen (WBZ). Met dit voorstel beoogt de overheid de beschikking te krijgen over een meer slagvaardig instrumentarium en wordt een solide wettelijke basis gelegd onder het huidige beheersinstrument van de bouwprioriteiten.

Het nader rapport naar aanleiding van het advies van de Raad van State over dit wetsvoorstel bevindt zich in een afrondende fase. In de WBZ is in

zoverre sprake van recentralisatie dat het systeem van de provinciale planning is verlaten. Al vanaf 1990 worden aan de provincies geen aanwijzingen meer gegeven om ontwerp-plannen voor ziekenhuisvoorzieningen op te stellen. In plaats daarvan is destijds aan de provincies een zwaardere taak toebedeeld met betrekking tot de bouwprioritering. In het wetsontwerp WBZ wordt de vraag of bepaalde bouw beleidsmatig gewenst is beantwoord aan de hand van periodiek door de minister op te stellen sectorale zorgvisies. Deze sectorale zorgvisies worden voorzien van een financieel kader. Hierdoor wordt in het kader van de bouwprioritering gewerkt met sectorale exploitatiekaders in plaats van provinciale kaders. Dit betekent dat niet langer de provincies een voorstel voor bouwprioritering aan de minister voorleggen, maar dat zij adviseren over een voorstel voor bouwprioritering van de minister. Vanwege de discussie die medio 1997 is ontstaan over de mogelijkheden om privéklinieken te reguleren en de mogelijke gevolgen die dit kan hebben voor het in de WBZ voorgestelde instrumentarium met betrekking tot de infrastructuur van zorgvoorzieningen, heeft doorgeleiding van het wetsvoorstel naar de Tweede Kamer nog niet plaatsgevonden.

Bij de invoering van de WBZ worden de Tijdelijke Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening en de WZV ingetrokken en wordt de Overgangswet verzorgingshuizen gewijzigd.

3.0 Interne verzelfstandigingen

Agentschap College ter beoordeling van geneesmiddelen

De interne verzelfstandiging van de directie College ter beoordeling van geneesmiddelen (CBG) van VWS heeft haar beslag gekregen in de periode 1994–1997. Bij ministerieel besluit van 20 december 1995 is per 1 januari 1996 de agentschapstatus aan de directie CBG verleend. Over de omvorming is voorafgaand overleg gevoerd met de Tweede Kamer.

Met de verlening van de agentschapstatus is uitsluitend een verandering tot stand gebracht in de regels voor het beheer, gericht op een effectieve en efficiënte bedrijfsvoering met een grotere verantwoordelijkheid van het hoofd van de directie voor de bedrijfsvoering. De kosten van het agentschap worden gedekt uit de vergoedingen voor de registratie van geneesmiddelen. Deze vergoedingen zijn gebaseerd op het Besluit Vergoedingen Wet op de Geneesmiddelenvoorziening en worden vastgesteld door de Minister van VWS. De sturing vanuit het ministerie vindt plaats op output van het agentschap. De begroting van het CBG bedraagt ca. f 22 mln.; de personele omvang bedraagt ca. 77 fte.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

Enkele jaren geleden is een studie uitgevoerd naar de mogelijkheid van een agentschapstatus voor het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Een dergelijke status bleek echter minder goed te passen bij de activiteiten van het instituut. Het RIVM neemt nu als intern verzelfstandigde dienst een eigen plaats op afstand in binnen het ministerie. Deze positie van het RIVM is vastgelegd in de Wet op het RIVM, die van kracht geworden is op 1 maart 1997.

Rijksinspecties

In het kader van de totstandkoming van de Inspectie voor de Gezondheidszorg per 1 januari 1995, de Inspectie voor de Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming per 1 januari 1996 en de nieuwe Inspectie van Waren en Veterinaire Zaken per 1 juli 1998 is/wordt zelfbeheer ingevoerd voor wat betreft de personele financiële en materiële aangelegenheden.

4.0 Privatisering/particulier initiatief

Alcohol Voorlichtings Plan

In juni 1996 is de uitvoering van het Alcohol Voorlichtings Plan (campagne «Drank maakt meer kapot dan je lief is») overgedragen aan het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. De overdracht heeft geen financiële gevolgen gehad. Vóór en na de overdracht kwam van het totale AVP-budget f 30 mln. van het Praeventiefonds en f 0,2 mln. uit de VWS begroting. De formatie van het AVP binnen VWS omvatte 2,5 fte. De totale formatie (na overdracht) is 4,6 fte.

Patiëntenfonds

Het versterken van de positie van de patiënt in de zorgsector is een belangrijke beleidsdoelstelling. Het (financieel) ondersteunen van de patiënten-/consumentenbeweging is, evenals bijvoorbeeld wetgeving, hierbij een belangrijk instrument. De uitvoering, het op een rechtvaardige wijze verdelen van de middelen, is een zaak waarvoor het ministerie niet primair verantwoordelijkheid dient te dragen.

Dit is een zaak van de patiëntenbeweging of van een organisatie die hier dicht bij staat. In het in 1996 opgerichte Patiëntenfonds is een dergelijke organisatie gevonden.

Vanaf 1997 ontvangt het fonds middelen ten behoeve van de ondersteuning van patiëntenorganisaties. Het Patiëntenfonds ontvangt in 1997 f 12 mln., in 1998 f 22 mln. en vanaf 1999 minimaal f 30 mln. Het fonds ontwikkelt voor de besteding zelf criteria, rekening houdend met de voorwaarden die de minister in de subsidiebeschikking heeft neergelegd.

VWS toetst de doelmatigheid en de rechtmatigheid van de bestedingen.

4.1 Voornemens

Vaccinproductie Rijksinstituut voor Volksgezondheid (RIVM)

Momenteel is de uitplaatsing van de vaccinproductie in voorbereiding. Hiertoe zullen activiteiten en medewerkers van het Laboratorium voor Vaccinproductie (LVP) van het RIVM worden ondergebracht bij de Stichting ter bevordering van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (SVM). Deze stichting verzorgt reeds vele jaren de verkoop van de vaccins die het RIVM produceert. Deze uitplaatsing zal plaatsvinden per 1 januari 1998.

Nieuwe bloedvoorzieningsorganisatie

Er is sprake van een nieuwe bloedvoorzieningsorganisatie, die ontstaan zal uit een fusie van de huidige bloedbanken en het Centraal Laboratorium voor de bloedtransfusiedienst, beide onderdeel van het Nederlandse Rode Kruis. In de begroting van VWS is hiervoor f 0,5 mln. opgenomen. Vergeleken met de huidige (wettelijke) situatie kan, in het licht van de nieuwe (voorgestelde) wet, gesproken worden van privatisering van overheidstaken, die waren toebedeeld aan het College voor de Bloedtransfusie.

De herstructurering van de particuliere bloedvoorzieningsorganisatie onder overname van de overheidstaken van het college, beoogt een verbetering van de doelmatigheid van de bloedvoorziening. De te behalen doelmatigheidswinst zal ertoe bijdragen, dat toekomstige kwaliteitsimpulsen met betrekking tot de bloedvoorziening budgetneutraal kunnen worden doorgevoerd. De totale omzet binnen de bloedvoorziening

bedraagt ca. f 400 mln., waarvan een groot deel via de ziekenhuis-
budgetten verloopt.