

**EXTERNE ADVIESORGANEN IN DE GEZONDHEIDSZORG: GEZONDHEIDSRaad EN  
NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID**

Rapport van een institutioneel onderzoek in het kader van het  
Projekt Invoering Verkorting Overbrengingstermijn, 1940-1990

N.P. van Egmond  
Den Haag, 1993.

## Inhoudsopgave

1. VERANTWOORDING
2. DE OVERHEID EN DE VOLKSGEZONDHEID
  - 2.1. De jaren voor de Tweede Wereldoorlog
  - 2.2. 1940 - 1990
3. ADVIESORGANEN
  - 3.1. Wettelijke basis
  - 3.2. Typen adviesorganen
  - 3.3. Functies van adviesorganen binnen een beleidsproces
4. ADVIESORGANEN OP HET TERREIN VAN DE VOLKSGEZONDHEID
5. DE GEZONDHEIDSRAAD
  - 5.1. Taken en bevoegdheden
    - 5.1.1. 1920 - 1956
    - 5.1.2. 1956 - 1990
    - 5.1.3. verplichte raadpleging
  - 5.2. Samenstelling
    - 5.2.1. 1920 - 1956
    - 5.2.1. 1956 - 1990
    - 5.2.3. ledental, 1920 - 1990
  - 5.3. De voorzitter
  - 5.4. Interne organisatie
    - 5.4.1. commissies
    - 5.4.2. College van Advies en Bijstand
    - 5.4.3. filosofiecommissies/beraadgroepen
    - 5.4.4. presidiumcommissie
  - 5.5. Procedures
  - 5.6. Thema's van advisering
  - 5.7. Adviesorganen binnen de Gezondheidsraad
    - 5.7.1. Commissie ex artikel 14 van het Sera- en Vaccinbesluit
    - 5.7.2. Nationale Commissie voor de Gezondheidsstatistieken
6. DE NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN ZIJN VOORGANGERS
  - 6.1. De Nationale Commissie voor de Volksgezondheid 1945 - 1957
    - 6.1.1. taken en bevoegdheden
    - 6.1.2. samenstelling
    - 6.1.3. interne organisatie
    - 6.1.4. thema's van advisering
  - 6.2. De Centrale/Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1958 - 1990
    - 6.2.1. Centrale Raad 1958 - 1982
    - 6.2.2. Nationale Raad 1982 - 1990
  - 6.3. Taken en bevoegdheden van de Centrale/Nationale Raad
    - 6.3.1. Centrale Raad
    - 6.3.2. Nationale Raad

- 6.4. Samenstelling van de Centrale/Nationale Raad
  - 6.4.1. Centrale Raad
  - 6.4.2. Nationale Raad
- 6.5. De Voorzitter
- 6.6. Interne organisatie van de Centrale/Nationale Raad
  - 6.6.1. Centrale Raad
    - 6.6.1.1. commissies
    - 6.6.1.2. Comité van Gedelegeerden
  - 6.6.2. Nationale Raad
    - 6.6.2.1. presidium
    - 6.6.2.2. kamers
- 6.7. Procedures
- 6.8. Thema's van advisering van de Centrale/Nationale Raad
  - 6.8.1. Centrale Raad
  - 6.8.2. Nationale Raad
- 6.9. De Ziekenhuiscommissie en het College voor de Ziekenhuisvoorzieningen
  - 6.9.1. Ziekenhuiscommissie 1947 - 1979
  - 6.9.2. College voor de Ziekenhuisvoorzieningen 1972 - 1990

## 1. VERANTWOORDING

In 1991 werd tussen de secretaris-generaal van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de algemene rijksarchivaris een convenant afgesloten, waarin o.a. afspraken werden gemaakt over een institutioneel onderzoek (in het kader van het Project Invoering Verkorting Overbrengingstermijn - PIVOT) "... naar de taakontwikkeling en de daaraan gekoppelde organisatorische ontwikkeling van het ministerie in de periode na 1940 ...". Doel van het institutioneel onderzoek is het bieden van een instrument (in de vorm van een rapport) dat leidt tot de formulering van selectiecriteria ten aanzien van de handelingen - op basis van wet- en regelgeving - van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en zijn taakvoorgangers, en van andere actoren die actief zijn op de taakgebieden waarmee het ministerie zich bezighoudt.

Als taakgebied binnen het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur is o.a. de zorg voor de volksgezondheid onderscheiden. Dit rapport is onderdeel van de verslaglegging van het institutioneel onderzoek naar dit taakgebied. Deze verslaglegging omvat meerdere rapporten. Zij hebben betrekking op afzonderlijke beleidsterreinen binnen het taakgebied van de volksgezondheid.

Binnen het taakgebied volksgezondheid is een groot aantal adviesorganen actief. Het merendeel van deze actoren heeft een beperkte taak en bemoeit zich slechts met specifieke beleidsterreinen, bij voorbeeld met de gezondheidsbescherming of met de medische opleidingen en beroepen. Hun taken en de daaruit voortvloeiende handelingen zijn beschreven in de PIVOT-rapporten die op die specifieke beleidsterreinen betrekking hebben.

Naast de adviesorganen met een beperkte taak is er echter ook een tweetal organen met een veel ruimere taakstelling: de bemoeiingen van de Gezondheidsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid strekken zich uit over het gehele taakgebied van de volksgezondheid. In de PIVOT-rapporten inzake de meer specifieke beleidsterreinen komen de handelingen van beide raden slechts zijdelings ter sprake: alleen voorzover zij betrekking hebben op die specifieke beleidsterreinen. Een totaal beeld van het handelen van beide organen ontbreekt. Dit rapport wil in die leemte voorzien. Het geeft een samenhangend beeld van de organisatorische ontwikkeling van de beide raden (en hun voorgangers) en van de rol die zij op het terrein van de volksgezondheid spelen en gespeeld hebben.

De taak van beide organen is vastgelegd in de Gezondheidswet. Voor beide geldt dat hun taak identiek is aan hun handelen: zij adviseren de minister op het terrein van de volksgezondheid. Alle door beide raden ontplooiende activiteiten staan in het teken van die handeling.

De indeling van dit rapport is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt

ingegaan op de bemoeienis van de rijksoverheid met de volkgezondheid sinds ca. 1940. Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van de wettelijke basis van adviesorganen. Daarnaast wordt ingegaan op de verschillende typen adviesorganen en op de rol die zij in een beleidsproces kunnen spelen. In hoofdstuk 4 komt de rol van adviesorganen binnen de gezondheidszorg aan de orde. Hoofdstuk 5 en 6 tenslotte behandelen achtereenvolgens de Gezondheidsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (en hun voorgangers). Daarbij wordt aandacht besteed aan hun instelling en ontwikkeling, hun taken en bevoegdheden, hun samenstelling, de rol van hun voorzitters, hun interne organisatie, de te volgen procedures en de thema's van advisering.

Aan het rapport is een overzicht toegevoegd van adviesorganen werkzaam op het terrein van de volksgezondheid. Dit overzicht pretendeert niet volledig te zijn.  
(Deze laatste alinea herschrijven als bekend is wat er precies opgenomen gaat worden)

## 2. DE OVERHEID EN DE VOLKSGEZONDHEID

### 2.1. De jaren voor de Tweede Wereldoorlog

In de jaren voor de Tweede Wereldoorlog voerde de Rijksoverheid een terughoudend beleid op het terrein van de volksgezondheid. Deze terughoudendheid werd deels veroorzaakt door de economische crisis (geldgebrek). Daarnaast koos de politiek - met uitzondering van de linkerkant - bewust voor het particulier initiatief. Particuliere instellingen en organisaties (kruisverenigingen, ziekenfondsen, ziekenhuizen, inrichtingen, consultatiebureaus, verenigingen en fondsen ter bestrijding van volksziekten) gaven - veelal op levensbeschouwelijke basis - uitvoering aan de zorg. De bemoeiingen van de Rijksoverheid beperkten zich tot het toezicht - via het Staatstoezicht op de Volksgezondheid - op de kwaliteit van de medische beroepen, de openbare hygiëne en de door het Rijk gesubsidieerde instellingen. Ten aanzien van zaken als drinkwatervoorziening, warenkeuring, riolering, vuilverwijdering en veiligheidswetgeving - van groot belang voor de volksgezondheid - deelde de Rijksoverheid verantwoordelijkheden met de gemeenten.<sup>1)</sup>

Door de grote invloed van het particulier initiatief verliep de ontwikkeling van de gezondheidszorg weinig planmatig. Van een duidelijk omljnd beleid was in het algemeen geen sprake.<sup>2)</sup>

### 2.2. 1940 - 1990

Na de Tweede Wereldoorlog - de oorlog had geleid tot een ernstige ontwrichting van het apparaat van de gezondheidszorg - kwam een tweetal vragen centraal te staan:

1. hoe moet de gezondheidszorg georganiseerd worden (welke rol moet de staat daarin spelen)?
2. hoe moet de gezondheidszorg gefinancierd worden?

Op de eerste vraag kwam een voorlopig antwoord in 1956. De in dat jaar tot stand gekomen Gezondheidswet - ter vervanging van de Gezondheidswet van 1919 - regelde vooral het Staatstoezicht op de Volksgezondheid (overigens veranderde er voor die instelling weinig<sup>3)</sup>). Verder voorzag de wet in de instelling van een Centrale, alsmede van Provinciale Raden voor de Volksgezondheid. Via de eerste moest het overleg en de samenwerking tussen de rijksoverheid en de instellingen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg gestalte krijgen. De laatste moesten vooral een adviserende, coördinerende en stimulerende rol gaan spelen ten aanzien van de gezondheidszorg op provinciaal niveau. De taak van genoemde raden was echter beperkt: bij de behandeling van het Wetsvoorstel in de Tweede Kamer zorgden met name de confessionele partijen ervoor dat de traditionele vrijheden van parti-

---

<sup>1)</sup> zie P. Juffermans, Staat en Gezondheidszorg in Nederland, Nijmegen, 1982, p. 135.

<sup>2)</sup> zie Juffermans, p. 135.

<sup>3)</sup> zie L.B. Humbert, Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, PIVOT-rapport nr. \*, Den Haag, \*\*\*\*.

kuliere instellingen en organisaties onverlet werden gelaten.<sup>4)</sup>

De tweede vraag werd beantwoord in de jaren '60. Via de Ziekenfondswet (1964) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1967) werd de financiering van de volksgezondheid zeker gesteld. Deze wetten leidden echter ook tot een enorme uitbreiding van het voorzieningenpakket, met name in de ziekenhuissector en op het terrein van de specialistische hulp. De sterke economische groei maakte deze uitbreiding financieel mogelijk.

Ook de Gezondheidswet van 1956 voorzag niet in een krachtige planning of een sterk beleidsapparaat. Karakteristiek voor het beleidsterrein van de volksgezondheid was, dat "... het particulier initiatief niet alleen de taken uitvoerde, maar eveneens bij het beleid betrokken was middels de vertegenwoordiging in .. externe adviesorganen."<sup>5)</sup> Bestuurlijke bevoegdheden werden door de centrale overheid overgedragen aan raden en colleges, waarin naast ambtenaren ook bestuurders van private organisaties uit de gezondheidszorg zitting hadden.<sup>6)</sup>

Het ontbreken van een duidelijk gestructureerd beleid, mede veroorzaakt door de grote invloed van het particulier initiatief, leidde in de loop van de zestiger en zeventiger jaren tot een reactie.

In de eerste plaats begon de centrale overheid te streven naar een krachtiger departementale organisatie. De beleidsafdelingen op het ministerie werden versterkt en opgewaardeerd.<sup>7)</sup>

Sinds 1933 viel het beleidsterrein volksgezondheid onder het ministerie van sociale zaken, dat sinds 1951 - gezien het toenemend belang van de volksgezondheid - ministerie van sociale zaken en volksgezondheid heette. In 1954 was binnen dat ministerie een directie volksgezondheid in het leven geroepen, ter vervanging van de afdelingen volksgezondheid I en II (resp. nationale en internationale gezondheidszaken). In 1964 werd deze directie opgewaardeerd tot een directoraat-generaal, waarbinnen dan weer een directie gezondheidszorg en een directie gezondheidsbescherming actief waren. Tussen 1966 en 1968 werden beide directies omgevormd tot directoraten-generaal.<sup>8)</sup>

Belangrijk onderdeel van de gezondheidsbescherming was, naast de

---

<sup>4)</sup> zie o.a. Juffermans, p. 148; zie ook H. Festen, Spanningen in de Gezondheidszorg. 25 jaar Centrale Raad voor de Volksgezondheid., Zoetermeer, (1982), p. 35 - 36.

<sup>5)</sup> zie N. Lammers, A. Winsemius, Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Profiel van een ministerie. Departementale studies, nummer 3., Den Haag, 1991, p. 72.

<sup>6)</sup> vgl. Juffermans, p. 203; Lammers, p. 71.

<sup>7)</sup> Vgl. Lammers, p. 65; zie ook p. 71 - 72.

<sup>8)</sup> vgl. F. van Dijk, "Kwakzalverij is nooit uit te roeien: mundus vult decipi", PIVOT-rapport nr. 2, Den Haag, 1992, p. \*\*; zie ook Staatsalmanak.

bescherming van burgers tegen schadelijke producten en stoffen, de zorg voor het milieu. Dit laatste aspect won geleidelijk aan aan betekenis, wat o.a. resulteerde in wetgeving op het terrein van de kernenergie (1963) en de bescherming van het oppervlaktewater (1969). In 1971 leidde de toenemende aandacht voor gezondheidsbescherming en milieuzorg tot de instelling van een nieuw ministerie, het ministerie van volksgezondheid en milieuhygiëne. Volgens de toenmalige minister president Biesheuvel was "... een meer gerichte aanpak van het beleid in beide sectoren (gezondheidszorg en milieuhygiëne) op ministerieel niveau van groot belang ...."<sup>9)</sup>

Gevolg van de herschikking en opwaardering van de beleidsafdelingen was dat de zorginhoudelijke kennis (kennis van de kwalitatieve aspecten van de gezondheidszorg en van de omvang en de aard van de (benodigde) voorzieningen) binnen het ministerie versterkt werd. Het ministerie was daardoor beter in staat tegenwicht te bieden aan het relatief onafhankelijke Staatstoezicht en aan de pressie van externe adviesorganen.<sup>10)</sup>

In de tweede plaats probeerde de centrale overheid in de jaren '70 een meer programmatische aanpak van de volksgezondheid tot stand te brengen. De wens daartoe werd voor het eerst vastgelegd in de Volksgezondheidsnota 1966. In de daarop gebaseerde Structuurnota Gezondheidszorg 1974 werden vervolgens de contouren van het zogenaamde structuurbeleid geschetst. Dit laatste leidde in de daarop volgende jaren tot een uitgebreid wetgevingsprogramma, dat een grotere invloed van het departement op het terrein van de volksgezondheid garandeerde.<sup>11)</sup>

In 1982 werd het ministerie van volksgezondheid en milieuhygiëne opgeheven. Het beleidsterrein volksgezondheid werd ondergebracht in het nieuwe ministerie van welzijn, volksgezondheid en cultuur (WVC). Tussen welzijn en volksgezondheid werd een samenhang geconstateerd die samenvoeging leek te rechtvaardigen. Milieuhygiëne ging - eveneens om redenen van samenhang in beleidsterreinen - over naar het nieuwe ministerie van volkshuisvesting, ruimtelijke ordening en milieubeheer (VROM).

Ten gevolge van de economische recessie kwam het wetgevingsprogramma op het terrein van de volksgezondheid in de jaren '80 in het teken van de kostenbeheersing te staan. De enorme groei van

---

<sup>9)</sup> zie Lammers, p. 61.

<sup>10)</sup> vgl. Lammers, p. 65; zie ook p. 71 - 72.

<sup>11)</sup> in de Structuurnota werd een drietal wetgevingsprojecten aangekondigd: een planningswet voor de hele sector (Wet voorzieningen gezondheidszorg), een tarievenwet voor de hele sector (Wet tarieven gezondheidszorg) en een wet inzake de integratie van verzekeringen in één volksverzekering (Ziekenfondswet - Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten); al in 1971 kwam de Wet Ziekenhuisvoorzieningen tot stand, waarmee een doelmatiger opzet van de gezondheidszorgvoorzieningen werd beoogd; vgl. F. van Dijk, Mundus ..., p. \*\*.



de omvang en het gebruik van bestaande medische voorzieningen, alsmede de toepassing van steeds weer nieuwe (en vaak zeer dure) medische technieken leidde tot financiële problemen: de overheid leek niet langer in staat de sterk stijgende kosten van de gezondheidszorg te dragen.

Naast de behoefte aan kostenbeheersing ontstond in de tweede helft van de jaren '80 ook behoefte aan een nieuw fundament voor het beleid. De Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (de Commissie Dekker) kwam in 1987 tot de conclusie dat beheersing van de gezondheidszorg via overheidsplanning niet realiseerbaar is: in het systeem zitten volgens de commissie onvoldoende drijfveren ingebouwd om tot beperking van de zorgverlening en kostenbeheersing te komen (de overheid betaalt toch wel!). Versterking van de marktwerking werd door de Commissie als alternatief gezien: ook op het terrein van de volksgezondheid moest gestreefd worden naar "meer markt, minder overheid". Versobering en deregulering moesten daarbij uitgangspunt zijn.

De door de Commissie Dekker voorgestelde stelselherziening is in 1992 nog niet (volledig) gerealiseerd. Met name vanuit het particulier initiatief is het verzet groot.

### 3. ADVIESORGANEN

Op het terrein van de gezondheidszorg is - zoals hiervoor al werd aangegeven - een belangrijke rol weggelegd voor het particulier initiatief. De uitvoering van het beleid en de daadwerkelijke zorgverlening gebeurt voornamelijk door particuliere instellingen. De overheid geeft de richting van het beleid en de financiële kaders aan.

Om de communicatie tussen overheid en particulier initiatief gestalte te geven en de uitoefening van toebedeelde verantwoordelijkheden en taken mogelijk te maken, is er in de loop der tijd een netwerk van advies- en uitvoeringsorganen in het leven geroepen.<sup>12)</sup>

#### 3.1. Wettelijke basis

De mogelijkheid tot instelling van adviesorganen bestaat al lang. In 1922 werd in artikel 87 van de Grondwet bepaald dat "De instelling van vaste colleges van advies en bijstand aan de regering geschiedt krachtens de wet, die tevens regelen inhoudt omtrent hun benoeming, samenstelling, werkwijze en bevoegdheden." Bij de Grondwet-wijziging van 1987 werd een soortgelijke bepaling opgenomen in artikel 79.

#### 3.2. Typen adviesorganen

De bepaling in de Grondwet heeft uitsluitend betrekking op de zogenaamde externe adviesorganen. Kenmerk daarvan is dat zij voor de helft of meer uit stemgerechtigde personen van buiten de overheid bestaan (interne adviesorganen bestaan in meerderheid uit personen met een ambtelijke achtergrond).<sup>13)</sup> Externe adviesorganen bewegen zich verder op nationaal niveau en hebben een permanente status. Hun werkzaamheden zijn meestal gericht op één sector van het overheidshandelen.<sup>14)</sup>

Van de externe adviesorganen zijn sommige te beschouwen als zelfstandige bestuursorganen, die een deel van de taak van de rijksoverheid overnemen: min of meer autonoom kunnen zij -

---

<sup>12)</sup> zie het Regeringsstandpunt over de advies- en uitvoeringsorganen in de volksgezondheid, Tweede Kamer, vergaderjaar 1991 - 1992, 22449, nr. 1, p. 7.

<sup>13)</sup> vgl. het Besluit van de minister president van 11 maart 1987, Stcrt. nr. 67, tot vaststelling van de aanwijzingen inzake externe adviesorganen en inzake interdepartementale commissies: externe adviesorganen zijn volgens dat Besluit colleges die a. uitsluitend of mede tot taak hebben de regering of één of meer ministers schriftelijk te adviseren met het oog op het nog te vormen beleid, en die b. geheel niet-ambtelijk, dan wel overwegend niet-ambtelijk van aard zijn (artikel 1, lid 1).

<sup>14)</sup> zie J.H. van der Made, Inleiding, in: R. Janssen e.a., red., Externe adviesorganen in de gezondheidszorg. Het grijze circuit belicht., Lochem, 1987, p. 9.

binnen door de wet gestelde kaders - zelfstandig beleidsuitvoerende werkzaamheden verrichten. Zij zijn gerechtigd om voor een deel van de samenleving bindende beslissingen te nemen en nadere regels te stellen.<sup>15)</sup>

Een deel van de adviesorganen van de rijksoverheid kan worden getypeerd als zuiver "wetenschappelijke adviesorganen": de advisering betreft uitsluitend wetenschappelijke vraagstukken, de besluitvorming vindt plaats op basis van wetenschappelijke argumenten. Andere overwegingen (bij voorbeeld kosten) blijven buiten beschouwing. De leden van wetenschappelijke adviesorganen worden benoemd op basis van deskundigheid.<sup>16)</sup>

Naast de wetenschappelijke adviesorganen staan de "maatschappelijke". Deze adviseren over beleidskwesties op basis van opvattingen die in de maatschappij leven. Voor wat betreft de samenstelling wordt gestreefd naar representativiteit: de leden worden benoemd als vertegenwoordigers van instellingen (het particulier initiatief) werkzaam op het terrein waarop de advisering betrekking heeft.<sup>17)</sup>

### **3.3. Functies van adviesorganen binnen een beleidsproces**

Advies- (en uitvoerings)organen kunnen binnen een beleidsproces verschillende functies vervullen<sup>18)</sup>:

1. een overlegfunctie: binnen het adviesorgaan overleggen de partijen die op een bepaald terrein werkzaam zijn met elkaar en met de overheid;
2. een adviesfunctie: het orgaan brengt adviezen uit, op verzoek of uit eigener beweging;

---

<sup>15)</sup> zie Van der Made, in: R. Janssen, p. 10.

<sup>16)</sup> deze en volgende alinea zijn gebaseerd op R.B.M. Rigter, Met Raad en Daad. De geschiedenis van de Gezondheidsraad, 1902 - 1985., Rotterdam, 1992, o.a. p. 15 en p. 413, noot 5; zie ook H.G.M. Rigter, De Gezondheidsraad, in: R. Janssen, p. 139 - 140.

<sup>17)</sup> R.B.M. Rigter noemt als derde mogelijkheid nog het zogenaamde "gemengde orgaan", gericht op zowel maatschappelijke als wetenschappelijke advisering, p. 413, noot 5.

<sup>18)</sup> zie Regeringsstandpunt, p.10; vgl. ook J.H. van der Made, Inleiding, in: R. Janssen, p. 10: "Adviesorganen zijn voor de overheid een middel om zich een beeld te verschaffen van opvattingen, wensen, verwachtingen die leven bij maatschappelijke organisaties, om niet aanwezige kennis en deskundigheid te verwerven, alsmede om het beleid te legitimeren. Via adviesorganen kunnen de participanten op hun beurt het beleid beïnvloeden en informatie verkrijgen van de overheid en andere vertegenwoordigde organisaties."

3. een uitvoeringsfunctie: het orgaan voert taken uit die via wet- en regelgeving aan hem zijn toebedeeld;
4. een beheersfunctie: het orgaan beheert aan hem beschikbaar-gestelde middelen;
5. een toezichtsfunctie: het orgaan oefent toezicht uit op de uitvoering van aan anderen toebedeelde taken en op de besteding van de daarvoor beschikbaargestelde middelen.<sup>19)</sup>

Binnen een beleidsproces zijn verschillende fasen te onderscheiden<sup>20)</sup>:

1. beleidsonderbouwing: het systematisch verzamelen van (wetenschappelijke) kennis over probleemvelden ter onderbouwing van besluitvorming, met name op beleidsmatig niveau;
2. beleidsvoorbereiding: de directe voorbereiding van besluitvorming over concrete onderwerpen, zowel op beleidsmatig als op meer uitvoerend niveau;
3. beleidsvaststelling (door de overheid);
4. beleidsuitvoering (door de overheid of door een uitvoeringsorgaan waaraan een betrokken taak is toebedeeld);
5. beleidsevaluatie (door de overheid of door een advies- of uitvoeringsorgaan waaraan die taak is toebedeeld).

Adviesorganen kunnen binnen een beleidsproces meerdere functies vervullen.<sup>21)</sup> Soms strekt de bemoeiing van de organen zich over meerdere fasen uit.

---

<sup>19)</sup> R.B.M. Rigter, p. 17 - 18, noemt nog een drietal bijkomende functies van adviesorganen:  
1. parkeerplaats: als de regering met een bepaald probleem geen raad weet en beslissingen wil uitstellen, kan zij een onderwerp parkeren bij een adviesorgaan;  
2. legitimering: de regering vraagt steun voor een al vaststaand idee (alleen mogelijk als het adviesorgaan meespeelt);  
3. binding: de regering kan advies vragen in een poging professionele en maatschappelijke organisaties vertegenwoordigd in een adviesorgaan te committeren aan het te voeren beleid.

<sup>20)</sup> zie Regeringsstandpunt, p. 10.

<sup>21)</sup> in het Besluit van de minister-president van 11 maart 1987 wordt overigens bepaald dat een samenloop van advies- en overlegtaken dient te worden vermeden (artikel 5b).

#### 4. ADVIESORGANEN OP HET TERREIN VAN DE VOLKSGEZONDHEID

In 1990 waren er op het terrein van de volksgezondheid naast een vijftal grotere (de Gezondheidsraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de Ziekenfondsraad, het College voor de Ziekenhuisvoorzieningen en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg) enige tientallen kleinere adviesorganen actief.<sup>22)</sup> Deze laatste bewogen zich vooral op het terrein van de gezondheidsbescherming en op dat van de gezondheidsopleidingen en -beroepen.<sup>23)</sup>

In de volgende hoofdstukken wordt aandacht besteed aan de (voor)geschiedenis en het handelen van twee van de grote, meer algemene adviesorganen, namelijk de Gezondheidsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.<sup>24)</sup>

In het kader van de Gezondheidsraad komen - kort - nog twee andere commissies aan de orde, namelijk de Commissie ex artikel 14 van het Sera- en Vaccinbesluit en de Nationale Commissie voor Gezondheidsstatistieken. Beide ontplooi(d)en hun activiteiten onder de vleugels van de Gezondheidsraad.

Bij de bespreking van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid wordt aandacht besteed aan de activiteiten van de Ziekenhuiscommissie en het College voor de Ziekenhuisvoorzieningen. Dit laatste orgaan maakt als Kamer voor Intramurale Gezondheidszorg deel uit van de Nationale Raad.

---

<sup>22)</sup> aan het eind van de jaren '70 waren er ca. 130 adviesorganen in de gezondheidszorg, zie L.J. De Wolff, De transformatie van het grijze circuit., in: R. Jansen, p. 32; in 1985 waren er landelijk 34 externe adviesorganen, zie: J.H. van der Made, Inleiding., in: R. Jansen, p. 9.

<sup>23)</sup> zie Regeringsstandpunt, p. 6.

<sup>24)</sup> andere adviesorganen komen ter sprake in de PIVOT-rapporten van F. van Dijk, Mundus ..., L. Humbert en J. Bogaarts, titel \*\*\*\*.

## 5. DE GEZONDHEIDSRAAD

De Gezondheidsraad is sinds 1956 een zuiver wetenschappelijk adviesorgaan. Hij heeft als taak de minister belast met de zorg voor de volksgezondheid te adviseren over de stand van de wetenschap op dat terrein. De Raad heeft louter adviserende en geen uitvoerende taken. Hij is actief in de beleidsonderbouwende fase van het beleidsproces.

De Gezondheidsraad werd ingesteld bij Gezondheidswet van 27 november 1919, Stb. 784, en geïnstalleerd in oktober 1920.<sup>25)</sup> In 1956 werd zijn taakomschrijving gewijzigd. Desondanks is er sprake van continuïteit.

### 5.1. Taken en bevoegdheden

#### 5.1.1. 1920 - 1956

Artikel 2 van de Gezondheidswet 1919 bepaalde dat er "... tot voorlichting van de Regeering bij hare bemoeiingen met de volksgezondheid ..." een Gezondheidsraad moest zijn. In artikel 19 van die wet werd vastgelegd dat er bij algemene maatregel van bestuur nadere voorschriften "... betreffende de taak, de bevoegdheden en den arbeid van de Gezondheidsraad, van den Voorzitter, de leden en den secretaris van dien raad ..." gesteld zouden worden.

Artikel 3, lid 1 van het Uitvoeringbesluit van 19 februari 1920, Stb. 83, gaf een ruime omschrijving van die taak: "De Gezondheidsraad of eene commissie uit den raad dient Onzen Minister op verzoek of uit eigen beweging van raad betreffende de belangen der volksgezondheid." De Gezondheidsraad diende zich ter uitvoering van die taak op de hoogte te houden van wat in het binnen- en buitenland op het gebied van de volksgezondheid werd geschreven en gedaan (Uitvoeringbesluit artikel 3, lid 2).

Hoewel de taakomschrijving van de Gezondheidsraad tot 1956 niet is gewijzigd, is er in de loop der jaren wel verandering opgetreden in de aard van de bemoeiingen van de Raad.

Vanuit zijn ruime taakstelling kon de Gezondheidsraad zich bezighouden met een groot aantal aspecten van de gezondheidszorg. Zijn adviestaak beperkte zich niet tot de wetenschap, ook organisatorische en maatschappelijke vragen verband houdend met de gezondheidszorg konden aan de orde komen.

Het gemengde karakter van het adviesorgaan - wetenschappelijk en maatschappelijk - kwam tot uitdrukking in zijn samenstelling: naast leden die benoemd werden op basis van deskundigheid waren ook vertegenwoordigers van professionele en maatschappelijke organisaties lid.<sup>26)</sup>

---

<sup>25)</sup> de Gezondheidsraad was de opvolger van de Centrale Gezondheidsraad, ingesteld bij Gezondheidswet van 21 juni 1901 (Stb. 157) en geïnstalleerd in 1902.

<sup>26)</sup> zie voor de samenstelling van de Raad par. 5.2; vgl.

Na de Tweede Wereldoorlog was het stelsel van gezondheidszorg aan vernieuwing toe. De noodzaak tot maatschappelijke advisering en inschakeling van vertegenwoordigers van maatschappelijke en professionele organisaties werd daardoor versterkt. Ten behoeve van die maatschappelijke advisering werd in 1945 de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid in het leven geroepen. Deze kreeg tot taak te adviseren over dagelijkse beleidsvragen en over de toekomstige organisatie van de gezondheidszorg. In de Centrale Commissie was het particulier initiatief ruim vertegenwoordigd.<sup>27)</sup>

Door het ontstaan van een maatschappelijk adviesorgaan naast de Gezondheidsraad werd de taak van deze laatste steeds meer beperkt tot wetenschappelijke advisering.

De verandering in het karakter van de Gezondheidsraad kwam ook tot uitdrukking in het ledenbestand. Sinds 1950 werden daarin geen vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties meer opgenomen.<sup>28)</sup> Na 1956 waren ook professionele organisaties niet meer als zodanig vertegenwoordigd.

### 5.1.2. 1956 - 1990

In 1956 kreeg de gesignaleerde verandering van karakter - van een gemengd naar een zuiver wetenschappelijk adviesorgaan - zijn formele beslag in de nieuwe Gezondheidswet (Wet van 18 januari 1956, Stb. 51).

In artikel 21 van die wet werd bepaald dat er een Gezondheidsraad moet zijn. De taak van dit orgaan werd omschreven in artikel 22: "Het is de taak van de Gezondheidsraad Onze Ministers voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid." Deze taakomschrijving bood dus nog slechts ruimte voor wetenschappelijke advisering. Voor advisering vanuit andere dan wetenschappelijke achtergronden werd - als opvolger van de Centrale Commissie - de Centrale Raad voor de Volksgezondheid ingesteld.<sup>29)</sup>

In de taak van de Gezondheidsraad is sinds 1956 geen verandering gekomen.

### 5.1.3. verplichte raadpleging

Zowel de Gezondheidswet van 1919 als die van 1956 bood de Gezondheidsraad de gelegenheid de minister gevraagd of ongevroegd van advies te dienen. Deze formulering liet de minister de nodige vrijheid om van de diensten van de Raad gebruik te maken. In een aantal gevallen echter was de minister verplicht de Gezondheidsraad te horen:

1.

---

ook R.B.M. Rigter, p. 111 ev.

<sup>27)</sup> zie hierna, hoofdstuk 6.

<sup>28)</sup> zie het Besluit van 3 februari 1950, Stb. 20; vgl. R.B.M. Rigter, p. 191 - 197.

<sup>29)</sup> zie hierna, hoofdstuk 6.

artikel 2, lid 4, van de Wet Sera en Vaccins (1927, Stb. 91) bepaalt dat de minister, alvorens te beslissen over een aanvraag tot het verkrijgen van een vergunning tot het bereiden van sera en vaccins voor gebruik bij mensen of omtrent het intrekken van een verleende vergunning, eerst het advies van de Gezondheidsraad moet inwinnen<sup>30</sup>);

2.

artikel 7 van de Wet op het Menselijk Bloed (1961, Stb. 182) stelt dat de ministeriële erkenning van een inrichting waar het geschikt maken van menselijk bloed en van uit zodanig bloed gewonnen bloedplasma voor elk ander dan individueel geneeskundig gebruik, alsmede het bereiden van produkten uit deze zelfstandigheden, plaatsvindt, geschiedt na raadpleging van de Gezondheidsraad;

3.

artikel 18, lid 7, van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (1971, Stb. 268) bepaalt dat de minister naast het College voor de Ziekenhuisvoorzieningen ook de Centrale/Nationale Raad voor de Volksgezondheid of de Gezondheidsraad moet horen wanneer zij (de regering) zgn. "topklinische voorzieningen en functies" (de uitvoering van zeer specialistische medische verrichtingen en de aanschaf van zeer kostbare medische apparatuur) wil brengen onder de werking van de in artikel 18 genoemde vergunningenplicht.

## **5.2. Samenstelling**

De leden van de Gezondheidsraad werden steeds "door Ons" (de Kroon) benoemd.

### **5.2.1. 1920 - 1956**

In het Uitvoeringsbesluit van 1920 (artikel 2, lid 2) werd bepaald dat er naast leden ook ambtshalve leden waren. De Directeur-Generaal, d.w.z. het hoofd van de afdeling volksgezondheid van het ministerie, werd als enige expliciet als zodanig genoemd. Daarnaast bepaalde dit artikel dat de hoofden van daarvoor in aanmerking komende Rijksdiensten en -organisaties als lid konden worden aangewezen. Voor de benoeming van niet-ambtshalve leden werden geen criteria genoemd. In de praktijk werden deze laatsten geselecteerd op basis van deskundigheid. Een deel van de leden vertegenwoordigde maatschappelijke en professionele organisaties. Sinds 1950 was benoeming op basis van lidmaatschap van een maatschappelijke organisatie niet meer mogelijk: de leden werden geacht niemand anders dan zichzelf te vertegenwoordigen.<sup>31</sup>)

### **5.2.2. 1956 - 1990**

---

<sup>30</sup>) zie ook hierna, par. 5.6.

<sup>31</sup>) zie hiervoor, par. 5.1., noot 28; vgl. ook R.B.M. Rigter, p. 111 - 112.



De Gezondheidswet 1956 noemde in artikel 23 als ambtshalve leden o.a. de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, de Hoofdinspecteurs van de Volksgezondheid, de Algemeen-Directeur van het Rijks-Instituut voor de Volksgezondheid en de voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Ook in deze wet ontbraken eisen ten aanzien van niet-ambtshalve leden. Professionele organisaties waren niet meer vertegenwoordigd.<sup>32)</sup>

### **5.2.3. ledental 1920 - 1990**

Het ledental van de Gezondheidsraad groeide in de loop der jaren sterk. Het Uitvoeringsbesluit van 1920 stelde hun aantal nog op 30 (met daarnaast een aantal ambtshalve leden, artikel 2, lid 2). In de Gezondheidswet van 1956 werd geen aantal genoemd. In 1990 telde de Raad ca. 200 leden.<sup>33)</sup>

### **5.3. De voorzitter**

Aan het hoofd van de Gezondheidsraad stond de voorzitter. Deze werd benoemd en ontslagen door de Kroon (artikel 2 van de Gezondheidswet 1919; artikel 24, lid 1, van de Gezondheidswet 1956).

Het Uitvoeringsbesluit van 1920 bepaalde dat de minister uit de leden één of meer plaatsvervangende voorzitters kon aanwijzen (artikel 2, lid 3). In de wet van 1956 ontbraken bepalingen ten aanzien van het plaatsvervangend voorzitterschap (nu geregeld in het Reglement van Orde?).

In 1985 werd de functie van vice-voorzitter ingesteld (Besluit van 12 november 1985, Stb. 608).

### **5.4. Interne organisatie**

Zowel de Gezondheidswet van 1919 als die van 1956 bood de centrale overheid de mogelijkheid om het advies van de Gezondheidsraad in te winnen over een groot aantal verschillende onderwerpen. Voor de behandeling van die adviesaanvragen was steeds weer andere deskundigheid vereist, een situatie die nog versterkt werd door de toenemende specialisatie in de medische wetenschap.

Door de diversiteit van onderwerpen was het voor één enkel gezelschap niet mogelijk om een gezaghebbend oordeel uit te spreken over al die onderwerpen. Daarom werden adviesaanvragen niet voorgelegd aan de Gezondheidsraad als geheel, maar aan commissies uit die Raad. Slechts in zeer uitzonderlijke gevallen - bij voorbeeld als er iets te herdenken viel - kwam de Raad plenair

---

<sup>32)</sup> H.G.M. Rigter, in: R. Janssen, p. 141, merkt op dat de ambtshalve leden in werkelijkheid slechts papieren leden zijn, zij doen niet aan het eigenlijke werk van de Raad mee; vgl ook R.B.M. Rigter, noot 4, p. 413.

<sup>33)</sup> R.B.M. Rigter komt voor de jaren 1920 - 1940 tot een gemiddelde van 74 leden (inclusief de ambtshalve); in de periode 1940 - 1946 daalde het ledental tot 41; daarna steeg het tot 184 in 1985.

bijeen.<sup>34)</sup>

#### **5.4.1. commissies**

Artikel 2, lid 4, van de Gezondheidswet van 1919 stelde dat "Indien de Minister ... of de Voorzitter dat noodig achten, ... de voltallige Gezondheidsraad van voorlichting (dient). In de andere gevallen dienen commissies, door den Voorzitter uit de leden gevormd, van voorlichting."

In de Gezondheidswet van 1956 werd de instelling van commissies vastgelegd in artikel 27: "De voorzitter van de Gezondheidsraad kan uit de leden van de Raad commissies vormen."

Doordat een aantal onderwerpen steeds op de agenda van de Gezondheidsraad terug kwam kregen sommige commissies een permanent karakter. Andere hadden een duidelijke ad hoc status en werden geformeerd ter afhandeling van één enkele adviesaanvraag.

De leden van de commissies waren gerechtigd uit hun midden een voorzitter te kiezen. In 1956 werd bepaald dat de voorzitter van de Raad automatisch ook voorzitter was van de commissies waarvan hij deel uitmaakte. Binnen de commissies werden besluiten genomen met meerderheid van stemmen. Ook minderheidsstandpunten echter werden met het advies naar buiten gebracht. De commissies adviseerden niet rechtstreeks aan de minister: adviezen werden altijd eerst aan de voorzitter van de Gezondheidsraad gezonden, die dan voor verdere doorzending zorg moest dragen. De voorzitter kon bezwaren tegen het advies aan de commissie kenbaar maken en om heroverweging verzoeken. Als het advies niet werd aangepast was de voorzitter gerechtigd zijn bezwaren aan de minister te doen toekomen (Uitvoeringsbesluit 1920, artikelen 6 - 8; Gezondheidswet 1956, artikel 28, 30 - 32).

Uit het bovenstaande blijkt het belang van de rol van de voorzitter: hij besliste niet alleen over de instelling en samenstelling van de commissies, maar oordeelde ook over de inhoud van de adviezen.<sup>35)</sup>

Ter ondersteuning van hun werkzaamheden konden de commissies een beroep doen op deskundigen van buitenaf (Uitvoeringsbesluit 1920, artikel 11; Gezondheidswet 1956, artikel 29). In de jaren na de oorlog kregen deze deskundigen die geen lid waren van de Raad en derhalve ook geen stemrecht hadden, in de commissies de overhand: de ledenlijst van de raad bood door de toegenomen specialisatie in de wetenschap onvoldoende soelaas om de uiteenlopende commissies te bemannen.<sup>36)</sup>

#### **5.4.2. College van Advies en Bijstand**

In 1974 werd binnen de Gezondheidsraad een College van Advies en

---

<sup>34)</sup> zie H.G.M. Rigter, in: R. Janssen, p. 141; zie ook R.B.M. Rigter, p. 15 - 16.

<sup>35)</sup> vgl. R.B.M. Rigter, p. 16, p. 215.

<sup>36)</sup> zie R.B.M. Rigter, p. 215.

Bijstand (CAB) in het leven geroepen dat de voorzitter moest bijstaan in de uitoefening van zijn taken. Het CAB kreeg tot taak te adviseren over de samenstelling van de commissies en zijn oordeel te geven over uit te brengen adviezen. Ook nieuwe adviesaanvragen moesten door het College beoordeeld worden. De voorzitter kon daarnaast binnen het College alle onderwerpen aankaarten die hij wenselijk achtte. De voorzitter liet zich tenslotte door het CAB adviseren over de vervulling van vacatures binnen de Gezondheidsraad. Het CAB had - gelet op de bepalingen van de Gezondheidswet - geen beslissingsbevoegdheid, het kon slechts adviseren. Het ledental van het College nam tussen 1974 en 1985 toe van 13 tot 25.<sup>37)</sup>

In 1975 werd uit het CAB een kerngroep geformeerd die bijeengeroepen kon worden als de voorzitter vond dat bespreking van bepaalde onderwerpen niet tot de volgende CAB vergadering kon wachten. Deze kerngroep bestond oorspronkelijk uit 4 leden.<sup>38)</sup>

#### **5.4.3. Filosofiecommissies/beraadgroepen**

In de jaren '70 werden naast de commissies de zogenaamde filosofiecommissies of (sinds 1977) beraadgroepen ingesteld. Deze organen, bestaand uit specialisten op een bepaald onderzoeksgebied, kregen een signalerende en coördinerende rol. Vanuit hun deskundigheid beoordeelden zij de voor hun terrein relevante concept-adviezen van de vaste en ad hoc commissies.<sup>39)</sup>

#### **5.4.4. Presidiumcommissie**

In 1983 kreeg de Gezondheidsraad een Presidiumcommissie. Deze ging een coördinerende functie vervullen en nam de meer algemene taken - advisering van de voorzitter over taak en positie van de Gezondheidsraad - van het CAB over. Daardoor kon het CAB meer tijd vrijmaken voor de bespreking van concept-adviezen. De rapporten die al door de beraadgroepen waren beoordeeld werden na 1984 overigens niet meer aan het CAB voorgelegd.<sup>40)</sup>

#### **5.5. Procedures**

In de procedure rond de behandeling van adviesaanvragen is in de loop der tijd niet veel gewijzigd. Veranderingen in de procedure hingen in het algemeen samen met wijzigingen in de interne structuur van de Raad. In 1990 was die procedure als volgt<sup>41)</sup>:

1.

de minister van WVC of enig ander minister dient een adviesaanvraag in bij de Gezondheidsraad; de laatstgenoemde minister doet dat door tussenkomst van die van WVC<sup>42)</sup>;

---

<sup>37)</sup> zie R.B.M. Rigter, p. 253 - 254.

<sup>38)</sup> zie R.B.M. Rigter, p. 254.

<sup>39)</sup> zie R.B.M. Rigter, p. 254.

<sup>40)</sup> zie R.B.M. Rigter, p. 265.

<sup>41)</sup> vgl. H.G.M. Rigter, in: R. Janssen, p. 141.

<sup>42)</sup> in de periode 1940 - 1945 werden de adviesaanvragen

2. de adviesaanvraag wordt door de voorzitter/vice-voorzitter in handen gesteld van een door hem ingestelde commissie van leden van de Gezondheidsraad en onafhankelijke deskundigen; over de samenstelling van de commissie wordt overlegd met het veld;
3. de commissie stelt een concept-advies op (ontworpen door de ambtelijk secretaris van de commissie); ter voorbereiding van het advies wordt door de ambtelijke staf een dossier van relevante wetenschappelijke literatuur samengesteld; daarnaast kunnen adviseurs worden geraadpleegd, hoorzittingen worden gehouden, etc.;
4. het concept-advies wordt in handen gesteld van een Beraadgroep of van het College van Advies en Bijstand; het advies gaat met de opmerkingen van de Beraadgroep of het College van Advies en Bijstand terug naar de behandelende commissie;
5. herbespreking in de commissie leidt - al dan niet - tot aanpassing van het advies in de door de Beraadgroep of het College van Advies en Bijstand gewenste richting; het definitieve advies wordt door de commissie toegezonden aan de voorzitter van de Gezondheidsraad;
6. de voorzitter zendt het advies - al dan niet voorzien van zijn opmerkingen - door aan de minister van WVC, die het zo nodig doorzendt aan zijn ambtgenoot;
7. de Gezondheidsraad publiceert het rapport.

### 5.6. Thema's van advisering

De onderwerpen die aan de Gezondheidsraad ter advisering zijn voorgelegd zijn velerlei.<sup>43)</sup> Daarbij valt echter op dat aan de geestelijke volksgezondheid vrijwel geen aandacht werd besteed.<sup>44)</sup>

In de jaren 1920 - 1940 domineerden de thema's preventie en bestrijding van besmettelijke ziekten (pokken, tuberculose, vaccinatie), uitoefening van de geneeskunde (verrichten van medische handelingen door niet-artsen) en levens- en genotmiddelen (o.a. samenstelling van het voedingspakket, invloed van roken op de gezondheid) de agenda van de Raad.<sup>45)</sup>

Tijdens de Tweede Wereldoorlog had het merendeel van de adviezen

---

ingediend door de secretaris-generaal van sociale zaken, de directeur-generaal voor de voedselvoorziening of de directeur-generaal voor de volksgezondheid.

<sup>43)</sup> zie voor een overzicht van alle door de (Centrale) Gezondheidsraad uitgebrachte adviezen R.B.M. Rigter, p. 363 - 411.

<sup>44)</sup> vgl. R.B.M. Rigter, p. 19.

<sup>45)</sup> zie R.B.M. Rigter, p. 119.

betrekking op de voeding. De in 1940 ingestelde Commissie inzake de Voeding (al snel aangeduid als Voedingsraad), nam ruim 70% van de uitgebrachte adviezen voor zijn rekening.<sup>46)</sup> Op andere gebieden vielen de activiteiten van de Gezondheidsraad min of meer stil: traditionele onderwerpen als vaccinatie en uitoefening van de geneeskunde verloren tijdens de oorlog aan prioriteit. De bezetter had geen behoefte aan wetenschappelijke adviezen, behalve over voeding en andere kwesties waarbij rust en orde in het geding waren.<sup>47)</sup>

Ook in de eerste jaren na de Tweede Wereldoorlog leverde de Commissie inzake de Voeding een belangrijk aandeel in het werk van de Gezondheidsraad. Deze Commissie sprak zich uit over de voedingstoestand, de voedselvoorziening en de kwaliteit en samenstelling van voedingsmiddelen. In 1954 echter werd er een zelfstandig adviesorgaan op het terrein van de voeding in het leven geroepen. In september van dat jaar werd de Voedingsraad geïnstalleerd (op basis van de Wet van 23 juni 1952, Stb. 350). De Gezondheidsraad besteedde daarnaast opnieuw veel aandacht aan de preventie en bestrijding van besmettelijke ziekten en de uitoefening van de geneeskunde.<sup>48)</sup> Door de instelling van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid verdween dit laatste onderwerp na 1956 van de agenda.

In de jaren '60 en daarna verplaatste de aandacht van de Gezondheidsraad zich meer en meer van besmettelijke naar niet-besmettelijke aandoeningen, zoals kanker, hart- en vaatziekten, nierziekten en aangeboren erfelijke afwijkingen. Daarnaast werd steeds vaker aandacht besteed aan medisch-ethische en medisch-juridische zaken (euthenasie, abortus, transplantatie, voortplanting). Tenslotte adviseerde de Gezondheidsraad ook over de toepassing en spreiding van hoogwaardige medische voorzieningen.<sup>49)</sup>

In de praktijk werd onder "vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid" - het adviesterrein van de Gezondheidsraad - ook de milieuhygiëne begrepen. In 1974 ontstond er naast de Gezondheidsraad een zelfstandig maatschappelijk adviesorgaan op dit terrein: de Voorlopige Centrale Raad voor de Milieuhygiëne. Deze kreeg in 1981 een permanente status.

Samenvattend adviseerde de Gezondheidsraad over<sup>50)</sup>:

1. nut en veiligheid van nieuwe gezondheidsvoorzieningen (kosten en baten, ethische, juridische en sociale consequenties van het al dan niet invoeren van voorzieningen);
2. feitelijk gebruik van gezondheidsvoorzieningen (aangeven van

---

<sup>46)</sup> zie R.B.M. Rigter, p. 172, 181.

<sup>47)</sup> zie R.B.M. Rigter, p. 316.

<sup>48)</sup> zie R.B.M. Rigter, 197.

<sup>49)</sup> zie R.B.M. Rigter, p. 323, 328.

<sup>50)</sup> vgl. H.G.M. Rigter, in: R. Janssen, p. 140.

veiligheidsnormen, capaciteits- en behoefteramingen, advisering in het kader van artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen);  
3.  
geëigend gebruik van gezondheidsvoorzieningen;  
4.  
preventieve gezondheidszorg;  
5.  
milieuhygiëne (aangeven van normen, uitvoeren van risico-analyses, geven van richtlijnen voor het verantwoord omgaan met stoffen en toestellen).

### **5.7. Adviesorganen binnen de Gezondheidsraad**

Een tweetal kleinere adviesorganen ontplooiden zijn activiteiten binnen het kader van de Gezondheidsraad. Dat was in de eerste plaats de Commissie ex artikel 14 van het Sera- en Vaccinbesluit en, in de tweede plaats, de Nationale Commissie voor de Gezondheidsstatistiek.

#### **5.7.1. Commissie ex artikel 14 van het Sera en Vaccinbesluit<sup>51)</sup>**

In de Wet Sera en Vaccins van 21 april 1927, Stb. 91, werd bepaald dat de minister het advies moest inwinnen van de Gezondheidsraad, alvorens hij kon beslissen op een aanvraag tot vergunning voor de bereiding van sera en vaccins bestemd voor gebruik bij de mens. Ook aan de intrekking van een dergelijke vergunning moest een adviesaanvraag voorafgaan (artikel 2). De Wet stelde dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur, de Gezondheidsraad gehoord, nadere regels konden worden gesteld.

In artikel 14 van het Besluit Sera en Vaccins van 10 maart 1934, Stb. 104, werd vastgelegd dat "De bereiding, de deugdelijkheid, de bewaring, het vervoer en de aflevering van sera en vaccins en stoffen waarin sera of vaccins zijn verwerkt, worden gesteld onder toezicht van een Commissie van de Gezondheidsraad." De samenstelling van de Commissie werd overgelaten aan de voorzitter van die Raad: daarvoor golden dezelfde regels als voor andere commissies. Het besluit trad in werking op 1 mei 1934.

Hoewel dus een Commissie van de Gezondheidsraad, had de Commissie ex artikel 14 een zelfstandige wettelijke basis.

Ter uitvoering van de benodigde controles kreeg de Gezondheidsraad een afdeling van het Rijks-Serologisch Instituut tot zijn beschikking. Voor een eigen laboratorium was geen geld.

---

<sup>51)</sup> de navolgende alinea's zijn gebaseerd op R.B.M. Rigter, p. 144 - 145, 274 - 275; H.F. Munneke, e.a., red., Organen en rechtspersonen rondom de centrale overheid. Deel 1: Overzicht van organen met openbaar gezag., Den Haag, 1983, p.647 - 651; een uitvoeriger beschrijving van de dit college geeft L. Humbert, \*\*\*\*, PIVOT-rapport \*, Den Haag, \*\*\*\*.

De Commissie ex artikel 14 raakte na de Tweede Wereldoorlog in de vergetelheid. Adviezen werden soms telefonisch geregeld, in enkele gevallen werd een subcommissie ad hoc geformeerd. De toezichthoudende taak van de Commissie kwam meer en meer voor rekening van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid.

In 1974 kreeg de Commissie ex artikel 14 nieuw leven ingeblazen. De toenmalige voorzitter van de Gezondheidsraad benoemde de directeur van het Rijks Instituut tot voorzitter. De Commissie besliste over handelsvergunningen voor sera en vaccins en adviseerde over de verlening van bereidingsvergunningen. De toezichthoudende taken werden gedelegeerd aan het Rijks Instituut en aan de Inspectie voor de Geneesmiddelen.

### **5.7.2. Nationale commissie voor de Gezondheidsstatistieken<sup>52)</sup>**

In 1948 riep de World Health Organisation alle aangesloten landen op een commissie voor de gezondheidsstatistieken in het leven te roepen. Een dergelijke commissie zou gegevens moeten leveren voor het maken van internationale overzichten op het terrein van de volksgezondheid en het verzamelen van cijfers over de nationale gezondheidszorg moeten bevorderen.

In 1951 werd op verzoek van de minister van sociale zaken de Nationale Commissie voor de Gezondheidsstatistieken bij de Gezondheidsraad ondergebracht. Haar werkterrein bleef beperkt tot de statistiek ten dienste van de volksgezondheid: de algemene bevolkingsstatistiek was en bleef een taak van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Na een aanvankelijke periode van bloei - de Commissie bracht in de eerste jaren van haar bestaan een aantal belangrijke rapporten uit - raakte de Commissie in de versukkeling. Oorzaken daarvan waren o.a. overbelasting van de leden door een gebrek aan ondersteunend personeel, onduidelijkheid over taak en plaats van de Commissie en een gebrek aan coördinatie met andere (ambtelijke) instanties. In 1956 werden de taken van de Commissie tijdelijk opgeschort.

In 1958 hervatte de Commissie haar taken, nu onder leiding van een secretaris-rapporteur. Onder hem vond er een integratie plaats van de werkzaamheden van het Centraal Bureau voor de Statistiek, de Gezondheidsraad en de Geneeskundige Inspectie, met de Nationale Commissie als spil. Opzet en werkwijze van de Commissie werden aangepast, de secretariële ondersteuning uitgebreid.

In 1969 verdween de Nationale Commissie van het toneel. Haar taken werden overgenomen door de Geneeskundige Inspectie.

---

<sup>52)</sup> zie R.B.M. Rigter, p. 248; verdere informatie ontbreekt.

## 6. DE NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN ZIJN VOORGANGERS

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft tot taak de minister te adviseren omtrent de structuur, de uitvoering, de kwaliteit en de doelmatigheid van de gezondheidszorg. Ook de uitvoering van de gezondheidszorgwetgeving is onderwerp van advies. Daarnaast heeft de Raad tot taak om door overleg de samenwerking tussen de verschillende partijen op het terrein van de gezondheidszorg te bevorderen.

De Nationale Raad is een maatschappelijk adviesorgaan, actief in de beleidsvoorbereidende fase. Soms houdt de Raad zich bezig met beleidsevaluatie. De Raad heeft geen uitvoerende taken.

De Nationale Raad bestaat sinds 1982. Zijn voorgangers waren de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid (1945 - 1958) en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1958 - 1982).

### 6.1. De Centrale Commissie voor de Volksgezondheid

Kort na de Tweede Wereldoorlog spraken verschillende maatschappelijke en politieke groeperingen zich uit voor een vernieuwing van de gezondheidszorg. Velen waren ontevreden over de dominante rol die particuliere instellingen op dat terrein speelden. Met elkaar vormden die instellingen een ondoorzichtig stelsel, dat dreigde te bezwijken onder de in aantal en complexiteit toenemende medische ontwikkelingen en voorzieningen. De particuliere instellingen zagen in het algemeen de noodzaak van vernieuwing in: zij waren echter niet bereid hun belangrijke rol binnen de gezondheidszorg op te geven ten behoeve van de staat. De noodzaak tot vernieuwing werd nog versterkt door het feit dat de gezondheidssituatie van de burgers en de infrastructuur van de gezondheidszorg tijdens de oorlog ernstig waren aangetast.<sup>53)</sup>

Ook de Rijksoverheid was voorstander van vernieuwing. Om daaraan vorm te geven werd maatschappelijke advisering en inschakeling van maatschappelijke en professionele organisaties noodzakelijk geacht. Een doelmatige opzet van de gezondheidszorg kon in de ogen van de overheid slechts tot stand worden gebracht in samenwerking met het veld. Het particulier initiatief moest in de visie van de overheid een belangrijke rol blijven spelen in met name de uitvoering van de zorg.<sup>54)</sup>

Ten behoeve van de maatschappelijke advisering werd in 1945 bij Besluit van de minister van sociale zaken de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid in het leven geroepen (Besluit van 29 september 1945, no. 701 P, Afdeling Volksgezondheid, Stcrt.

---

<sup>53)</sup> zie H.Festen, p. 24 ev.; zie ook J.P. Kasdorp, De Nationale raad voor de Volksgezondheid in perspectief., in: R. Jansen, p. 96; zie ook R.B.M. Rigter, p. 191 - 192, p. 318.

<sup>54)</sup> zie Festen, p. 24 - 25.



1945, nr. 81). Een wettelijke basis voor deze commissie ontbrak.

#### **6.1.1. Taken en bevoegdheden**

De taak van de Commissie werd in het Besluit als volgt omschreven: "1. De Commissie bevordert de coördinatie van alle aangelegenheden betreffende de volksgezondheid. 2. De Commissie dient den Minister van Sociale Zaken op verzoek of uit eigen beweging van advies omtrent alle aangelegenheden betreffende de volksgezondheid." (Besluit artikel 4).

De Commissie zou gaan adviseren over de dagelijkse beleidsvragen (wat moet er direct op het gebied der volksgezondheid gebeuren?) en over de toekomstige organisatie van de gezondheidszorg. Hoofddoel was het opstellen van een ontwerp voor een nieuwe Gezondheidswet, ter vervanging van de Gezondheidswet van 1919.<sup>55)</sup>

#### **6.1.2. Samenstelling**

De leden, aanvankelijk 21 in getal (later meer), waren afkomstig uit de ambtelijke wereld (hoge ambtenaren op het gebied van de volksgezondheid) en uit maatschappelijke en professionele organisaties (Besluit artikel 2). De niet-ambtshalve leden werden benoemd door de minister (Besluit artikel 3, lid 1). Uit de leden wees de minister een voorzitter en één of meer plaatsvervangende voorzitters aan (Besluit artikel 3, lid 2). Aan de Commissie werd een (plaatsvervangend) secretaris toegevoegd (Besluit artikel 3, lid 3).

#### **6.1.3. Interne organisatie**

De werkzaamheden van de Commissie werden voorbereid in een uit zes leden bestaande werkcommissie (Besluit artikel 5). De voorzitter kon daarnaast subcommissies in het leven roepen (Besluit artikel 6). Voor deelname aan de beraadslagingen konden deskundigen worden uitgenodigd (Besluit artikel 6).

Bij haar werkzaamheden maakte de Centrale Commissie gebruik van de diensten van het secretariaat van de Gezondheidsraad.

#### **6.1.4. Thema's van advisering**

In de eerste jaren van haar bestaan bracht de Commissie een groot aantal adviezen uit, voornamelijk betreffende urgente onderwerpen als tbc-bestrijding, bestrijding van andere infectieziekten, geestelijke gezondheidszorg en prenatale zorg. Met deze adviezen bewoog de Commissie zich op het terrein waarop ook de Gezondheidsraad actief was: niet duidelijk was aan welk orgaan de minister zijn adviesaanvragen nu eigenlijk moest voorleggen, met betrekking tot genoemde onderwerpen konden beide organen geraadpleegd worden.

Ten behoeve van de discussie over de toekomstige organisatie van de gezondheidszorg werd al direct een subcommissie ingesteld, die een nota moest opstellen op basis waarvan een voorstel aan

---

<sup>55)</sup> zie Festen, p. 25 - 27; vgl. ook R.B.M. Rigter, p. 191 - 192; vgl. ook Kasdorp, in: R. Janssen, p. 96 - 97.

de minister zou kunnen worden geformuleerd.<sup>56)</sup>

## 6.2. De Centrale/Nationale Raad voor de Volksgezondheid

### 6.2.1. Centrale Raad 1958 - 1982

In haar advies aan de minister (maart 1950) pleitte de Centrale Commissie voor instelling van een Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Deze moest verordenende bevoegdheden krijgen. Hij zou zich moeten buigen over maatschappelijke, organisatorische en wettelijke vraagstukken. De Raad moest worden samengesteld uit vertegenwoordigers van de overheid en van door de overheid erkende particuliere organisaties. Met de vertegenwoordigers van lagere overheden zouden de vertegenwoordigers van het particulier initiatief de meerderheid in de Raad moeten vormen om de rol van de centrale overheid beperkt te houden. Naast de Centrale Raad moest de Gezondheidsraad als wetenschappelijk adviesorgaan blijven bestaan. Op provinciaal niveau tenslotte moesten Provinciale Raden worden ingesteld, die binnen de provincies coördinerende taken op het gebied van de volksgezondheid zouden gaan vervullen. Ook moesten zij adviezen uitbrengen aan het provinciebestuur en voor dat bestuur verordeningen opstellen.<sup>57)</sup>

Het door de minister van sociale zaken in 1953 aan de Tweede Kamer voorgelegde wetsontwerp (geëffectueerd in de Gezondheidswet 1956) week op slechts één punt in belangrijke mate af van het voorstel van de Centrale Commissie. Het wetsontwerp voorzag weliswaar in de instelling van een Centrale Raad, maar dan zonder verordenende bevoegdheden. De Raad zou slechts een adviserende functie krijgen en zou daarnaast de samenwerking moeten bevorderen tussen de minister en alle openbare lichamen, rechtspersonen, diensten en instellingen werkzaam op het gebied van de volksgezondheid.<sup>58)</sup>

Bij de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer (1955) vormde de samenstelling van de Centrale Raad nog onderwerp van discussie. De minister wilde naast vertegenwoordigers van de rijksoverheid en particuliere instellingen, ook representanten van lagere overheden in de Raad opnemen. Gevolg daarvan zou kunnen zijn dat het particulier initiatief met een minderheidspositie genoeg moest nemen. Dit viel bij de confessionelen en liberalen niet in goede aarde. In een breed ondersteunde motie eiste de Kamer dat het particulier initiatief in de Centrale Raad, alsook in de Provinciale Raden, minimaal de helft van de zetels zou krijgen. De (socialistische) minister zag zich genoodzaakt tegen zijn zin de door de Kamer gewenste

---

<sup>56)</sup> zie Festen, p. 26 - 27; vgl. R.B.M. Rigter, p. 192 - 193.

<sup>57)</sup> zie Festen, p. 27 - 28; Kasdorp, in: R. Janssen, p. 96 - 97; R.B.M. Rigter, p. 192.

<sup>58)</sup> zie Festen, p. 29; Kasdorp, in: R. Janssen, p. 97; R.B.M. Rigter, p. 192 - 193.

pariteitseis in de Wet op te nemen.<sup>59)</sup>

Na deze aanpassing werd de wet met grote meerderheid door de Tweede kamer aanvaard. Ook de behandeling in de Eerste Kamer leverde vervolgens geen problemen meer op.

De Gezondheidswet van 18 januari 1956, Staatsblad 81, trad in werking op 1 december 1957. Als gevolg daarvan werd de Centrale Commissie opgeheven. Haar opvolger, de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, werd geïnstalleerd op 28 april 1958.

### **6.2.2. Nationale Raad 1982 - 1990**

In het begin van de jaren '70 werd bij de discussie over de structuur van de gezondheidszorg ook de positie van de adviesorganen aan de orde gesteld.

De Structuurnota Gezondheidszorg van 1974 bepleitte een beleidsstructuur die gericht was op samenhang, ordening en kostenbeheersing van alle gezondheidsvoorzieningen gezamenlijk. De overheid zou volgens die nota grote bevoegdheden moeten krijgen om via wetgeving en planning de doelstellingen van de nota te realiseren. Voor wat betreft de adviesorganen vreesde men dat door het naast elkaar functioneren van verschillende raden en commissies overlap zou ontstaan. Volgens de nota was het dan ook noodzakelijk de adviesorganen te stroomlijnen. Die stroomlijning zou in de eerste plaats gerealiseerd moeten worden door integratie van de werkzaamheden van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen in één orgaan: een college uitsluitend gericht op de ziekenhuisvoorzieningen paste niet meer in het beoogde systeem.<sup>60)</sup> (Het College voor de Ziekenhuisvoorzieningen komt later nog aan de orde.)

De Wet voorzieningen gezondheidszorg van 12 september 1982 (Stb. 563) voorzag in de instelling van een Nationale Raad voor de Volksgezondheid in bovenbedoelde zin. Artikel 86 van die Wet bevatte een groot aantal bepalingen ter vervanging van de artikelen in de Gezondheidswet van 1956 die betrekking hadden op de Centrale Raad.

## **6.3. Taken en bevoegdheden van de Centrale/Nationale Raad**

### **6.3.1. Centrale Raad**

Artikel 2 van de Gezondheidswet van 1956 bepaalde dat er een Centrale Raad voor de Volksgezondheid moest zijn. De taak van deze Raad werd omschreven in artikel 3: "Het is de taak van de

---

<sup>59)</sup> zie Festen, p. 35 - 36; Kasdorp, in: R. Janssen, p. 97 - 98; R.B.M. Rigter, p. 194.

<sup>60)</sup> vgl. Kasdorp, in: R. Janssen, p. 100 - 101; zie ook: Inleiding op de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, Editie Schuurman en Jordens, nr. 63, Zwolle, 1985, p. XXVII.

Centrale Raad door overleg de samenwerking te bevorderen tussen onze minister en de openbare lichamen en diensten en de particuliere rechtspersonen en instellingen, welke zelf of wier leden werkzaam zijn op het gebied van de volksgezondheid."

In artikel 14, gewijd aan de werkwijze van de Raad, werd in lid 1 - min of meer terloops - nog een tweede taak genoemd: "De Centrale Raad brengt aan ieder Onze ministers op verzoek of uit eigen beweging advies uit omtrent onderwerpen welke van belang zijn voor de volksgezondheid."

Deze ruim geformuleerde taakomschrijving liet de minister de mogelijkheid alle belangrijke zaken die op het gebied van de volksgezondheid speelden aan de Raad voor te leggen. Daarnaast werd in artikel 14, lid 3, aangegeven dat de Raad door de minister van volksgezondheid of andere ministers in kennis gesteld moest worden van alle ontwerpen van wetgevende aard, welke van belang zijn voor de volksgezondheid, tenzij het algemeen belang zich daartegen verzet. De Raad kon dan zelf beslissen of hij het noodzakelijk achtte om advies uit te brengen.<sup>61)</sup>

In de Gezondheidswet waren geen bepalingen opgenomen inzake verplichte raadpleging. Het werd aan de minister overgelaten of hij van de diensten van de Centrale Raad gebruik wilde maken. In een aantal andere wetten werd die verplichting wel vastgelegd:

1.

artikel 4 van de Wet op het Menselijk Bloed (1961, Stb. 182), bepaalt dat de minister pas eisen kan stellen voor de erkenning van rechtspersonen die gerechtigd zijn tot het groepsgewijs afnemen van menselijk bloed, na de Centrale Raad/Nationale Raad gehoord te hebben; ook bij het stellen van voorwaarden aan een erkenning en bij het intrekken van een erkenning moet de Raad door de minister gehoord worden;

2.

artikel 18, lid 7, van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (1971, Stb. 286) bepaalt dat de minister, naast het College voor de Ziekenhuisvoorzieningen, ook de Centrale Raad voor de Volksgezondheid of de Gezondheidsraad moet horen wanneer zij (de regering) zgn. "topklinische voorzieningen en functies" (de uitvoering van zeer specialistische medische verrichtingen en de aanschaf van zeer kostbare medische apparatuur) wil brengen onder de werking van de in artikel 18 genoemde vergunningplicht.

### **6.3.2. Nationale Raad**

De taken van de Nationale Raad verschilden eigenlijk nauwelijks

---

<sup>61)</sup> vgl. Gezondheidswet 1956, editie Schuurman en Jordens, nr. 63, Zwolle, 1985, Inleiding, p. XI - XII; vgl. ook: z.a., Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Een bijdrage tot evaluatie van zijn arbeid in de periode 1958 - 1973., Rijswijk, 1974, p. 20; Festen, p. 48 ev.

van die van de Centrale Raad: beide hadden zowel een overleg- als een adviesfunctie. Beide functies werden in 1982 in één artikel samengebracht, waardoor de advisering meer nadruk kreeg (artikel 3).<sup>62)</sup>

#### **6.4. Samenstelling van de Centrale/Nationale Raad**

##### **6.4.1. Centrale Raad**

Artikel 4 van de Gezondheidswet 1956 bepaalde dat de Centrale Raad uit ten hoogste 35 leden, waaronder de voorzitter, zou bestaan. Een aantal leden werd benoemd op basis van hun (ambtelijke) functie: de Hoofdinspecteurs van de volksgezondheid (3), de Hoofdinspecteur belast met het toezicht op krankzinnigen en krankzinnigengestichten, de Algemene Directeur van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en de Voorzitter van de Gezondheidsraad (artikel 5, lid 1, onder b). De overige leden werden benoemd "... door de door Ons, de Centrale Raad gehoord, aangewezen openbare lichamen en diensten en de particuliere rechtspersonen en instellingen, bedoeld in artikel 3." (artikel 5, lid 1, onder c). Voor de ambtelijke leden konden plaatsvervangers worden aangewezen (artikel 5, lid 2). Bij Wet van 28 augustus 1970, Stb. 434, werd die mogelijkheid ook voor niet-ambtshalve leden geopend. De Directeur-Generaal van de Volksgezondheid werd adviserend lid (artikel 5, lid 3).

Het aantal leden van de Centrale Raad is tot 1982 slechts één keer gewijzigd. In 1962 werd het uitgebreid van 35 naar 39 (artikel I, onder A, van de Wet van 18 april 1962 houdende wijziging van de Gezondheidswet, Stb. 166).

De door de Staten Generaal gewenste pariteitseis werd vastgelegd in artikel 6, lid 2: "De leden, benoemd door de door Ons, de Centrale Raad gehoord, aangewezen particuliere rechtspersonen en instellingen, vormen te zamen de helft van het aantal stemhebbende leden van de Centrale Raad. De voorzitter van de Centrale Raad brengt geen stem uit."

De aanwijzing van openbare lichamen en diensten en van particuliere rechtspersonen en instellingen als bedoeld in artikel 5 vond plaats bij Besluit van 21 oktober 1957, Stb. 51. Als openbare lichamen en diensten werden aangewezen de Ziekenfondsraad, de Voedingsraad, de Centrale Dienst der Arbeidsinspectie en de Sociale verzekeringsbank, elk met één vertegenwoordiger. De samenwerkende gemeenten (VNG) en provincies (IPO) waren vertegenwoordigd met vijf, respectievelijk twee vertegenwoordigers.

Van de 17 voor het particulier initiatief beschikbare plaatsen werden er vijf toebedacht aan de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en 6 aan de drie nationale kruisverenigingen. De Koninklijke Nederlandse Maat-

---

<sup>62)</sup> zie Wet voorzieningen gezondheidszorg, Editie Schuurman en Jordens, nr. 63, Zwolle, 1985, p. XXVII

schappij tot bevordering der Pharmacie, de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, de Stichting het Nederlands Ziekenhuiswezen, de Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen, het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties en de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid benoemden elk één vertegenwoordiger.<sup>63)</sup>

In 1962 werd de samenstelling van de Raad licht aangepast. Doordat het aantal Hoofdinspecteurs groeide van 4 naar 6, moest ook het aantal vertegenwoordigers van particuliere instellingen met twee worden uitgebreid. Toegevoegd werden een vertegenwoordiger van de verplegenden uit de ziekenhuissector, aan te wijzen door de Federatie van Nederlandse Verenigingen van Verpleegkundigen, en een vertegenwoordiger uit de sector van de geestelijke volksgezondheid, bij voorkeur uit het gestichtswezen. Deze laatste moest aangewezen worden door de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die daarmee dus een tweede afgevaardigde in de Raad kreeg.<sup>64)</sup>

In 1977 volgde een tweede aanpassing: de nationale kruisorganisaties, inmiddels gefuseerd, waren bereid twee van hun zes zetels af te staan ten behoeve van het ziekenhuiswezen. Het aantal zetels van de Nationale Ziekenhuisraad (NZR) - het samenwerkingsorgaan van de Nederlandse ziekenhuizen - steeg van twee naar vier. De Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg nam één plaats over van het Nationaal Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid (voorheen de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid).<sup>65)</sup>

#### **6.4.2. Nationale Raad**

In artikel 4 van de Wet voorzieningen gezondheidszorg werd bepaald dat het aantal stemhebbende leden van de Nationale Raad ten hoogste 45 zou bedragen. Dezen werden geacht te stemmen zonder last van degenen die hen benoemden. Als stemgerechtigden zouden zitting hebben (artikel 5):

1. leden afkomstig uit de verschillende groeperingen of organisaties van instellingen en personen, die zelf of wier leden werkzaam zijn op het terrein van de gezondheidszorg;
2. leden afkomstig uit de kringen van personen of organisaties, die de belangen van de gebruikers van voorzieningen voor de gezondheidszorg in algemene zin behartigen;
- 3.

---

<sup>63)</sup> vgl. ook Festen, p. 37.

<sup>64)</sup> vgl. Wet van 18 april 1962, Stb. 166; zie ook Festen, p. 94 - 96; een Besluit waarin de aanwijzing van de twee nieuw vertegenwoordigde organisaties is vastgelegd is niet aangetroffen.

<sup>65)</sup> zie het Reglement van Orde van 14 maart 1977, goedgekeurd door de staatssecretaris op 10 mei 1977; vgl. Festen, p. 191 - 192.

leden afkomstig uit de centrale organisaties van werkgevers;  
4.  
leden afkomstig uit de centrale organisaties van werknemers;  
5.  
leden afkomstig uit de kringen van de verzekeringsinstellingen op het gebied van de gezondheidszorg;  
6.  
leden afkomstig uit de kringen van de provinciale besturen en gemeentebesturen.

Naast deze stemhebbende leden werd vanuit ambtelijke kring een aantal leden met een adviserende stem aangewezen, onder wie de Directeur Generaal van de Volksgezondheid, de Hoofdinspecteurs van het Staatstoezicht, de Directeur Generaal van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid, de voorzitter van de Gezondheidsraad en de voorzitter van de Ziekenfondsraad (artikel 4, lid 2). Voor zowel stemhebbende als adviserende leden werden plaatsvervangers aangewezen (artikel 5, lid 3).

De status van de vertegenwoordigers van de rijksoverheid in de Nationale Raad was dus een andere dan die in de Centrale Raad. In plaats van een stemhebbend lidmaatschap kregen de ambtelijke vertegenwoordigers slechts een adviserend lidmaatschap.

De stemhebbende leden werden benoemd door via de minister aangewezen representatieve organisaties, openbare lichamen en diensten. Het aantal door elk van hen te benoemen leden zou door de minister nader worden vastgesteld (artikel 5, lid 4).

In artikel 4, lid 3, werd bepaald dat het aantal leden aangewezen door de groeperingen of organisaties onder 1 het dubbele zou bedragen van het aantal benoemd door de organisaties en instellingen onder 2 - 6. De stemmen uitgebracht door de laatstbedoelden werden echter dubbel geteld.

De representatieve organisaties werden aangewezen bij Besluit van 10 november 1982, Stb. 622, gewijzigd bij Besluit van 18 december 1986, Stb. 648. Binnen het ledenbestand konden ruwweg drie blokken worden onderscheiden, elk met 15 vertegenwoordigers: 1. beroepsbeoefenaren 2. instellingen 3. overige organisaties (met dubbel stemrecht).

#### **6.5. De voorzitter**

De voorzitter van de Centrale/Nationale Raad werd benoemd, geschorst en ontslagen door de Kroon, echter na daarover het advies van de Raad te hebben ingewonnen. Uit zijn midden kon de Raad zelf twee ondervoorzitters aanwijzen (Gezondheidswet 1956, artikel 7).

De voorzitter was lid, maar niet stemgerechtigd (artikel 5, lid 1, onder a en artikel 6, lid 2). De voorzitter ondertekende de adviezen (samen met de secretaris) en vertegenwoordigde de Raad in en buiten rechte (artikel 17 en 18).

#### **6.6. Interne organisatie**

## 6.6.1. Centrale Raad

### 6.6.1.1. Commissies

Artikel 9 van de Gezondheidswet 1956 bood de Raad de mogelijkheid tot instelling van vaste commissies van advies en bijstand, die deskundig moesten zijn op een bijzonder gebied van de volksgezondheid. In deze commissies konden de adviezen van de Raad worden voorbereid. Lid van een vaste commissie konden zijn (artikel 10): 1. Raadsleden; 2. personen door de Raad benoemd op voordracht van door hem aangewezen openbare lichamen en diensten en particuliere rechtspersonen en instellingen, welke zelf of wier leden werkzaam zijn op het bijzonder gebied van de volksgezondheid, waarvoor de commissie is ingesteld; 3. deskundigen door de Raad benoemd. Voor de vaste commissies gold de zgn. pariteitseis (artikel 11, artikel 6, lid 2).

Naast de vaste commissies kon de Raad "zo dikwijls als hij dit geboden acht" tijdelijke commissies van advies en bijstand instellen. De samenstelling en de vaststelling van de werkzaamheden van die commissies werd overgelaten aan de Raad zelf (artikel 12).

Zowel de vergaderingen van de vaste als die van de tijdelijke commissies werden voorgezeten door de voorzitter van de Raad. In zijn plaats kon hij echter een lid van de Raad als voorzitter aanwijzen (artikel 13).

De Centrale Raad kon de commissies machtigen om namens hem van advies te dienen. Als de minister daarom verzocht diende de Raad als geheel van advies (artikel 15). In de praktijk werden vrijwel alle door de commissies opgestelde adviezen plenair vastgesteld.<sup>66)</sup>

Ten gevolge van de pariteitseis bleek de instelling van vaste commissies lange tijd een probleem: de Raad achtte het vrijwel onmogelijk om op die basis voldoende deskundigheid in één commissie bij elkaar te brengen.<sup>67)</sup>

In 1970 kwam deze kwestie binnen de Centrale Raad uitvoerig aan de orde. Naast verbreding van de deskundigheid werd als voordeel van het instellen van vaste commissies o.a. gezien: de permanente inschakeling van niet in de Raad vertegenwoordigde organisaties en instellingen bij de werkzaamheden van de Raad. Hierdoor zouden de onderlinge samenwerking en coördinatie van activiteiten op het terrein van de volksgezondheid worden verbreed. Door het instellen van vaste commissies zou men bovendien kunnen voorkomen dat er steeds weer nieuwe, op zichzelf staande adviescolleges op bepaalde terreinen moesten worden ingesteld.

Met betrekking tot de pariteitseis kwam men tot de conclusie dat die niet meer zo streng gehanteerd hoefde te worden: in wezen schreef de Gezondheidswet niet meer voor dan dat de particuliere instellingen de helft van het aantal leden van de Raad en van

---

<sup>66)</sup> vgl. Festen, p. 144.

<sup>67)</sup> voor deze en volgende alinea, zie Festen, p. 106 - 107, 141 - 150.



zijn vaste commissies mocht aanwijzen. De door het particulier initiatief aangewezen personen konden en mochten ook werkzaam zijn bij de overheid.

Een tweede reden om niet meer zo strak aan de pariteisteis vast te houden was de ten aanzien van de advisering gegroeide praktijk: de Gezondheidswet ging er nog van uit dat het grootste deel van het werk door commissies zou worden uitgevoerd, die dan rechtstreeks aan de minister zouden adviseren. In de praktijk echter werden de adviezen altijd door de Raad als geheel uitgebracht.

In zijn vergadering van maart 1970 ging de Raad tenslotte accoord met de instelling van vaste commissies.

#### **6.6.1.2. Comité van Gedelegeerden**

Naast de Commissies functioneerde binnen de Centrale Raad nog een ander orgaan. Bij de vaststelling van het Reglement van Orde (28 april 1958) was men overeengekomen dat er een Comité van Gedelegeerden moest worden ingesteld. Dit Comité kreeg als belangrijkste taak het voorbereiden van de raadsvergaderingen. Men had behoefte aan een kleiner gezelschap waarbinnen met meer kans op succes dan in de voltallige Raad "overleg in eerste instantie" zou kunnen plaatsvinden. Het Comité behandelde alle zaken waarvan de behandeling door de Raad aan hem was opgedragen en was belast met alle huishoudelijke zaken, voor zover niet behorend tot de bevoegdheid van de algemeen secretaris. Het Comité bestond naast de voorzitter uit acht leden, vier vanuit de overheid en vier vanuit het particulier initiatief.<sup>68)</sup>

In 1968 werd het aantal leden van het Comité met twee uitgebreid. In het nieuwe Reglement van Orde werd bepaald dat de voorzitter van de Gezondheidsraad voortaan qualitate qua deel zou uitmaken van het Comité.<sup>69)</sup> In 1969 volgde een uitbreiding met nog eens twee leden: sinds dat jaar bestond het Comité dus uit dertien personen.<sup>70)</sup>

#### **6.6.2. Nationale Raad**

##### **6.6.2.1. Presidium**

In 1982 werd met de nieuwe wet ook de interne organisatie van de Raad enigszins aangepast. In plaats van het College van Gedelegeerden werd een Presidium belast met de leiding en de coördinatie van de werkzaamheden van de Raad. Het Presidium moest bestaan uit de voorzitter van de Raad, de ondervoorzitters van de Raad, de voorzitters van de nieuw ingestelde Kamers van de Raad (zie hierna) en door de Raad aangewezen leden (artikel 7, lid 3).

---

<sup>68)</sup> vgl. Festen, p. 43; Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Een bijdrage tot evaluatie, p. 15 - 16; Organen en rechtspersonen rondom de centrale overheid, deel II, p. 287.

<sup>69)</sup> vgl. Festen, p. 133.

<sup>70)</sup> vgl. Festen, p. 133.

#### **6.6.2.2. Kamers**

Nieuw waren ook de zogenaamde Kamers, waaraan de Raad bepaalde, nader door hem te omschrijven bevoegdheden kon delegeren. De Kamers werden ingesteld voor door de Raad aangewezen, specifieke onderdelen van zijn adviestaken (artikel 9, lid 1, onder a). Artikel 90, lid 2, van de Wet voorzieningen gezondheidszorg bepaalde dat het College voor de Ziekenhuisvoorzieningen aangemerkt zou worden als Kamer voor de intramurale gezondheidszorg van de Nationale Raad. Daarnaast werden nog drie andere Kamers in het leven geroepen: 1. Kamer voor de extramurale gezondheidszorg 2. Kamer voor de geestelijke gezondheidszorg 3. Kamer voor beroepsvraagstukken.

Naast de Kamers bleven de vaste en tijdelijke commissies van advies en bijstand functioneren.

#### **6.7. Procedures**

De procedure rond een adviesaanvraag was in 1990 als volgt:

1.  
de minister van WVC of één van zijn ambtgenoten dient een adviesaanvraag in bij de Nationale Raad; de laatsten doen dat door tussenkomst van de eerst genoemde;
2.  
de voorzitter doet van de binnenkomst van een adviesaanvraag mededeling aan de Raad;
3.  
het presidium doet een voorstel aan de Raad inzake de behandeling van de adviesaanvraag; daarin wordt aangegeven welk orgaan de adviesaanvraag behandelt en welk tijdschema daarbij moet worden gevolgd; de Raad spreekt zijn oordeel uit over het voorstel van het presidium;
4.  
een Kamer, een (vaste of een ad hoc) Commissie danwel het presidium stelt een concept advies op; het concept advies wordt door de Kamer of de Commissie ter bespreking aangeboden aan het presidium;
5.  
het concept-advies gaat met de opmerkingen van het presidium terug naar het orgaan dat het heeft opgesteld of wordt direct doorgestuurd naar de plenaire vergadering;
6.  
de plenaire vergadering stelt het definitieve advies vast, zo nodig met vermelding van een minderheidsstandpunt; de voorzitter en de secretaris zorgen voor aanpassing van de tekst van het concept-advies in de door de plenaire vergadering gewenste richting;
7.  
het advies wordt gepubliceerd en door de Raad toegezonden aan de minister voor wie het bestemd is.

De hierboven geschetste procedure gold in essentie voor de hele periode waarin de Centrale/Nationale Raad actief was.

## **6.8. Thema's van advisering**

### **6.8.1. Centrale Raad**

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid bracht advies uit over een grote verscheidenheid aan onderwerpen. Binnen die verscheidenheid kunnen ruwweg de volgende groepen worden onderscheiden<sup>71)</sup>:

1. adviezen met betrekking tot de organisatie en de structuur van de gezondheidszorg;
2. adviezen met betrekking tot de uitvoering en het functioneren van de gezondheidszorg;
3. adviezen met betrekking tot technische voorschriften voor de praktische uitvoering van de gezondheidszorg.

In vrijwel alle gevallen was er sprake van advisering op verzoek. De Raad maakte slechts zeer sporadisch gebruik van de mogelijkheid om uit eigener beweging advies uit te brengen. Wel is het zo dat de Raad bepaalde zaken bij het ministerie aankaartte, waarna er door het ministerie een verzoek tot advisering aan de Raad werd voorgelegd. Bij de Raad bestond de vrees dat ongevraagde adviezen bij de bewindsman onwelkom zouden zijn en dat zij daardoor geen invloed op het beleid zouden hebben. Daartegenover stond dan de gedachte dat gevraagd advies moeilijk genegeerd kon worden.<sup>72)</sup>

### **6.8.2. Nationale Raad**

Ook de Nationale Raad bewoog zich in zijn advisering op een breed terrein. Veel tijd en energie werd besteed aan de advisering over de voorzieningen wetgeving en de financiële overzichten van de gezondheidszorg. In de laatste jaren werd vooral aandacht besteed aan het toekomstige stelsel van ziektekostenverzekeringen en aan de grenzen van de gezondheidszorg.<sup>73)</sup>

## **6.9. De Ziekenhuiscommissie en Het College voor de Ziekenhuisvoorzieningen**

Het College voor de Ziekenhuisvoorzieningen maakt als Kamer deel uit van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Het adviseert de minister gevraagd en ongevraagd met betrekking tot de

---

<sup>71)</sup> zie Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Een bijdrage tot evaluatie, p. 21 ev.

<sup>72)</sup> vgl. Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Een poging tot evaluatie, p. 20 - 21; vgl. Festen, p. 105.

<sup>73)</sup> zie Kasdorp, in: R. Janssen, p. 101 - 102.

uitvoering van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en alle andere zaken die de doelmatigheid van de ziekenhuisvoorzieningen betreffen. Het College heeft een adviserende en voor een beperkt deel uitvoerende functie. Binnen het beleidsproces richt het College zich op de beleidsuitvoerende fase.<sup>74)</sup> Het College is in wezen de opvolger van de Ziekenhuiscommissie.

### 6.9.1. De Ziekenhuiscommissie 1947 - 1979

Al in 1947 was een tijdelijke commissie van advies ingesteld voor de vraagstukken op het gebied van het ziekenhuiswezen. Deze Ziekenhuiscommissie kreeg een brede taak: het ging niet alleen om adviezen omtrent de bouw van ziekenhuisvoorzieningen maar ook om adviezen over de economische exploitatie, de tariefstelling en het verplegend personeel. De Ziekenhuiscommissie bestond uit vertegenwoordigers van de landelijke ziekenhuisorganisaties en ambtelijke vertegenwoordigers (Beschikking van 22 februari 1947, nr. 87, Afd. Vgz.)

In 1953 werd de taak van de Commissie ten gevolge van de veranderde omstandigheden gewijzigd. De advisering zou noch uitsluitend de planning en bouw van ziekenhuisvoorzieningen betreffen. De samenstelling van de commissie werd niet gewijzigd (Beschikking van 6 oktober 1953, nr. 12893, Dir. Vgz., Afd. MG., Stcrt. nr. 196)

In 1965 werd de vermenging van particuliere en ambtelijke verantwoordelijkheid binnen de commissie beëindigd. Als lid van de commissie kwamen uitsluitend nog diegenen in aanmerking, die door de minister op voordracht van de maatschappelijke organisaties op het terrein van het ziekenhuiswezen waren benoemd. Aan ambtelijke vertegenwoordigers werd nog slechts een raadgevende stem toegekend.

De taak van de commissie werd in 1965 als volgt omschreven: "De commissie heeft tot taak de minister op diens verzoek of uit eigener beweging te adviseren omtrent vraagstukken betreffende de bouw van inrichtingen voor de gezondheidszorg" (artikel 3, lid 1 van de Beschikking Ziekenhuiscommissie van 19 november 1965, nr. 105285, DG Vgz., Dir. Gzhz., Hoofdafd. Gezhz. I, Stcrt. 225). Bij haar advisering moest de commissie rekening houden met lokale, regionale en nationale behoeften en met de medische, verpleegkundige en bedrijfseconomische doelmatigheid (artikel 3, lid 2 en 3).

---

<sup>74)</sup> zie voor deze en volgende alinea's A.J.M. van Dam, De Ziekenhuiscommissie/Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen en de invloed van de overheid op de bouw in de gezondheidszorg., in: R. Jansen, p. 107 - 118; z.a., Het College voor ziekenhuisvoorzieningen (CvZ). Wat is dat eigenlijk? Wat doet het en hoe werkt het?, Utrecht 1981; Regeringsstandpunt, p. 13 -14; zie voor een uitgebreide beschrijving van de handelingen van het College: J. Bogaarts, \*\*\*\*\*, PIVOT-rapport nr. \*, Den Haag, \*\*\*\*.

Na 1965 is de taak van de Commissie tot aan haar opheffing in 1979 niet meer gewijzigd.

### **6.9.2. Het College voor de Ziekenhuisvoorzieningen 1972 - 1990**

In 1971 werd de Wet Ziekenhuisvoorzieningen van kracht. Deze Wet voorzag in de instelling van een College dat zich moest gaan bezighouden met de planning en bouw van ziekenhuisvoorzieningen. In artikel 2, lid 2, van die Wet werd de taak van het College als volgt omschreven: "Het College heeft tot taak onze minister op zijn verzoek of uit eigen beweging van advies te dienen met betrekking tot de uitvoering van deze wet en met betrekking tot andere zaken, de doelmatigheid van de ziekenhuisvoorzieningen betreffende." Het College bestond uit 25 leden afkomstig uit de kring van belanghebbende groeperingen, waaronder ook gemeenten en provincies.

Instelling van het College voor de Ziekenhuisvoorzieningen betekende niet dat de Ziekenhuiscommissie werd opgeheven: beide organen bleven enige tijd naast elkaar bestaan. Oorzaak daarvan was dat de Wet Ziekenhuisvoorzieningen in verband met het ontbreken van uitvoeringsvoorschriften niet direct volledig operationeel werd. In een overgangsregeling werd de verhouding tussen de Ziekenhuiscommissie en het College vastgelegd (Beschikking Ziekenhuiscommissie van 23 juni 1972, Stcrt. 127). Hoewel het College en de Ziekenhuiscommissie formeel zelfstandige organen waren werd er nauw samengewerkt. In feite was er zelfs sprake van een personele unie.

Nadat in 1979 de Wet Ziekenhuisvoorzieningen volledig van kracht was geworden werd de Ziekenhuiscommissie opgeheven. Advisering op het terrein van de bouw van ziekenhuisvoorzieningen was sindsdien de exclusieve taak van het College, dat in 1982 als Kamer voor de intramurale gezondheidszorg deel ging uitmaken van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. In de praktijk is de relatie tussen beide organen enigszins verwaterd.<sup>75)</sup>

---

<sup>75)</sup> zie Regeringsstandpunt, p. 13.