

VOLKSGEZONDHEIDSSUBSIDIES

Een institutioneel onderzoek naar het beleidsinstrument subsidiëring
op het terrein van de volksgezondheid
1945 – 1997

PIVOT-rapport nummer 133

Dit rapport is een gezamenlijke uitgave van de Rijksarchiefdienst /PIVOT
&
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

's-Gravenhage, 2002

Tekst: J. Lendering m.m.v. Jan van der Meer
Vormgeving: Rijksarchiefdienst/PIVOT
Illustraties: W.D. Küller
Druk,: Krips BV

ISBN: 90-5909-033-0

© Rijksarchiefdienst/PIVOT. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke

INHOUDSOPGAVE

Project invoeringverkortung overbrengingstermijn	1
Inhoudsopgave	2
§1 Inleiding	3
§2 Overheidsbemoeyenis met de volksgezondheid	5
§3 DEPARTEMENTALE SUBSIDIES	10
§3.1 Soorten subsidie	11
§3.2 Onoverzichtelijkheid van het terrein	11
§3.3 De officiële regelingen uit de jaren vijftig en zestig	13
§3.4 Actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert (1945-)	14
§3.5 Drie adviesorganen	15
§3.6 SUBSIDIËRING VAN ONDERZOEK	16
§3.6.1 Kortdurende subsidiëring van onderzoeksprojecten (PEO)	16
§3.6.2 Structurele subsidiëring van onderzoekinstellingen	18
§3.7 SUBSIDIES VOOR GEZONDHEIDSORGANISATIES EN –INSTELLINGEN	22
§3.8 SUBSIDIES VOOR STRUCTURELE BELEIDSUITVOERING	23
§3.9 Rijksbijdrageregelingen	53
§3.10 Handelingen	54
§4 SUBSIDIES, NIET VAN HET MINISTERIE	61
§4.1 Actor: de Ziekenfondsraad (1949-)	61
§4.2 Subsidiëring door de Ziekenfondsraad	61
§4.3 Actor: het Praeventiefonds (1950 – 1997)	64
§4.4 Subsidiëring door het Praeventiefonds	64
§4.5 Actor: ZorgOnderzoek Nederland (1995-)	65
§4.6 Handelingen	66
Verklaring gebruikte afkortingen	71
Overzicht van subsidieregelingen	73
Het ministerie waaronder Volksgezondheid ressorteert	75
Literatuur	77

§ 1 INLEIDING

In oktober 1991 hebben de secretaris-generaal van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Algemene Rijksarchivaris een convenant afgesloten, waarin zij overeenkwamen “bij het ministerie van WVC een institutioneel onderzoek te houden naar de taakontwikkeling en de daaraan gekoppelde organisatorische ontwikkeling van het ministerie”.

Het PIVOT-onderzoek, bij wat inmiddels het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heet, omvat onderzoeken naar (onderdelen van) taakgebieden van dit ministerie en naar nationale organen op het gebied van de volksgezondheid (Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Gezondheidsraad, Centrale / Nationale Raad voor de Volksgezondheid) over de periode vanaf 1945. Voor het onderzoek naar het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is een apart convenant afgesloten. De onderzoeken op de verschillende taakgebieden zijn weer uitgesplitst naar beleidsterreinen. Zo verschijnen er bijvoorbeeld rapporten over het patiëntenbeleid en het verslavingsbeleid. Dit rapport gaat over een beleidsinstrument: de subsidieverstrekking. Het rapport –het resultaat van een institutioneel onderzoek- vormt de basis voor de institutionele selectie en uiteindelijk voor de acquisitie van het materiaal op bovengenoemd terrein.

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de PIVOT-onderzoeksmethode zoals deze –summierstaat beschreven in het ‘groene gedeelte’ van dit rapport. Een meer uitgebreide beschrijving is te vinden in de PIVOT-brochure *Handelend optreden* (1994 Den Haag). Als voornaamste bron is gebruik gemaakt van wet- en regelgeving voorzover die openbaar is gemaakt in de *Staatscourant*. Subsidies worden namelijk verstrekt op basis van de Begrotingswet en -in een aantal gevallen- op basis van een nadere, specifieke regeling. De keuze voor de *Staatscourant* als bron heeft als voordeel dat de ‘grote regelingen’ (zie paragraaf 3.3) op die manier goed gedocumenteerd zijn. Er is echter ook een nadeel: talloze kleine regelingen zijn niet gepubliceerd in de *Staatscourant*, maar bekendgemaakt via circulaire of brief. Deze zijn in dit RIO minder vertegenwoordigd.

De Algemene wet bestuursrecht (Stb. 1992, 315) definieert subsidie als een aanspraak op financiële middelen, die door een bestuursorgaan wordt verstrekt met het oog op bepaalde activiteiten van de aanvrager. Betalingen voor geleverde diensten of goederen vallen hier uiteraard niet onder.¹ Ook de materiële- en personele uitgaven van een bestuursorgaan –de apparaatskosten- kunnen per definitie geen subsidie zijn, aangezien men geen middelen aan zichzelf kan overdragen.

Subsidies moeten worden onderscheiden van rijksbijdragen en van garanties. Rijksbijdragen zijn betalingen die het Rijk doet aan een ander bestuursorgaan (bijvoorbeeld een gemeente), in de regel met de bedoeling dat deze een bepaalde activiteit subsidieert; de vele subsidieregelingen die in de loop der jaren zijn omgezet in rijksbijdrage-regelingen zullen in dit RIO aan de orde komen in paragraaf 3.9. Garanties komen in dit RIO niet aan bod; voorzover ze voorkomen op de begroting van het ministerie waaronder Volksgezondheid ressorteert, betreffen ze de nieuwbouw van ziekenhuizen en inrichtingen; daarom kan hier worden verwezen naar het PIVOT-rapport van J.W.J.M. Bogaarts, *Planning van voorzieningen in de gezondheidszorg. Rapport van een institutioneel onderzoek, 1945-1990* (1993 Den Haag).

¹ Het is wellicht zinvol te benadrukken dat dit een definitie is die betrekking heeft op de situatie in de jaren '90. Tot in de jaren '70 gold de aanschaf van sera en vaccins en de distributie daarvan naar de kruisverenigingen en gemeentelijke gezondheidsdiensten als een vorm van subsidie (zie paragraaf 3.8.20); volgens de definitie uit de Algemene Wet Bestuursrecht zou dat eigenlijk anders hebben moeten heten.

Het subsidiebeleid is nauw verweven met het beleid op de terreinen waarop de te subsidiëren instellingen werkzaam zijn. Dat dit rapport raakvlakken heeft met –en lastig is af te bakenen van– andere rapporten is daarom onvermijdelijk. Er is voor gekozen om de subsidies voor de verslavingszorg hier te negeren; deze zullen worden behandeld in het nog te verschijnen PIVOT-rapport van J. van der Meer en M. Schaap, *Onder invloed. Een institutioneel onderzoek naar het overheidshandelen ten aanzien van verslaving, 1945-1996*. Er zijn ook volop subsidies die minder makkelijk kunnen worden ondergebracht bij een beleidsterrein en dat rechtvaardigt het feit dat een eigen RIO is gegeven aan dit beleidsinstrument.

In principe zijn drie procedures uit de subsidieverlening in dit RIO meegenomen, te weten het formuleren van het subsidiebeleid, het verstrekken van de subsidie en het houden van financieel toezicht. Andere vormen van toezicht en het bepalen van het beleid dat middels subsidiëring wordt uitgevoerd zijn genegeerd; verwezen wordt naar de PIVOT-rapporten over de betreffende beleidsterreinen en naar het rapport van de heer drs. L.B. Humbert, *Zicht op toezicht. Een institutioneel onderzoek naar het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1940-1990* (1993 Den Haag).

De subsidies die in dit RIO worden behandeld zijn te verdelen in twee groepen: de subsidies die door het ministerie zijn verstrekt en de subsidies die niet door het ministerie zijn verstrekt. Deze grens lijkt scherper dan hij in feite is. Zo is het moeilijk de subsidies te plaatsen die worden verstrekt op grond van de Wet financiering volksverzekeringen: de minister geeft een aanwijzing, maar de verstrekking wordt gedaan door de Ziekenfondsraad (Stb. 1989, 129, art. 39, lid 3, onder g). Andere subsidies worden nu weer door het ministerie, dan weer door de Ziekenfondsraad verstrekt: een voorbeeld daarvan is de subsidie voor de opleiding van medisch specialisten en huisartsen die eerst werd verstrekt door de Ziekenfondsraad en vanaf 1 januari 1998 weer is teruggekeerd bij het ministerie. Ondanks deze uitzonderingen kan het onderscheid tussen departementale en niet-departementale subsidies worden gehandhaafd.

Hoofdstuk 2 behandelt de bemoeienis van de rijksoverheid met de volksgezondheid in verleden en heden; de stof wordt in hoofdstuk 3 toegespitst op de handelingen van het ministerie waaronder Volksgezondheid ressorteert. Na enkele inleidende paragrafen zullen de belangrijkste regelingen worden beschreven. In paragraaf 3.6 zal worden ingegaan op de subsidiëring van het onderzoek. Hieronder valt enerzijds de kortdurende subsidie voor projecten, experimenten en onderzoek (PEO; zie paragraaf 3.6.1) en anderzijds de meer structurele ondersteuning van onderzoeksinstituten als het TNO, IARC en NIVEL (paragraaf 3.6.2). Paragraaf 3.7 is gewijd aan de subsidie voor organisaties en instellingen op het gebied van de volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening. Voorbeelden zijn de Rutgersstichting, de Stichting Consument en Veiligheid en het Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs. De financiële ondersteuning voor structurele beleidsuitvoering en rijksbijdrageregelingen vormen het onderwerp van de paragrafen 3.8 en 3.9. Voorbeelden zijn de uitkeringen voor de basisgezondheidszorg en de financiering van de aanschaf van sera en vaccins. In hoofdstuk 4 zal worden ingegaan op subsidiëring waarbij het ministerie alleen indirect betrokken is. Voorbeelden: subsidiëring door de Ziekenfondsraad, het Praeventiefonds en de Stichting Zorgonderzoek Nederland.

De samensteller van dit RIO hecht eraan zijn dank uit te spreken aan mw. Th.K. Miedema van de directie Wetgeving en Juridische Zaken en de heren H.A.C. Biemans en G.J. Bossink van de afdeling Beheer en Bekostiging van de dienst Financieel en Personeel Beheer. Voor deeltherreinen was de hulp onontbeerlijk van mw. C.C. Beerepoot, dhr. R. Bik, dhr. M.J. Boereboom, mw. A. Bouwhuis, mw. P.C. Groeneveld, dhr. C.E. Kieffer, dhr. G.P.M. van der Kort, dhr. A. Kroon, dhr. H. Meijer, dhr. J. Penninga, dhr. Ch.W. van Polanen Petel en mw. J.C.J. Welling. De heren L.B. Humbert, H. Libretto en W.F.C. Vlaardingebroek en andere medewerkers van de Facilitaire Dienst van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, waaronder mevrouw H.A.S. Warouw, hebben –elk op hun manier– een bijdrage aan de samenstelling gegeven.

§ 2 OVERHEIDSBEMOEIENIS MET DE VOLKSGEZONDHEID

2.1. Periode tot de Tweede Wereldoorlog

Tot het einde van de achttiende eeuw was volksgezondheid een kwestie van lokale overheden. Pas ten tijde van de Bataafse Republiek (1795 – 1806) werden de eerste nationale maatregelen genomen. Vanaf deze tijd was er continu een organisatie binnen de centrale overheid die tot taak had algemene regels vast te stellen omtrent de volksgezondheid en het toezicht hierop. Zo werd in 1804 de vorming van departementale (in 1818 omgedoopt in 'provinciale') en plaatselijke 'Commissies van Geneeskundig Onderzoek en Toevoorsigt' gelast. Deze verordening wordt wel gezien als de grondslag van de wetgeving betreffende het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

Na de Franse tijd, na 1815, werd het optreden van de centrale overheid ten aanzien van de volksgezondheid voor lange tijd weer gekenmerkt door terughoudendheid. De geneeskundige verzorging speelde zich voornamelijk af in het kader van de armenzorg (Armenwet, 1854). Gemeenten waren verplicht om verordeningen op te stellen ten behoeve van de openbare gezondheidszorg, preventie en de bestrijding van besmettelijke ziekten.

Pas na het midden van de tweede helft van de negentiende eeuw begon de centrale overheid regulerend op te treden op het terrein van de volksgezondheid. De bemoeienis richtte zich met name op de kwaliteit van de opleiding, de beroepsuitoefening en op de bescherming van de volksgezondheid tegen besmettelijke ziekten. Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid werd geregeld in de Gemeentewet van 1851. Tevens werden diverse specifieke wetten, die primair gericht waren op bescherming, ingevoerd, zoals de gezondheidswetten van Thorbecke (1865), de Begrafeniswet (1869), de Epidemiewet (1872), de Quarantainewet (1877) en de Krankzinnigenwet (1884).

Aan het begin van de twintigste eeuw probeerde de centrale overheid de gezondheidssituatie in Nederland verder te verbeteren door middel van wetgeving op het gebied van de sociale verzekering (Ongevallenwet 1901, Ziektewet 1913, Invaliditeitswet 1913) en de volkshuisvesting (Woningwet 1901). Tevens werd in de strijd tegen allerlei besmettelijke ziekten geïnvesteerd in technisch-hygiënische voorzieningen. Dit leidde onder meer tot de oprichting van het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid (1909), het Rijksinstituut voor Drinkwatervoorziening (1913) en het Rijksinstituut voor Pharmaco-therapeutisch onderzoek (1920).

Ondanks al deze wetgeving werden aan het begin van de twintigste eeuw de meeste initiatieven op het terrein van de volksgezondheid niet genomen door de rijksoverheid, maar door particulieren.

Omdat de centrale overheid zich met betrekking tot de beschikbaarheid, de geografische bereikbaarheid en de financiële toegankelijkheid van de zorg terughoudend opstelde, werden door particulieren kruisverenigingen, vrijwillige ziekenfondsen, ziekenhuizen, inrichtingen, consultatiebureaus, verenigingen en fondsen ter bestrijding van volksziekten opgericht. Deze initiatieven vormen de belangrijkste oorzaken voor de sterke verbetering van de volksgezondheid in de twintigste eeuw.

De subsidiëring van de tuberculosebestrijding vormde na de Eerste Wereldoorlog het begin van een beleid waarbij de centrale overheid zulke particuliere organisaties stimuleerde bepaalde taken uit te voeren. Hiertoe formuleerde de centrale overheid kwaliteitseisen met betrekking tot de subsidievoorwaarden en hield ze toezicht op de handhaving van de kwaliteit.

2.2 Periode na de Tweede Wereldoorlog

Het overheidsbeleid kenmerkte zich in de jaren na de Tweede Wereldoorlog door het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg. Dit werd bereikt door het voeren van een strikt prijsbeleid. De

Prijsopdrivings- en Hamsterwet uit 1939 gaf de minister van Economische Zaken de bevoegdheid de prijzen van de verschillende goederen en diensten vast te stellen. Eind jaren '50 ging deze wet op de helling en kwam in 1961 de Prijzenwet hiervoor in de plaats. Voor de gezondheidszorg werd een aparte wet opgesteld: de Wet ziekenhuistarieven. In 1965 achtte de overheid de tijd rijp om de tariefstelling over te laten aan betrokken partijen (ziekttekostenverzekeraars, instellingen en beroepsbeoefenaars).

Na de Tweede Wereldoorlog werd de relatie tussen de overheid en het particulier initiatief, zoals in de vorige paragraaf is beschreven, gestructureerd in verschillende overlegorganen, o.m. de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (de latere Nationale Raad voor de Volksgezondheid) en de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid. De vraag hoe de volksgezondheid georganiseerd diende te worden speelde geruime tijd binnen de samenleving. In de *Volksgezondheidsnota 1966* werden aanzetten gegeven voor een herwaardering van overheidstaken, -verantwoordelijkheden en -bevoegdheden. De overheid ging voortaan uit van de persoonlijke verantwoordelijkheid van patiënten. Als deze tekortschoot kwam de overheid in actie. Deze vorm van gezondheidszorg wilde de overheid via het particulier initiatief continueren.

Een tweede vraag die steeds aan de orde kwam, was hoe de volksgezondheid gefinancierd zou moeten worden. Deze vraag werd uiteindelijk beantwoord door de inwerkingtreding van de Ziekenfondswet (1964) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1967). De verzekeringswetgeving stelde de financiering van de volksgezondheid zeker. De financiële toegankelijkheid van de zorg leidde tot een enorme uitbreiding van de ziekenhuissector, inclusief de specialistische zorg.

In 1971 werd de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) aangenomen. Deze wet bevatte een planningstelsel, een vergunningenstelsel en maakte sluiting van intramurale voorzieningen mogelijk. De wet had wat tarifiering betreft betrekking op alle voorzieningen, maar wat betreft planning slechts betrekking op de intramurale sector. De opvolger van deze wet, de Wet voorzieningen gezondheidszorg, zou dit hiaat ondervangen.

De roep om meer sturing in de gezondheidszorg leidde in 1974 tot de *Structuurnota Gezondheidszorg* van staatssecretaris Hendriks. Hierin werd een drietal wetgevingsprojecten aangekondigd:

- een planningswet voor de hele sector (Wet voorzieningen gezondheidszorg, 1982);
- een tarievenwet voor de hele sector (Wet tarieven gezondheidszorg, 1980);
- integratie van de verzekeringen (Ziekenfondswet / Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de particuliere stelsels) in één volksverzekering.

De uitvoering van de plannen leidde tot een uitgebreid wetgevingsprogramma. De opvolger van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, de Wet voorzieningen gezondheidszorg, werd experimenteel ingevoerd in een aantal gebieden in Nederland. De invoering van deze wet betekende een toename van de overheidsinvloed op de financiering van de zorg door middel van de beheersing van de capaciteit van alle instellingen (intra-, semi- en extramuraal). De wet werd in 1988 ingetrokken, omdat ze voor de betrokkenen onuitvoerbaar complex bleek.

Om een goed, gestructureerd, democratisch en efficiënt werkend stelsel te bewerkstelligen introduceerde de overheid een drietal echelons, de zgn. eerste-, tweede- en derdelijnsgezondheidszorg. Tevens werd een proces van regionalisatie in gang gezet om binnen regio's een integraal aanbod van gezondheidszorg mogelijk te maken. Een voorbeeld van dit proces van regionalisatie is de vorming van de RIAGG's in 1984.

In de jaren '80 werd beheersbaarheid van de volksgezondheid vertaald in kostenbeheersing. Deze kon gerealiseerd worden via planning (beddenreductie), tarifiering (budgetkortingen) en verzekeringen (eigen bijdrage). Kostenbeheersing stond in deze tijd dan ook hoog in het vaandel van verschillende kabinetten. Dit gebeurde op basis van wetten die daar in oorsprong niet altijd voor bedoeld waren.

Het zorginhoudelijke beleid, zoals de kwaliteit van de zorgverlening, kreeg in deze jaren minder aandacht. De *Nota 2000* bracht het thema in 1986 weer op de agenda door te streven naar flexibiliteit en een functionele opbouw van de gezondheidszorg om steeds meer zorg op maat te kunnen leveren.

In 1987 stelde de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (de commissie Dekker) in haar eindrapport *Bereidheid tot verandering* voor om de dynamiek van de gezondheidszorg te laten bepalen door de principes van marktwerking en concurrentie. Individuele instellingen, verzekeraars en burgers moesten via diverse markten de gezondheidszorg vorm geven. Deze eindconclusie was revolutionair, omdat de overheid de markt jarenlang buiten de deur had gehouden en het veronderstelde tekortschieten ervan de rechtvaardiging was geweest van de uitbreiding van de overheidsbevoegdheden.

Vanaf 1988 werd marktwerking een instrument voor de structurering en financiering van de gezondheidszorg. De overheid nam de taak op zich om een kader te scheppen waarbinnen concurrentie plaatsvond met betrekking tot het verzekeringsstelsel, de tarieven, de planning en bouw, de kwaliteit, patiënten/consumenten aangelegenheden en de advies- en beheersstructuur. Met het kerndocument *Doelgericht veranderen* (1989) en het rapport *Werken aan Zorgvernieuwing* (1990) richtte staatssecretaris Simons zich op de maatregelen die genomen moesten worden om tot marktwerking te komen.

Ten aanzien van de marktwerking en stelselvernieuwing ontstond veel politieke, maar ook maatschappelijke beroering. In de praktijk bleek kartelvorming en segregatie van voorzieningen voor te komen wat indruiste tegen de principes van marktwerking. De regering besloot daarom de invoering van maatregelen op te schorten. Het plan-Simons werd mede als gevolg van de gevoeligheid van het onderwerp en met het oog op de verkiezingen in 1994 nooit ingevoerd. Van een echte zorgmarkt was op dat moment nog lang geen sprake.

Met *Keuzen in de zorg* (1990) en *Kiezen en delen* (1992) werd gezocht naar de grenzen van de toepassing van nieuwe medische technologie en antwoorden op ethische vraagstukken. Daarnaast kreeg de rechtspositie van de patiënt meer aandacht. In reactie op deze ontwikkelingen werden verschillende wetsvoorstellen ingediend, waaronder de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, de Wet op de organdonatie, de Wet afbreking zwangerschap en de wijziging van de Wet op de lijkbezorging in verband met het euthanasievraagstuk.

In 1995 verschijnt de nota *Gezond en Wel* van minister Borst waarin de overheidsbemoeyenis met de volksgezondheid is geformuleerd:

- verlengen van gezonde levensverwachting;
- voorkomen van vermijdbare sterfte;
- verhogen van kwaliteit van het leven van personen met een langdurige ziekte of handicap.

De nadruk ligt op het bevorderen van de gezondheid en het voorkomen van ziekten. Zorg dient doelmatig en flexibel te worden aangeboden. Om zorgvoorziening en zorg op maat mogelijk te maken, worden sectorale zorgvernieuwingsfondsen en persoonsgebonden budgetten gecreëerd. Op deze manier wordt de toegankelijkheid van de noodzakelijke zorg gewaarborgd. Afstand wordt genomen van de ideeën over marktwerking en een terugtrekkende overheid. De uitvoering geschiedt door producenten en consumenten van zorgvoorzieningen, verzekeraars, lokale overheden en intermediaire organisaties.

Samenvattend kan worden gezegd dat de centrale overheid op het terrein van de volksgezondheid vooral een besturingsrol heeft. Dat wil zeggen: de overheid probeert richting te geven aan de structuren en processen op het gebied van de volksgezondheid.

De zorgverlenersrol, de andere rol op het terrein van de volksgezondheid, is voor een belangrijk deel in handen van het particulier initiatief.

De periode 1945 – 1966 kenmerkt zich door een grote invloed van het maatschappelijk midden in de vorm van adviesorganen. Beleidsinhoudelijk ligt het zwaartepunt bij de condities voor beleidsvorming en financiering. Vanaf 1966 neemt de invloed van de overheid toe en is er sprake van een proces van politisering. Zowel een bestuurlijk als financieel herstructureringsprogramma worden ingezet. Dit uitte zich in de introductie van de Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en het verschijnen van de Volksgezondheidsnota in 1966. In de jaren '80 wordt er inhoudelijk gereflecteerd en zet de territoriale en functionele decentralisatie door. De marktwerking is midden jaren '80 tot midden jaren '90 het kader waarbinnen de overheid haar beleid ontwikkelt. De afgelopen jaren is de begrenzing van de marktwerking aangetoond met als duidelijk voorbeeld de gevolgen van de marktwerking binnen de thuiszorg.

2.3 Departementale organisatie

Tot 1910 had volksgezondheid binnen het departement van Binnenlandse Zaken geen 'eigen' afdeling. In 1910 kwam hierin verandering. In dat jaar werd de afdeling Volksgezondheid en Armeezorg opgezet. Volksgezondheid werd in die jaren (nog) gezien als belangrijk onderdeel in de armoedebestrijding.

In 1918 werd de band verbroken. Volksgezondheid verhuisde naar het nieuwe departement van Arbeid. Volksgezondheid hing volgens het kabinet nauw samen met de zorg voor de arbeidersbelangen.

In 1919 werd de functie directeur-generaal geïntroduceerd. Aan de directeur-generaal werd onder andere de dagelijkse leiding van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid opgedragen.

Tussen 1931 en 1933 viel Volksgezondheid weer onder Binnenlandse Zaken. Met de oprichting van het departement van Sociale Zaken, in 1933, verhuisde Volksgezondheid opnieuw.

In 1951 werd het toenemend belang van de volksgezondheid tot uitdrukking gebracht in de naam van het departement: het ministerie werd omgedoopt in Sociale Zaken en Volksgezondheid. In 1954 kwam er een directie Volksgezondheid tot stand; in 1964 werd het directoraat-generaal voor de Volksgezondheid opgericht.

In de jaren zestig streefde de centrale overheid naar een krachtiger departementale organisatie die het beleid op het terrein van de volksgezondheid, waar dan inmiddels ook vele instellingen, raden en colleges functioneren, moest integreren en coördineren. In 1964 werden er twee nieuwe directie ingesteld, te weten Gezondheidszorg en Gezondheidsbescherming.

Binnen de gezondheidbescherming verschoof in de jaren zestig het accent van bescherming van de burgers tegen schadelijke producten en stoffen naar milieu. De toenemende aandacht voor de gezondheidsbescherming leidde in 1971 tot de instelling van het nieuwe ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Een meer gerichte aanpak van het beleid op beide terreinen werd van groot belang geacht. Naast een directoraat-generaal van de Volksgezondheid werd er eenzelfde poot voor de Milieuhygiëne opgericht.

In 1982 werd Milieuhygiëne ondergebracht in het nieuwe ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer; Volksgezondheid werd ondergebracht bij het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Eén van de argumenten voor de laatstgenoemde samenvoeging werd gevormd door de samenhang tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Sinds 1994 is de naam van het departement het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In 1996 werd het ministerie gereorganiseerd. Het meest in het oog springend was de afschaffing van de directoraten-generaal en de invoering van het bestuursraadmodel.

De Nederlandse gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening kostten in 1996 zo'n 66 miljard gulden, die werden betaald vanuit vier financieringsbronnen.² Om te beginnen is er het ziekenfonds, dat ruim een derde van de kosten voor zijn rekening neemt. Het garandeert de verzekerden (betaling van) medische, paramedische en farmaceutische hulp. De volgende financieringsbron -bijna half zo groot als de vorige- is de particuliere verzekering: mensen boven een bepaalde inkomensgrens krijgen langs deze weg vergelijkbare zorg als de ziekenfondsverzekerden. Omdat men zich voor sommige zaken redelijkerwijs niet kan verzekeren, is met de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in 1967 het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (zie hoofdstuk 2) in het leven geroepen, de derde financieringsbron. Psychiatrische opnames, zwakzinnigheidszorg, verblijf in gezinsvervangende tehuizen of verpleeghuizen behoren vanouds tot het AWBZ-pakket. In de jaren tachtig zijn daar de gezinszorg, het kruiswerk en hulpmiddelen bij gekomen; vanaf dat moment wordt ruim een derde van de kosten van de gezondheidszorg gefinancierd op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Tot slot is er de overheid, die garant staat voor zo'n vijf procent van de kosten, namelijk die van de collectieve preventie en de academische ziekenhuizen.³ Naast deze geldstromen bestaan nog enkele kleinere, die ongeveer een tiende van het totale zorgbudget uitmaken en die hier verder niet zullen worden behandeld.

Van de ruwweg drie miljard gulden, die de verschillende overheden bijdragen aan de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, kan in de jaren '90 ongeveer een zesde worden aangemerkt als rijkssubsidie, ofwel ruim 500 miljoen gulden. In verhouding tot de astronomische bedragen die in de gezondheidszorg omgaan is dit weinig, maar dat wil niet zeggen dat de overheidsbijdrage onbelangrijk zou zijn; de overheid kan de ontwikkeling van de sector immers sturen door sommige trends wel en andere niet te versterken. Ze heeft het beleidsinstrument niet onbenut gelaten. Van begin af aan al niet.

Als gezegd (in hoofdstuk 2) is de oudste officiële subsidieregeling die voor de bestrijding van de tuberculose en hierbij is al te zien dat de overheid de verstrekking van subsidie benutte om vat te krijgen op de betrokken verenigingen. Die kregen alleen subsidie als ze zich onderwierpen aan het toezicht van de inspecteurs van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en gediplomeerde krachten in dienst zouden nemen. Deze eisen resulteerden bij de tuberculosebestrijding inderdaad in de beoogde kwaliteitsverbetering.

Tot in de jaren '70 bevatte elke officiële rijkssubsidieregeling dan ook bepalingen waarvan de strekking was dat de gesubsidieerde personeelsleden bepaalde diploma's moesten hebben en dat de inspecteur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid toezicht hield op het werk van de gesubsidieerde instelling, en daaraan zonnodig leiding gaf. De overheid bediende zich dus van het subsidie-instrument om invloed te krijgen op het beleid van de gesubsidieerde instellingen. Dit zou pas in de loop van de jaren '80 veranderen.

Er zijn nog twee andere redenen waarom de rijksoverheid tot subsidiëring overgaat. Soms verstrekt de minister een zogeheten waarderingssubsidie, een eenmalige bijdrage om een sympathiek initiatief te steunen. Op het gebied van de volksgezondheid zijn deze subsidies zeer zeldzaam, al is het wel eens voorgekomen dat geld is gegeven aan iemand die een geschiedenis van het ziekenfondswezen of een jubileumboek voor deze of gene stichting wilde schrijven. Een laatste reden om te subsidiëren is het bewerkstelligen van inverdieneffecten: in wezen komt dit neer op een stimuleringsregeling waarbij wordt verondersteld dat in de nabije toekomst een bezuiniging kan worden bereikt. Aan deze theorie werd vooral in de jaren '70 veel geloof gehecht, toen men meende dat het vergroten van de publieke rijkdom zichzelf zou terugverdienen (een voorbeeld is gegeven in paragraaf 3.8.15). Omdat de verwachte inverdieneffecten tegenvielen, werd dit spoor verlaten.

² Cijfers zijn ontleend aan het *Jaaroverzicht Zorg 1998*.

³ Tot en met 1996 vielen hieronder ook verschillende bejaardenvoorzieningen, die zijn overgeheveld naar de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Hiermee was een zeer groot bedrag -drie miljard gulden- gemeoid, zodat de overheidsbijdrage aan de zorgsector in 1997 is gehalveerd ten opzichte van het jaar ervoor.

3.1 Soorten subsidie

In april 1992 verscheen de Heroverwegingsnota Volksgezondheidssubsidies, waarin het totaal van subsidies werd verdeeld in drie groepen.

In de eerste plaats zijn er de *subsidies voor beleidsuitvoering*. De overheid maakt dan het beleid en stelt de middelen ter beschikking om dat beleid door anderen te laten uitvoeren. In deze categorie vallen bijvoorbeeld vaccinatieprogramma's, geneeskundige hulpverlening bij rampen, opleidingen en examens. Vanouds worden voor deze activiteiten subsidies verstrekt, vrijwel zonder uitzondering met als enige grondslag de Begrotingswet. In dit RIO komen deze subsidies aan de orde in paragraaf 3.8. De tweede groep is de *subsiëring van bestaande organisaties*. Het gaat hierbij om de ondersteuning van particuliere initiatieven die de rijksoverheid weliswaar belangrijk vindt, maar die zij niet tot de eigen taken rekent. Subsidie is dan een geschikt middel om een balans te vinden tussen het privé-initiatief en het centrale gezondheidsbeleid. De subsidies voor zulke organisaties worden meestal verstrekt op grond basis van de Begrotingswet (alleen in de jaren zestig en zeventig bestonden hiervoor officiële regelingen). In paragraaf 3.7 komen deze subsidies, waarmee de overheid organisaties stimuleert om verder te gaan in een bepaalde richting, aan de orde.

Tot slot ondersteunt het Rijk *wetenschappelijk onderzoek*. Aanvankelijk ging het alleen om beleidsondersteunend onderzoek en een enkele incidentele bijdrage voor een instelling als het TNO, maar sinds het begin van de jaren '60 is deze groep subsidies spectaculair gegroeid. De subsidiëring van deze *instituten* is het onderwerp van paragraaf 3.6.2; de incidentele subsidies van *projecten, experimenten en kortdurend onderzoek* (de zogeheten PEO-subsidies) zullen worden behandeld in paragraaf 3.6.1. De financiering van het wetenschappelijk onderzoek –zowel het structurele als het kortdurende- vindt bijna altijd plaats op grond van de Begrotingswet.

Samenvattend zijn er dus drie soorten volksgezondheidssubsidie: die voor zelfstandige organisaties, die voor beleidsuitvoering en die voor onderzoek. Om een indruk te geven van de omvang van deze stromen zijn in de onderstaande tabel de bedragen aangegeven die hiervoor werden genoemd in de ontwerpbegroting van 1992.

subsidie t.b.v.		uitgaven in f.	%
organisaties		78.181.851,-	16,7
beleidsuitvoering		225.308.242,-	48,2
onderzoek	PEO	110.547.159,-	23,6
	structureel	53.397.790,-	11,4
	totaal	467.435.042,-	100,0

De in de Heroverwegingsnota Volksgezondheidssubsidies gehanteerde driedeling is vooral van toepassing op de jaren '90. Met name oudere subsidies zijn niet ontworpen om in één van deze categorieën te passen. De kruisverenigingen zijn daarvan een duidelijk voorbeeld. Van deze particuliere organisaties werd in de jaren '70 wel geschamperd dat ze hun zelfstandigheid hadden verloren en waren verworpen tot een verlengstuk van de overheidsbureaucratie; wat was begonnen als de subsidiëring van een organisatie was in de loop der jaren veranderd in een subsidie voor beleidsuitvoering (vgl. paragraaf 3.3). Mutatis mutandis is ook de grens tussen PEO- en niet PEO-onderzoek vloeiend: in paragraaf 3.6.1 zal een recent voorbeeld worden gegeven van een PEO-subsidie die zó lang duurde dat de gesubsidieerde partij haar als structureel ging beschouwen.

3.2 Onoverzichtelijkheid van het terrein

Een voor de hand liggende vraag is hoe het komt dat er geen exactere afbakeningen zijn dan de in paragraaf 3.1 gebruikte indeling. Ten antwoord kunnen verschillende factoren worden genoemd. In de eerste plaats is de onoverzichtelijkheid inherent aan het beleidsinstrument zelf. De rijksoverheid reageert met de toepassing ervan op actuele gebeurtenissen en stopt met subsidiëren als de aanleiding is komen te vervallen. Als voorbeeld kan het vaccinatieprogramma van 1957-1960 dienen.

Kort tevoren was Nederland getroffen door een epidemie van kinderverlamming, die ruim 2.000 slachtoffers had gemaakt; in de volgende jaren trok de overheid miljoenen guldens uit voor de inenting van alle kinderen die na de Tweede Wereldoorlog waren geboren.

Hiermee verwant is een tweede factor. Door te subsidiëren kan niet alleen worden gereageerd op ontwikkelingen in de volksgezondheidssituatie, maar ook volksgezondheidsbeleid worden geïnitieerd. Zo gold tussen 1983 en 1988 de 'Tijdelijke stimuleringsregeling regionale instellingen geestelijke gezondheidszorg' die er -zoals de naam al suggereert- toe diende om de totstandkoming van regionale samenwerkingsverbanden in de geestelijke gezondheidszorg te stimuleren. Toen deze er eenmaal waren, kon de regeling worden ingetrokken. Grosso modo kan worden gesteld dat het ministerie door middel van subsidie een bepaalde ontwikkeling stimuleert of initieert, en dat -als een instelling de verlangde taak eenmaal naar behoren uitvoert- de subsidie wordt beëindigd en de financiering een meer structurele basis krijgt (bijvoorbeeld als ziekenfondsverstrekking, vanuit de kas van de gemeente of als verstrekking op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Meestal zijn zulke stimuleringssubsidies slechts gedurende een bepaalde, afgebakende periode van kracht.

Een derde factor, die helpt om de wat onoverzichtelijke situatie te verklaren, is de vrijwel permanente reorganisatie van de financiering van de volksgezondheid. Weliswaar streefden alle naoorlogse kabinetten ernaar om het accent binnen het volksgezondheidsbeleid te verleggen van ziektebestrijding naar ziektepreventie ("voorkomen is beter dan genezen"), maar over het antwoord op de vraag hoe deze ontwikkeling het beste kon worden gefinancierd verschilden de meningen. Nieuwe kabinetten kwamen met nieuwe plannen en trachtten hun doeleinden te bereiken door middel van het subsidie-instrument, dat dus frequent op andere doelen werd gericht. Subsidie is immers -met de wetgeving- het belangrijkste instrument dat een kabinet heeft om zijn beleid te realiseren. Hierbij moet overigens worden aangetekend dat het instrument in de loop der jaren financieel aan belang heeft ingeboet: veel zaken die vroeger gesubsidieerd werden zijn tegenwoordig AWBZ-verstrekingen (zie paragraaf 3.3).

Er is nog een vierde factor die bijdraagt aan de geringe overzichtelijkheid van het veld van de subsidieverlening: de wijze waarop het directoraat(-generaal) van de Volksgezondheid is georganiseerd. In paragraaf 3.4 zal erop worden gewezen dat dit ertoe leidde dat het kon voorkomen dat verschillende afdelingen van het ministerie subsidies verstrekten voor dezelfde instelling. Een voorbeeld dat in dit RIO aan de orde zal komen is de subsidie voor de gezondheidscentra (zie paragraaf 3.8.15).

Dat het terrein onoverzichtelijk is, is een klacht die al in 1967 is geuit toen de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een advies uitbracht voor een Raamwet voor de volksgezondheidssubsidies. Als gezegd werden alle subsidies verstrekt op basis van de Begrotingswet. Daarnaast waren er op dat moment vijftien subsidieregelingen van kracht, die alle betrekking hadden op de beleidsuitvoering. Met deze "nadere regelingen" had de overheid de richtlijnen openbaar gemaakt op grond waarvan ze subsidie verstrekten: van het grootste deel van het subsidiebudget waren de interne beleidslijnen zo gepubliceerd, dat niemand nog in het duister kon tasten over de hoogte van de subsidie en de voorwaarden waaraan voldaan moest zijn. Er bleven echter subsidies waarvoor het beleid minder expliciet verwoord was. Dit laatste nu beschouwde de Centrale Raad voor de Volksgezondheid als onbevredigend, aangezien de volksvertegenwoordiging slechts in globale zin kon oordelen over deze gelden. Daarom hoopte men ook de andere subsidies van een meer solide grondslag te voorzien. De bedoelde Raamwet is er echter niet gekomen en de Begrotingswet vormde nog zo'n dertig jaar de grondslag voor vrijwel alle subsidies.

Een andere klacht was dat een instelling niet in beroep kon gaan tegen een subsidiebeschikking. De Wet beroep administratieve beschikkingen -die in 1964 in werking trad- was door de overheid namelijk niet van toepassing verklaard op gesubsidieerde instellingen, uit angst voor een al te frequente gang naar de rechter en met als argument dat subsidiebepalingen niet waren bedoeld om rechtsverhoudingen vast te stellen. Dat niet iedereen deze mening deelde blijkt uit een rapport dat vier jaar later onder auspiciën van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten werd opgesteld en dat

eindigt met een aanbeveling om de mogelijkheden tot beroep te scheppen.⁴ Dat gebeurde in 1975, toen de Wet administratieve rechtspraak overheidsbeschikkingen in werking trad.

Het genoemde rapport constateerde meer problemen. De bepalingen in de rijkssubsidieregelingen waren op uiteenlopende wijze geredigeerd, kenmerkten zich door onvast gebruik van terminologie, bevatten overbodig geworden bepalingen en bovendien waren bepaalde aspecten van de subsidiëring nu eens wel en dan weer niet vastgelegd. Daarbij kwam nog “dat vele regelingen slecht toegankelijk, ja soms zelfs volstrekt onleesbaar” waren.⁵

Dit geluid stond niet op zichzelf. De departementale Accountantsdienst en de Algemene Rekenkamer lieten zich in 1983/1984 eveneens kritisch uit over de wijze waarop het ministerie subsidieerde (een vergelijkbaar geluid liet de Algemene Rekenkamer in 1995 horen over de subsidieverlening door de Ziekenfondsraad).

De derde tranche van de Algemene wet bestuursrecht eist voor elke subsidie een wettelijke grondslag; minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft daarom de Kaderwet Volksgezondheidssubsidies ingediend. Hierin wordt een aantal beleidsvelden aangewezen waarop het ministerie door middel van subsidie een sturende functie heeft. Het gaat om drie globaal gedefinieerde onderwerpen: gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en gezondheidszorg. De nadere uitwerking van de Kaderwet zal plaatsvinden door middel van een algemene maatregel van bestuur.⁶

3.3 De officiële regelingen uit de jaren vijftig en zestig

In het bovenstaande is uitgelegd dat de volksgezondheidssubsidies een vrij onoverzichtelijk veld vormen en is geprobeerd dat te verklaren. In de jaren '60 en '70 was het veld ten dele meer geordend, want toen waren er enkele 'grote', officiële subsidieregelingen van kracht. Subsidies voor organisaties werden weliswaar bijna altijd op basis van de Begrotingswet verstrekt, maar vanaf 1956 werden, op initiatief van directeur-generaal Muntendam, door de bewindspersonen waaronder Volksgezondheid ressorteerde –minister Suurhoff (1953-1958) en staatssecretaris Roolvink (1959-1963)- enkele subsidieregelingen uitgevaardigd waarmee enkele grotere posten op de rijksbegroting beter gereguleerd waren. Tegelijk en hiermee samenhangend werden oudere regelingen herzien. Het kon in principe niet langer voorkomen dat de ene organisatie wel in aanmerking kwam voor subsidie en een andere met dezelfde taken niet.

De invoering van deze regelingen beduidde een belangrijke verandering in de verhouding tussen de rijksoverheid en de gesubsidieerde partijen. Wat eerst zelfstandige organisaties waren, werden nu de uitvoerders van overheidsbeleid. Anders gezegd, de gesubsidieerde instellingen vielen vóór de invoering van deze regelingen in het tripartiete schema van paragraaf 3.1 onder het hoofdstuk “subsiëring van een organisatie”, maar vielen ná de invoering ervan onder “subsidie voor beleidsuitvoering”.

In wezen was de golf van regelgeving niets anders dan één van de oplossingen voor het probleem hoe de gezondheidszorg moest worden gefinancierd; zoals in hoofdstuk 2 beschreven was dat in de naoorlogse jaren een nog open kwestie, waarop pas met de invoering van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1964 en 1967) een antwoord werd geformuleerd. Toen de financiering op deze wijze was geregeld werden verschillende officiële subsidieregelingen dan ook beëindigd. Zo werd de kraamzorg een ziekenfondsverstrekking. Andere subsidies werden overgeheveld naar andere fondsen: psychiatrische inrichtingen waren in de jaren '50 en '60 gesubsidieerd vanaf de rijksbegroting en werden in 1968 een verstrekking op basis van de nieuwe Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

4 E.H.A.Kocken en J.H. Boone, *Overheidssubsidie aan particuliere instellingen op het gebied van de volksgezondheid en het maatschappelijk werk*, 1968 Den Haag, aanbeveling 32.

5 A.w. aanbeveling 1.

6 De Kaderwet werd op donderdag 5 februari 1998 zonder nadere discussie door de Tweede Kamer aangenomen (Kamerstukken II 1997-1998, 25 637). De totstandkoming van de bedoelde AMvB (het Besluit Volksgezondheidssubsidies) was inmiddels gevorderd tot het stadium van de departementale afronding.

De resterende officiële subsidieregelingen zijn later aangepast. In het kader van de decentralisatie van het overheidsbeleid zijn er enkele vervangen door rijksbijdragen aan het Provincie- en het Gemeentefonds. Een enkele keer is het voorgekomen dat een officiële subsidieregeling kon worden ingetrokken omdat ze overbodig was geworden (de tuberculosebestrijding is zo'n uitzondering); vaker bleef de regeling een sluimerend bestaan leiden (zoals het geval is met de subsidieregeling voor de kraaminternaten, die nooit is ingetrokken).

De meeste regelingen zijn uiteindelijk afgebouwd. Er zijn nadien nog wel andere subsidieregelingen geweest -het totale aantal loopt in de honderden- maar de latere regelingen golden in de regel voor een bepaalde periode en hadden meestal een veel beperkter doel dan de regelingen die zijn genoemd in het achterin dit rapport opgenomen 'Overzicht van subsidieregelingen'. Die oude regelingen komen in dit RIO weliswaar vrij uitgebreid aan de orde, maar het zou een misverstand zijn te denken dat ze representatief zijn voor de toepassing van het beleidsinstrument 'subsidie' in de gehele naoorlogse periode. Het is wellicht beter ze te beschouwen als een inmiddels niet meer zo gebruikelijke manier om het subsidie-instrument te benutten.

Naast de beperktere toepassing die de latere subsidieregelingen kenmerkt, is een ander verschil dat ze slechts zelden zijn gepubliceerd in de *Staatscourant*. In de regel werd er mededeling van gedaan bij brief of circulaire.

3.4 Actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert (1945-)

In de loop der jaren is Volksgezondheid ondergebracht geweest bij verschillende ministeries. Voor de Tweede Wereldoorlog waren dat achtereenvolgens Binnenlandse Zaken (1910-1919), Arbeid (1919-1931), opnieuw Binnenlandse Zaken (1931-1933) en tot slot Sociale Zaken. In de periode die wordt behandeld in dit RIO ressorteerde Volksgezondheid onder de volgende ministeries:

- Sociale Zaken (1945-1951);
- Sociale Zaken en Volksgezondheid (1951-1971);
- Volksgezondheid en Milieuhygiëne (1971-1982);
- Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1982-1994);
- Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1994-).

Een overzicht van de namen van de bewindspersonen onder wie Volksgezondheid ressorteerde, is achterin dit RIO opgenomen.

Het moge uit paragraaf 2.2 duidelijk zijn geworden, dat de organisatie van het ministerie veranderde met de zich wijzigende inzichten in de volksgezondheid. Een belangrijke wijziging was die rond het midden van de jaren '60, toen de directie Volksgezondheid werd opgewaardeerd tot directoraat-generaal en onderverdeeld in de directies Gezondheidsbescherming en Gezondheidszorg.

Laatstgenoemde directie werd weer verdeeld in verschillende hoofdafdelingen; de afdeling Subsidie zou deel uitmaken van de hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg. Deze configuratie werd gehandhaafd toen het directoraat-generaal van de Volksgezondheid overging naar het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. In de jaren '80 verhuisde de afdeling Subsidie nog een aantal keren, terwijl ze zelf drie onderafdelingen kreeg: Voorbereiding, Uitvoering en Interne Controle. Naast de afdeling Subsidie kende het ministerie meer afdelingen die subsidies verstrekten; een voorbeeld is de subsidiëring van de opleidingen in de kraamzorg (zie paragraaf 3.8.5), die werd verstrekt door de (hoofd)afdeling Opleidingen van het directoraat Gezondheidszorg. Het aantal afdelingen dat subsidies verstreekte was in het midden van de jaren '90 opgelopen tot dertien. Omdat deze afdelingen vrij klein waren, waren de beleidsmakende en beleidsuitvoerende functie niet goed meer te scheiden. Bovendien hanteerde niet elke afdeling dezelfde administratieve bepalingen. Daarom werd gezocht naar een meer efficiënte organisatievorm.

In 1996 werd het gehele ministerie gereorganiseerd. Het meest in het oog springend was daarbij de afschaffing van de oude directoraten-generaal. Er voor in de plaats kwamen meerdere directies, waaronder Financieel en Personeel Beheer; hieronder ressorteerde één afdeling Beheer en Bekostiging, die als werkterrein niet alleen de subsidieverstrekking voor het voormalige directoraat-generaal van de Volksgezondheid had, maar ook die van Welzijn en van Sport.

Binnen de afdeling Beheer en Bekostiging waren vijf teams werkzaam; de teams A en B bedienden de directies die actief waren op het terrein van de Volksgezondheid. Indien een subsidie wordt aangevraagd, is de beleidsdirectie verantwoordelijk voor de afhandeling (en de archivering van de stukken); het betreffende team van Beheer en Bekostiging verricht vervolgens de noodzakelijke administratieve handelingen. Wanneer de subsidie wordt verlengd, is de verhouding omgekeerd: het Beheer en Bekostigingsteam verricht de meeste werkzaamheden (en is verantwoordelijk voor de archivering), terwijl de beleidsdirectie een handtekening voor akkoord te zetten heeft.

3.5 Drie adviesorganen

De departementale subsidieverlening vindt niet plaats zonder dat adviezen zijn ingewonnen. Er zijn verschillende adviesorganen bij betrokken, die overigens niet zozeer adviseren over de subsidieverlening als wel over het beleid dat door middel van subsidiëring uitgevoerd moet worden.

De Adviesgroep gezondheidsonderzoek werd ingesteld op 1 mei 1986 voor een periode van vijf jaar en had als taak adviezen uit te brengen aan de minister van Onderwijs en Wetenschappen en aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. De adviezen hadden volgens het instellingsbesluit (Stcrt. 1986, 126) betrekking op:

- de ontwikkeling en uitvoering van programma's die betrekking hadden op het gezondheidsonderzoek;
- de samenstelling van commissies die verantwoordelijk waren voor de genoemde onderzoeksprogramma's;
- de financiële aspecten van deze onderzoeksprogramma's;
- de verspreiding van de opgedane inzichten;
- de toepassing van die inzichten.

De Begeleidingscommissie academisering eerstelijnszorg bestond van 1987 tot en met 1990 en had ten doel onderzoek te doen naar het functioneren van de universitaire huisartsenpraktijken en ervoor te zorgen dat de daar opgedane inzichten konden worden toegepast in het veld (zie paragraaf 3.8.15). Op verzoek van de commissie werden deze taken later overgedragen aan een extern onderzoeksbureau.

De Raad voor Gezondheidsonderzoek werd opgericht in 1987 door de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en door diens collega van Onderwijs en Wetenschappen (Stcrt. 1987, 48).

De formele instelling van de Raad voor Gezondheidsonderzoek vond niet direct plaats, omdat de Raamwet sectorraden onderzoek en ontwikkeling (Stb. 1987, 239) nog niet in werking was getreden. Na zes jaar werd in een evaluatie aan de regering geadviseerd de instellingsduur van de Raad te verlengen en de Raad formeel in te stellen op grond van art. 2 van de Raamwet, die inmiddels wel in werking getreden was. In die periode was de discussie over de herziening van het adviesstelsel echter volop in gang en daarom besloot de Regering voorlopig niet over te gaan tot de formele instelling van de Raad. De bestaande instellingsbeschikking werd een aantal malen verlengd totdat in 1996 –na de herziening van het adviesstelsel– de Raad voor Gezondheidsonderzoek formeel en op grond van de Raamwet werd ingesteld (Stb. 1996, 558).

De Raad brengt adviezen uit over het medisch-wetenschappelijk onderzoek, dat wil zeggen het onderzoek naar het vóórkomen, ontstaan, herkennen en voorkómen van ziekten, het behandelen van patiënten en het verlichten van hun ziektelast. Voorts brengt hij advies uit over het gezondheidszorgonderzoek, ofwel onderzoek naar de structuur, organisatie, functie en effecten van de gezondheidszorg. Sinds 1996 richt de Raad zich ook op de ontwikkeling van medische technologie.

§ 3.6 Subsidiëring van onderzoek

De subsidiëring van wetenschappelijk onderzoek naar de volksgezondheid is één van de posten op de begroting van het ministerie die na de oorlog het sterkst is gegroeid. In 1963 was nog een half miljoen gulden gereserveerd voor wat “wetenschappelijke onderzoeken” heette; dertig jaar later was dit opgelopen tot bijna 164 miljoen gulden. De groei van het wetenschapsbudget verliep daarbij verhoudingsgewijs sneller dan het ook steeds groeiende budget voor volksgezondheid.

§ 3.6.1 Kortdurende subsidiëring van onderzoeksprojecten (PEO)

Tussen de subsidies die het ministerie verstrekt vormen die voor wetenschappelijk onderzoek een herkenbare groep. Zij werden meestal aangeduid als PEO (of vroeger PEOO), de afkorting van Projecten, Experimenten, Onderzoek (en Ontwikkeling). Het ging in de jaren '90 om ongeveer een vijfde tot een kwart van alle subsidie-uitgaven.

De PEO-subsidiestroom kenmerkt zich door zijn innovatieve en incidentele karakter: hij is bedoeld om nieuw onderzoek op te zetten en vervalt zodra dat onderzoek eenmaal georganiseerd of afgerond is. Te denken valt hierbij aan subsidies voor onderzoeksprojecten van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ), het Aids-fonds en het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (NCVV). Een voorbeeld van zo'n incidentele subsidie is subsidie die vanaf 1987 werd uitgekeerd aan het Aids-fonds. Vanaf 1997 werd deze afgebouwd –dit tot grote verontwaardiging van de gesubsidieerden die in de veronderstelling verkeerden dat de subsidie permanent bedoeld was⁷- omdat de onderzoekers zich inmiddels konden laten financieren vanuit andere bronnen, zoals de farmaceutische industrie. Een ander voorbeeld is de proef met de vrije verstrekking van heroïne aan 750 langdurig verslaafden in de grote steden, waarvan de eerste fase begon op 1 mei 1998.⁸

Deze subsidies werden tijdens de naoorlogse periode in de regel verstrekt op grond van de rijksbegroting. Per 1 januari 1998 werden de meeste PEO-subsidies overgeheveld naar ZorgOnderzoek Nederland (ZON; zie de paragrafen 3.5 en 4.5). In handen van het ministerie blijven 'slechts' de subsidies voor terreinen die niet bij een ZON-onderzoeksprogramma (zie paragraaf 4.5) waren onder te brengen, zoals het beleidsondersteunend onderzoek.

Er zijn altijd subsidies geweest die als PEO getypeerd zouden kunnen worden. De eerste naoorlogse begroting vermeldt bijvoorbeeld al twee subsidies –van f. 4.000,00 en van f. 3.500,00- aan het Instituut voor Sociaal Onderzoek van het Nederlandsche Volk.⁹ Deze subsidies waren echter vrij uitzonderlijk. Pas in de jaren '60 nam de frequentie toe waarmee incidenteel onderzoek werd ondersteund; het Amsterdamse Veiligheidsinstituut kreeg van 1962 tot en met 1968 overheids gelden om ongelukken in de huiselijke sfeer te onderzoeken, terwijl de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek naar de Verkeersveiligheid van 1968 tot en met 1972 op de begroting van Volksgezondheid prijkte in verband met een subsidie ten behoeve van onderzoek naar verkeersongevallen. De rijksbegroting voor 1970 suggereert voor het eerst het voornemen om permanent het kortdurende wetenschappelijk onderzoek te gaan subsidiëren.¹⁰

Vanaf de jaren '80 was er duidelijk sprake van een herkenbaar PEO-segment in de begroting van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. In de jaren '90 werd dit ook als zodanig aangeduid. De uiteenlopende onderzoekssubsidies werden steeds verder geclusterd tot aandachtsgebieden: voorbeelden zijn het onderzoek naar gezondheidsethiek, preventie, doelmatigheid en het patiënten/consumentenbeleid. Onder deze aandachtsgebieden ressorteren onderzoeksprogramma's; een voorbeeld van zo'n programma is 'Volksgezondheid Transparant', dat hieronder bij wijze van voorbeeld zal worden beschreven.

⁷ Brief van de minister van Volksgezondheid aan het bestuur van de Stichting Aids Fonds, d.d. 2 september 1997, kenmerk GZB/GZ 97-5008.

⁸ Brief d.d. 7 november 1997, kenmerk GVM/Vz/975935.

⁹ Begroting van het ministerie van Sociale Zaken voor 1946, art. 152-153.

¹⁰ Begroting van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, toelichting bij art. 102.

In 1992, 1993 en 1994 heeft het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur in drie ronden 28 miljoen gulden geïnvesteerd in het Stimuleringsprogramma 'Volksgezondheid Transparant', dat ertoe diende om in de zorgsector enkele voorbeeldprojecten op het gebied van de informatievoorziening te initiëren en te ondersteunen. Centraal stond hierbij het streven de informatievoorziening meer op de praktijk van de zorg af te stemmen en recente ontwikkelingen uit de informatietechnologie te introduceren. Een College van Deskundigen –waarin waren vertegenwoordigd het ministerie van WVC, het ministerie van Economische Zaken en de Ziekenfondsraad- heeft staatssecretaris Simons bij de tweede en derde subsidieronde geadviseerd.

Honderdveertig voorbeeldprojecten -die veelal te maken hadden met informatietechnologie- werden ondersteund. Gesubsidieerd werden onder meer projecten voor elektronische gegevensuitwisseling tussen specialisten en huisartsen, het opzetten van een volgsysteem voor RIAGG-cliënten, de introductie van een betaalkaart voor een zorgverzekeraar, het opstarten van een informatielijn voor huidandoeningen, het uitbrengen van een dieetdiskette en de toepassing van multimedia technieken bij de patiëntenvoorlichting. De resultaten van deze projecten werden door middel van acht conferenties publiek gemaakt.

Officieel zou het ministerie een subsidie hebben moeten verstrekken die de helft van de kosten van de projecten zou dekken; in de praktijk bleek dat de betrokken organisaties zelf meer betaalden, zodat uiteindelijk door alle betrokkenen samen niet 56, maar 60 miljoen gulden werd geïnvesteerd in het kader van dit stimuleringsprogramma. In het eindverslag werd dan ook geconcludeerd dat ook kapitaalkrachtige organisaties omwille van een betrekkelijk geringe subsidie hun beleid hadden gewijzigd en groter belang waren gaan toekennen aan informatievoorziening.

§ 3.6.2 Structurele subsidiëring van onderzoeksinstituten

In de vorige paragraaf zijn de PEO-subsidies behandeld. De subsidies die in deze paragraaf aan de orde zijn verschillen van de PEO-subsidies doordat er geen einddatum aan is verbonden. Het gaat dus om langdurige subsidies aan onderzoeksinstituten. In de jaren '90 was ongeveer een tiende van alle subsidiegelden van het ministerie waaronder Volksgezondheid ressorteert bedoeld voor wetenschappelijke instituten.

De rechtvaardiging van deze structurele subsidiëring is gelegen in het bewaren en ontwikkelen van specifieke informatie, die van essentieel belang is voor de verbetering van de gezondheid van de bevolking en voor de bevordering van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg.

Hieronder volgt een overzicht van enkele van deze organisaties. Het overzicht is niet compleet; wel zijn in ieder geval alle organisaties opgenomen die in 1993 werden gesubsidieerd.

Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO)

Op 1 mei 1932 werd de Nederlandse Centrale Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO) opgericht. De grondslag daarvoor was al eerder gelegd, namelijk in de TNO-wet (Stb. 1930, 416). Daarin kreeg de organisatie als taak te bevorderen dat het toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek op de meest doelmatige manier dienstbaar werd gemaakt aan het algemeen belang; het TNO kon dit doen door "vraagstukken te bestuderen of te doen bestuderen, bijzondere personen of lichamen voor te lichten en in het algemeen het toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek en de toepassingen van de resultaten daarvan te bevorderen en te steunen" (art. 2, lid 2).

Concreet wilde dit zeggen dat de centrale organisatie bevoegd was zogeheten bijzondere organisaties op te richten die het onderzoek zouden verrichten op een deel terrein. Voorbeelden zijn de Voedingsorganisatie en de Gezondheidsorganisatie. Deze uitvoerende lichamen bleven functioneren tot in de jaren tachtig, toen TNO -inmiddels uitgegroeid tot een organisatie met 5.000 werknemers en een jaaromzet van ruim een half miljard gulden- werd gereorganiseerd (Stb. 1987, 369).

TNO kende sinds de reorganisatie een achttal hoofdgroepen, waaronder in totaal 35 onderzoeksinstituten ressorteerden. Deze deden onderzoek dat soms zuiver wetenschappelijk was en soms zeer toepasbaar was; de omvang van het onderzoek varieerde van een enkele laboratoriumtest tot het bouwen van complete fabrieken. Drie hier met name te noemen hoofdgroepen waren die voor Gezondheidsonderzoek, die voor Preventie en Gezondheid en die voor Voeding en Voedingsmiddelen. Zij deden onderzoek naar onder meer preventieve gezondheidszorg, voeding, biotechnologie, arbeidsvoorwaarden en de werking van medicijnen. Het budget van TNO bestond voor de helft uit rijkssubsidie, een kwart van het budget werd verdiend door onderzoek te doen in opdracht van de overheid en het ontbrekende deel werd verdiend door middel van onderzoek voor derden (contractresearch). De overheid was dus de grootste financier van TNO en het leeuwendeel van deze subsidie kwam voor rekening van het ministerie waaronder het Wetenschapsbeleid ressorteert.

Naast deze basissubsidie droegen enkele ministeries jaarlijks via een zogeheten doelsubsidie bij aan TNO en daaronder was traditioneel ook het ministerie waaronder Volksgezondheid ressorteert. Een doelsubsidie is een subsidie die als het ware via een ander departement loopt: Volksgezondheid kon ermee volstaan geld over te maken naar het ministerie waaronder het Wetenschapsbeleid ressorteert, dat vervolgens de administratieve afhandeling voor zijn rekening nam. De omvang van deze doelsubsidie was gekoppeld aan de ontwikkeling van de lonen van het TNO-personeel en liep daardoor op tot het aan het begin van de jaren '90 zo'n 25 miljoen gulden was.

In 1995 werd het geld dat voor de doelsubsidie was gereserveerd overgeheveld naar Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Hiermee verdween TNO echter niet van de VWS-begroting: TNO voert nog steeds incidenteel onderzoek uit in opdracht van het ministerie en wordt daarvoor gesubsidieerd (in 1997 met twaalf miljoen gulden). Dit zijn echter PEO-subsidies.

Nederlands Kankerinstituut

In 1948 bestemde Koningin Wilhelmina de opbrengst van de nationale collecte ter ere van haar gouden regeringsjubileum voor de bestrijding van kanker en het onderzoek ten behoeve van die strijd. Uit de Stichting Koningin Wilhelminafonds (KWF) kwam de Nederlandse Kankerbestrijding (NKB) voort, die meteen een aandeel van twintig procent nam in de financiering van het Nederlands Kankerinstituut (NKI).

Dit instituut was in 1913 opgericht als een specialistisch laboratorium voor het oncologisch onderzoek en werd gevestigd in het hoofdstedelijke Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis (AvL). Aanleiding voor de oprichting was, dat men niet geheel tevreden was met het onderzoek zoals dat op dat moment in Nederland plaatsvond in de academische laboratoria. Het onderzoek van het NKI/AvL betreft niet alleen de oncologie; ook de levensstijl van de patiënten, de verpleging en de medische ethiek waren onderwerpen waarover gepubliceerd werd door medewerkers van het NKI/AvL.

Als gezegd stond de Nederlands Kankerbestrijding garant voor een vijfde van de gemaakte kosten van het NKI-onderzoek. De andere tachtig procent van de begroting waren gedekt met een subsidie van het ministerie waaronder Volksgezondheid ressorteert. In de jaren '90 werd deze contractueel vastgelegde verhouding vervangen door een basissubsidie van de overheid (bijna 18 miljoen gulden in 1996) voor het researchlaboratorium. De basissubsidie werd aangevuld door subsidies voor afzonderlijke onderzoeksprojecten die werden verstrekt door de NKB/KWF; hiermee was in 1996 ruim twaalf miljoen gulden gemoeid. Daarnaast is een niet onbelangrijk deel van de inkomsten van de NKB/KWF afkomstig uit legaten.

International Agency for Research on Cancer

In 1933 werd op een te Madrid gehouden congres besloten tot de oprichting van de Union Internationale contre le Cancer (UICC). Hiermee was de eerste internationale organisatie ten behoeve van het kankeronderzoek tot stand gekomen.¹¹

De UICC was een vereniging van nationale organisaties. Nederland was vertegenwoordigd door zowel het ministerie van Sociale Zaken als het Nederlands Kanker Instituut. De financiering was geregeld door contributies van deze leden, zodat tussen de volksgezondheidssubsidies een post van f. 400,00 prijkte op de rijksbegrotingen van de eerste naoorlogse jaren. Hoewel de UICC geen rijke vereniging was slaagde ze er toch in een tijdschrift uit te geven en op gezette tijden symposia te organiseren waar nieuwe inzichten werden uitgewisseld.

In december 1963 nodigde de Franse regering vertegenwoordigers van de Verenigde Staten, Groot-Brittannië, Italië, de Bondsrepubliek Duitsland en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) uit om samen een kanker instituut op te richten dat zich intensiever met het kankeronderzoek kon bezighouden. Bij latere conferenties waren ook andere landen uitgenodigd. Zo werd het International Agency for Research on Cancer (IARC) opgericht, een onderdeel van de WHO en gevestigd te Lyon. Het onderzoeksinstituut houdt zich met name bezig met epidemiologisch laboratoriumonderzoek naar kanker.

Het Statuut verplicht de deelnemende landen –in casu de Nederlandse overheid- om deze onderzoeksinstelling te subsidiëren (Trb. 1966, 145). In het eerste jaar bedroeg de subsidie \$ 150.000,00, een bedrag dat in 1997 inmiddels was verviervoudigd.

Nederlands Huisartsen Instituut

De oprichting van het Nederlands Huisartsengenootschap in 1956 diende enerzijds om de belangen van de leden te behartigen en anderzijds om de huisartsgeneeskunde te bevorderen door toepassing van de laatste verworvenheden van het wetenschappelijk onderzoek. Acht jaar later richtte het genootschap daartoe het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) op, dat zich in Utrecht vestigde. In 1966 wist het instituut te bereiken dat er een hoogleraar in de huisartsgeneeskunde werd benoemd aan de Rijksuniversiteit Utrecht.

Vanaf 1970 subsidieert de overheid het NHI met een bedrag van f. 663.000,00.¹² Een echte vernieuwing was dat niet, want in de voorafgaande jaren was de bijdrage aan de “kosten verband houdende met het onderzoek naar de functie van huisarts” al drastisch toegenomen.

In 1980, in de Schets Eerstelijnsgezondheidszorg, werd geopperd het takenpakket van het NHI te verbreden tot de hele eerste lijn; in 1985 werd het NHI uitgebouwd tot het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnszorg, waarover hieronder meer.

Stichting Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnszorg

Het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnszorg (NIVEL) is één van de vier instituten in Nederland die onderzoek doen naar het functioneren van de gezondheidszorg. Waar andere instituten de ziekenhuiszorg (Nzi), de geestelijke gezondheidszorg (NcGv, zie paragraaf 3.6.2) en de basisgezondheidszorg (NIPG) voor hun rekening nemen, richt het NIVEL zich op de eerstelijnszorg. Het NIVEL tracht kennis over en inzicht in de eerstelijnszorg te verwerven en te verspreiden; ten opzichte van het Nederlands Huisartsen Instituut (zie hierboven) -waaruit het NIVEL in 1985 voortkwam- is het onderzoeksobject dus verbreed met de paramedische beroepen en de extramurale verpleging. Het NIVEL legt zich verder toe op het verrichten van documentatieactiviteiten, het beheer van een toonaangevende bibliotheek en het beheer van verschillende registratiesystemen. Wetenschappelijk onderzoek verricht het instituut voor meerdere opdrachtgevers. In de eerste plaats is er de Wereldgezondheidsorganisatie WHO, die het NIVEL heeft aangewezen als één van de *Collaborating centres for primary health care*; dit wil zeggen dat het NIVEL als enige instelling in West-Europa onderzoek doet naar de ontwikkelingen in de eerstelijnszorg in de regio als geheel, een

¹¹ Zie voor de internationale aspecten van de gezondheidszorg verder het PIVOT-rapport van Y. Alkema, *Internationale samenwerking in de volksgezondheid. Een institutioneel onderzoek naar het overheidshandelen op het terrein van de internationale volksgezondheid* (Den Haag).

¹² Begroting van het ministerie van Sociale Zaken voor 1970, art. 115.

taak waarvan het NIVEL zich onder meer kwijt door het organiseren van congressen. Voor het ministerie waaronder Volksgezondheid ressorteert verricht het instituut het merendeel van het beleidsondersteunende onderzoek op het gebied van de eerstelijnszorg en de thuiszorg. Meestal gebeurt dit in opdracht van het ministerie en hebben de verzekeraars en de zorginstellingen inhoudelijk ingestemd met het gesubsidieerde onderzoek. Het onderzoek richt zich onder meer op patiënten- en consumentenaangelegenheden, op epidemiologie en op de wijze waarop vraag en aanbod in de zorg worden beïnvloed door veranderingen in het stelsel van wetgeving, financiering en verzekering.

Ongeveer tweevijfde van het budget van het NIVEL is gegarandeerd in de vorm van een vaste exploitatiesubsidie. Elk jaar keurt het ministerie het werkprogramma van het NIVEL en aan de hand daarvan wordt vastgesteld of, en in hoeverre, subsidie wordt verstrekt voor de voorgenomen projecten; anders gezegd, drievijfde van de begroting van het NIVEL wordt gedekt door flexibele projectsubsidies.

Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid

Het belangrijkste onderzoeksinstituut op het gebied van de geestelijke volksgezondheid was lange tijd het NcGv, wat staat voor Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid. Het NcGv volgde de ontwikkelingen binnen het veld en probeerde de knelpunten daarin te signaleren (*monitoring*) en stelde de resultaten van dat onderzoek ten dienste van de overheid en van de actoren in het veld, die daarop hun beleid konden baseren en evalueren. Tevens gaf de NcGv het *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* uit en werd een omvangrijke bibliotheek onderhouden.

Het NcGv werd opgericht in 1946 en gesubsidieerd door het ministerie van Sociale Zaken, waaronder Volksgezondheid destijds ressorteerde. Hiermee was de basisfinanciering van het centrum gegarandeerd. Daarnaast verwierf het NcGv inkomsten door contractonderzoek. De rijkssubsidie was afhankelijk van een toetsing van het hele programma van het NcGv.

In 1996 ging het NcGv met het Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (Niad) op in het Utrechtse Trimbos-instituut, dat beoogt een onafhankelijk landelijk expertise-centrum te zijn op het gebied van de geestelijke gezondheid. Het instituut heeft de erfenis van het NcGv volledig overgenomen: de bibliotheek, het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid en de subsidie.

Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek

Zoals de naam van het instituut al suggereert, verricht het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO) onderzoek op het terrein van (hulpvragen met betrekking tot) de seksualiteit, een taak waarvan het zich kwijt sinds 1967. Naast onderzoek heeft het instituut een belangrijke taak op het gebied van voorlichting en deskundigheidsbevordering, bijvoorbeeld door het uitgeven van een nieuwsbrief over aids.

Het wetenschappelijk onderzoek van dit Utrechtse instituut betrof in de loop der jaren een breed scala van onderwerpen: seksuele hulpverlening, strafbare seksualiteit, seksuele geweldpleging, geboorteregulering, sekse-emanipatie en machtsverhoudingen binnen relaties, seksuele leerprocessen en seksuele opvoeding.

Gêne is één van de redenen waarom seksuologisch onderzoek minder vaak wordt verricht dan de ernst van de problematiek zou doen verwachten. Het gaat bovendien om een erg specifiek en veeleisend specialisme. Dit zijn de redenen waarom het ministerie waaronder Volksgezondheid ressorteert het NISSO volledig subsidieert. Daarnaast wordt contractonderzoek verricht.

Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Revalidatievraagstukken

De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Revalidatievraagstukken (SWOR) is de belangrijkste gebruiker van het Instituut voor Revalidatievraagstukken (iRv) in Hoensbroek. De Stichting verricht er wetenschappelijk onderzoek, dat erop is gericht oplossingen te vinden voor de medische, paramedische, psychologische en maatschappelijke problemen waar gehandicapten in het dagelijks

leven tegenaan lopen. Ook onderzoekt men aangepaste hulpmiddelen die gehandicapten helpen een volwaardige plaats in te nemen in het arbeidsproces.

De personeelskosten van de Stichting worden gesubsidieerd door het ministerie waaronder Volksgezondheid ressorteert. Dit is vastgelegd in een convenant met de Limburgse Rijksuniversiteit en TNO, die allebei ook subsidie verstrekken. Daarnaast heeft de SWOR eigen inkomsten uit patenten en wordt subsidie verstrekt door Europese fondsen.

Netherlands international Health Platform

Het Netherlands international Health Platform (NiHP) is een internationaal samenwerkingsverband van ongeveer zestig organisaties op het gebied van de gezondheidszorg, dat in 1995 op initiatief van minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is opgericht.¹³ Het Platform heeft ten doel de kennisuitwisseling tussen de deelnemende organisaties te bevorderen; ze geven elkaar adviezen bij projecten die plaats vinden in Midden- en Oost-Europa.

Het NiHP kent drie doelstellingen: 1. het vergroten van de kwaliteit en samenhang van de Nederlandse inbreng in het herstructureringsproces van de gezondheidszorg in de voormalige Oostblok-staten; 2. het vergroten van de efficiëntie en de effectiviteit van de Nederlandse inspanningen en 3. het bevorderen van samenwerking tussen de betrokken Nederlandse instellingen. Om deze doelstellingen te realiseren stelt het Platform informatie en documentatie beschikbaar, bemiddelt het tussen de verschillende organisaties, probeert het fondsen te werven -zowel in Nederland als daarbuiten- en verstrekt het adviezen over de projecten die in Midden- en Oost-Europa worden begonnen. Voorts geeft het Netherlands international Health Platform informatie aan de rijksoverheid die kan worden gebruikt voor het verlenen van psycho-sociale zorg in Bosnië, Klein-Joegoslavië, Kroatië, Macedonië en Slovenië.

Het NiHP krijgt een departementale subsidie, maar in 1997 is daaraan als uitdrukkelijke voorwaarde gesteld dat het Platform zeer intensief zou gaan samenwerken met een andere organisatie die zich richt op de gezondheidszorg in Midden- en Oost-Europa. Daarbij wordt vooral gedacht aan een fusie met de internationale afdeling van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), dat eveneens wordt gesubsidieerd door het ministerie waaronder Volksgezondheid ressorteert.

§ 3.7 Subsidies voor gezondheidsorganisaties- en instellingen

Verschillende organisaties en instellingen ontvangen van het ministerie exploitatiesubsidies. Om werkzaamheden te verrichten op het gebied van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening krijgen ze dan een (al dan niet alle kosten dekkende) bijdrage voor de personele en materiële kosten. Het gaat er slechts om dat de activiteiten van de gesubsidieerde instellingen kunnen worden voortgezet; de overheid voelt zich niet geroepen om de instellingen beleidsmatig aan te sturen. Zoals de tabel in paragraaf 3.1 leert werd in 1992 een zesde van het subsidiebudget hieraan uitgegeven.

Er zijn gedurende de afgelopen halve eeuw weinig constanten aan te wijzen in deze vorm van subsidie, behalve dan dat de wettelijke grondslag de Begrotingswet was. Sommige instellingen worden één keer genoemd op de rijksbegroting, omdat ze één jaar betalingsmoeilijkheden hadden en vervolgens weer op eigen benen konden staan. Dergelijke aanvullingen van een begrotingstekort staan bekend als *ultimum remedium*-subsidie. Andere instellingen daarentegen staan jaar-in-jaar-uit op de rijksbegroting voor allerlei uiteenlopende posten. Koploper is het Rode Kruis, dat door de jaren heen subsidies heeft gekregen voor de opvang van mensen die na afloop van de Tweede Wereldoorlog terugkwamen uit een concentratiekamp (jaren '40), voor de instelling van een informatiebureau over de in Nederland gesneuvelde Duitse soldaten (tot ver in de jaren '60), voor een jubileumgeschenk van een half miljoen gulden (1970), voor het onderhouden van de

¹³ Zie voor de internationale aspecten van de gezondheidszorg verder het PIVOT-rapport van Y. Alkema, *Internationale samenwerking in de volksgezondheid. Een institutioneel onderzoek naar het overheidshandelen op het terrein van de internationale volksgezondheid* (Den Haag).

bloedtransfusiedienst (altijd). Opmerkelijk is tenslotte een subsidie die werd verstrekt om het Rode Kruis te compenseren voor een portokostenverhoging (jaren '50).

In de jaren '80 en '90 breidde deze groep subsidies zich sterk uit. Ultimum remedium werd minder een overweging, maar meer en meer de ondersteuning van bepaalde activiteiten: het gaat om activiteiten die een aanvulling vormen op de reguliere zorgvoorziening (dat wil zeggen, ze vullen de voorzieningen aan die worden gefinancierd op basis van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Enkele voorbeelden uit het begin van de jaren '90 kunnen dit wellicht verduidelijken.

- Het volledige budget van de Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren (STOET) werd door de overheid gefinancierd. Deze stichting spoorde de familieleden op van een patiënt die lijdt aan een erfelijke vorm van kanker. Lange tijd werd STOET gefinancierd uit de middelen van de Ziekenfondsraad, maar toen de Ziekenfondsraad de stichting 'afstootte' nam de overheid de financiering over. In 1992 was daarmee *f.* 600.000,- mee gemoeid.
- De Stichting Korrelatie heeft tot taak omroepen te adviseren bij uitzendingen over gevoelige onderwerpen en na afloop hulp te verlenen aan luisteraars en kijkers. Een tweede taak is de signalering van nieuwe hulpvragen en deze door te spelen naar het maatschappelijk werk en de geestelijke gezondheidszorg. Hiervoor ontving de stichting in 1992 een subsidie van ruim *f.* 750.000,-.
- Ongeveer evenveel geld werd in dat jaar als subsidie toegewezen aan Stichting de Maan, een instelling in de geestelijke gezondheidszorg die methoden ontwikkelt voor de vrouwenhulpverlening.
- In 1992 werd de Rutgersstichting voor ruim zes miljoen gulden gesubsidieerd. Deze stichting heeft een deel van de taken overgenomen van de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, die in de jaren '60 hun werkzaamheden sterk zagen groeien door de uitvinding van de anticonceptiepil (zie paragraaf 3.8.9). Tot de belangrijkste taken van de Rutgersstichting behoorde dan ook lange tijd het voorschrijven van de pil aan vrouwen die daarvoor niet naar de huisarts konden, een activiteit die van minder belang werd naarmate minder artsen gewetensproblemen hadden met anticonceptiva. Andere belangrijke taken zijn het geven van voorlichting, zowel algemeen als individueel.
- De subsidie voor de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose (KNCV, zie paragraaf 3.8.2) bedroeg in 1992 ruim *f.* 250.000,-. Hoewel de tuberculose in ons land nagenoeg is verdwenen, verstrekt het ministerie deze subsidie om er zeker van te zijn dat de expertise die in de afgelopen eeuw bij deze vereniging is opgedaan blijft bestaan. Verder ziet de KNCV toe op de basisgezondheidsdiensten, waarover in paragraaf 3.8.14 zal worden verteld dat de tuberculose-bestrijding daaraan is opgedragen.
- De Nationale Commissie Aids-bestrijding werd in 1987 ingesteld door staatssecretaris Dees en had tot taak voorlichtingscampagnes te coördineren en uiteenlopende adviezen uit te brengen aan het ministerie. De omvang van de subsidie was in 1987 vastgesteld op *f.* 500.000,-. In 1992 werd het zesvoudige uitgekeerd. Zie verder paragraaf 3.8.13.
- Aan Het Ivoren Kruis werd in 1992 een subsidie van ruim *f.* 750.000,- toegekend om voorlichting te geven over tandheelkundige zorg.
- De subsidie voor het Landelijk Patiënten- en Consumentenplatform (LP/CP) bedroeg in 1992 één miljoen gulden. Zoals in paragraaf 3.8.16 zal worden uiteengezet heeft de rijksoverheid veel gedaan om de rechtspositie van de gebruikers van de zorgvoorzieningen te versterken. Verschillende patiëntenorganisaties werden gesubsidieerd en sinds 1982 ook het Landelijk Patiënten- en Consumentenplatform, dat in dat jaar werd opgericht op initiatief van de vakbond FNV. Als voorbeeld van een gesubsidieerde patiëntenorganisatie kan worden gewezen op de Cliëntenbond, die in '92 ongeveer *f.* 350.000,- mocht ontvangen.
- Een relatief grote subsidie werd in 1992 toegekend aan de Stichting deskundigheidsbevordering en ondersteuning huisartsen (SDO): twaalf miljoen gulden.

Aan het einde van deze paragraaf wordt er -wellicht ten overvloede- op gewezen dat de hierboven gegeven lijst van gesubsidieerde organisaties en instellingen op het gebied van de gezondheidszorg noch uitputtend noch representatief is.

§ 3.8 Subsidies voor structurele beleidsuitvoering

De grens tussen “subsidies voor organisaties” (vorige paragraaf) en “subsidies voor beleidsuitvoering” (deze paragraaf) is niet eenvoudig te trekken. Theoretisch is het onderscheid simpel: de subsidies die in de vorige paragraaf zijn behandeld dienen om steun te verlenen aan activiteiten die de rijksoverheid sympathiek vindt, maar waarvoor ze geen gericht beleid heeft ontwikkeld; de subsidies in deze paragraaf het gevolg zijn van een in principe duidelijk omschreven overheidsbeleid. Hiermee samenhangend een tweede verschil: de subsidies uit de vorige paragraaf zijn incidenteel of voor een vastgestelde periode, terwijl de subsidies die in deze paragraaf worden genoemd langdurig zijn. In de praktijk is het onderscheid minder helder en het probleem zit dan met name bij die volksgezondheidssubsidies die het meest overzichtelijk zijn: de officiële subsidieregelingen die in paragraaf 3.3 zijn genoemd. Het komt erop neer dat het dikwijls is voorgekomen, dat zelfstandige organisaties zó lang werden gesubsidieerd dat ze afhankelijk werden van rijkssteun; tegelijk bleek zo'n instelling dan onmisbaar te zijn geworden voor de uitvoering van het overheidsbeleid. In de jaren '50 werd aan dit gegeven de conclusie verbonden dat de tijdelijke subsidies een constante waren geworden en dat het beter was heldere regels op te stellen, zodat er geen rechtsongelijkheid tussen de verschillende verenigingen kon ontstaan. Met deze regelingen werd in wezen erkend dat het niet langer ging om de subsidiëring van een organisatie, maar om subsidie voor beleidsuitvoering. In deze paragraaf wordt het merendeel van deze -inmiddels afgeschafte- regelingen behandeld alsof het zou gaan om subsidies voor beleidsuitvoering (paragrafen 3.8.1 tot en met 3.8.9). Daarnaast zijn voorbeelden gegeven van enkele meer recente subsidies, die van begin af aan bedoeld zijn geweest voor beleidsuitvoering (vanaf paragraaf 3.8.10). In 1992 werd ongeveer de helft van het totale subsidiebudget van Volksgezondheid besteed aan laatstgenoemde subsidies. De in deze paragraaf te behandelen subsidies zijn overigens niet alleen gebaseerd op de hierboven beschreven regelingen. Voor sommige subsidies zijn nooit nadere regelingen afgekondigd, zodat de enige basis de Begrotingswet bleef, zoals bijvoorbeeld de aankoop van vaccins (zie paragraaf 3.8.20). Voor weer andere subsidies, zoals de uitvoering van de Destructiewet (zie paragraaf 3.8.19), wordt de basis gevormd door een formele wet.

§ 3.8.1 Landelijke en provinciale kruisorganisaties

Een centrale rol is in de Nederlandse gezondheidszorg weggelegd geweest voor de zogeheten kruisverenigingen. De eerste hiervan was het Witte Kruis, opgericht in 1875. Meer verenigingen volgden, en legden zich toe op uiteenlopende werkzaamheden, zoals de cholerabestrijding, de wijkverpleging, het aanleveren van verpleegartikelen, de lobby voor gezond drinkwater en betere woningen, gezondheidsopvoeding, ouderenzorg en de opleiding van wijkverpleegsters (vgl. paragraaf 3.8.18). In de loop der jaren veranderde dit takenpakket: de bestrijding van de cholera nam in belang af, terwijl de overheid de kruisorganisaties een rol toedacht bij de bestrijding van de tuberculose (zie paragraaf 3.8.2), de opleiding van kraamverzorgsters (paragraaf 3.8.5) en wijkverpleegkundigen (paragraaf 3.8.18), de zorg voor suikerpatiënten, diëtiëk en vooral de preventieve gezondheidszorg, bijvoorbeeld door de uitvoering van inentingsprogramma's. De kruisverenigingen waren het duidelijkst aanwezig in de vorm van het wijkgebouw (soms verbonden aan de kerk), waar de wijkverpleegsters, kraamverzorgsters en huisbezoeksters kantoor hielden en waar een depot was van verpleegmateriaal dat ter beschikking stond van de leden. Daarnaast beheerden de kruisverenigingen kraamcentra (zie paragraaf 3.8.5), consultatiebureaus voor zuigelingen- en kleuterzorg en -op provinciaal niveau- consultatiebureaus voor reuma en voor

geslachtsziekten (zie de paragrafen 3.8.6 en 3.8.12). Er was een zekere overlap met de taken van de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD): meer daarover in paragraaf 3.8.14.

Verzuild als Nederland was, werden de kruisverenigingen op levensbeschouwelijke grondslag georganiseerd: naast het Groene Kruis, dat voor iedereen openstond, waren er het Wit-Gele Kruis en het Oranje-Groene Kruis die hulp boden aan leden van respectievelijk rooms-katholieke en protestants-christelijke gezindte. Sinds 1911 kenden de kruisverenigingen landelijke koepelorganisaties.

Hiermee zouden de kruisverenigingen voor de overheid de logische gesprekspartner worden: namens de overheid voerden zij een deel van het gezondheidsbeleid uit en de overheid subsidieerde ze daarvoor op verschillende manieren. Aanvankelijk betrof de subsidie alleen (a.) de personele kosten voor de tuberculosebestrijding (zie paragraaf 3.8.2), maar vanaf 1952 werden daarnaast ook (b.) de andere personeelslasten voor preventieve taken op plaatselijk niveau gesubsidieerd. In totaal vielen op dat moment niet minder dan 2.800 wijkverpleegsters onder deze regeling, die in 1957 werd hernieuwd om haar beter in overeenstemming te brengen met de regelgeving inzake de sociale zekerheid en aanpassingen in de subsidieregelingen voor de kraamzorg (paragraaf 3.8.5) en de kinderouitzending (paragraaf 3.8.3). Tegelijk werd het subsidiepercentage verhoogd, waarmee deze regeling de duurste van alle volksgezondheidssubsidies werd.

(c.) Een volgende subsidiestroom naar de kruisverenigingen was die voor de kinderhygiëne.¹⁴ De hoge zuigelingensterfte tijdens en na de Eerste Wereldoorlog had de kruisorganisaties en de gemeentelijke overheden er al toe gebracht consultatiebureaus in te richten; de rijksoverheid speelde hier meteen op in door enkele geneeskundige inspecteurs voor de kinderhygiëne aan te stellen (Gezondheidswet 1919). Vanaf 1927 werd een uitgebreidere organisatie geformeerd en gefinancierd: subsidie werd verstrekt aan de consultatiebureaus en voor een op te richten overkoepelende organisatie (een verschil met de subsidie voor de tuberculosebestrijding -die zal worden behandeld in paragraaf 3.8.2 -is dat het geld niet aan een kruisvereniging werd uitgekeerd, maar aan een samenwerkingsverband waaraan kruisverenigingen deelnamen).

(d.) Kort na de Tweede Wereldoorlog konden de drie landelijke en dertig provinciale koepels al rijkssubsidie aanvragen.¹⁵ In 1962 werd deze geldstroom gereguleerd: zestig procent van de personeelslasten werden gedragen door de overheid. Tot en met 1970 werd het uitvoeringsbesluit van deze subsidieregeling niet minder dan twaalf keer gewijzigd, waarbij het subsidiepercentage voor de landelijke organisaties opliep tot honderd procent en voor de provinciale tot zeventig procent.¹⁶

(e.) Tot slot waren er nog bijdragen voor de bestrijding van reuma (zie paragraaf 3.8.6) en waren er nog incidentele subsidies van rijkswegen voor de bouw en inrichting van wijkcentra en ontsmettingsdiensten. Voorts subsidieerde de overheid de herinrichting van wijkcentra ten behoeve van vaccinatieprogramma's.

De breedte van het zorgpakket en de laagdrempeligheid ervan vormde het sterke punt van de kruisorganisaties. Men kon er zonder verwijsbriefje terecht voor de meest voorkomende klachten en het is dan ook niet verwonderlijk dat in de jaren '70 zo'n tachtig procent van de bevolking contributie betaalde om van het kruiswerk gebruik te mogen maken ("door allen voor allen"). Tegelijk vormde de toegankelijkheid van de zorg de achilleshiel van de organisaties, want men opereerde in kleine werkverbanden en het management van de meer dan 1.400 plaatselijke verenigingen was soms minder deskundig dan gewenst. Na adviezen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (in 1970 en 1974), en vergelijkbare geluiden in de Structuurnota (1974), gingen de drie nationale kruisorganisaties dan ook intensiever samenwerken en uiteindelijk fuseerden ze in 1977 tot één Nationale Kruisvereniging opdat de zorg gestructureerder kon worden aangeboden. In de jaren '80

¹⁴ Anders dan de drie voorgaande subsidiestromen is de subsidie voor de kinderhygiëne nooit vastgelegd in een officiële regeling (ook al werd die aangekondigd in de toelichting op artikel 85 van de begroting van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor het jaar 1960). Tot op heden geschiedt de subsidiëring van de kinderhygiëne op grond van de Begrotingswet.

¹⁵ Begroting van het ministerie van Sociale Zaken voor 1946, art. 106-108.

¹⁶ In verhouding tot de bedragen die omgingen bij de eerste drie geldstromen viel deze overigens te verwaarlozen. Voor bijvoorbeeld 1959 was er een kwart miljoen gulden mee gemoeid, terwijl er negen miljoen gulden was voor de personeelskosten van de lokale verenigingen, zeven miljoen voor de tuberculosebestrijding en twee miljoen voor de kinderhygiëne. Voor 1972 waren deze bedragen resp. vier, drieënveertig, achtien en elf miljoen gulden.

zouden de gewenste fusies op lokaal niveau plaatsvinden, tot er in 1990 nog zo'n 150 verenigingen over waren.

In februari 1973 aanvaardde de Tweede Kamer de motie-Veder-Smit om te komen tot één financieringsregeling voor de kruisverenigingen, die op dat moment nog vanuit contributies en uiteenlopende subsidies werden onderhouden. Toen mevrouw Veder-Smit staatssecretaris was geworden in het eerste kabinet-Van Agt bracht ze in 1980 een 'basispakket' van zorg ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: zuigelingen- en kleuterzorg, voorlichting, wijkverpleging en verpleegartikelen.¹⁷ Sommige voorzieningen bleven apart gefinancierd, zoals de geslachtsziekten- en de tuberculosebestrijding. De kraamzorg was al eerder een verstrekking geworden op grond van de Ziekenfondswet (zie paragraaf 3.8.5). Na 1980 werd nog slechts incidenteel subsidie verleend.

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
Voorwaarden waaraan plaatselijke verenigingen voor gezondheidszorg moeten voldoen om in aanmerking te komen voor rijkssubsidie	1952, 40	1952-1954	plaatselijke kruisorganisaties	33,3% van de personeelskosten
Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor plaatselijke instellingen voor preventieve gezondheidszorg	1957, 229	1955-1980		45,3% van de personeelskosten
Rijksregeling tot vaststelling van subsidievoorwaarden voor landelijke en provinciale kruisorganisaties	1961, 222	1961-1980	landelijke kruisorganisaties	60% tot 100% van de personeelskosten; 15% van de apparaatskosten
			plaatselijke kruisorganisaties	40% tot 70% van de personeelskosten; tot 25% van de apparaatskosten

§ 3.8.2 Tuberculosebestrijding

Aan het begin van de twintigste eeuw werd de bestrijding van de tuberculose georganiseerd door de gemeentelijke gezondheidsdiensten, de kruisorganisaties en een dozijn specifieke tuberculoseverenigingen, sinds 1907 verenigd in de Koninklijke Nederlandsche Centrale Vereniging ter bestrijding van Tuberculose (KNCV). Met name in de steden legden deze organisaties zich toe op het uitzenden van zogenaamde huisbezoeksters, die tuberculose patiënten de beginselen van de hygiëne moesten bijbrengen. De activiteiten werden gecoördineerd door de provinciale kruisverenigingen. Succesvol kon deze benadering echter niet genoemd worden en in 1918 werd de staatscommissie Heynsius van den Berg ingesteld, die de tuberculosebestrijding op een passender leest moest schoeien. Niet alleen erkende de rijksoverheid hiermee voor het eerst dat ze een zekere verantwoordelijkheid droeg voor de tuberculosebestrijding, maar ook voor de volksgezondheid in het algemeen. De directe aanleiding voor deze ommekeer was de Eerste Wereldoorlog: de gezondheid van de bevolking was verslechterd en de rekrutering van nieuwe soldaten begon gevaar te lopen. Het had nu in de rede gelegen een rijksdienst in te stellen, maar dat is niet wat gebeurde: de commissie stelde voor om gebruik te maken van de al bestaande particuliere organisaties, die "als het

¹⁷ Zie het Besluit hulp vanwege een kruisorganisatie Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1979, 250) en het PIVOT-rapport *Verzekerd van zorg. Een onderzoek naar instituties en wet- en regelgeving op het terrein van de bekostiging en verzekering als onderdeel van het stelsel van structuur en financiering van de gezondheidszorg, 1940 – 1990* (1993 Den Haag) door F. van Dijk.

ware uit naam van de regering” het beleid zouden uitvoeren en daarvoor subsidie zouden ontvangen. Concreet wilde dit zeggen dat een netwerk van gesubsidieerde consultatiebureaus zou worden ingesteld. In 1922 werd zo de eerste subsidieregeling op het terrein van de volksgezondheid van kracht. Kruis- en tuberculose-verenigingen die zich wilden laten subsidiëren moesten zich onderwerpen aan het toezicht door de inspecteurs van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Ook werden de plaatselijke verenigingen verplicht zich aan te sluiten bij provinciale verenigingen, die tot taak hadden de plaatselijke verenigingen te begeleiden.

Zowel de plaatselijke als de provinciale verenigingen kwamen voor subsidie in aanmerking. De plaatselijke organisaties kregen een tegemoetkoming in de salariskosten voor de huisbezoeksters; de provinciale verenigingen kregen die personeelskosten volledig vergoed en kregen daarnaast vergoedingen voor zowel de aanschaf van röntgenapparaten als de exploitatie van een consultatiebureau.

De bestrijding van de ziekte was in deze tijd vooral een kwestie van hygiëne en het isoleren van patiënten, die konden uitzieken in sanatoria (tuberculose werd dan ook minder als een medisch dan als een sociaal probleem beschouwd; toen in 1928 de Besmettelijke-Ziektenwet van kracht werd viel tuberculose hier dan ook niet onder). Daarom kregen de provinciale verenigingen ook een tegemoetkoming voor het verpleegfonds, waaruit de uitzending naar sanatoria van min- en onvermogenen kon worden gefinancierd.

Deze regeling zou uiteindelijk -met één hieronder te noemen wijziging- van kracht blijven tot 1957. In de strijd tegen de tuberculose werd gestaag vooruitgang geboekt. De Tweede Wereldoorlog deed de terreinwinst echter weer teniet, omdat veel mensen uit de Randstad naar de provincie gingen (hetzij om onder te duiken, hetzij om voedsel te verwerven). Ook de tuberculosebacillen verspreidden zich, zodat aan het einde van de bezettingsperiode de bestrijding weer van voren af aan kon beginnen. Er was groot gebrek aan sanatoriumbedden. Eén van de eerste overheidsmaatregelen was de aanschaf van 300 barakken om de ergste nood te lenigen: een eenmalige overheidssubsidie van drie miljoen gulden siert daarom de begroting van 1946.

Het bleek niet nodig. In 1943 had Waksman het geneesmiddel streptomycine ontdekt, waarmee de volksziekte zeer effectief kon worden bestreden. Vanaf 1946 werd het antibioticum ook in Nederland toegepast en zo werd de ziekte snel onder controle gebracht. In 1945 bedroeg de sterfte als gevolg van tuberculose nog 86 per 100.000 inwoners, zeventien jaar later waren dat er minder dan drie.

Toen de regeling in 1952 werd herzien kon ze op één punt worden gewijzigd: een verpleegfonds voor sanatoriumpatiënten was niet langer nodig. Het feit dat het woord “ziekenbezoekster” werd vervangen door “verpleegster” illustreert dat voor de plaatselijke kruisverenigingen de tuberculosebestrijding een bijzaak aan het worden was, waarvoor geen gespecialiseerde krachten meer nodig waren.

Het beleid in de jaren '50 kon er dan ook op gericht zijn nieuwe gevallen vroegtijdig op te sporen en besmettingen te voorkomen. Daarom verlegden de provinciale verenigingen hun activiteiten naar het bevolkingsonderzoek, waarbij mensen met een röntgenapparaat werden doorstraald. Eén en ander werd gereguleerd in de Wet bevolkingsonderzoek op tuberculose (Stb. 1951, 288). Dit leidde tot een verhoging van de uitgaven teneinde voor de consultatiebureaus, waar de onderzoeken werden verricht, de benodigde röntgenapparatuur en de noodzakelijke administratie te bekostigen. Een andere kostenverhogende factor was de decentralisering.¹⁸

Met deze bevolkingsonderzoeken werd de volksziekte verder teruggedrongen. In 1979 werd het dan ook verantwoord geacht om de verplichte driemaandelijke tuberculosekeuring voor onderwijzend en verpleegkundig personeel af te schaffen. Dit hing mede samen met het feit dat men anders was gaan denken over de eerder genoemde grootschalige onderzoeken. Ze hadden weliswaar bijgedragen tot de terugdringing van de tuberculose, maar men vreesde dat de straling de kans op kanker vergrootte. Om deze reden nam de hoofdinspecteur in 1975 het initiatief de bevolkingsonderzoeken te beperken. Tuberculose werd steeds meer beschouwd als een ziekte als alle andere. Toen de Besmettelijke-Ziektenwet van 1928 werd vervangen door de Wet bestrijding infectieziekten (Stb. 1974, 725) werd de

¹⁸ Begroting van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor 1956, toelichting bij artikel 95; vgl. Begroting van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor 1957, toelichting bij artikel 97; Begroting van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor 1958, toelichting bij artikel 83.

uitzonderingspositie van de tuberculose-bestrijding niet gehandhaafd.¹⁹ In 1979 adviseerde de werkgroep-Burema de strijd tegen de ziekte te integreren in de basisgezondheidsdiensten, hoewel de wettelijke grondslag hiervoor nog enigszins onduidelijk bleef (zie voor deze materie paragraaf 3.8.14). Daarom was tussen 1981 en 1989 een interim-subsidieregeling van kracht. Opmerkelijk hierin zijn de bepalingen over de opheffing van een consultatiebureau, het gebruik van röntgenapparatuur voor andere doeleinden dan tuberculose-onderzoek en de ministeriële bevoegdheid de instellingen een andere taak op te dragen.

Met het in werking treden van de basisgezondheidsdiensten werd de interim-subsidieregeling ingetrokken; de fondsen werden overgeheveld naar het Gemeentefonds.

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
Voorwaarden voor het verkrijgen van subsidie voor tuberculosebestrijding	1941, 35	1941-1946	plaatselijke verenigingen	21 – 66,6% van de salariskosten voor het huisbezoek
			provinciale verenigingen	consultatiebureau; personeelskosten; verpleegfonds; röntgenapparatuur
	1946, 223	1946-1951	plaatselijke verenigingen	28 – 60% van de salariskosten voor het huisbezoek
			provinciale verenigingen	consultatiebureau; personeelskosten; verpleegfonds; röntgenapparatuur
	1952, 88	1952-1956	plaatselijke verenigingen	66,6% van de salariskosten voor het huisbezoek
			provinciale verenigingen	consultatiebureau; personeelskosten; röntgenapparatuur
Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de provinciale verenigingen tot bestrijding der tuberculose	1957, 250	1957-1980	provinciale verenigingen	100% van de personeelskosten, reizen verblijfkosten, huisvestings-, apparaats- en onderzoekskosten
Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de plaatselijke specifieke verenigingen tot bestrijding der tuberculose	1957, 251	1957-1980	plaatselijke verenigingen	67 – 72,5% van de salariskosten voor het huisbezoek
Interim-subsidieregeling voor instellingen die consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding in stand houden	1980, 249	1981-1989	instellingen die consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding in stand houden	100% van de personeelskosten en onderzoekskosten
Vervallen verklaring idem	1989, 251			

¹⁹ Zie voor de infectieziektebestrijding het PIVOT-rapport van J.J. Philippi, *Ter voorkoming van erger. Een institutioneel onderzoek naar het beleidsterrein infectieziektebestrijding en preventieve gezondheidszorg, 1945-1996* (Den Haag)

Vaak is het nuttig om iemand te verplegen buiten zijn vertrouwde leefomgeving, zonder dat dat onmiddellijk ziekenhuisopname hoeft te betekenen. Met name bij de tuberculosebestrijding was het zinvol patiënten uit de stad naar de frisse buitenlucht in de provincie te sturen. In 1883 werden dergelijke uitzendingen voor het eerst georganiseerd: twintig Amsterdamse “bleekneusjes” verbleven een paar weken in het hotel bij de piramide van Austerlitz. Een jaar later kwam de Vereniging voor Gezondheids- en Vacantiekolonies tot stand, later gevolgd door vergelijkbare organisaties die meestal op levensbeschouwelijke grondslag waren gebaseerd. Sinds 1900 overlegden zij in het Centraal Genootschap voor Kinderherstellingsoorden en Gezondheidskolonies. Naast de vakantiekolonies ontstonden de gezondheidskolonies, waar men voor langere tijd kon verblijven, en de herstellingsoorden.

De Leerplichtwet van 1900 en de Gezondheidswet van 1901 stelden de overheid verantwoordelijk voor de hygiënische nadelen van de leerplicht; schoolartsen en onderwijzers namen de taak op zich om kinderen voor uitzending aan te wijzen.

Gesubsidieerd werden de verenigingen sinds 1910, waarbij de gemeente Amsterdam het voortouw nam. Het Rijk toonde vanaf 1919 belangstelling, wat samenhang met de invoering van de tuberculose-subsidie (zie paragraaf 3.8.2). In 1930 werden vaste voorwaarden geformuleerd voor de subsidiëring; vanaf 1934 gold een subsidieregeling. De subsidie voor de kinderuitzending werd verstrekt op basis van de verzorgingsdagen; iets wezenlijk nieuws in het stelsel van overheidssubsidiëring.

Op instigatie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid kwam in 1923 de Centrale Raad voor de Kinderuitzending tot stand, die de taken van het eerder genoemde Centraal Genootschap overnam, de belangen van de lokale Raden voor de Kinderuitzending -de oude verenigingen- behartigde en de opleiding tot kinderverzorgster in koloniehuisen reguleerde.

Na de Tweede Wereldoorlog werd de tuberculose onder controle gebracht (de verplichte keuring op tuberculose zou overigens pas in 1979 uit de subsidievoorwaarden verdwijnen). Nu kon de kinderuitzending van karakter veranderen en konden ook sociale en psychische indicaties aanleiding voor uitzending vormen. Een nieuw aandachtspunt was dan ook het medisch kleuterdagverblijf (MKD), een vorm van dagbehandeling voor kinderen van 2 tot 6 jaar oud, die in hun ontwikkeling bedreigd waren. Hoewel de eerste MKD's dateren uit de jaren '20, werden ze vanaf 1956 gesubsidieerd in het kader van de kinderuitzending. De subsidieregeling handhaafde de mogelijkheid kinderen naar vakantiekolonies uit te zenden, maar dit werd meer en meer een dode letter.

In de jaren '60 werd het stelsel geëvalueerd, wat ertoe leidde dat het in 1970 werd gesplitst in uitzending op sociale en op medische indicatie. De eerste groep -uitzending op sociale indicatie- kreeg de vorm van de zogeheten sociaal-pedagogische kindertehuizen, die werden gefinancierd op basis van de Algemene bijstandswet. Voor uitzending op medische indicatie werden de medische kindertehuizen (zoals het MKD) gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en na 1988 op grond van de Wet op de jeugdhulpverlening.

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de kinderuitzending	1934, 12	1934-1956	organisaties die koloniehuisen of buitenscholen exploiteren of die kinderen naar gezinnen uitzenden	verpleegkosten voor kinderen tussen 3 en 14 jaar

	1956, 123	1956-1988	organisaties die koloniehuzen, kleuterdagverblijven of buitenscholen exploiteren of die kinderen naar gezinnen uitzenden	verpleegkosten voor kinderen tussen 1 en 14 jaar
--	-----------	-----------	--	--

§ 3.8.4

Geneeskundig en hygiënisch schooltoezicht

De Leerplichtwet van 1900 en de Gezondheidswet van 1901 stelden de overheid verantwoordelijk voor de hygiënische nadelen van de leerplicht. Daarom werd in 1904 de eerste schoolartsdienst opgericht (in Zaandam); andere steden volgden. Deze diensten hadden een dubbele taak. Enerzijds hielden ze geneeskundig toezicht op de leerlingen, wat inhield dat kinderen werden onderzocht op ziekten, dat er gecontroleerd werd op bijvoorbeeld ooraandoeningen, dat er werd geselecteerd voor uitzending (zie paragraaf 3.8.3) en dat de "pietjeszuster" kinderen op luizen onderzocht. Anderzijds hielden de schoolartsen hygiënisch toezicht op de gebouwen. Meestal ressorteerden ze onder de gemeentelijke gezondheidsdienst; het waren dus de gemeenten die het schooltoezicht financierden. Op het platteland bestond niet iets dergelijks; het zou in de rede hebben gelegen dat de kruisorganisaties -die ten plattelande vaak de werkzaamheden verrichtten waarvoor de GGD'en in de steden zorg droegen- iets organiseerden, maar dit gebeurde niet. De provincies hebben geprobeerd om de plattelandsgemeenten te helpen bij het oprichten van schoolartsendiensten, waarbij meestal een subsidie werd verstrekt die bestond uit een deel van de gemaakte kosten (variërend van een tiende tot een derde). De meeste provinciale subsidieregelingen waren bedoeld als tijdelijke voorziening en zouden worden ingetrokken als er een rijkssubsidierегeling zou zijn. Die regeling kwam er in 1942: het Rijk zou een derde van alle netto-uitgaven dragen. Hieronder vielen dus de apparaatskosten en de loonkosten van de artsen en van de verpleegsters. Zoals gebruikelijk was één van de voorwaarden dat de gesubsidieerde partij zich moest onderwerpen aan het Staatstoezicht. Na de Tweede Wereldoorlog rezen er bezwaren tegen de schoolartsenbesluit: het was uitgevaardigd in oorlogstijd, en de legitimiteit was daarom aanvechtbaar. De confessionele politieke partijen waren bovendien principieel gekant tegen elke vorm van overheidsinvloed op de scholen van hun zuil. Na korte tijd ingetrokken te zijn geweest, werd de regeling in 1948 door minister Drees opnieuw uitgevaardigd, zonder dat de inhoud wezenlijk was aangepast. De regeling bereikte het beoogde doel, en schoot dat vervolgens voorbij. Het Wit-Gele en het Oranje-Groene Kruis gingen zich bezighouden met het schooltoezicht voor resp. de rooms-katholieke en de protestants-christelijke scholen. Het Rijk speelde hier na de Tweede Wereldoorlog op in met steeds nieuwe circulaire's, waarvan de inhoud werd toegesneden op deze schoolartsendiensten op levensbeschouwelijke grondslag (overigens werd daarbij uitdrukkelijk als voorwaarde gesteld dat ook openbare scholen desgevraagd bediend moesten worden). Extra subsidies werden verstrekt voor bijscholingscursussen.²⁰ Het gevolg was een wildgroei van circulaire's en een nogal onoverzichtelijke situatie, waarin niet alle kruisverenigingen dezelfde rechten en plichten bleken te hebben. In 1962 heeft staatssecretaris Roolvink aan deze situatie een einde gemaakt: alle circulaire's werden ingetrokken en de oude subsidiegrondslag werd vervangen door een nieuwe. Tot dat moment was in principe een derde van alle netto-kosten voor rijksrekening gekomen; voortaan zou de overheid 45 procent van de salariskosten van de schoolartsen, de schoolverpleegster en de administratieve hulpkracht gaan vergoeden. Deze operatie kon budget-neutraal worden uitgevoerd. Het percentage zou in de loop der jaren oplopen tot 100, zodat op den duur het beslag op de begrotingsruimte groeide. De schoolartsendiensten worden gerekend tot de preventieve gezondheidszorg. Per 1 januari 1989 zijn de subsidieregelingen op dat terrein -en dus ook die voor de schoolartsendiensten- vervangen

²⁰

Begroting van het ministerie van Sociale Zaken voor 1957, toelichting bij art. 136.

door rijksbijdragen aan het Gemeentefonds; dit hing samen met de invoering van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en de komst van de basisgezondheidsdiensten. Deze materie zal worden behandeld in paragraaf 3.8.14.

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
Schoolartsenbesluit		1942-1947	schoolartsendiensten	33,3% van alle kosten
Circulaire d.d. 11 februari 1948	H/PSD/Vgz 3942	1948-1962		
Circulaire d.d. 3 mei 1962	SZV/Vgz/PGZ 20270	1962-1980		45% van de personeelslasten
Circulaire d.d. 1 augustus 1980	158029	1980-1989		100% van de personeelslasten
Vervallenverklaring subsidieregelingen collectieve preventie volksgezondheid	1989, 26			

§ 3.8.5 Kraamzorg

Verloskundigen spelen vanouds een belangrijke rol in de zorg rond zwangerschap en bevalling. Al aan het begin van de negentiende eeuw waren er vakopleidingen; de medische status van de verloskundige werd in 1865 vastgelegd in één van Thorbecke's gezondheidswetten.

In 1927 werd de Commissie inzake kraamhulp ingesteld, die tot taak had de opleidingen voor de kraamzorg te reguleren. Zij erkende alleen diploma's die door de kruisverenigingen waren uitgereikt: dat voor baker (of kraamverzorgster) en dat voor vroedvrouw (of verloskundige, een specialisatie van de gewone A-verpleegkundige). De overheidsbemoeienis, met wat voordien een privé-aangelegenheid was geweest, stuitte echter op maatschappelijke weerstand en naast de gediplomeerde bakers bleef er een informeel circuit van "wilde bakers" bestaan. Dit waren vaak familieleden die 'om niet' assisteerden na een bevalling.

In de meeste Europese landen was de situatie niet anders, en in de regel werd besloten de kraamzorg zoveel mogelijk onder te brengen bij professionele ziekenhuizen. Op deze regel vormde Nederland een uitzondering, omdat men hier besloot tot het systeem van interne kraamzorg. Kraamverzorgsters nemen gedurende tien dagen de huishouding over van de moeder, wat het eenvoudiger maakte om de bevalling thuis te laten plaatsvinden; vanuit hygiënisch oogpunt is dat namelijk beter dan een bevalling in het ziekenhuis. Het systeem werd gedurende de oorlogsjaren geïntroduceerd.

De opzet was dat leerling-kraamverzorgsters -in de regel meisjes van rond de zestien jaar oud- onder auspiciën van de kruisverenigingen gedurende ongeveer een jaar zouden worden opgeleid. Hun theoretische scholing zou drie maanden duren; het was de bedoeling dat een kraamdocente les gaf in een parochiezaaltje, een verenigingsgebouw of (ten plattelande) bij de docente thuis. Daarna zou het praktische gedeelte volgen in de vorm van een acht maanden durende stage op het kraamcentrum. Deze laatste instelling moest tevens dienen voor het propageren van hygiënische maatregelen, voor bemiddeling bij het plaatsen van verzorgsters in gezinnen, voor het houden van toezicht op haar activiteiten en voor coördinatie met artsen en verloskundigen. Het personeel bestond uit docentes, kraamverzorgsters en leerlingen.

Na de oorlog bleef dit systeem gehandhaafd en maakte de regering de middelen vrij om één en ander te subsidiëren. Vanaf 1946 (in dat jaar op basis van artikel 49 van de begroting van het ministerie van Sociale Zaken) werd subsidie verstrekt aan kruisverenigingen die kraamcentra onderhielden. Hiermee hoopte de overheid de concurrentie van ongediplomeerde krachten de wind uit de zeilen te nemen.

Op 1 januari 1956 werd de Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de kraamzorg van kracht, waarmee de overheid de kruisorganisaties ondersteunde die een kraamcentrum exploiteerden. Als gebruikelijk impliceerde een subsidie-aanvraag dat het Staatstoezicht de bevoegdheid kreeg de aanvrager te controleren. Even traditioneel was de norm dat

het personeel moest zijn gecontroleerd op tuberculose en voorzien van de juiste diploma's. Gesubsidieerd werden 75 tot 77½ procent van de salariskosten van de docentes. In de salariëring van de kraamverzorgsters werd voorzien door voor elk van de tien (soms veertien) dagen waarop zij werkzaam waren voor een gezin een jaarlijks te bepalen bedrag uit te keren. In de loop der jaren zou deze ene regeling worden vervangen door een aantal regelingen die betrekking hadden op deelterreinen:

- de interne kraamzorg werd een ziekenfondsverstrekking;
- voor de praktische opleiding in de kraamcentra werd een subsidieregeling van kracht en een normenbesluit;
- voor de theoretische opleiding werd een andere subsidieregeling ingevoerd.

Zoals gezegd werd de interne kraamzorg gesubsidieerd in de vorm van een jaarlijks te bepalen bedrag per zorgdag. Aanvankelijk kwam dit bedrag overeen met ruim een derde van de kosten, maar dat bleek al snel onvoldoende. Het loon van een kraamverzorgster was namelijk vrij laag en er waren te weinig meisjes die het werk tegen die betaling wilden doen. De overheid besloot daarom de lonen te verhogen en compenseerde de kraamcentra voor deze extra kosten door het subsidiepercentage te verhogen tot 45 procent.²¹ Zo kwam het dat deze subsidieregeling één van de meest kostbare werd die het Rijk kende: vanaf 1963 vormde de kraamzorg de op één na grootste kostenpost op de begroting voor Volksgezondheid (na de personeelskosten van de kruisverenigingen en vóór de tuberculosebestrijding).

Drie jaar later werd de kraamzorg omgezet in een ziekenfondsverstrekking,²² zodat de subsidie voor de interne kraamzorg kwam te vervallen: per verzorgingsdag werd door het ziekenfonds een bepaald bedrag betaald aan de verzekerde (in de meeste gevallen dus de vader). De overige kosten golden als eigen bijdrage van het gezin.

In de periode 1970-1978 nam het aantal kraamverzorgingen snel af. Niet alleen daalde het geboortecijfer met ruim dertig procent, maar ook nam de ziekenhuisbevalling in populariteit toe: in 1970 vond nog bijna 60 procent van alle bevallingen thuis plaats, in 1978 was dat minder dan 40 procent. Het aantal kraamverzorgingen daalde hiermee evenredig en de overheid maakte zich zorgen om de werkgelegenheid van de kraamverzorgsters. Een eerste maatregel was om ook particulier verzekerden het recht te geven gebruik te maken van deze ziekenfonds-verstrekking. Ook werd nu kraamzorg verleend na bevalling in het ziekenhuis.

In de jaren '90 bestonden er nog 77 kraamcentra, die op dat moment niet langer door de kruisverenigingen werden onderhouden maar die zelfstandig waren. In 1992 waren zij betrokken bij 75 procent van alle bevallingen.

Zoals gezegd was de praktische opleiding van de kraamverzorgsters in handen van de kraamcentra en was ze geregeld met dezelfde subsidieregeling als de interne kraamzorg. Toen deze laatste na 1966 via het ziekenfonds gefinancierd werd, was een nieuwe subsidieregeling voor de loonkosten van de docentes noodzakelijk. Aanvankelijk was er een Overgangsregeling subsidiëring kraamzorg, die in 1973 werd vervangen door het Besluit subsidiëring kraamcentra, waarmee de loonkosten van de docentes volledig werden gefinancierd. Dit besluit zou nog twee keer worden gewijzigd eer het in 1981 werd ingetrokken.

Deze subsidieregeling bestond overigens uit twee delen, een innovatie die haar oorsprong vond bij de opleiding tot wijkverpleegster (zie paragraaf 3.8.18). Bij de opleiding bestonden twee regelingen naast elkaar, namelijk een regeling met voorwaarden waaraan de opleidingscentra moesten voldoen om subsidie te krijgen en een subsidieregeling die de hoogte van de subsidie bepaalde. Deze scheiding van voorwaarden en financiering werd nu geïntroduceerd in de kraamzorg. In het Besluit subsidiëring kraamcentra van 1973 werden alleen de financiële bepalingen opgenomen; de normen werden in een

²¹

Begroting van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor 1963, Memorie van Toelichting.

²²

Zie Beschikking Kraamzorg Ziekenfondsverzekering (Stcrt. 1966, 3) en Besluit Kraamzorg Ziekenfondsverzekering (Stcrt. 1969, 49)

aparte regeling opgenomen, het Besluit normen en voorwaarden kraamcentra. Het laatstgenoemde besluit is nog altijd van kracht.

De subsidies ten behoeve van de docentes die verbonden waren aan de kraamcentra hadden betrekking op de praktische opleiding van de kraamverzorgsters. De overheid subsidieerde echter ook de theoretische opleiding, althans nadat de kruisorganisaties er aan het einde van de jaren '50 toe waren overgegaan kraaminternaten te openen waar kraamverzorgsters gedurende vier maanden konden worden opgeleid met een kwalitatieve en kwantitatieve intensiteit die daarvoor ondenkbaar was geweest. In 1962 verstrekke het Rijk voor de eerste keer subsidie,²³ twee jaar later gevolgd door een officiële subsidieregeling naar analogie van de Nijverheidsonderwijswet.

De Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden kraaminternaten is niet ingetrokken. Op dit moment geschiedt de opleiding tot kraamverzorgster in het kader van het Middelbaar Dienstverlenings- en Gezondheidszorgonderwijs, afdeling Verzorging (MDGO-VZ).

Tot slot zij eraan herinnerd dat er naast de "kraamverzorgster" ook nog een "verloskundige" bestaat. Ook de opleiding voor verloskundige werd gesubsidieerd. Dit gebeurde niet op grond van een officiële regeling, maar op grond van de Begrotingswet.

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de kraamzorg	1956, 63	1954-1955	organisaties die een kraamcentrum exploiteren (kruisverenigingen)	70 à 75% van de loonkosten van het onderwijzend personeel; 35% van de loonkosten van kraamverzorgsters
		1956-1965		75 à 77% van de loonkosten van het onderwijzend personeel; 35% van de loonkosten van kraamverzorgsters
Overgangsregeling subsidiëring kraamzorg vanwege kraamcentra	1965, 252	1966-1973		75 à 77,5% van de personeelslasten
Besluit subsidiëring kraamcentra	1973, 200	1973-1976		100% van de personeelslasten
	1976, 120	1976-1980		
Wijziging idem	1980, 48			50% van de personeelslasten
Intrekking idem	1981, 40			
Besluit normen en voorwaarden kraamcentra	1973, 200	1973-	kraamcentra	
Wijziging idem	1977, 90			
Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden kraaminternaten	1964, 145	1964-	kruisorganisaties die een kraaminternaat exploiteren	100% van alle kosten
Wijziging idem	1971, 7			
Wijziging idem	1975, 208			
Wijziging idem	1975, 235			

§ 3.8.6

Reumabestrijding

²³

Begroting van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor het jaar 1962, artikel 99.

Op 18 november 1939 werd in de algemene bestuursvergadering van de Nederlandse Vereniging tot Reumatiekbestrijding -opgericht in 1926- een commissie ingesteld met de opdracht richtlijnen op te stellen voor de organisatie van de bestrijding van de verschillende vormen van reuma. Deze commissie heeft voorgesteld rijkssubsidie aan te vragen voor de consultatiebureaus die de vereniging samen met de kruisverenigingen exploiteerde. Tijdens de Duitse bezetting werd inderdaad een bescheiden subsidie verstrekt op grond van de Rijksbegroting, zodat een tekort op de begroting kon worden aangevuld ('ultimum remedium', zie paragraaf 3.7). Na de bevrijding werd aan deze subsidie, inmiddels gestegen tot f. 250.000,-, een aanvullende subsidie toegevoegd uit het Prophylaxefonds. Op 1 januari 1957 trad de Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de reumatiekbestrijding in werking. Aan provinciale kruisverenigingen die zich toelegden op de reumabestrijding werden alle loonkosten vergoed en de helft van de kosten die waren gemaakt voor het medische onderzoek. Dit kwam neer op 80 procent van de totale kosten. Aanleiding was dat er ongelijkheid was ontstaan tussen de gesubsidieerde partijen: door een bonus op financieel wanbeleid te zetten, werden kruisverenigingen die hun financiën niet op orde hadden bevoordeeld boven de kruisverenigingen die een meer gedegen beleid voerden. Eén en ander leidde tot een drastische verhoging van de overheidsuitgaven.²⁴

Vanaf 1980 zijn de meeste activiteiten van de kruisverenigingen ondergebracht in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De reumabestrijding behield een uitzonderingspositie.

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de reumatiekbestrijding	1956, 234	1957-	provinciale organisaties voor reumatiekbestrijding	100% van de personeels- en reiskosten; 50% van de kosten verbonden aan het onderzoek

§ 3.8.7 Provinciale revalidatie-instellingen

Net als bij de oprichting van de kruisverenigingen en de tuberculoseverenigingen werd het initiatief tot het oprichten van revalidatie-instellingen genomen door particulieren: in 1899 werd in Arnhem de Vereniging tot Verzorging van Gebrekkige en Mismaakte Kinderen in Nederland opgericht, die een jaar later een tehuis voor gehandicapte kinderen opende. Later zou de vereniging haar naam nog een paar keer veranderen: de Centrale Vereniging voor Lichamelijk Gebrekkigen (CVLG, vanaf 1926), de Nederlandse Centrale Vereniging voor Gebrekkigenzorg (NCVG, vanaf 1952), de Nederlandse Centrale Vereniging tot bevordering van de Revalidatie (NCVR, vanaf 1964) en tenslotte de Nederlandse Vereniging voor Revalidatie (NVR, vanaf 1971).

Het denken over de revalidatie van patiënten kreeg een impuls tijdens de Tweede Wereldoorlog toen men gewonde soldaten zo snel mogelijk weer op de been moest zien te krijgen, niet alleen fysiek maar ook mentaal en maatschappelijk. Medici, paramedici, psychologen, maatschappelijk werkers, arbeidstherapeuten en onderwijzers werkten samen; als coördinator gold de revalidatie-arts. Na de oorlog werden de verworven inzichten ook toegepast in de civiele geneeskunde, wat leidde tot een wildgroei aan organisaties. Verschillende hiervan werden door de Rijksoverheid gesubsidieerd, zoals de Nederlandse Vereniging tot Bevordering van de Arbeid voor Onvolwaardigen (AVO). Pas na ingrijpen van staatssecretaris Muntendam werd in 1952 besloten dat de NCVG het centrale orgaan zou zijn waarin de inmiddels ruim dertig organisaties voor gehandicaptenzorg zouden samenwerken. In 1961 publiceerde de Raad voor Revalidatie (RvR, ingesteld in 1954) een rapport over de provinciale organisatie van de revalidatie. In de jaren '50 waren adviserende, coördinerende en hulpverlenende provinciale instellingen ontstaan; tot de betrokken partijen behoorden ook de

²⁴ Begroting van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor 1956, toelichting bij artikel 111.

kruisverenigingen en het algemeen maatschappelijk werk. De RvR adviseerde om de betrokken hulpverleners van de provinciale instellingen over te plaatsen naar het kruiswerk en alleen de coördinerende en adviserende taken te laten aan de Provinciale Revalidatie Stichtingen (PRS). In dit kader werd in 1964 de Voorlopige rijksregeling subsidiëring provinciale revalidatie-instellingen van kracht. Net als voor de kruisverenigingen en de provinciale verenigingen voor de tuberculosebestrijding werden alle personeelskosten vergoed. Als voorwaarde voor het verkrijgen van subsidie gold dat een provinciale instelling een commissie moest gaan opzetten die adviezen gaf op organisatorisch vlak. Er was dus sprake van wat tegenwoordig een stimuleringsregeling genoemd zou worden.

Al in de jaren '60 bleek dat deze provinciale instellingen niet naar wens functioneerden. Daarbij kwam de emancipatie van de gehandicapten vanaf het begin van de jaren '70: de betrokkenen wilden ook betrokken worden bij het provinciale overleg (men sprak overigens steeds minder van revalidatie, omdat de uitdrukking als betuttelend en paternalistisch werd ervaren). Een derde reden om de Voorlopige rijksregeling subsidiëring provinciale revalidatie-instellingen te vervangen was de decentralisatie. Met de Rijksbijdrageregeling Provinciaal Overleg Revalidatie werd vanaf 1979 het geld, dat voordien rechtstreeks was uitgekeerd aan de PRS'en, overgeheveld naar de provincie die verantwoordelijk werd voor de organisatie van het te houden overleg.

Een andere subsidie met betrekking tot de revalidatie is die van de SWOR (zie paragraaf 3.6.2)

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
Voorlopige rijksregeling subsidiëring provinciale revalidatie-instellingen	1964, 149	1964-1979	provinciale instellingen die een organiserende, stimulerende, coördinerende, algemeen voorlichtende en adviserende taak verrichten op het gebied van de revalidatie	100% van de personeelskosten; vast bedrag voor vervoerskosten
Rijksbijdrageregeling provinciaal overleg revalidatie	1979, 81	1979-	provincies	provinciale subsidiëring van personeelskosten en overige kosten van instellingen

§ 3.8.8 Sociaal-medische consultatiebureaus

De sociaal-medische consultatiebureaus -waarvoor twee rijkssubsidieregelingen werden afgekondigd in 1960 en 1963- zijn de voorlopers van de huidige consultatiebureaus voor alcohol en drugs. De subsidiëring ervan is reeds behandeld in het PIVOT-rapport van J. van der Meer en M. Schaap, getiteld *Onder invloed. Een institutioneel onderzoek naar het overheidshandelen ten aanzien van verslaving, 1945 – 1996* (Den Haag). Daarnaast zij hier verwezen.

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
Rijksregeling subsidievoorwaarden sociaal-medische consultatiebureaus voor alcoholisme	1960, 191	1960-1978	instellingen die een consultatiebureau voor alcoholisme in stand houden en tevens vallen onder de Reclasseringsregeling	100% van de personeelskosten

Rijksregeling subsidievoorwaarden sociaal-medische consultatiebureaus voor alcoholisme, niet vallende onder de Reclasseringsregeling 1947	1963, 43	1963-	instellingen die een consultatiebureau voor alcoholisme in stand houden en niet vallen onder de Reclasseringsregeling	
Rijksregeling subsidiëring consultatiebureaus voor alcohol en drugs	1978, 225	1979-1987	instellingen die een consultatiebureau voor alcohol en drugs in stand houden	100% van de personeelskosten en andere, door de minister goedgekeurde, uitgaven
Rijksregeling subsidiëring consultatiebureaus voor alcohol en drugs 1988	1987, 249	1988-1989		
Tijdelijke financieringsregeling verslavingszorg	Stb. 1990, 210	1990-1993	(regio)gemeenten en instellingen voor verslavingszorg	de kosten van de verslavingszorg in de regio's; uitvoering van landelijke voorzieningen en/of experimenten (budgetsubsidies t.b.v. het ontwikkelen en in de praktijk beproeven van nieuwe- en het verbeteren van bestaande methoden, werkvormen of hulpmiddelen)
Tijdelijk subsidiebesluit verslavingsbeleid	Stb. 1994, 79	1994-	instellingen voor verslavingszorg	uitvoeren van landelijke voorzieningen en/of projecten, experimenten en onderzoek (budgetsubsidies)

§3.8.9 Ambulante geestelijke gezondheidszorg

Sinds 1982 is de ambulante geestelijke gezondheidszorg georganiseerd in de RIAGG's, de Regionale Instellingen voor Ambulante geestelijke Gezondheidszorg.²⁵ Hierin zijn verschillende oudere instellingen samengevoegd, waarvan er hieronder vier zullen worden beschreven.

(a.) Vooreerst waren er de Medisch-Opvoedkundige Bureaus (MOB), bedoeld voor kinderen (tot achttien jaar) met aanpassingsmoeilijkheden. Het idee was afkomstig uit de Verenigde Staten, waar men in de jaren '20 redeneerde dat preventieve psychiatrische zorg toenemende psychische moeilijkheden kon voorkomen. In de Child Guidance Clinics benaderde men probleemkinderen vanuit verschillende disciplines: somatisch en psychiatrisch, als individu en als gezinslid, curatief en preventief. Het idee werd in Amsterdam overgenomen en zo ontstond in 1928 het eerste medisch-opvoedkundig bureau; elders werd het initiatief nagevolgd. De bureaus dienden ook om de kinderrechtter en de kinderbescherming te adviseren.

Meteen na de Tweede Wereldoorlog werden de eerste rijkssubsidies verstrekt, eerst incidenteel en zonder vaste berekeningsmethode, maar sinds 1959 op grond van een regeling. De overheid trok

²⁵ Zie voor de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen het PIVOT-rapport van R. Ubachs, *In eigen hand. Een institutioneel onderzoek naar het overheidshandelen inzake patiëntenbeleid 1945 – 1997* (Den Haag).

bovendien meer geld uit, omdat er lange wachtlijsten bestonden. MOB's die in aanmerking wilden komen voor subsidie, moesten zich onderwerpen aan het Staatstoezicht; verder was er een verplichting dat er minimaal één psychiater-directeur, een kinderarts, een psychiatrisch sociaal-werker, een psycholoog en een administrateur werkzaam moesten zijn bij een gesubsidieerd MOB. Veertig procent van hun personeelslasten werd gesubsidieerd; als een pedagoog aan het MOB was verbonden, werd ook zijn salaris gesubsidieerd.

(b.) De eerste Sociaal-Psychiatrische Dienst (SPD) werd in 1928 opgericht door de gemeente Rotterdam. De gemeente was namelijk verantwoordelijk voor de opnamekosten van een psychiatrische patiënt; ze had er dus belang bij te voorkómen dat iemand moest worden opgenomen (of zou recidiveren). Ook elders in het land ontstonden sociaal-psychiatrische diensten ten behoeve van de voor- en nazorg. Hiermee was de sociale psychiatrie geboren, een benadering die lang uniek in de wereld is gebleven en waarvoor men vanuit het buitenland veel belangstelling heeft getoond. Na de Tweede Wereldoorlog hebben de SPD's een sterke groei doorgemaakt. Gewijzigde behandelmethoden maakten het mogelijk patiënten eerder uit inrichtingen te ontslaan, terwijl het gebruik van tranquillizers de mogelijkheid schiep mensen langer in hun eigen omgeving te behandelen. Op het moment dat de RIAGG's hun werkzaamheden begonnen, leverden de SPD's de helft van al het personeel.

Door incidenteel subsidie te verstrekken, stelde de rijksoverheid de SPD's in staat met de vraag mee te groeien; één en ander werd gereguleerd in 1961. De subsidieregeling is bijna identiek aan die voor de MOB's: men moest zich laten controleren door het Staatstoezicht en kon 40 procent van de personeelslasten declareren. De samenstelling van het team was echter iets anders: verplicht was de aanwezigheid van een psychiater-directeur, een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en een administrateur; niet verplicht -maar wel gesubsidieerd- waren een psycholoog en een psychiatrisch sociaal-werker.

(c.) De Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden zijn ontstaan in de crisisjaren, de jaren '30, toen sommige gezinnen niet alleen financieel, maar ook psychisch in de knel raakten. De regeling die in 1957 werd uitgevaardigd door het ministerie van Maatschappelijk Werk en dat van Sociale Zaken en Volksgezondheid stelde een bijdrage van dertig procent van de loon-, apparaats- en reiskosten in het vooruitzicht aan bureaus die zich door het Staatstoezicht lieten inspecteren en die beschikten over een psychiater en een psychiatrisch sociaal-werker. De overheid was ook bereid dertig procent bij te dragen in de loonkosten van een psycholoog, een arts ("indien deze over voldoende psychologisch inzicht beschikt"), een gynaecoloog, een jurist ("bij voorkeur met sociale belangstelling"), een geestelijke, een geestelijk raadsman en een pedagoog.

Het subsidiepercentage werd in 1969 opgetrokken tot de gebruikelijke veertig procent. Op dat moment was de doelstelling van de ongeveer 60 bureaus veranderd en legde men zich vooral toe op het geven van relatietherapie en seksuele voorlichting. De regeling verbreedde zich wat betreft de doelgroep: in aanmerking voor subsidie kwamen nu ook de Stichting Consultatiebureaus voor Huwelijks- en Geslachtsleven, de Protestantse Stichting ter Bevordering van Verantwoorde Gezinsvorming en het Centrum Katholieke Huwelijksbureaus (instellingen waarvan de opkomst samenhangt met de uitvinding van de anticonceptiepil). Hiermee samenhangend was de subsidiëring van de spreekuren voor geboorteregeling, die sinds 1966 plaatsvond op basis van de Begrotingswet. Deze veranderingen vertaalden zich in 1970 in een andere naam: Bureau voor Levens- en Gezinsvragen (LGV).

(d.) Het eerste Instituut voor Medische Psychotherapie (IMP) werd op 10 mei 1940 opgericht te Amsterdam, als voorziening voor de mensen met een shock ten gevolge van de gevechtshandelingen. Het werd dan ook gefinancierd vanuit het Luchtverdedigingsfonds. In de oorlogsjaren groeide het IMP uit tot een instelling om mensen met neurotische stoornissen te behandelen die zelf geen psychiater konden betalen; een tweede IMP werd opgericht in Utrecht. Na de oorlog ontstonden elders in het land nog 22 IMP's, en veranderde de naam in Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie. De financiering werd in de loop der jaren ondergebracht bij de Algemene arbeidsongeschiktheidswet en de Bijstandswet. Met het verstrijken van de tijd liepen de kosten nogal uit de hand.

Al sinds 1964 is er gesproken over een manier om deze instellingen nauwer te laten samenwerken en overlappings in het zorgpakket te vermijden. Dit streven kreeg des te meer actualiteit omdat de SPD's, LGV's, MOB's en IMP's er waren in alle levensbeschouwelijke "soorten en maten". Verder was de overheid bezorgd over de geestelijke volksgezondheid; onderzoek had namelijk aangetoond dat in het buitenland de geestelijke nood hoog was en dat velen in psychische problemen kwamen door de snelle ontwikkelingen op het terrein van de seksualiteit. Een andere aanleiding om de ambulante geestelijke gezondheidszorg te herstructureren was het groeiende besef dat geestelijke en lichamelijke aandoeningen gelijkgeschakeld zouden moeten worden. Tevens was men van mening dat een uitgebreid stelsel van preventieve geestelijke gezondheidszorg psychiatrische opnames kon voorkomen.

In 1970 zette de overheid een eerste stap naar uitbreiding van het netwerk van ambulante geestelijke gezondheidszorg en naar verdere integratie in de vorm van de Rijkssubsidieregeling bureaus voor levens- en gezinsvragen. De overheid stimuleerde de vergroting van de 61 LGV's door voortaan beleidsmedewerkers tot de gesubsidieerde staf te rekenen en het subsidiepercentage te verhogen. De voorwaarden waren dat de LGV's hun zorgaanbod zouden verbreden en dat één functionaris de beoogde samenwerking zou coördineren. Dit kwam in het subsidiepercentage tot uiting: voor de coördinator werd 90% subsidie gegeven, voor de salarissen van de overige stafleden 60% *mits* men het takenpakket had uitgebreid (anders bleef het 40%). Deze subsidie werd overigens verstrekt vanuit de middelen van het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk.

Toen de Rijkssubsidieregeling bureaus voor levens- en gezinsvragen van kracht werd, overwoog de rijksoverheid al om de subsidie verder te verhogen wanneer er eenmaal nauwer zou worden samengewerkt met andere instellingen die zich bezighielden met ambulante geestelijke gezondheidszorg. In 1975 was het zover en werden de percentages verhoogd tot 95% voor het management en 90% voor de staf.

In het kader van de beoogde nauwere samenwerking werd van 1971 door de Ziekenfondsraad een aanvullende subsidie verleend aan de genoemde organisaties vanuit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (zie paragraaf 4.2): voorwaarde was opnieuw dat er moest worden samengewerkt. Het IMP was de eerste waarvoor deze subsidieregeling van kracht werd. Aanleiding was de snelle toename van de kosten. De andere drie instellingen volgden. Zo kwam het dat in 1975 ongeveer één vijfde van het budget van de ambulante geestelijke gezondheidszorg werd gesubsidieerd door het Rijk en dat ongeveer het dubbele afkomstig was uit de middelen van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

In de Structuurnota van 1974 (zie paragraaf 3.8.1) werd de oprichting van de RIAGG's aangekondigd. Het idee -gebaseerd op dat van de Amerikaanse *Community Mental Health Centres* en de Britse *Walk-in clinics*- werd nader uitgewerkt in de Diskussienota ambulante geestelijke gezondheidszorg (1976) en de Nota geestelijke volksgezondheid (1984).²⁶ Het was de bedoeling dat de RIAGG's een fusie zouden vormen met alle organisaties op het gebied van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. In de praktijk is dat niet gebeurd (bijv. de SPD's deden veel aan huisbezoek en de RIAGG's niet).

Niettemin zou het tot 1982 duren tot de RIAGG's in werking traden (Stcrt. 1982, 249). Deze Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg zijn georganiseerd per verzorgingsgebied, waarvan er in totaal 57 zijn. De RIAGG heeft een driedelige taak: hulpverlening, preventie en dienstverlening. Zorgverleners uit de eerste lijn -artsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, schoolartsen, enz.- kunnen mensen met psychische klachten uit elke leeftijdsgroep verwijzen naar een RIAGG.

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
Subsidieregeling bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden	1957, 138	1957-1969	bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden	30% van de personeelslasten, apparaatskosten en reiskosten
<small>²⁶ Kamerstukken II 1983-1984, 18 463, nr. 1-2.</small>				

Wijziging idem	1969, 197		bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden en vergelijkbare instellingen	40% van de personeelslasten, apparaatskosten en reiskosten; kosten van het houden van spreekuren
Rijkssubsidieregeling bureaus voor levens- en gezinsvragen	1970, 3	1970-1981	bureaus voor levens- en gezinsvragen	40% tot 90% van de personeelslasten, apparaatskosten en reiskosten; kosten van het houden van spreekuren
Wijziging idem	1975, 10			90% tot 95% van de personeelslasten, apparaatskosten en reiskosten; kosten van het houden van spreekuren
Gedeeltelijke buiten werking stelling idem	1977, 143			
Rijksregeling tot vaststelling van subsidievoorwaarden voor medisch-opvoedkundige bureaus	1959, 72	1959-1981	medisch-opvoedkundige bureaus	40% van de personeelskosten
Rijksregeling subsidievoorwaarden sociaal-psychiatrische diensten	1961, 116	1961-1981	sociaal-psychiatrische diensten	40% van de personeelskosten

§3.8.10 RIGG-vorming

Zoals geschetst in paragraaf 3.8.9 was de ambulante geestelijke gezondheidszorg een organisatorische en levensbeschouwelijke lappendeken.²⁷ Dat was ook de situatie in de niet-ambulante geestelijke gezondheidszorg. Naast de psychiatrische inrichtingen waren er dag- en nachtklinieken, crisiscentra, psychiatrische verpleeghuizen, neuroseklieken en psychiatrische afdelingen van de academische ziekenhuizen. Daarom werden er ook andere samenwerkingverbanden opgezet, de RIGG's (Regionale Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg). De taak van de RIGG was het aanbieden van een integraal, samenhangend en doelmatig geestelijk gezondheidszorgaanbod in de regio. Iedere instelling die op het gebied van de geestelijke volksgezondheid werkzaam was, moest aangesloten zijn bij een RIGG. De afkorting RIGG lijkt verleidelijk veel op RIAGG, maar verder dan nauwere samenwerking strekte de parallel zich niet uit. De RIAGG's waren tot stand gekomen door een fusie van oudere instellingen, terwijl een RIGG een overlegplatform was van zelfstandige instellingen. Het was de bedoeling dat de RIGG-regio's en de RIAGG-regio's zouden samenvallen, maar dat is niet gelukt. De oprichting van de RIGG's werd door de overheid aangestuurd door middel van de Tijdelijke stimuleringsregeling regionale instellingen geestelijke gezondheidszorg, die in 1983 voor vijf jaar van kracht werd om de aanstelling van een zogeheten RIGG-coördinator en een administratief medewerker mogelijk te maken. De totaliteit van hun loonkosten werd gesubsidieerd. In 1987 werd de regeling aangepast om haar te conformeren aan de Wet arbeidsvoorwaardenontwikkeling gepremieerde en gesubsidieerde sector, die het de overheid -als financier- verbood zich inhoudelijk te

²⁷ Zie voor de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg het PIVOT-rapport van R. Ubachs, *In eigen hand. Een institutioneel onderzoek naar het overheidshandelen inzake patiëntenbeleid 1945 – 1997* (Den Haag).

bemoeien met de arbeidsvoorwaarden van de werknemers in de gesubsidieerde instellingen. In sommige streken van het land was in 1988 de RIGG-vorming voldoende succesvol geweest om de financiering van het centrale ondersteunende bureau te laten plaatsvinden vanuit de budgetten van de deelnemende instellingen. Elders was dit nog niet zo, zodat de regeling nog voor drie jaar werd verlengd. Dit keer werd een bedrag van f. 75.000,- plus f. 0,30 per inwoner van de regio verstrekt.

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
Tijdelijke stimuleringsregeling regionale instellingen geestelijke gezondheidszorg (RIGG)	1983, 166	1983-1987	regionale instellingen geestelijke gezondheidszorg	100% van de personeelslasten
Stimuleringsregeling regionale instellingen geestelijke gezondheidszorg (RIGG)	1988, 33	1988-1990		f. 75.000,- plus f. 0,30 per inwoner van de regio
Wijziging idem	1989, 81			

§3.8.11 Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

Onder gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) worden de voorlichtingsactiviteiten van onder meer het kruiswerk, het maatschappelijk werk en het onderwijs verstaan die de gezondheid moeten bevorderen en ziekten moeten verhoeden. Meer concreet kan worden gedacht aan de bevordering van de persoonlijke gezondheidszorg, het stimuleren van een juist gebruik van de voorzieningen en het vergroten van de mondigheid van de cliënt. Voor een deel zijn de GVO-activiteiten geïntegreerd in het takenpakket van de medewerkers eerstelijns ("ingebouwde GVO"); daarnaast zijn er speciale GVO-consulenten die één en ander toesnijden op de plaatselijke situatie. Daartoe is voorlichtingsmateriaal ontwikkeld. Voorbeelden zijn niet alleen cursussen met als onderwerp de preventie van aids, kanker, reuma, cara, hart- en vaatziekten, maar ook folders met adviezen aan degenen die willen stoppen met roken, afslankgroepen, diabetesgroepen, cursussen aan opvoedingsvoorlichters, lessen "gezond gedrag" en eenmalige acties.

De rijksoverheid heeft vanaf 1975 de totstandkoming van samenwerkingsverbanden geprobeerd te bevorderen door middel van incidentele subsidies. De Tijdelijke stimuleringsregeling regionale samenwerkingsverbanden gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, die op 1 januari 1983 voor vier jaar in werking trad en nadien tweemaal met een jaar is verlengd, reguleerde één en ander. De overheid stimuleerde de samenwerkingsverbanden, omdat was gebleken dat schaalvergroting het mogelijk maakte voltijds professionele GVO-consulenten aan te stellen die gerichter en efficiënter konden werken dan degenen voor wie GVO een extra taak zou zijn. Ook konden zo doublures worden voorkomen tussen bijvoorbeeld scholen en kruisverenigingen.

Met de gelden die op basis van de subsidieregeling aan de samenwerkingsverbanden werden uitgekeerd, werden de loonkosten van de GVO-consulenten en administrateurs geheel gedekt; er werd nog een kwart aan toegevoegd als tegemoetkoming in de gemaakte onkosten, een in de jaren '80 niet ongebruikelijke manier om de berekening van de hoogte van de subsidie te vereenvoudigen (zie ook paragraaf 3.8.12).

Per 1 januari 1989 werden grote delen van de subsidiegelden die binnen de rijksbegroting waren gereserveerd voor de preventieve gezondheidszorg vervangen door rijksbijdragen aan het Gemeentefonds. Dit hing samen met de inwerkingtreding van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en de totstandkoming van de basisgezondheidsdiensten (paragraaf 3.8.14). In dit kader is de Tijdelijke stimuleringsregeling regionale samenwerkingsverbanden gezondheidsvoorlichting en -opvoedingsregeling ingetrokken.

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
---------------	--------------------	---------	------------------------------	-------------------------------

Tijdelijke stimuleringsregeling regionale samenwerkingsverbanden gezondheidsvoorlichting en -opvoeding	1983, 250	1983-1988	samenwerkingsverbanden die de bevordering van de GVO ten doel hebben	125% van de personeelskosten
Wijziging idem	1986, 144			
Verlenging idem	1987, 136			
Vervallen verklaring subsidie-regelingen collectieve preventie volksgezondheid	1989, 26			

§3.8.12 Geslachtsziektebestrijding

Toen in 1928 de Besmettelijke-Ziektenwet in werking trad, vielen twee groepen ziekten daar niet onder: tuberculose en geslachtsziekten. Beide konden namelijk niet zuiver-medisch worden gezien: het vóórkomen van tuberculose hing samen met woonomstandigheden, terwijl de bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen werd beschouwd als een aspect van het prostitutie-vraagstuk. De rijksoverheid liet het probleem verder over aan de gemeenten en het particuliere initiatief; een voorbeeld is de stichting van de geslachtsziektekliniek in Rotterdam, waar Salvarsan werd verstrekt aan zeelieden (voor wie geslachtsziekten als beroepsziekte werden beschouwd). Al snel ontstonden er -naar het voorbeeld van de Amerikaanse Venereal Diseases Centres- meer poliklinieken waar prostituees terecht konden, en ook andere lijdens aan een seksueel overdraagbare aandoening. Op initiatief van de kruisorganisaties ontstonden verder adviesbureaus waaraan dermatologen, verpleegkundigen en sociaal-werkers waren verbonden. Aan de vooravond van de Tweede Wereldoorlog waren er achttien bureaus. Deze waren niet alleen een eerste aanlooppunt voor mensen die niet naar hun huisarts konden of wilden gaan, maar richtten zich ook op de opsporing van nog onbekende gevallen, bemiddeling, voorlichting en begeleiding.

Hiermee waren twee vormen van geslachtsziektebestrijding komen te ontstaan: enerzijds de "case-finding", ofwel non-curatieve zorg via de adviesbureaus, en anderzijds de curatieve zorg in de poliklinieken waarvan men zei dat ze "drempelvrij" waren.

De zeer snelle verspreiding van geslachtsziekten tijdens de Tweede Wereldoorlog maakte het aan de rijksoverheid onmogelijk om nog langer afzijdig te blijven. Secretaris-generaal Verwey van Sociale Zaken besloot de geslachtsziektebestrijding dan ook actiever aan te pakken. In 1941 was het aantal adviesbureaus al meer dan verdrievoudigd, behandeling werd verplicht gesteld en prostituees moesten zich aan periodiek geneeskundig onderzoek onderwerpen. Toch liep het aantal jaarlijkse incidenties op van ongeveer 2.000 in 1939 tot meer dan 10.000 in 1947.

Na de bevrijding werd in twaalf jaar het aantal gevallen naar een vooroorlogs niveau teruggebracht, waarbij de introductie van penicilline en de vergroting van het aantal adviesbureaus een doorslaggevende rol speelden. De overheid verleende incidenteel subsidie aan de Nederlandse Vereniging tot Bestrijding der Geslachtsziekten, aan een aantal adviesbureaus en aan de poliklinieken. Omdat de geslachtsziekten een onderwerp van ondergeschikt belang waren geworden, was het niet nodig om een officiële subsidieregeling uit te vaardigen toen dat laat in de jaren '50 in de mode raakte. Er bestonden nog maar zes adviesbureaus.

In de jaren '60 nam het aantal geslachtsziekten opnieuw toe als gevolg van de invoering van de anticonceptiepillen en het toenemende toerisme. Staatssecretaris Kruisinga besloot in 1970 dan ook tot een reorganisatie van het bestrijdingsapparaat. Er moesten speciale diensten voor de geslachtsziektebestrijding komen, die werden onderhouden door de kruisverenigingen en de gemeentelijke gezondheidsdiensten. Deze diensten waren verantwoordelijk voor de niet-curatieve geslachtsziekten. Als subsidie-regeling gold een circulaire uit hetzelfde jaar.

De curatieve zorg was al lange tijd ondergebracht bij de al genoemde drempelvrije poliklinieken (en bij alle vrijgevestigde dermatologen, die sinds 1976 krachtens de zogeheten Vomil-regeling hun facturen konden doorsturen naar het ministerie waaronder Volksgezondheid ressorteert). Vanaf 1976 werden er enkele voor de helft gesubsidieerd om te garanderen dat ze hun werkzaamheden konden

voortzetten zonder dat er een rekening werd gepresenteerd, iets dat met name van belang was voor bijvoorbeeld toeristen. In Amsterdam was zo'n polikliniek ondergebracht bij de gemeentelijke gezondheidsdienst; de niet-curatieve en de curatieve zorg waren dus vervlochten. De opgedane ervaringen waren zo positief dat werd besloten ernaar te streven ook elders te streven naar integratie. In 1981 werd de Interim-rijksregeling subsidiëring niet-curatieve geslachtsziektenbestrijding kruiswerk van kracht. De subsidie bestond uit 140% plus één extra periodiek van de loonkosten van de geregistreerde sociaal-verpleegkundigen. Honderd procent hiervan was –uiteraard– bedoeld om de verpleegkundigen te salariëren, de rest diende als tegemoetkoming in de administratieve en apparaatskosten (we kwamen deze manier om de hoogte van de niet-loonkosten eenvoudig te verrekenen al tegen in paragraaf 3.8.11). Het ging om een tijdelijke regeling, omdat het de bedoeling was deze activiteit onder te brengen bij de basisgezondheidsdiensten (zie paragraaf 3.8.14). Tegelijk trad de Interim-rijksregeling subsidiëring niet-curatieve geslachtsziektenbestrijding gemeenten in werking, waaronder de GGD'en ressorteerden. De bepalingen daarvan waren nagenoeg identiek, want ook deze regeling was tijdelijk bedoeld: de preventieve taken van het kruiswerk zouden worden samengevoegd met de GGD'en. Dat is immers waar de vorming van de basisgezondheidsdiensten op neerkomt. Toen de Wet collectieve preventieve volksgezondheid (zie paragraaf 3.8.14) per 1 januari 1989 van kracht werd, werden de twee subsidieregelingen dan ook ingetrokken. De gelden die binnen de rijksbegroting waren gereserveerd voor de subsidiëring van de preventieve gezondheidszorg werden vervangen door rijksbijdragen aan het Gemeentefonds, dat hiermee de GGD'en zou financieren.

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
Circulaire d.d. 9 januari 1970	DgVgz/MGZ 158125	1970-1980	gemeentelijke gezondheidsdiensten en provinciale kruisverenigingen die een dienst voor geslachtsziektebestrijding onderhouden	100% van de personeelslasten; overige lasten
Interim-rijksregeling subsidiëring niet-curatieve geslachtsziektenbestrijding gemeenten	1981, 202	1981-1989	gemeentelijke gezondheidsdiensten die een dienst voor geslachtsziektebestrijding onderhouden	140% van de personeelslasten
Interim-rijksregeling subsidiëring niet-curatieve geslachtsziektenbestrijding kruiswerk			provinciale kruisverenigingen die een dienst voor geslachtsziektebestrijding onderhouden	
Vervallen verklaring subsidie-regelingen collectieve preventie volksgezondheid	1989, 26			

De bestrijding van aids werd in 1983 georganiseerd op basis van particulier initiatief: vanuit de homobeweging werd voorlichting gegeven.²⁸ Sindsdien is beleid ontwikkeld op de terreinen zorg, juridische en ethische zaken, internationale samenwerking, preventie en voorlichting. In 1987 stelde staatssecretaris Dees de Nationale Commissie Aids-Bestrijding (NCAB) in, die enerzijds tot taak had adviezen uit te brengen en anderzijds de voorlichtingscampagnes coördineerde. Het instellingsbesluit (Stcrt. 1987, 188) vermeldde een subsidie van een half miljoen gulden voor de kosten die deze commissie zou gaan maken; in 1992 bleek een subsidie van drie miljoen gulden echter amper voldoende. Omdat niet te voorspellen viel hoe de problematiek zich zou ontwikkelen, werd de NCAB ingesteld voor een periode van vier jaar; in 1991 werd deze subsidie verlengd voor weer vier jaar. In 1995 werd de commissie opgeheven en werden de werkzaamheden ondergebracht bij het Aids-fonds.

Mede op grond van een advies van de NCAB werd de aids-bestrijding opgedragen aan de zogeheten aids-platforms: samenwerkingsverbanden van regionale groeperingen, organisaties en instellingen die betrokken waren bij de bestrijding van de ziekte. Te denken valt aan de gemeentelijke gezondheidsdiensten, de huisartsen, het kruiswerk, de gezinsverzorging, het algemeen maatschappelijk werk, de RIAGG, het consultatiebureau voor alcohol en drugs, de bloedbanken, belangenorganisaties van homoseksuelen, belangenorganisaties van drugsverslaafden, verpleeghuizen, ziekenhuizen, het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en gemeenten. Hiervan waren er in 1988 drieënveertig.

De Incidentele bijdrageregeling aids-platforms (1988) bepaalde dat de basisgezondheidsdiensten belast werden met de coördinatie van de activiteiten van de aids-platforms. Als tegemoetkoming in de loonkosten van de coördinator kregen de basisgezondheidsdiensten een subsidie van f. 0,06 per inwoner in het werkgebied van de dienst. Een opmerkelijk detail van deze regeling is het ontbreken van de bepaling dat de gesubsidieerde partij alle medewerking dient te verlenen aan een ambtenaar die door de minister is belast met het financiële toezicht.

De regeling werd tweemaal verlengd. Per 1 januari 1989 werd een groot deel van het geld dat op de rijksbegroting waren gereserveerd stond voor preventieve gezondheidszorg, overgeheveld naar het Gemeentefonds in het kader van de invoering van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en de totstandkoming van de basisgezondheidsdiensten (paragraaf 3.8.14). In dit kader is de Incidentele bijdrageregeling ingetrokken.

Naast deze regeling heeft de overheid ook subsidiegelden ter beschikking gesteld van PEO-onderzoek naar aids (paragraaf 3.6.1).

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
Incidentele bijdrageregeling aids-platforms	1988, 157	1988-1989	basisgezondheidsdiensten	kosten verbonden aan de coördinatie van de activiteiten op lokaal of regionaal niveau op het gebied van de aids-bestrijding
Vervallen verklaring subsidie-regelingen collectieve preventie volksgezondheid en idem verlenging Incidentele bijdrageregeling aids-platforms	1989, 26 en 251			

§ 3.8.14

Invoering Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

²⁸ Zie voor aids-bestrijding het PIVOT-rapport van J.J. Philippi, *Ter voorkoming van erger. Een institutioneel onderzoek naar het beleidsterrein infectieziektebestrijding en preventieve gezondheidszorg* (Den Haag).

Wie in 1860 werd geboren had een levensverwachting van 42 jaar, zijn of haar achterkleinkind zou een eeuw later een levenverwachting van 73 jaar hebben en wie in 1955 werd geboren mocht hopen de 77 te passeren.²⁹ Ongeveer een tiende van deze levensduurverlenging is het resultaat van het ingrijpen van artsen; een veel belangrijkere verklaring is gelegen in de verbetering van de hygiënische omstandigheden en het nemen van collectieve preventie maatregelen.

Collectieve preventie kan worden omschreven als de bescherming van de gezondheid van een groep mensen tegen gezondheidsrisico's die deze groep als geheel bedreigen. Te denken valt aan vaccinatieprogramma's en de opsporing van besmettelijke ziekten: bacillen en virussen worden bij wijze van spreken al onschadelijk gemaakt vóór ze iedereen hebben kunnen besmetten. Daarnaast worden ook voorlichtingscampagnes en veiligheidsmaatregelen wel tot de preventieve gezondheidszorg gerekend.

Over het algemeen kan worden gesteld dat het volksgezondheidsbeleid van de rijksoverheid er in de periode die in dit RIO wordt behandeld op was gericht preventie te bevorderen: het is weliswaar prettig dat dokters individuele gevallen kunnen behandelen, maar het is effectiever als voorkómen kan worden dat groepen ziek worden. Niet onbelangrijk is bovendien dat preventieve maatregelen goedkoper zijn dan curatieve zorg: het opleiden en salariëren van een wijkverpleegster is goedkoper dan het opleiden en salariëren van een specialist.

De preventieve gezondheidszorg was een typische activiteit van de kruisverenigingen. Niet zonder reden werden deze organisaties in de regelgeving uit de jaren '50 aangeduid als "instellingen voor preventieve gezondheidszorg" (vergelijk de tabel in paragraaf 3.8.1). Een andere organisatie die zich op preventieve zorg toelagde was de gemeentelijke gezondheidsdienst die, zoals geconstateerd in paragraaf 3.8.1, wel vaker dezelfde taken op zich nam als de kruisorganisaties.

Aan het eind van de jaren '70 werd de financiering van de kruisorganisaties herzien om redenen die reeds in paragraaf 3.8.1 uit de doeken zijn gedaan. De meeste taken werden voortaan gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; andere zouden moeten worden ondergebracht bij de gemeentelijke gezondheidsdiensten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden. Deze "uitgebreide" GGD'en werden aangeduid als basisgezondheidsdiensten (BaGD'en). De wettelijke grondslag hiervoor zou het negende hoofdstuk van de Wet voorzieningen gezondheidszorg moeten worden, waarin aan de gemeenten opdracht werd gegeven basisgezondheidsdiensten in te stellen en in stand te houden om op lokaal niveau vorm te geven aan de preventietaken. Vooruitlopend op de invoering van de WVG werd de tuberculosebestrijding alvast toegewezen aan de basisgezondheidsdiensten (1980; zie paragraaf 3.8.2) en in 1982 trad de wet inderdaad in werking.

Om de instelling van de basisgezondheidsdiensten mogelijk te maken trad in 1982 de Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdiensten in werking, die voorschriften bevatte waaraan moest worden voldaan om in aanmerking te komen voor financiële ondersteuning van de administratie ten behoeve van het intergemeentelijk overleg. Deze subsidie bestond uit een eenmalige som van f. 2,00 of f. 4,00 per inwoner en stond bekend als de "drie gulden regeling". Daarnaast was er de Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdiensten die een subsidie van f. 3,40 per inwoner ten behoeve van de uitvoering van de voorgeschreven werkzaamheden in het vooruitzicht stelde; deze regeling werd de "drie gulden veertig regeling" genoemd. In 1989 werd de invoering van de basisgezondheidsdiensten als voltooid beschouwd en kon worden geconstateerd dat Nederland een sluitend netwerk van BaGD'en had gekregen.³⁰

Zoals geschetst in paragraaf 2.3 werd de Wet voorzieningen gezondheidszorg zes jaar na invoering - in 1988- weer ingetrokken. Dit maakte een nieuwe grondslag voor de BaGD'en nodig: dat werd de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV; Stb. 1990, 300), waarin de kaders werden aangegeven waarbinnen de gemeenten de collectieve preventie konden invullen. De invoering van deze wet ging gepaard met de overheveling van de subsidiegelden die op de rijksbegroting stonden gereserveerd voor de collectieve preventie naar het Gemeentefonds; de beheerders daarvan moesten ze aanwenden ten behoeve van de basisgezondheidsdiensten. De betrokkenen

²⁹ Zie voor de preventieve gezondheidszorg het PIVOT-rapport van J.J. Philippi, *Ter voorkoming van erger. Een institutioneel onderzoek naar het beleidsterrein infectieziektebestrijding en preventieve gezondheidszorg* (Den Haag).

³⁰ W.T.M. Ooijendijk en H.P. Griffioen, "Evaluatie WCPG" in *GGD Nieuws Special* van 7 september 1993, blz. 26.

subsidieregelingen waren die voor het geneeskundig en hygiënisch schooltoezicht (paragraaf 3.8.4), gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (paragraaf 3.8.11), de niet-curatieve geslachtsziektebestrijding (paragraaf 3.8.12) en de aanstelling van mondhygiënisten (niet behandeld in dit RIO). Deze wijzigingen in wet -en regelgeving vonden allemaal plaats op 1 januari 1989. Artikel 7 van de Wet collectieve preventie volksgezondheid verwijst naar een algemene maatregel van bestuur waarmee de rijksbijdrage aan het Gemeentefonds zou worden gereguleerd. Het zou tot eind 1992 duren eer deze er was; daarom werden deze bijdragen voor de tussenliggende periode geregeld door middel van de Overbruggingsregeling bekostiging collectieve preventie volksgezondheid.

Met de invoering van de basisgezondheidsdiensten kon de rijksoverheid nog meer subsidies afstoten die in de voorgaande jaren waren verstrekt aan projecten op uiteenlopende terreinen. Zo waren er ruim dertig verschillende projecten in den lande ondersteund op het gebied van de medische milieukunde en de epidemiologie en waren er subsidies geweest ten behoeve van de aanstelling van sociaal-verpleegkundigen in de aids-bestrijding. De bestrijding van de tuberculose was al eerder overgeheveld. De bedragen die hiervoor waren gereserveerd, werden gebundeld overgedragen aan het Gemeentefonds.

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdienst (zgn. "f. 3,00 regeling")	1982, DgVgz/AGZ/BGZ 71281	1982-1988	basisgezondheidsdiensten	ondersteuning van het intergemeentelijk overleg t.b.v. de totstandkoming van een basisgezondheidsdienst
Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdienst (zgn. "f. 3,40 regeling")	1985, DgVgz/AGZ/BGZ 34320	1985-1988		financiering van de kosten verband houdende met de uitvoering van de voorziening algemene preventieve gezondheidszorg
Vervallen verklaring subsidie-regelingen collectieve preventie volksgezondheid	1989, 26			
Overbruggingsregeling bekostiging collectieve preventie volksgezondheid	1991, 51	1989-1992		

§ 3.8.15 Eerstelijns gezondheidszorg

Met eerstelijnszorg (ELGZ) worden die vormen van gezondheidszorg bedoeld, waar de patiënt / cliënt / consument gebruik van kan maken zonder dat een verwijfsbriefje nodig is. Te denken valt in de eerste plaats aan de huisarts, maar ook aan het werk van de kruisorganisaties (de thuiszorg) en de dienstverlening door het algemeen maatschappelijk werk (AMW).

Vanaf de jaren zestig kwam het in nieuwbouwwijken steeds vaker voor dat bij de wijkpost van de kruisvereniging ook voorzieningen werden gepland als een huisartsenpraktijk, maatschappelijk werk en -soms- een apotheek, fysiotherapiepraktijk en een tandartsenpraktijk. In de Volksgezondheidsnota 1966 werd al geconstateerd dat hiervan een kwaliteitsverhogend effect uitging; er was bovendien sprake van inverdieneffecten. De rijksoverheid wilde daarom deze groei naar geïntegreerde zorg bevorderen en streefde ernaar de oprichting te bevorderen van wijkgezondheidscentra waar een

huisarts, een maatschappelijk werker en een wijkverpleegkundige onder één dak samenwerkten. Staatssecretaris Hendriks van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en zijn collega van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk vaardigden op 3 juli 1974 de Voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra uit, die subsidie in het vooruitzicht stelde als samenwerkingsverbanden zich als zodanig presenteerden.³¹

Er zijn sindsdien ook andere soorten samenwerkingsverbanden ontwikkeld. Gedacht kan worden aan de groepspraktijk, waarbij tenminste drie huisartsen (of tandartsen) samenwerkten in één praktijkgebouw. Twintig jaar na de invoering van de Stimuleringsregeling werkte ongeveer een derde van de huisartsen op deze wijze. Ongeveer een tiende van de eerstelijnszorg was toen in handen van zogeheten home-teams, waarin een huisarts, de wijkverpleegkundige en een maatschappelijk werker overlegden (in wezen dus een wijkgezondheidscentrum zonder eigen gebouw). De home-teams bestonden vooral in minder verstedelijkte delen van Nederland. Aan andere samenwerkingsverbanden namen ook vertegenwoordigers deel van andere eerstelijns-disciplines, zoals de kraamverzorging en de fysiotherapie. Vaak werd ook samengewerkt met apothekers. Het ontstaan van samenwerkingsverbanden die niet waren bedoeld met de subsidieregeling van 1974 noopte het ministerie tot herziening. Zo werd in 1979 de Voorlopige subsidieregeling samenwerkingsverbanden eerstelijnsgezondheidszorg uitgevaardigd. Een andere reden om de regeling van 1974 te herzien was dat de meeste samenwerkingsverbanden medisch van aard waren en dat het maatschappelijk werk niet altijd deelnam; de regeling van 1979 was in zekere zin dan ook een ontheffingsregeling die enkele bepalingen uit de regeling van 1974 nuanceerde. De maximale duur van de subsidie werd gesteld op vijf jaar; subsidie werd verleend als tegemoetkoming in de eventueel te maken extra kosten. De hoogte ervan hing samen met de intensiviteit van de samenwerking: als er alleen intentieverklaringen waren opgesteld bedroeg ze f. 1.000,00 per deelnemer per jaar, maar als er sprake was van één gebouw liep dit bedrag op tot f. 7.000,00.³² Een bonus van vijfhonderd gulden werd toegekend als ook de bevolking medewerking verleende. Door de betrokkenen werd de financiering niet als overzichtelijk ervaren, wat wellicht samenhang met de ingewikkelde planning (zie noot 31). Om eens vijf financieringsbronnen te noemen: gezondheidscentra werden ten dele gesubsidieerd door het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne; de wijkverpleegster viel aanvankelijk onder de subsidieregelingen die in §3.8.1 zijn genoemd en vanaf 1980 onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; de huisarts had een contract met het ziekenfonds; het maatschappelijk werk was een verstrekking op basis van de Welzijnswet; als de huisarts in loondienst van het gezondheidscentrum trad -en dus slechter werd betaald dan als hij vrij gevestigd bleef- gaf de Ziekenfondsraad een aanvulling op zijn inkomen. Hierbij kon het gebeuren dat dezelfde activiteit dubbel gesubsidieerd werd.

Na een kritisch rapport van de departementale Accountantsdienst (zie paragraaf 3.2) werd de regeling dan ook in 1986 herzien. Of preciezer geformuleerd: gesplitst, namelijk in een Stimuleringsregeling voor lichtgestructureerde samenwerkingsverbanden in de eerstelijnszorg die betrekking had op de home-teams en een Stimuleringsregeling voor zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden in de eerstelijnszorg die betrekking had op de wijkgezondheidscentra. Het voornaamste verschil tussen deze twee regelingen was dat voor de home-teams minder zware voorwaarden golden ten aanzien van de administratieve verantwoording. Het verschil met de regeling van 1979 was dat er maxima werden gesteld aan de toekenningen. Er waren verder extra bedragen gereserveerd voor bepaalde taken, zoals de aanstelling van een coördinator.

De dubbele regeling van 1986 gold tot en met 1991 en deed het aantal samenwerkingsverbanden verdubbelen tot tweeduizend; met ingang van 1992 worden de gezondheidscentra en de home-teams integraal gefinancierd op basis van een regeling van de Ziekenfondsraad, de Financieringsregeling eerstelijns samenwerkingsverbanden.

31 De *planning* van de eerstelijnszorg bleek lastig te organiseren. Nadat een poging de Wet ziekenhuisvoorzieningen uit te breiden op niets was uitgelopen, kwam uiteindelijk in 1982 de Wet voorzieningen gezondheidszorg tot stand, waarin wel een wettelijke grondslag werd geformuleerd voor de planning van de eerstelijnszorg. Aan deze wet kleefden echter zodanige bezwaren dat deze in 1987 werd ingetrokken.

32 De regeling noemt f. 5.500,00; het verhoogde bedrag wordt genoemd in de circulaire DgVgz/MGZ 44005, d.d. 27 september 1979.

De rijksoverheid heeft de eerstelijnszorg ook gestimuleerd door tussen 1987 en 1990 middelen ter beschikking te stellen voor ondersteunend wetenschappelijk onderzoek aan de universiteiten; later werd de Tijdelijke stimuleringsregeling universitaire huisartsenpraktijken voor vier jaar verlengd, zodat ze tot en met 1994 gold. Er werd een tegemoetkoming van maximaal f. 150.000,00 verstrekt in de aanloopkosten van de op te richten universitaire huisartsenpraktijk. Een begeleidingscommissie adviseerde de minister tussen 1987 en 1990; in de tweede periode werd het advies gevraagd van een extern onderzoeksinstituut.

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
Voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra		1974-1978	wijkgezondheidscentra	
Voorlopige stimuleringsregeling samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg	1979, 19	1979-1985	samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg	meerkosten van de samenwerking; bijdrage per deelnemer
Stimuleringsregeling voor zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg	1986, 139	1986-1991	zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden tussen eerstelijnswerkers	
Stimuleringsregeling voor lichtgestructureerde samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg			lichtgestructureerde samenwerkingsverbanden tussen eerstelijnswerkers	
Circulaire d.d. 21 maart 1989	DgVgz/AGZ/ELZ 108608	1989-1991	samenwerkingsverbanden tussen eerstelijnswerkers	aanstelling coördinator
Circulaire d.d. 28 juni 1991 (wijziging Stimuleringsregeling voor zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg)	DgVgz/AGB/MPZ 91460			
Circulaire d.d. 28 juni 1991 (intrekking Stimuleringsregeling voor zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg)	DgVgz/AGB/MPZ 91458			
Tijdelijke stimuleringsregeling universitaire huisartsenpraktijken	1987, 54	1987-1994	universiteiten	oprichting en in stand houding van een universitaire huisartsenpraktijk door een medische faculteit
Wijziging idem	1990, 239			in stand houding van een universitaire huisartsenpraktijk door een medische faculteit
Wijziging idem	1994, 69			
Circulaire d.d. 28 juni 1991	DgVgz/AGB/MPZ 91458			

§3.8.16

Regionale patiënten / consumentenplatforms

In de jaren '60 was de zorg voor de volksgezondheid nog stevig in handen van "de mannen in witte jassen".³³ In de jaren '70 emancipeerden de patiënten echter tot kritische en deskundige gesprekspartners; met name de revalidatiezorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn voorbeelden van terreinen waar de verzorgden het paternalisme van de verzorgers hekelden.

De overheid heeft er veel aan gedaan om de patiëntenrechten "van boven af" te bevorderen. De aanleiding daartoe vormde de discussie over het wetsontwerp Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) vanaf 1971 waarbij duidelijk werd dat de rechten van psychiatrische patiënten niet alleen slecht waren afgebakend, maar ook niet werden gerespecteerd. In de Structuurnota van staatssecretaris Hendriks (1974) werd de rechtspositie van de patiënten voor het eerst systematisch besproken; zeven jaar later volgde de Nota patiëntenbeleid van staatssecretaris Veder-Smit, waarin werd aangekondigd dat de overheid door middel van subsidies patiëntenorganisaties zou ondersteunen. Een volgende stap was de wijziging die in 1983 in het Burgerlijk Wetboek werd aangebracht: het recht van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het recht op de onaantastbaarheid van het eigen lichaam werd erkend. Verder werd het klachtrecht ontwikkeld.

"Van beneden af" groeiden er patiëntenorganisaties van uiteenlopende signatuur. Te denken valt aan categorale organisaties (zoals de Diabetesvereniging Nederland en de Cliëntenbond in de Geestelijke Gezondheidszorg), thematische organisaties (bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie en Pro Life-bewegingen) en organisaties van ouders (bijvoorbeeld van kinderen met een verstandelijke handicap). Sinds 1982 zijn veel organisaties vertegenwoordigd in het in dat jaar, op initiatief van de vakbond FNV, opgerichte Landelijk Patiënten- en Consumentenplatform (LP/CP). De zo gegroeide patiënten- en consumentenbeweging probeerde in de jaren '80 te komen tot een dekkend netwerk van regionale patiënten- en consumentenplatforms. Deze RP/CP'en zouden het forum moeten zijn waar de in een bepaalde regio opererende organisaties van gebruikers van gezondheidsvoorzieningen (en daarmee samenhangende instellingen voor maatschappelijke dienstverlening) konden overleggen. Het was de bedoeling zo te komen tot een meer op de bevolking van die regio afgestemd aanbod van gezondheidsvoorzieningen; voorts zouden de RP/CP'en informatie kunnen verstrekken aan de consumenten. Ook streefde men ernaar dat deze platforms formele vertegenwoordigers konden sturen naar allerlei belangrijke adviesorganen, die tot dan toe het exclusieve speelterrein waren geweest van zorgaanbieders, georganiseerde beroepsbeoefenaren en ziekenfondsen. Het koepelorgaan, het al genoemde Landelijk Patiënten- en Consumentenplatform, was al snel vertegenwoordigd in de Ziekenfondsraad, waar het een zetel overnam van een artsenorganisatie.

De overheid stimuleerde deze vorm van democratisch overleg aanvankelijk op basis van de Wet voorzieningen gezondheidszorg; toen deze wet werd ingetrokken werd de Tijdelijke stimuleringsregeling RP/CP uitgevaardigd. De subsidie bestond uit een jaarlijks bedrag van f. 100.000,00 met een opslag van f. 0,12 per bewoner van de regio. De regeling zou alleen gelden voor 1990, 1991 en 1992, maar werd nog met één jaar verlengd.

Het Rijk oordeelde aanvankelijk dat activiteiten op het gebied van de klachtopvang en -bemiddeling niet tot het gesubsidieerde takenpakket behoorden: op dat terrein liepen andere projecten. In 1992 werd deze functie wel toegevoegd en werd naast de bestaande subsidie een bedrag toegekend van f. 10.000,00 plus f. 0,055 per inwoner. Voor 1993 werd dit laatste bedrag opgetrokken tot f. 0,068 per inwoner.

Mede dankzij deze regeling werden door de patiënten- en consumentenbeweging belangwekkende resultaten geboekt. Zo werd laparoscopie -aan het begin van de jaren '90 nog iets buitenissigs in de Nederlandse chirurgie- een gangbare operatietechniek en werden in 1994 persoonsgebonden budgetten ingevoerd.

In het kader van de decentralisatie-impuls werd de Tijdelijke stimuleringsregeling RP/CP per 1 januari 1994 ondergebracht bij het Provinciefonds.

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT	SUBSIDIE WORDT
---------------	--------------------	---------	----------------	----------------

³³ Voor een nadere uiteenzetting over het patiëntenbeleid wordt verwezen naar het PIVOT-rapport over dat beleidsterrein, opgesteld door R. Ubachs.

			VERSTREKT AAN	VERSTREKT VOOR
Tijdelijke stimuleringsregeling RP/CP	1990, 148	1990-1993	regionale patiënten- en consumentenplatforms	exploitatiekosten
Wijziging idem	1992, 137			klachtopvang
Wijziging idem	1992, 248			

§3.8.17 VTO-samenwerkingsverbanden

De letters VTO staan voor vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen. Hieronder wordt een aantal uiteenlopende activiteiten verstaan, die met elkaar gemeen hebben dat toekomstige aandoeningen bij kinderen tot zeven jaar worden opgespoord vóór ze werkelijk gevaarlijk worden. Te denken valt aan screening op de ziekte van Fölling, gehoortesten, vroegtijdige opsporing van virale aandoeningen, onderzoek naar spasticiteit en stoornissen in de taalontwikkeling.

VTO was één van de activiteiten van de kruisverenigingen, die immers een deel van de zuigelingen- en peuterzorg uitvoerden. Omdat aanstaande ouders zich in de regel al voor de geboorte bij de wijkpost vervoegden werd ook het prenatale onderzoek hier ondergebracht. Het wordt ook tot de VTO gerekend.

Ook andere organisaties voeren VTO-activiteiten uit: de huis- en kinderartsen, voorzieningen voor preventieve jeugdgezondheidszorg, de RIAGG's, de bureaus vertrouwensartsen, de sociaal-pedagogische diensten, de gemeentelijke gezondheidsdiensten en de onderwijsbegeleidingsdiensten. Deze werden op verschillende manieren gefinancierd, zodat VTO organisatorisch en financieel een bont geheel vormde. Om de coördinatie tussen de verschillende instellingen en ouder-organisaties in een bepaalde regio te verbeteren heeft de rijksoverheid besloten de Tijdelijke stimuleringsregeling VTO-samenwerkingsverbanden uit te vaardigen, en voor de uitvoering daarvan zo'n f. 3.000.000,- per jaar uit te trekken.

Zo werden de VTO-samenwerkingsverbanden in het leven geroepen. Naast de bevordering van de coördinatie tussen de deelnemende organisaties moesten deze samenwerkingsverbanden onder meer de aanwezige vormen van zorg inventariseren, informatie en adviezen verschaffen aan derden, toezien dat eventuele doorverwijzing efficiënt verliep en ouderparticipatie bevorderen.

De bepalingen van de Tijdelijke stimuleringsregeling VTO-samenwerkingsverbanden waren al bekend "in het veld" vóórdat de regeling werd uitgevaardigd, zodat ze met elf maanden terugwerking kon worden gepubliceerd. Na de publicatie eind november 1992 was de regeling nog dertien maanden van kracht.

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
Tijdelijke stimuleringsregeling VTO-samenwerkingsverbanden	1992, 231	1992-1993	VTO-samenwerkingsverbanden	diverse activiteiten, o.m. screening op de ziekte van Fölling, gehoortesten, vroegtijdige opsporing van virale aandoeningen, onderzoek naar spasticisme en stoornissen in de taalontwikkeling

§3.8.18 Opleidingen en examens in de gezondheidszorg

Vanouds heeft de overheid bepaalde opleidingskosten voor haar rekening genomen. Een post “examenkosten opleiding vroedvrouwen” staat al sinds mensenheugenis op de begroting van het ministerie waaronder Volksgezondheid ressorteert. Concreet gaat dit geld naar een reeks uiteenlopende zaken, zoals daar zijn de ontwikkeling van multiple choice toetsen en de aankoop van insignes. In 1997 was er ongeveer f. 1.723.000,00 mee gemoeid.

De subsidiëring van de opleiding tot huisarts of tot medisch specialist is een verhaal apart. Ook deze subsidie prijkt vanouds op de rijksbegroting, maar later werden deze opleidingen gesteund door een subsidie van de Ziekenfondsraad. Educatie is echter geen echte verstrekking en daarom is besloten dat deze subsidie met ingang van 1998 weer onder Volksgezondheid ressorteert.

Bij wijze van voorbeeld is hier de opleiding wijkverpleging behandeld. Tot de andere opleidingen die in de loop der jaren gesubsidieerd zijn geweest, kan verder worden gewezen op die voor fysiotherapeut, psychotherapeut en oefentherapeut-Mensendieck.³⁴

De wijkverpleegkundige (of maatschappelijk verpleegkundige) was één van de vaste krachten van de wijkpost van het kruiswerk (zie paragraaf 3.8.1). Tot haar (zelden: zijn) taken behoorde onder meer het verzorgen van patiënten in hun eigen huis, het geven van gezondheidsvoorlichting en het treffen van preventieve maatregelen. Haar opleiding was gelijk aan die van andere verpleegkundigen, maar uitgebreid met de aantekening wijkverpleging die haar kon worden uitgereikt na te hebben gewerkt op de wijkpost.

Vanaf 1964 stelde de Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de opleidingen tot wijkverpleegster de kruisverenigingen vrij van de kosten van deze opleiding: de loonkosten van de docentes werden voor 100% vergoed en er was een vast bedrag gereserveerd voor alle andere kosten. Deze regeling bevatte een nieuwtje op het gebied van de volksgezondheidssubsidiëring, namelijk dat er een tweede regeling naast werd verondersteld. De voorwaarden voor de opleiding en de opleidingsinstituten waren al eerder vastgelegd, namelijk in de jaren '30 (Stcrt. 1933, 221). Het zou in de rede hebben gelegen de oude voorwaarden op te nemen in de subsidieregeling -zoals alle subsidieregelingen naast financiële bepalingen ook een lijstje voorwaarden en normen kenden- maar dat gebeurde dus niet. Het nieuwtje zou navolging vinden in de subsidieregeling voor de opleiding van kraamverzorgster (zie paragraaf 3.8.5).

De subsidieregeling is nooit officieel ingetrokken; de voorwaarden wel (Stcrt. 1978, 43), omdat de opleiding werd vervangen door die voor maatschappelijke gezondheidszorg. Dit ressorteerde onder het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen.

NAAM REGELING	STCRT. (jaar, nr.)	PERIODE	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT AAN	SUBSIDIE WORDT VERSTREKT VOOR
Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de opleidingen tot wijkverpleegster	1964, 82	1964-	landelijke of provinciale kruisorganisaties met een opleiding tot het verkrijgen van de aantekening voor wijkverpleging	100% van de personeelskosten; vast bedrag voor vervoers-, apparaats- en accommodatiekosten

Zoals al opgemerkt in de inleiding van paragraaf 3.8 zijn niet alle subsidies die in deze paragraaf worden behandeld gebaseerd op een gepubliceerde regeling. Voor sommige subsidies bestond geen andere basis dan de Begrotingswet, terwijl voor andere subsidies een formele wet de basis vormde. Daarvan nu twee voorbeelden.

§ 3.8.19 Uitvoering Destructiewet

³⁴ Voor het beleidsterrein medische beroepen en opleidingen: zie PIVOT-rapport nummer 2, *Kwakzalverij is nooit uit te roeien: 'Mundus vult decipi'. Een onderzoek naar instituties en wet- en regelgeving op het terrein van de medische beroepen en opleidingen, 1940-1990* (1992 Den Haag).

Omdat de kadavers van overleden dieren een bedreiging vormen voor de gezondheid van het leefmilieu werden deze vroeger begraven, verbrand of -als het aan land gezwommen walvissen betrof- ontleed. Het Destructiebesluit uit de bezettingstijd en de Destructiewet (Stb. 1957, 84) veranderden dit. Als de gemeentelijke keuringsdienst, de Rijksdienst voor Vee en Vlees of de Keuringsdienst van Waren een dier ongeschikt voor menselijke consumptie had verklaard, kon een boer het kadaver laten ophalen door de zogeheten destructor die het dan bracht naar een voorcentralisatiedienst. Dit was een intergemeentelijke verzamelplaats, vanwaar de overleden dieren uiteindelijk naar het destructiebedrijf werden gebracht. Hier werd er dierlijk meel van gemaakt, dat uiteindelijk kon worden gebruikt om als veevoer te dienen.³⁵

De voorcentralisatiediensten werden voor de helft gefinancierd door de deelnemende gemeenten. De rest werd betaald door de rijksoverheid, die daaraan aan het begin van de jaren '90 ruim f. 2.000.000,- uitgaf. In 1994 werd de subsidiëring van de voorcentralisatiediensten beëindigd.

§3.8.20 Aankoop vaccins

Vaccinatie is voor het eerst gereguleerd met de Wet op sera en vaccins (Stb. 1927, 91) en het bijbehorende Sera- en vaccinsbesluit (Stb. 1934, 104). Hiermee is het iedereen verboden sera en vaccins te bereiden of te importeren, tenzij het Rijk toestemming daartoe verleent. Tevens werd de aanschaf van sera en vaccins gereguleerd.

Hiermee samenhangend is het verschijnen van de post "sera en vaccins" op de begroting van het ministerie van Sociale Zaken, waaronder Volksgezondheid destijds ressorteerde. Hierbij moet met name worden gedacht aan de middelen die nodig waren voor de bestrijding van de pokken. Het vaccin werd door het Rijk ter beschikking gesteld aan kruisverenigingen en gemeentelijke gezondheidsdiensten. Dit geldt vanouds als een subsidie, hoewel het dat niet is volgens de hedendaagse definitie in de Algemene wet bestuursrecht (zie paragraaf 1). Daarnaast subsidieerde de overheid -met een voor ons herkenbare vorm van subsidie- de inrichting van vertrekken waar mensen konden worden ingeënt.

Op deze subsidies waren aanvullingen mogelijk, bijvoorbeeld om epidemieën te bestrijden in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Een voorbeeld is het volgende. In 1952 vielen 1.700 mensen ten prooi aan de kinderverlamming, vier jaar later gevolgd door een tweede epidemie die 2.200 slachtoffers maakte. De begroting van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid toont dat de overheid gedurende vier jaar (1957-1960) ruim f. 20.000.000,- uittrok om alle kinderen die tussen 1945 en 1958 waren geboren een drievoudige vaccinatie toe te dienen.

Niet veel later -in 1963 om precies te zijn- werd besloten tot een landelijk vaccinatieprogramma tegen difterie, kinkhoest, tetanus en kinderverlamming. Sindsdien krijgt in theorie elk kind -en in de praktijk 97% van alle kinderen- vóór de eerste verjaardag de drievoudige DKTP-prik, zodat bij de epidemieën van 1971, 1978 en 1992 alleen nog slachtoffers vielen onder degenen die zich om religieuze redenen niet hadden laten inenten. Ook voor de andere drie ziektes was het DKTP-vaccin succesvol: difterie komt in Nederland niet meer voor (de laatste twee gevallen dateren uit 1986 en 1991), tetanus beperkt zich tot zo'n drie gevallen per jaar bij mensen wier vaccinatie verlopen is, terwijl het aantal gevallen van kinkhoest zich beperkt tot zo'n driehonderd per jaar bij baby's die nog niet zijn ingeënt. Het vaccineren is sinds 1973 een AWBZ-verstrekking die wordt uitgevoerd door het personeel van de kruisverenigingen. Niettemin is de subsidie gehandhaafd: de rijksoverheid trok jaarlijks ruim f. 1.500.000,- uit om de aankoop van anti-resus immunoglobuline te subsidiëren, ofwel de stof die een resus-negatieve moeder die het leven heeft gegeven aan een resus-positieve baby in staat stelt om geen antistoffen te maken tegen het bloed van toekomstige kinderen. Welbeschouwd is dit noch een serum noch een vaccin, maar de post op de rijksbegroting heet nu eenmaal "sera en vaccins".

³⁵ Zie voor de Destructiewet het PIVOT-rapport van N.J. van Oldenbeek met de titel *Voedings- en Productveiligheid. Een institutioneel onderzoek naar actoren en handelingen op het terrein van de bescherming van de volksgezondheid tegen ondeugdelijke voedingsmiddelen en producten, 1945-1996*.

Tot slot zij erop gewezen dat sinds 1973 de meeste vaccins worden aangekocht door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu(hygiëne). In de jaren '90 werd hiervoor jaarlijks zo'n f. 30.000.000,- uitgetrokken. Voor meer informatie over deze materie zij verwezen naar het PIVOT-rapport inzake het RIVM, *En morgen gezond weer op. Een institutioneel onderzoek naar het takenpakket en de handelingen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1940-1995* (1996 Den Haag).

§3.9 Rijksbijdrageregelingen

Veel instellingen krijgen subsidies van meerdere overheden. Zo ontvingen de kruisorganisaties geld van de gemeenten, van de provincies en van het Rijk. Dit betekent dat er drie keer expertise ten aanzien van de gesubsidieerde partij bestaat, wat soms wel wordt ervaren als een nutteloze doublure. In het laatste geval kan het Rijk besluiten zijn middelen over te hevelen naar een provincie of een gemeente, zodat maar één ambtelijk apparaat zich met de subsidieverstrekking hoeft bezig te houden. De overdracht van belastinggelden aan een lagere overheid staat bekend als rijksbijdrage. Het omgekeerde -dat de rijksoverheid taken overneemt van lagere overheden- is in de loop der jaren overigens vaker voorgekomen. In dit RIO zijn daarvan verschillende voorbeelden gegeven, die hier daarom verder onbesproken kunnen blijven.

Voorwaarde van een rijksbijdrage is meestal -maar niet altijd- dat de lagere overheid die het geld ontvangt dit zal uitgeven aan de instelling waarvoor het geld oorspronkelijk bedoeld was. Een rijksbijdrage is dus een specifieke uitkering, dat wil zeggen een uitkering van het Rijk waarvan de bestedingsrichting vooraf is aangegeven.

Een rijksbijdrage is dus geen rijkssubsidie, maar ze zijn wel met elkaar verbonden. Vanaf de late jaren '70 zijn verschillende subsidieregelingen vervangen door rijksbijdrageregelingen. De eerste subsidieregeling die dit lot trof was de Voorlopige rijksregeling subsidiëring provinciale revalidatie-instellingen, die in 1979 werd vervangen door de Rijksregeling provinciaal overleg revalidatie, een overdracht aan de provinciale kassen (zie paragraaf 3.8.7).

De decentralisatie in het overheidsbeleid in de jaren '80 (de "terugtrekkende overheid") leidde ertoe dat vrij veel subsidieregelingen werden omgezet in een rijksbijdrageregeling. Het bekendste voorbeeld is de invoering van de Wet collectieve preventie volksgezondheid, die samenging met de beëindiging van de subsidie voor de tuberculosebestrijding, voor geslachtsziektebestrijding, voor gezondheidsvoorlichting, voor het geneeskundig en hygiënisch schooltoezicht en voor de aanstelling van medisch-milieukundigen, epidemiologen en sociaal-verpleegkundigen in de aids-bestrijding. De gelden werden voortaan doorgesluisd naar de gemeenten, die verplicht waren ze aan te wenden om de basisgezondheidsdiensten dezelfde taken te laten uitvoeren (zie paragraaf 3.8.14).

De basisgezondheidsdiensten konden daarnaast ook nog gebruik maken van een andere rijksbijdrage, namelijk die voor de bestrijding van besmettelijke ziekten waarvoor al langer rijksoverheidsgelden waren gereserveerd (vóór de oprichting van de basisgezondheidsdiensten was dit geld bestemd geweest voor de gemeentelijke gezondheidsdiensten).

Enigszins anders van aard is de in voetnoot 36 genoemde rijksbijdrage aan de Algemene Kas van de ziekenfondsen en de rijksbijdrage aan het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Dit zijn geen bijdragen aan de kas van een lagere overheid, maar aan fondsen die worden beheerd door een zelfstandig bestuursorgaan.

§3.10

Handelingen

In dit hoofdstuk worden de handelingen met betrekking tot de subsidieverstrekking beschreven in gegevensblokken. Per blok worden in principe vijf items gegeven (actor, handeling, periode, grondslag / bron en product). Eventueel kan een aanvullende opmerking gemaakt worden.

Een **actor** is een (overheids)orgaan dat een rol speelt op een beleidsterrein en bevoegdheid heeft tot het zelfstandig verrichten van handelingen op grond van attributie of delegatie. In de meeste gevallen is dit de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert.

Een **handeling** is een geheel van activiteiten dat is gericht op het tot stand brengen van een product, door een actor verricht ter vervulling van een taak of op grond van een bevoegdheid. Een actor kan handelingen via mandatering door organisatieonderdelen of -leden laten verrichten (dit is in principe niet herkenbaar bij de vermelding van de actor). Ook activiteiten van (ambtelijke) commissies of overlegverbanden, ingesteld ter uitvoering van enige handeling, worden geacht onder die handeling te zijn begrepen.

De **periode** geeft aan over welk tijdvak een handeling is uitgevoerd. Voor handelingen die al vóór 1945 werden uitgevoerd is 1945 als beginjaar opgenomen. Indien geen eindjaar gegeven is, betekent dit dat de handeling ook nog na 1997 uitgevoerd wordt. Het is mogelijk dat voorafgaand aan of na beëindiging van de wettelijke grondslag een handeling wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld bij de voorbereiding van regelgeving of afhandeling van bekostiging). In dat geval is toch het jaar van formele aanvang of beëindiging aangehouden.

De **grondslag** geeft de wet of -vaker- een regeling waarop de handeling is gebaseerd. Als er in plaats van grondslag **bron** vermeld staat wil dat zeggen dat er geen wettelijke grondslag gevonden is, maar dat uit een andersoortige bron (nota, literatuur, interview) gebleken is dat het desbetreffende orgaan die handeling uitvoerde of uitvoert. Wanneer eenzelfde handeling op grond van verschillende regelingen is uitgevoerd worden de grondslagen na elkaar genoemd. Bij de meeste handelingen kan geen grondslag worden vermeld: zoals bekend is de wetgeving voor de volksgezondheidssubsidies nog in de maak (zie paragraaf 3.2).

Bij het **product** wordt steeds het eindproduct van een handeling genoemd, waarbij als bekend wordt verondersteld dat de neerslag (bijv. dossier of computerbestand) van het gehele proces dat geleid heeft tot dat eindproduct daaronder begrepen wordt. Ook in gevallen waarbij geen eindproduct tot stand is gekomen, wordt de neerslag van de voorbereiding tot de handeling gerekend (en dient deze overeenkomstig de waardering die in het BSD aan de handeling gegeven wordt, te worden bewaard of vernietigd). Er is gestreefd naar volledigheid. Wanneer uit de formulering van de handeling al blijkt wat het product is, bijvoorbeeld "het vaststellen van jaarverslagen", wordt het item product weggelaten.

In een **opmerking** kunnen onderdelen van het gegevensblok verduidelijkt worden.

De term 'volksgezondheid' heeft hier -net als in de Kaderwet volksgezondheidssubsidies- betrekking op 'het geheel van inspanningen met betrekking tot de gezondheidsbevordering, de gezondheidsbescherming en de gezondheidszorg'.

[1]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het voorbereiden, (mede-)vaststellen, evalueren en coördineren van (de uitvoering van) het beleid op het gebied van de subsidiëring van de volksgezondheid.
periode: 1945-
grondslag: -
product: beleidsnotities, rapporten, adviezen, evaluaties, zoals het Heroverwegingsonderzoek Volksgezondheidssubsidies (1992)

[2]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert

handeling: Het instellen en opheffen van commissies, werkgroepen en overlegorganen op het gebied van de subsidiëring van de volksgezondheid.
periode: 1945 –
grondslag: -
product: instellingsbeschikkingen

[3]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het benoemen, schorsen en ontslaan van voorzitters, secretarissen en (andere) leden van commissies, werkgroepen en overlegorganen op het gebied van de subsidiëring van de volksgezondheid, en het aanwijzen van ambtenaren tot het bijwonen van de vergaderingen.
periode: 1945 –
grondslag: -
product: beschikkingen

[4]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het voorbereiden van de vaststelling, wijziging en intrekking van wet- en regelgeving met betrekking tot de subsidiëring van de volksgezondheid.
periode: 1945 -
grondslag: -
product: - Raamwet volksgezondheidssubsidies (1968, niet ingediend);
- Kaderwet volksgezondheidssubsidies (Stb. 1998, 178)

[5]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het vaststellen, wijzigen en intrekken van subsidieregelingen en rijksbijdrageregelingen voor de volksgezondheid.
periode: 1945 –
grondslag: -

[6]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het vaststellen, wijzigen en intrekken van beoordelingsnormen, beleidsregels en interpreterende regels met betrekking tot de subsidiëring van de volksgezondheid.
periode: 1945 –
grondslag: -
product: circulaires
opmerking: hieronder valt ook het maken van uitzonderingen en het doen van uitspraken over gevallen waarin de regels niet voorzien. Voorts valt te denken aan het opstellen van voorwaarden waaraan gesubsidieerde instellingen moeten voldoen, zoals:
- Algemene administratieve subsidiebepalingen (AAS);
- Algemene subsidiebepalingen projecten (ASP);
- Algemene subsidiebepalingen gesubsidieerde instellingen (ASGI);
- Aanscherping sanctiebeleid subsidies (Stcrt. 1992, 92);
- Beleidsregels handhaving subsidiebepalingen VWS (brief, kenmerk FPB-U-97507).

[7]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het opstellen van periodieke verslagen betreffende de subsidiëring van de volksgezondheid.
periode: 1945 –

grondslag: -
product: series jaarverslagen, kwartaalverslagen, maandverslagen
opmerking: in principe is er geen grondslag voor de verslaglegging, met als uitzondering het zogenoemde "Onderzoeksboek" dat moet worden samengesteld krachtens het Besluit Raad voor Gezondheidsonderzoek (Stb. 1996, 558).

[8]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het ontwikkelen en aanpassen van (geautomatiseerde) systemen ter ondersteuning van werkzaamheden met betrekking tot de subsidiëring van de volksgezondheid.
periode: 1989 –
grondslag: -
opmerking: De departementale Accountantsdienst beschikt sinds 1989 over een geautomatiseerd overzicht van subsidieregelingen en rijksbijdrageregelingen;
Het SRS (= Subsidie Rappel Systeem; vanaf 1993, sinds 1996 in beheer bij de dienst Financieel en Personeel Beheer) is een voortgangsbewakingsstelsel ten behoeve van de toekenning en vaststelling van subsidies.

[9]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het bijhouden van (geautomatiseerde) gegevensbestanden ter ondersteuning van werkzaamheden met betrekking tot de subsidiëring van de volksgezondheid.
periode: 1989 –
grondslag: -
opmerking: zie handeling 8.

[10]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het beantwoorden van Kamervragen en het anderszins op verzoek incidenteel informeren van leden van of commissies uit de Kamers der Staten-Generaal inzake de subsidiëring van de volksgezondheid.
periode: 1945 –
grondslag: -
product: brieven, notities

[11]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het informeren van de Commissies voor de Verzoekschriften en andere tot onderzoeken van klachten bevoegde commissies uit de Kamers der Staten-Generaal, de Nationale Ombudsman en het Kabinet van de Koningin naar aanleiding van klachten over de uitvoering of de gevolgen van het beleid betreffende de subsidiëring van de volksgezondheid.
periode: 1945 –
grondslag: -
product: brieven, notities

[12]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het beslissen op beroepschriften naar aanleiding van beschikkingen betreffende de subsidiëring van de volksgezondheid en het voeren van verweer in beroepschriftprocedures voor administratief rechterlijke organen
periode: 1975 –
grondslag: Wet administratieve rechtspraak overheidsbeschikkingen (vgl. par. 3.2)

product: verweerschriften

[13]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het beantwoorden van vragen van individuele burgers, bedrijven en instellingen betreffende de subsidiëring van de volksgezondheid.
periode: 1945 –
grondslag: -
product: brieven, notities

[14]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het uitvoeren van voorlichtingsactiviteiten op het terrein van de subsidiëring van de volksgezondheid.
periode: 1945 –
grondslag: -
product: voorlichtingsmateriaal (o.a. Verkenning subsidiebeheer VWS (1997) en VWS, en subsidies. Handhaving van de bepalingen (1997))

[15]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het verstrekken van subsidies aan projecten, experimenten en kortdurend wetenschappelijk onderzoek.
periode: 1945 – 1997
grondslag: Begrotingswet
opmerking: Dit zijn de zogeheten PEO-subsidies, zie paragraaf 3.6.1.

[16]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het verstrekken van subsidies aan wetenschappelijke onderzoeksinstituten.
periode: 1945 –
grondslag: Begrotingswet; Wet tot regeling van het Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (Stb. 1930, 146) art. 3, lid 1; TNO-wet (Stb. 1985, 762) art. 20; TNO-besluit (Stb. 1986, 214) art. 7, lid 1 en art. 9
opmerking: het betreft organisaties als het TNO; vgl. paragraaf 3.6.2.

[17]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het verstrekken van subsidies aan organisaties en instellingen op het gebied van de volksgezondheid.
periode: 1945 –
grondslag: Begrotingswet
opmerking: voor een overzicht van deze organisaties en instellingen op het gebied van de volksgezondheid: zie paragraaf 3.7.

[18]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het verstrekken van subsidies ten behoeve van structurele beleidsuitvoering.
periode: 1945 –
grondslag: Begrotingswet; subsidieregelingen zoals:
- Subsidievoorwaarden ten behoeve van de kinderuitzending (Stcrt. 1934, 12) art. 1;

- Voorwaarden voor het verkrijgen van subsidie voor tuberculosebestrijding (Stcrt. 1941, 35) art. 1;
- Voorwaarden voor het verkrijgen van subsidie voor tuberculosebestrijding (Stcrt. 1946, 223) art. 3;
- Voorwaarden, waaraan plaatselijke verenigingen voor gezondheidszorg moeten voldoen om in aanmerking te komen voor rijkssubsidie (Stcrt. 1952, 40) art. 8;
- Voorwaarden voor het verkrijgen van subsidie voor tuberculosebestrijding (Stcrt. 1952, 88) art. 2;
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de kraamzorg (Stcrt. 1956, 63) art. 2;
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de kinderuitzending (Stcrt. 1956, 123) art. 1;
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de reumatiekbestrijding (Stcrt. 1956, 234) art. 2;
- Subsidieregelingen voor bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden (Stcrt. 1957, 138) art. 2;
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor plaatselijke instellingen voor preventieve gezondheidszorg (Stcrt. 1957, 229) art. 2 lid 1;
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de provinciale verenigingen voor de tuberculosebestrijding (Stcrt. 1957, 250) art. 2 lid 1;
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de plaatselijke specifieke verenigingen voor de tuberculosebestrijding (Stcrt. 1957, 251) art. 2;
- Rijksregeling tot vaststelling van subsidievoorwaarden voor medisch-opvoedkundige bureaus (Stcrt. 1959, 72) art. 2 lid 1;
- Rijksregeling tot vaststelling van subsidievoorwaarden voor sociaal-psychiatrische diensten (Stcrt. 1961, 116) art. 2 lid 1;
- Rijksregeling tot vaststelling van subsidievoorwaarden voor landelijke en provinciale kruisorganisaties (Stcrt. 1961, 222) art. 2;
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de opleidingen tot wijkverpleegster (Stcrt. 1964, 82) art. 2;
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor kraaminternaten (Stcrt. 1964, 145) art. 3 lid 1;
- Voorlopige Rijksregeling subsidiëring provinciale revalidatie-instellingen (Stcrt. 1964, 149) art. 2 lid 1;
- Rijkssubsidieregeling bureaus voor levens en gezinsmoeilijkheden (Stcrt. 1970, 3) art. 17;
- Besluit subsidiëring kraamcentra (Stcrt. 1973, 200) art. 2;
- Besluit subsidiëring kraamcentra (Stcrt. 1976, 120) art. 2;
- Interim subsidieregeling voor instellingen die consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding in stand houden (Stcrt. 1980, 249) art. 2;
- Interim rijksregeling subsidiëring niet-curatieve geslachtsziektenbestrijding gemeenten (Stcrt. 1981, 202) art. 2;
- Rijksregeling subsidiëring niet-curatieve geslachtsziektenbestrijding kruiswerk (Stcrt. 1981, 202) art. 2;
- Stimuleringsregeling RIGG (Stcrt. 1983, 166) art. 5;
- Tijdelijke stimuleringsregeling regionale samenwerkingsverbanden gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (Stcrt. 1983, 250) art. 3 lid 1;
- Stimuleringsregeling RIGG 1988 (Stcrt. 1988, 63) art. 6;
- Incidentele bijdrageregeling AIDS-platforms (Stcrt. 1988, 157) art. 2;
- Tijdelijke stimuleringsregeling Regionale Patiënten / Consumenten Platforms 1990 (Stcrt. 1990, 148) art. 3 lid 1;
- Overbruggingsregeling bekostiging collectieve preventie volksgezondheid (Stcrt. 1991, 51) art. 2;

- Tijdelijke stimuleringsregeling VTO-samenwerkingsverbanden (Stcrt. 1992, 231) art. 2 lid 1-2

product: beschikkingen
opmerking: voor een overzicht: zie paragraaf 3.8.

[19]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het verstrekken van rijksbijdragen aan gemeenten en provincies.
periode: 1945 –
grondslag: Begrotingswet

[20]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het verstrekken van rijksbijdragen aan de Algemene Kas, het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten en het Praeventiefonds.
periode: 1945 –
grondslag: Begrotingswet

[21]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het houden van financieel toezicht op gesubsidieerde instellingen.
periode: 1945 –
grondslag: - Wet tot regeling van het toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek (Stb. 1930, 416) art. 11 lid 1 en 2;
- Besluit ter uitvoering van de Wet tot regeling van het toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek (Stb. 1931, 401) art. 15;
- Subsidievoorwaarden ten behoeve van de kinderuitzending (Stcrt. 1934, 12) art. 8;
- Voorwaarden voor het verkrijgen van subsidie voor tuberculosebestrijding (Stcrt. 1941, 35) art. 26 en 35;
- Voorwaarden voor het verkrijgen van subsidie voor tuberculosebestrijding (Stcrt. 1946, 223) art. 26 en 35;
- Voorwaarden, waaraan plaatselijke verenigingen voor gezondheidszorg moeten voldoen om in aanmerking te komen voor rijkssubsidie (Stcrt. 1952, 40) art. 28;
- Voorwaarden voor het verkrijgen van subsidie voor tuberculosebestrijding (Stcrt. 1952, 88) art. 23 en 29;
- Rijksstelling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de kraamzorg (Stcrt. 1956, 63) art. 32;
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de kinderuitzending (Stcrt. 1956, 123), art. 16;
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de reumatiekbestrijding (Stcrt. 1956, 234) art. 19;
- Subsidieregeling voor bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden (Stcrt. 1957, 138) art. 14 onder c;
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor plaatselijke instellingen voor preventieve gezondheidszorg (Stcrt. 1957, 229) art. 23;
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de provinciale verenigingen voor de tuberculosebestrijding (Stcrt. 1957, 250) art. 21;
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de plaatselijke specifieke verenigingen voor de tuberculosebestrijding (Stcrt. 1957, 251) art. 21;
- Rijksregeling tot vaststelling van subsidievoorwaarden voor medisch-opvoedkundige bureaus (Stcrt. 1959, 72) art. 18;

- Rijksregeling tot vaststelling van subsidievoorwaarden voor sociaal-psychiatrische diensten (Stcrt. 1961, 116) art. 19;
- Rijksregeling tot vaststelling van subsidievoorwaarden voor landelijke en provinciale kruisorganisaties (Stcrt. 1961, 222) art. 8;
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de opleidingen tot wijkverpleegster (Stcrt. 1964, 82) art. 17;
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor kraaminternaten (Stcrt. 1964, 145) art. 23;
- Voorlopige Rijksregeling subsidiëring provinciale revalidatie-instellingen (Stcrt. 1964, 149) art. 12;
- Rijkssubsidieregeling bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden (Stcrt. 1970, 3) art. 49, gewijzigd (Stcrt. 1978, 25; "Enige wijzigingen van subsidie- en bijdrageregelingen", art. 1, onder *D* onder *c*);
- Besluit subsidiëring kraamcentra (Stcrt. 1973, 200) art. 9 lid 3;
- Besluit subsidiëring kraamcentra (Stcrt. 1976, 120) art. 7 lid 4;
- Interim subsidieregeling voor instellingen die consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding in stand houden (Stcrt. 1980, 249) art. 18 lid 1 onder *b-g*, 19, 21 en 25;
- Interim rijksregeling subsidiëring niet-curatieve geslachtsziektenbestrijding gemeenten (Stcrt. 1981, 202) art. 17 lid 2;
- Rijksregelingsubsidiëring niet-curatieve geslachtsziektenbestrijding kruiswerk (Stcrt. 1981, 202) art. 17 lid 2;
- Stimuleringsregeling RIGG (Stcrt. 1983, 166) art. 24 onder *a-b*;
- Tijdelijke stimuleringsregeling regionale samenwerkingsverbanden gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (Stcrt. 1983, 250) art. 21 lid 1-2;
- TNO-wet (Stb. 1985, 762) art. 21 lid 1;
- Stimuleringsregeling RIGG 1988 (Stcrt. 1988, 63) art. 27 onder *a-b*;
- Tijdelijke stimuleringsregeling Regionale Patiënten / Consumenten Platforms 1990 (Stcrt. 1990, 148) art. 20 lid 1;
- Tijdelijke stimuleringsregeling VTO-samenwerkingsverbanden (Stcrt. 1992, 231) art. 24

product: bijv. accountantsverklaringen

§4 SUBSIDIES, NIET VAN HET MINISTERIE

Naast het ministerie waaronder Volksgezondheid ressorteert zijn er andere organen die subsidies toekennen. Het zijn de Ziekenfondsraad (paragraaf 4.1; in 1999 opgevolgd door het College voor zorgverzekeringen) en het Praeventiefonds (paragraaf 4.3). De laatstgenoemde actor is per 1 januari 1998 opgegaan in de Stichting ZorgOnderzoek Nederland (ZON; paragraaf 4.5). In 2001 is ZON met NWO-MW (Medische Wetenschappen van NWO) geïntegreerd tot ZonMw.

Deze fondsen worden gevuld door een bijdrage uit de rijksbegroting en de vraag komt op waarom het ministerie de subsidies niet zelf verstrekt. Op deze vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk. Eén ervan luidt dat het historisch zo is gegroeid. Een ander -dat vooral in de jaren '60 populair was- behelst dat de overheid, door organisaties van werkgevers en werknemers te laten delen in de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het volksgezondheidsbeleid, kon bewerken dat ze zich ook inhoudelijk aan het beleid committeerden. In de jaren '90 was het antwoord populair dat op deze manier de verantwoordelijkheid voor de algemene beleidsbepaling en prioriteitenstelling beter was gescheiden van die voor de uitvoering van het subsidiebeleid.

§4.1 Actor: de Ziekenfondsraad (1949-1999)

De Ziekenfondsraad is ingesteld in 1947 (Stb. H 135) en begon met zijn werkzaamheden op 1 januari 1949; het is een uit vertegenwoordigers van de werknemers, werkgevers en overheid samengestelde instelling met een drietal taken. De voornaamste daarvan is het houden van toezicht op het beheer en de administratie van de Nederlandse ziekenfondsen. Voor een uitgebreide beschrijving van deze taak wordt verwezen naar het PIVOT-rapport van F. van Dijk, *Verzekerd van zorg. Een onderzoek naar instituties en wet- en regelgeving op het terrein van de bekostiging en verzekering als onderdeel van het stelsel van structuur en financiering van de gezondheidszorg, 1940-1990* (1993 Den Haag).

De tweede taak van de Ziekenfondsraad is het geven van advies aan de Kroon en aan de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert over de technische en de financiële aspecten van de sociale ziektekostenverzekering, de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De raad kan dit doen op eigen initiatief en op verzoek van de minister of de Kroon.

Tot slot is de Ziekenfondsraad belast met enkele andere taken, die hem bij of krachtens de wet zijn opgedragen. Aan deze kapstok hangen tal van activiteiten, waarvan de belangrijkste is: het beheer van de Algemene Kas (van de ziekenfondsen) en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.³⁶

Voorts kan de Ziekenfondsraad subsidies verlenen; zie daarvoor paragraaf 4.2.

§4.2 Subsidiëring door de Ziekenfondsraad

Om de drie beschreven taken uit te voeren kan de Ziekenfondsraad -al dan niet verzoek van de minister- commissies instellen; voorbeelden zijn de vaste commissies voor de uitvoering van de Ziekenfondswet en voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. In 1996 waren er zo achttien commissies en vier sub-commissies. Deze houden toezicht op de administratie van de zorgverzekeraars, op het beheer van fondsen en op de uitvoering van enkele subsidieregelingen. In deze commissies kunnen zowel leden van de Ziekenfondsraad als daarbuiten zitting nemen.

Als gezegd kan de Ziekenfondsraad subsidies verstrekken. Relevant zijn twee wetsartikelen:

- Ziekenfondswet (Stb. 1964, 392) art. 73, lid 1, onder c en d;
- Wet financiering volksverzekeringen (Stb. 1989, 129) art. 39, lid 3, onder g en h (tot 1990 waren deze bepalingen opgenomen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb. 1967, 617) art. 52, lid 1, onder d en e).

³⁶ De Algemene Kas wordt gevuld met de ziekenfondspremies die door bedrijfsverenigingen worden geïnd, terwijl de AWBZ-premies worden gestort in het AFBZ. Beide fondsen kunnen worden aangevuld met een rijksbijdrage van het ministerie waaronder Volksgezondheid ressorteert.

Hiermee is de grondslag gelegd voor twee soorten subsidies, namelijk (a.) ten behoeve van het verrichten van wetenschappelijk onderzoek en het publiceren van de resultaten daarvan, en (b.) ten behoeve van andere doelen die verband houden met de volksgezondheid in het algemeen en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of de Ziekenfondswet in het bijzonder.

Ad a. De Ziekenfondsraad is niet geheel vrij bij de subsidieverstrekking, al varieert de bewegingsvrijheid met het fonds van waaruit subsidies worden verstrekt. Laten we eerst kijken naar de subsidies voor wetenschappelijk onderzoek.

Komen de gelden uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, dan moet de Ziekenfondsraad het bedrag dat hij in een gegeven jaar wil aanwenden om wetenschappelijk onderzoek te laten verrichten van tevoren vaststellen, opvoeren op een begroting en door de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert laten goedkeuren. De minister kan bovendien aanwijzingen geven op grond van de Wet financiering volksverzekeringen: hij bepaalt welk onderzoek uit het fonds gesubsidieerd moet worden en stelt daarbij prioriteiten die afhankelijk zijn van zijn onderzoeksbeeld. Hij kan daarbij aangeven welk bedrag maximaal mag worden besteed.

Bij de subsidiëring van onderzoek vanuit de middelen van de Algemene Kas -uit ziekenfondspremies, met andere woorden- heeft de Ziekenfondsraad meer vrijheid, hoewel de raad daarvan pas betrekkelijk laat gebruik is gaan maken. Aanvankelijk reageerde de raad op verzoeken uit het veld. Ten aanzien van de subsidieverstrekking heeft de Ziekenfondsraad in het Besluit subsidieregeling Ziekenfondsraad (Stcrt. 1974, 180) nadere voorwaarden gesteld aan de aanvragen. Tien jaar later besloot de Ziekenfondsraad over te gaan tot een actiever onderzoeksbeleid. Niet langer wachtte de raad de onderzoeksvoorstellen af, maar ging zelf over tot het verstrekken van opdrachten. Het Besluit subsidieregeling Ziekenfondsraad werd ingetrokken en tegelijk werd een aantal terreinen geformuleerd waarop de Ziekenfondsraad onderzoeksopdrachten zou gaan verlenen.³⁷ Deze terreinen waren:

- a. het onderzoek naar het functioneren en de effectiviteit van de hulpverlening;
- b. het onderzoek naar de materiële en de immateriële kwaliteit van de kunst- en hulpmiddelen en de technische hulpmiddelen voor gehandicapten;
- c. het onderzoek naar de mogelijkheden om de extramurale gezondheidszorg in het algemeen en de eerstelijnszorg in het bijzonder te versterken;
- d. het onderzoek naar de samenhang van intramurale en extramurale voorzieningen in de gezondheidszorg;
- e. het onderzoek dat was gericht op de gezondheidszorg als systeem (bijvoorbeeld de administratieve, de organisatorische en de bestuurlijke aspecten van het functioneren van verschillende instellingen op het gebied van de gezondheidszorg);
- f. het onderzoek naar de mogelijkheden om de kosten in de gezondheidszorg te beheersen (budgettering).

Naast de subsidies voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek worden er ook andere subsidies op grond van de Ziekenfondswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verstrekt. De besluiten van de Ziekenfondsraad hieromtrent dienen overigens door de minister te worden goedgekeurd.³⁸

Voor wat betreft de subsidies op grond van de Ziekenfondswet kan worden gewezen op de financiering van de intensieve thuiszorg en de vervangende hulp: in 1989 werd de departementale subsidieregeling daarvoor ingetrokken en werd de financiering van de gezinszorg overgeheveld naar de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, waar deze in 1997 werd samengevoegd met de subsidiëring voor het kruiswerk.

In principe stelt de Ziekenfondsraad per onderwerp een aparte subsidieregeling vast waarin onder meer het totaalbedrag dat jaarlijks voor subsidies beschikbaar is staat vermeld, samen met het

³⁷ Zie de toelichting bij het besluit Intrekking Besluit subsidieregeling Ziekenfondsraad (Stcrt. 1985, 11).

³⁸ Zie voor deze materie het PIVOT-rapport 'Schappelijk welzijn op maat' door B. Jaski m.m.v. D. Carasso.

subsidiebudget van de afzonderlijke ziekenfondsen. Net als in de departementale subsidieregelingen worden er voorwaarden gesteld aan de gesubsidieerde instelling.

Voor de verstrekking van subsidies op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (later: de Wet financiering volksverzekeringen) komen verschillende voorzieningen in aanmerking. Algemeen kenmerk is dat zij niet als verstrekking in de zin van de AWBZ bekostigd worden. Het grootste deel van het totaalbedrag (in 1995 bijna drie miljard gulden) is bestemd voor de instellingen in de zorgsector, zoals de gezinsverzorging, de sociaal-pedagogische diensten en gezinsvervangende tehuizen voor kinderen en voor verstandelijk of lichamelijk gehandicapten. De gelden worden verder aangewend voor:³⁹

1. de subsidiëring van voorzieningen, waarvan al vaststaat dat deze in de nabije toekomst in het verstrekkingenpakket zullen worden opgenomen. Bij wijze van voorbeeld kan worden gewezen op de subsidiëring van een aantal vormen van ambulante geestelijke gezondheidszorg tussen 1971 en 1982, zoals is beschreven in paragraaf 3.8.9;
2. de subsidiëring van voorzieningen, die op grond van politieke afwegingen niet in het verstrekkingenpakket kunnen worden opgenomen. Zo waren er in de jaren '80 mensen met gewetensbezwaren tegen de afdracht van ziekenfondspremies ten behoeve van abortusklinieken, waarna de financiering van deze instellingen in 1985 werd overgeheveld naar het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, dat werd aangevuld met een bijdrage vanaf de rijksbegroting;⁴⁰
3. de subsidiëring van bepaalde voorzieningen of prestaties, om te onderzoeken of het zinvol is deze in een verstrekkingenpakket op te nemen en -zo ja- hoe. Uiteraard is bij zulke experimenten een evaluatie en een effectiviteitsonderzoek opgenomen onder de subsidievoorwaarden;
4. de subsidiëring van zaken die niet als gewone verstrekkingen op basis van de Ziekenfondswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten kunnen worden geformuleerd omdat ze te duur of te zeldzaam zijn, of omdat de vraag ernaar gering is. Een bekend voorbeeld is de subsidie van de aids-remmer Retrovir die in 1987 niet in het pakket van ziekenfondsverstrekkingen werd opgenomen, omdat het geneesmiddel vooralsnog te duur was (Stcrt. 1987, 93);
5. de subsidiëring van samenwerkingsverbanden, die zich moeilijk als verstrekking laten omschrijven. Als voorbeeld kan de aanvullende subsidie van de gezondheidscentra dienen die reeds in paragraaf 3.8.15 aan de orde is geweest;
6. de subsidiëring van prestaties of activiteiten, die zich moeilijk als verstrekking laten omschrijven. Een voorbeeld is de subsidiëring van de proef met een helikopter-traumateam in Amsterdam vanaf 1995. De Ziekenfondsraad streeft ernaar deze categorie subsidies af te bouwen. Zo is de ondersteuning van de opleiding van huisartsen en specialisten per 1 januari 1998 weer teruggeplaatst op de rijksbegroting;
7. de subsidiëring van patiëntenverenigingen ten behoeve van specifieke educatie- of gezinsbegeleidingsactiviteiten. Voorbeelden zijn de Diabetesvereniging Nederland en de Vereniging Spierziekten Nederland.

De handelingen inzake de subsidieverlening door de Ziekenfondsraad -zowel op grond van de Ziekenfondswet als op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten- worden in dit RIO verder niet opgenomen. Ze zijn namelijk al aan de orde geweest in het institutioneel onderzoek van F. van Dijk, *Verzekerd van zorg*, waarin de bekostiging en verzekering van de Nederlandse gezondheidszorg tussen 1940 en 1990 is behandeld.

§4.3 Actor: het Praeventiefonds (1950 -1998)

³⁹ Deze indeling is overgenomen uit *Kluwer Sociale Verzekeringswetten*, deel 7, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, art. 52, aantekening zeven.

⁴⁰ Kamerstukken II 1984-1985, 18 386, nr. 19. De uiteindelijke regeling is gepubliceerd in de Staatscourant (1985, 207 en 1991, 252).

Met de Ziektewet van 1913 -die overigens niet voor 1930 in werking zou treden- werd het zogeheten Profylaxefonds in het leven geroepen (Stb. 1913, 204, art. 125). Het doel van dit fonds was het financieren van preventieve maatregelen om te voorkomen dat werknemers in de Ziektewet zouden komen. Op deze manier werd het aantal dagen waarover ziekingeld betaald moest worden zo laag mogelijk gehouden en konden de premies van de werkgevers en de verzekerden overeenkomstig laag blijven.

Toen in 1950, met de Wet op het Praeventiefonds (Stb. 1950, K 259), het Praeventiefonds werd ingesteld (en het Profylaxefonds werd opgeheven), had het nieuwe fonds een bredere opzet: de gelden waren bestemd voor preventieve maatregelen ten bate van de gehele bevolking. Om het anders te zeggen: het Profylaxefonds diende het economisch doel van een beperkte groep, terwijl het Praeventiefonds de volksgezondheid diende. Het eerste artikel van de Wet op het Praeventiefonds bepaalde dan ook: "Er is een fonds, welks gelden zullen worden bestemd tot het nemen of bevorderen van maatregelen, welke strekken om ziekte te voorkomen of de gezondheid te bevorderen."

De financiering van het Praeventiefonds was ook anders georganiseerd dan die van het Profylaxefonds. Het werd aanvankelijk gefinancierd door een bijdrage uit het Vereveningsfonds dat door de Ziekenfondsraad beheerd werd. Sinds de inwerkingtreding van de AWBZ in 1967 werd het fonds gefinancierd uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, dat eveneens door de Ziekenfondsraad werd beheerd. De hoogte van de bijdrage werd jaarlijks aangepast.

§4.4 Subsidiëring door het Praeventiefonds

Het Praeventiefonds subsidieerde activiteiten en projecten van instellingen. Het had daarbij drie aandachtsvelden:

- het wetenschappelijk onderzoek;
- de geestelijke volksgezondheid;
- voorlichting.

Aanvankelijk heeft het Praeventiefonds zich vooral door middel van voorlichtingsactiviteiten gericht op preventie. In de loop der jaren kreeg het wetenschappelijk onderzoek echter een zwaarder accent. In de subsidiëring moest voor alles het preventieve karakter duidelijk gemotiveerd zijn, maar er waren meer voorwaarden waaraan een gesubsidieerde instelling moest voldoen. Het *Meerjarenplan voor de financiering van wetenschappelijk onderzoek en activiteiten op het gebied van de preventieve gezondheidszorg* (1994) van het Praeventiefonds noemt als nadere voorwaarden voor ontwikkelingsprojecten en activiteiten dat zij een landelijk belang dienden, dat zij geen (na)scholing, opleiding of onderwijs betroffen en dat zij niet waren gericht op het verlenen van individuele hulp.

Als een aanvraag voor het doen van wetenschappelijk onderzoek in aanmerking wilde komen voor subsidie van het Praeventiefonds, dan moest het onderzoek van toegepast wetenschappelijke aard zijn en zijn opgebouwd rond een medische ingreep. Dit betekende dat na uitvoering van het onderzoek de vraag beantwoord moest kunnen worden of met de betreffende interventie het verwachte preventieve effect al dan niet werd bereikt.⁴¹ De onderzoeken konden worden ondergebracht in vier categorieën:

1. onderzoek dat erop was gericht met gezondheidszorgactiviteiten te voorkomen dat gezonde mensen ziek worden;
2. onderzoek dat erop was gericht door middel van gezondheidszorgactiviteiten mensen die zich gezond voelden te onderzoeken op bepaalde aandoeningen, met als doel een eventueel gevonden aandoening door behandeling te genezen dan wel verergering ervan af te remmen en/of complicaties ervan te voorkomen;

41 L. Meeuwesen, "De subsidiëringpraktijk van het Praeventiefonds" in: *Gezondheid, Theorie in Praktijk* 3 (1993) blz. 316.

3. onderzoek dat erop was gericht met gezondheidszorgactiviteiten te voorkomen dat invaliditeit of een grotere mate van invaliditeit optrad bij een overigens adequaat behandelde aandoening;
4. zogenaamd pre-preventief onderzoek.

De gesubsidieerde instellingen varieerden van wetenschappelijk instituten van universiteiten of TNO tot kruisverenigingen, patiëntenverenigingen (bijv. Nederlandse Patiënten / Consumenten Federatie, Nederlands Astmafonds) en stichtingen die specifieke voorlichtingstaken hebben (Stivoro, SOA-stichting).⁴²

De subsidieaanvragen werden beoordeeld door twee commissies die door het bestuur werden ingesteld, te weten de Commissie van voorbereiding en de Wetenschappelijke adviescommissie. Deze commissies brachten aan het bestuur een advies uit ten aanzien van de besluitvorming. Het fonds legde verantwoording af aan de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert door het indienen van jaarverslagen en jaarrekeningen, maar ook door het verstrekken van informatie en het zenden van afschriften van besluiten. De minister kon een besluit van het fonds tot toekenning van subsidie vernietigen.

Het rapport Heroverwegingsonderzoek "Volksgezondheidssubsidies" uit 1992 en het Advies brede analyse gezondheidsonderzoek van de Raad voor Gezondheidsonderzoek uit 1994 hebben in de daaropvolgende jaren aanleiding gegeven tot het ontwikkelen van een nieuwe structuur voor de sturing en financiering van projecten, experimenten, onderzoek en ontwikkeling op het gebied van gezondheid, preventie en zorg. In 1997 werd een wetsvoorstel ingediend om de taken van het Praeventiefonds en de PEO-subsidies van het ministerie (zie paragraaf 3.6.1) per 1 januari 1998 onder te brengen bij een nieuw in te stellen zelfstandig bestuursorgaan, ZorgOnderzoek Nederland (ZON). Daarbij zou het Praeventiefonds worden opgeheven, aangezien ook de departementale onderzoekssubsidies er onder vallen.⁴³

Voorafgaand aan de definitieve wettelijke regeling functioneerde ZON i.o. sinds 1995 als onderdeel van het Praeventiefonds. Door minister Borst is in 1995 een convenant met het bestuur van het Praeventiefonds gesloten over de werkzaamheden van de ZON; daarvoor wordt verwezen naar paragraaf 4.5.

§ 4.5 Actor: ZorgOnderzoek Nederland (1995-)

ZorgOnderzoek Nederland (ZON) werd opgericht om "de problemen van een versnipperde subsidieverlening, overlap en doublures, onvoldoende prioriteitenstelling, bureaucrativering en verwevenheid van beleidsbepaling en beleidsuitvoering" op te lossen.⁴⁴ Als gezegd is de Wet op de organisatie ZorgOnderzoek Nederland per 1 januari 1998 in werking getreden, en zijn het Praeventiefonds en de meeste departementale PEO-subsidies in ZON ondergebracht. Voorafgaand aan de wettelijke instelling van ZorgOnderzoek Nederland als zelfstandig bestuursorgaan –in 1995, 1996 en 1997, met andere woorden- was de organisatie onderdeel van het Praeventiefonds en geschiedde de financiering vanuit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. De taak van ZON wordt omschreven als het "programmeren en stimuleren van onderzoek en ontwikkeling op het gebied van gezondheid, preventie en zorg ten dienste van de praktijk, alsmede het implementeren van de resultaten".⁴⁵

Het bestuur van ZON wordt benoemd door de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert, die ook de bevoegdheid heeft ZON opdrachten te geven voor het ontwikkelen van onderzoeksprogramma's. Het ZON-bestuur stelt dan vervolgens een programmacommissie in, bestaande uit externe deskundigen, die een conceptprogramma gaat formuleren (onder deze programmacommissies kunnen werkgroepen functioneren, die belast zijn met taken op

⁴² In de jaarverslagen zijn jaarlijks alle toekenningen verantwoord met een korte beschrijving van het gesubsidieerde project.

⁴³ Voorstel Wet op de organisatie ZorgOnderzoek Nederland, Kamerstukken II, 1996-1997, 25 438

⁴⁴ Kamerstukken II 1997-1998, 25 438, nr. 5, blz. 2.

⁴⁵ Jaarverslag ZON i.o. over het jaar 1996, blz. 24

programmaonderdelen). Als dat door het bestuur is goedgekeurd, gaat het naar de opdrachtgever - *i.c.*, de minister- voor vaststelling. Overigens ontwikkelt ZON ook onderzoeksprogramma's voor andere partijen dan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De procedure is steeds dezelfde.

Als het programma eenmaal is vastgesteld wordt het door ZON uitgevoerd, in nauwe samenwerking met andere, niet-universitaire onderzoeksinstituten. Hierbij kan worden gedacht aan het Trimbos-instituut en de Vereniging van Revalidatie-instellingen Nederland.

Het budget dat ZON in 1997 ter beschikking stond voor de onderzoeksprogramma's bedroeg f. 138 miljoen gulden.⁴⁶ Vanaf 1998 is dit een rijksbijdrage; het is dan geen bijdrage uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten meer. Gemakshalve zijn de verschillende onderzoeksprogramma's vooralsnog geclusterd rond zeven thema's, te weten:

1. Staat van de volksgezondheid, de zorg en het zorgstelsel. Hierbij gaat het om programma's met als doel het leveren van informatie ten behoeve van de ontwikkeling van het gezondheids(zorg)beleid;
2. Financiering en structuur van het zorgstelsel;
3. Kwaliteit en doelmatigheid. Hiermee wordt geprobeerd de doelmatigheid en toepassing van de verleende zorg te vergroten. Ook streeft ZON ernaar een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen;
4. Preventie, bescherming en ziektebestrijding;
5. Patiënten- en consumentenbeleid;
6. Ethiek en recht. Hiermee bevordert ZON met name het beleidsondersteunende onderzoek naar ethische en juridische vragen in de gezondheidszorg;
7. Internationaal. De noodzaak van internationale samenwerking is niet alleen één van de axioma's van het wetenschapsbeleid, maar heeft voor het volksgezondheidsbeleid extra betekenis, omdat de toenemende mobiliteit van mensen leidt tot een snellere verspreiding van ziekten.

ZON is in 1998 uitgebreid met een extra faciliteit om bijzondere, buitengewoon innovatieve of creatieve projecten te financieren die niet zonder meer kunnen worden ingepast in één van de zeven hoofdthema's. In 2001 is ZON gefuseerd met het gebiedsbestuur Medische Wetenschappen van de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO-MW), waarmee ZON haar activiteiten al eerder probeerde te coördineren.

§ 4.6 Handelingen van het Praeventiefonds en ZorgOnderzoek Nederland

(Zie paragraaf 3.10 voor een toelichting op de handelingen)

[22]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het voorbereiden van de vaststelling, wijziging en intrekking van wetgeving betreffende de subsidiëring van projecten, experimenten en onderzoeken op het terrein van de volksgezondheid door andere organen dan het ministerie.
periode: 1945 –
grondslag: -
product: - Wet op het Praeventiefonds (Stb. 1950, K 259);
- Wet op de organisatie ZorgOnderzoek Nederland (Stb. 1998, 124)
opmerking: in 1995, 1996 en 1997 maakte ZON i.o. deel uit van het Praeventiefonds.

[23]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het voorbereiden van de vaststelling, wijziging en intrekking van algemene maatregelen van bestuur met betrekking tot het Praeventiefonds.

⁴⁶ Over het programma voor 1997 is gepubliceerd in Kamerstukken II, 1996-1997, 25000XVI, nr. 12.

periode: 1950 – 1998
grondslag: Wet op het Praeventiefonds (Stb. 1950, K 259) art. 2, 3, 7 en 9
product: - Besluit op het Praeventiefonds (Stb. 1950, K 357);
- Besluit beheer Praeventiefonds (Stb. 1994, 10)

[24]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het vaststellen, wijzigen en intrekken van ministeriële regelingen met betrekking tot het Praeventiefonds.

periode: 1950 – 1998
grondslag: Wet op het Praeventiefonds (Stb. 1950, K 259) art. 1 lid 2, 3 lid 2, 6
product: - Beschikking van 20 november 1950 (Stcrt. 1950, 229);
- Regeling bestuur Praeventiefonds (Stcrt. 1994, 13)

[25]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het benoemen van de leden en de plaatsvervangende leden van het bestuur van het Praeventiefonds.

periode: 1950 – 1998
grondslag: Besluit op het Praeventiefonds (Stb. 1950, K 357) art. 1-2; Regeling bestuur Praeventiefonds (Stcrt. 1994, 13) art. 2

[26]

actor: het Praeventiefonds
handeling: Het vaststellen van een reglement voor de werkwijze van het bestuur van het Praeventiefonds.

periode: 1950 – 1998
grondslag: Besluit op het Praeventiefonds (Stb. 1950, K 357) art 5; Besluit beheer Praeventiefonds (Stb. 1994, 10) art. 3
product: reglement
opmerking: in het reglement regelt het bestuur haar werkwijze, de reis- en onkostenvergoeding en de eventuele belegging van gelden van het Praeventiefonds. Het reglement behoeft de goedkeuring van de minister.

[27]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het goedkeuren van het reglement voor de werkwijze van het Praeventiefonds.

periode: 1950 – 1998
grondslag: Besluit op het Praeventiefonds (Stb. 1950, K 357) art. 5; Besluit beheer Praeventiefonds (Stb. 1994, 10) art. 3

[28]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het geven van aanwijzingen aan het bestuur van het Praeventiefonds inzake de bestemming van de middelen van het fonds.

periode: 1983 – 1998
grondslag: Wet op het Praeventiefonds (Stb. 1950, K 259), zoals gewijzigd in Stb. 1982, 702, art. 3a

[29]

actor: het Praeventiefonds
handeling: Het vaststellen van het beleid ten aanzien van de taken van het Praeventiefonds.
periode: 1950 – 1998

grondslag: Wet op het Praeventiefonds (Stb. 1950, K 259) art. 3 lid 1
product: beleidsnota's, bestuursnotulen, beleidsregels, (onderzoeks)programma's
opmerking: onder deze handeling worden onder andere verstaan vergaderstukken en besluiten van het bestuur of door het bestuur ingestelde commissies (Commissie van voorbereiding, Wetenschappelijk adviescommissie) inzake het algemeen beleid en inzake criteria voor de beoordeling van aanvragen voor subsidies.

[30]

actor: het Praeventiefonds
handeling: Het bestemmen van gelden van het Praeventiefonds tot het nemen of bevorderen van maatregelen welke strekken om ziekte te voorkomen of de gezondheid te bevorderen.
periode: 1950 – 1998
grondslag: Wet op het Praeventiefonds (Stb. 1950, K 259) art. 1 lid 1 en 3 lid 1

[31]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert
handeling: Het vernietigen van besluiten van het Praeventiefonds inzake de bestemming van gelden uit het fonds.
periode: 1950 – 1998
grondslag: Wet op het Praeventiefonds (Stb. 1950, K 259) art. 4
product: beschikkingen
opmerking: de minister ontvangt de besluiten van het Praeventiefonds inzake de bestemming van gelden en heeft de bevoegdheid besluiten die zijns inziens niet aan de doelstelling van het Praeventiefonds voldoen, te vernietigen.

[32]

actor: het Praeventiefonds
handeling: Het uitbrengen van het jaarverslag en de jaarrekening aan de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert.
periode: 1950 – 1998
grondslag: Besluit op het Praeventiefonds (Stb. 1950, K 357) art. 7; Besluit beheer Praeventiefonds (Stb. 1994, 10) art. 4 lid 1

[33]

actor: het Praeventiefonds
handeling: Het (desgevraagd) verstrekken van inlichtingen aan de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert.
periode: 1950 – 1998
grondslag: Besluit op het Praeventiefonds (Stb. 1950, K 357) art. 7; Besluit beheer Praeventiefonds (Stb. 1994, 10) art. 4 lid 2

[34]

actor: het Praeventiefonds
handeling: Het beantwoorden van vragen van individuele burgers, bedrijven en instellingen.
periode: 1950 – 1998
grondslag: -
product: brieven, notities

[35]

actor: het Praeventiefonds
handeling: Het uitvoeren van voorlichtingsactiviteiten.
periode: 1950 – 1998
grondslag: -

product: voorlichtingsmateriaal

[36]

actor: de Ziekenfondsraad

handeling: Het jaarlijks storten van een wettelijk bepaalde bijdrage uit het Vereveningsfonds, vanaf 1967 uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten in het Praeventiefonds.

periode: 1950 – 1998

grondslag: Wet op het Praeventiefonds (Stb. 1950, K 259) art. 2; Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb. 1967, 617) art. 82; Wet financiering volksverzekeringen (Stb. 1989, 129) art. 39 lid 3 onder f

[37]

actor: de minister waaronder Volksgezondheid ressorteert

handeling: Het geven van opdrachten voor en het vaststellen van de programma's van ZorgOnderzoek Nederland (i.o.).

periode: 1995 –

grondslag: Convenant tussen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Praeventiefonds

[38]

actor: ZorgOnderzoek Nederland (i.o.)

handeling: Het ontwikkelen van de onderzoeksprogramma's.

periode: 1995 –

grondslag: Convenant tussen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Praeventiefonds

product: onderzoeksprogramma's, meerjarenprogramma's

opmerking: door de minister worden programmaopdrachten gegeven (zie handeling 37). Voor elk programma wordt een commissie ingesteld, bestaande uit externe deskundigen. Deze commissie stelt het concept-onderzoeksprogramma op, dat -na goedkeuring door het bestuur- aan de minister ter vaststelling wordt voorgelegd.

[39]

actor: ZorgOnderzoek Nederland (i.o.)

handeling: Het uitvoeren van programma's inzake onderzoek en ontwikkeling op het gebied van gezondheid, preventie en zorg ten dienste van de praktijk.

periode: 1995 –

grondslag: Convenant tussen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Praeventiefonds

product: o.a. subsidiebeschikkingen

opmerkingen: onder het uitvoeren van programma's worden onder andere de financiering, de kwaliteitsbeoordeling en de implementatie verstaan.

[40]

actor: ZorgOnderzoek Nederland (i.o.)

handeling: Het beantwoorden van vragen van individuele burgers, bedrijven en instellingen.

periode: 1995 –

grondslag: -

product: brieven, notities

[41]

actor: ZorgOnderzoek Nederland (i.o.)

handeling: Het uitvoeren van voorlichtingsactiviteiten.

periode: 1995 –

grondslag: -
product: voorlichtingsmateriaal

Verklaring gebruikte afkortingen

ABW	Algemene Bijstandswet
AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AVO	Nederlandse Vereniging tot bevordering van de arbeid voor onvolwaardigen
AWB	Algemene Wet Bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BaGD	Basisgezondheidsdienst
BSD	Basis Selectie Document
CVLG	Centrale Vereniging voor Lichamelijk Gebrekkigen
DW	Deconstructiewet
ELGZ	Eerstelijns gezondheidszorg
GVO	Gezondheidsvoorlichting en –opvoeding
IARC	International Agency for Research on Cancer
IMP	Instituut voor Medische (later: Multidisciplinaire) Psychotherapie
iRv	Instituut voor Revalidatievraagstukken
KNCV	Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging ter bestrijding van tuberculose
LGV	Bureau voor Levens- en Gezinsvragen
LP/CP	Landelijk Patiënten- en Consumenten Platform
MKD	Medisch kleuterdagverblijf
MOB	Medisch Opvoedkundig Bureau
NCAB	Nationale Commissie Aids-bestrijding
NcGv	Nederlands centrum voor de Geestelijke volksgezondheid
NCVG	Nederlandse Centrale Vereniging voor Gebrekkigenzorg
NCVR	Nederlandse Centrale Vereniging tot bevordering van de Revalidatie
NHI	Nederlands Huisartsen Instituut
NiHP	Netherlands international Health Platform
NISSO	Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnszorg
NKI	Nederlands Kankerinstituut
NVR	Nederlandse Vereniging voor Revalidatie
NWO	Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
NWO-MW	NWO – gebiedsbestuur Medische Wetenschappen
PCDIN	Permanente Commissie Documentaire Informatievoorziening
PEO	Projecten, Experimenten en Onderzoek
PEOO	Projecten, Experimenten, Onderzoek en Ontwikkeling
PIVOT	Project Invoering Verkorting Overbrengingstermijn
PRS	Provinciale Revalidatie Stichting
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIGG	Regionale Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg
RIO	Rapport Institutioneel Onderzoek
RP/CP	Regionaal Patiënten- en Consumenten Platform
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
Stb.	Staatsblad
Stcrt.	Staatscourant
SWOR	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Revalidatievraagstukken
SZ	ministerie van Sociale Zaken
SZV	ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid
TNO	Nederlandse organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
Trb.	Tractatenblad
UICC	Union Internationale Contre le Cancer

V&M	ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne
VTO	Vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WVC	ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
Zfr.	Ziekenfondsraad
ZFW	Ziekenfondswet
ZON	ZorgOnderzoek Nederland

Overzicht van subsidieregelingen

In het onderstaande overzicht zijn de 'grote' subsidieregelingen opgenomen. Ze behoren allemaal tot de 'golf' die in jaren '50 werd gepubliceerd en die werd ingetrokken toen de financiering van de volksgezondheid in de jaren '60 door de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten geregeld werd.

- Voorwaarden voor het verkrijgen van subsidie voor tuberculosebestrijding
 - ingevoerd in 1934
 - herzien in 1946, 1952, 1957
 - sinds 1990 overgegaan in rijksbijdrage aan de basisgezondheidsdiensten
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de kinderuitzending
 - ingevoerd in 1934
 - herzien in 1956
 - sinds 1970 gefinancierd op grond van de ABW en de AWBZ
- Voorwaarden waaraan plaatselijke verenigingen voor gezondheidszorg moeten voldoen om in aanmerking te komen voor rijkssubsidie (kruisverenigingen)
 - ingevoerd in 1952
 - herzien in 1957
 - sinds 1980 gefinancierd op grond van de AWBZ
- Rijksregeling tot vaststelling van subsidievoorwaarden voor de kraamzorg
 - ingevoerd in 1956
 - sinds 1966 gefinancierd op grond van de ZFW
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de reumatiekbestrijding
 - ingevoerd in 1956
 - sinds 1966 gefinancierd op grond van de AWBZ; niet officieel ingetrokken
- Subsidieregeling voor bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden
 - ingevoerd in 1957
 - sinds 1982 gefinancierd op grond van de AWBZ
- Rijksregeling tot vaststelling van subsidievoorwaarden voor medisch-opvoedkundige bureaus
 - ingevoerd in 1959
 - sinds 1982 gefinancierd op grond van de AWBZ
- Rijksregeling subsidievoorwaarden sociaal-medische consultatiebureaus voor alcoholisme
 - ingevoerd in 1960
 - herzien in 1989
 - in 1997 is een wetsvoorstel ingediend om vanaf 1998 de financiering van het verslavingsbeleid een wettelijke basis te geven in de Welzijnswet
- Rijksregeling tot vaststelling van subsidievoorwaarden voor landelijke en provinciale kruisorganisaties
 - ingevoerd in 1961
 - sinds 1980 gefinancierd op grond van de AWBZ
- Rijksregeling subsidievoorwaarden sociaal-psychiatrische diensten
 - ingevoerd in 1961
 - sinds 1982 gefinancierd op grond van de AWBZ
- Rijksregeling subsidievoorwaarden sociaal-medische consultatiebureaus voor alcoholisme, niet vallende onder de Reclasseringsregeling 1947
 - ingevoerd in 1963
 - herzien in 1989
 - in 1997 is een wetsvoorstel ingediend om vanaf 1998 de financiering van het verslavingsbeleid een wettelijke basis te geven in de Welzijnswet
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden kraaminternaten
 - ingevoerd in 1964
 - niet officieel ingetrokken
- Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de opleidingen tot wijkverpleegster

- ingevoerd in 1964
- sinds 1978 ondergebracht bij het ministerie van Onderwijs & Wetenschappen; niet officieel ingetrokken
- Voorlopige rijksregeling subsidiëring provinciale revalidatie-instellingen
- ingevoerd in 1964
- sinds 1979 omgezet in rijksbijdrage aan het Provinciefonds

Het ministerie waaronder Volksgezondheid ressorteert

kabinet			minister	staatssecretaris	DG Vgz	
Schermerhorn - Drees	PvdA/KVP/Lib/ARP	24-06-1945/ 03-07-1946	W. Drees (PvdA)		C. van den Berg	SZ
Beel I	KVP/PvdA	03-07-1946/ 07-08-1948				
Drees - Van Schaik	KVP/PvdA/VVD/CHU	07-08-1948/ 15-03-1951	A.M. Joekes (PvdA)	P. Muntendam	P. Muntendam	
Drees I	KVP/PvdA/CHU/VVD	15-03-1951/ 02-09-1952			L. Leijdesdorff (plv.)	
Drees II	KVP/PvdA/CHU/ARP	02-09-1952/ 01-10-1953	J.G. Suurhoff (PvdA)		P. Muntendam	SZV
		01-10-1953/ 13-10-1956				
Drees III		13-10-1956/ 22-12-1958				
Beel II	KVP/CHU/ARP	22-12-1958/ 19-05-1959	L.J.M. Beel (KVP)			
De Quay	KVP/VVD/ARP/CHU	19-05-1959/ 03-07-1961	J.M.A. van Rooy (KVP)	B. Roolvink (ARP)		
		03-07-1961/ 17-07-1961	V.G.M. Marijnen (KVP)			
		17-07-1961/ 24-07-1961	G.M.J. Veldkamp (KVP)			
Marijnen	KVP/VVD/ARP/CHU	24-07-1961/ 14-04-1965		A.J.H. Bartels (KVP)	P. Stal	
Cals	KVP/PvdA/ARP	14-04-1965/ 22-11-1966			R.J.H. Kruisinga	
Zijlstra	KVP/ARP	22-11-1966/ 05-04-1967				
De Jong	KVP/ARP/VVD/CHU	05-04-1967/ 06-07-1971	B. Roolvink (ARP)	R.J.H. Kruisinga (CHU)	P. Siderius	
Biesheuvel I	KVP/ARP/VVD/CHU/ DS70	06-07-1971/ 20-07-1972	L.B.J. Stuyt (KVP)		W. Gerritsen	V&M
Biesheuvel II	KVP/ARP/VVD/CHU	20-07-1972/ 11-05-1973				
Den Uyl	PvdA/KVP/ARP/PPR/ D66	11-05-1973/ 19-12-1977	I. Vorrink (PvdA)	J.P.M. Hendriks (KVP)	J. van Londen	
Van Agt I	CDA/PvdA	19-12-1977/ 11-09-1981	L. Ginjaar (VVD)	E. Veder-Smit (VVD)		
Van Agt II	CDA/PvdA/D66	11-09-1981/ 29-05-1982	M.H.M.F. Gardeniers-Berendsen (CDA)			
Van Agt III	CDA/D66	29-05-1982/ 04-11-1982				
Lubbers I	CDA/VVD	04-11-1982/ 14-07-1986	L.C. Brinkman (CDA)	J.P. van der Reijden (CDA)		
Lubbers II		14-07-1986/ 07-11-1989		D.J.D. Dees (VVD)		
Lubbers III	CDA/PvdA	07-11-1989/ 22-08-1994	H. d'Ancona (PvdA)	H.J. Simons (PvdA)	B. Sangster	
Kok	PvdA/VVD/D66	22-08-1994/ 07-06-1995	E. Borst-Eilers (D66)			VWS

					H.J. Schneider
--	--	--	--	--	----------------

In de eerste kolom van deze tabel is de naam van de minister-president genoemd en in de tweede kolom de partijen die de regeringscoalitie vormden (de fracties zijn naar grootte geordend; de partij die de minister-president leverde is gecursiveerd). In de derde kolom zijn de data genoemd van het aan- en aftreden van het kabinet en van de bewindslieden die in de vierde en vijfde kolom zijn genoemd. Dit betreft de minister en de staatssecretaris van het ministerie waaronder Volksgezondheid ressorteert (de staatssecretaris is alleen vermeld als deze Volksgezondheid in zijn of haar portefeuille had; wanneer er geen staatssecretaris is genoemd ressorteerde Volksgezondheid onder de minister). De zesde kolom noemt de directeur-generaal van de Volksgezondheid en de laatste kolom geeft de naam van het ministerie weer.

Literatuur

- J.M. Boot en M.H.J.M. Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg*, 1996 (negende druk) Utrecht
- J. Brouwer de Koning, "ZorgOnderzoek Nederland vervangt verschillende loketten", in: *Trefpunt* 13 (1996), p. 12-13
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Eindadvies inzake de kinderuitzending*, 1968 Den Haag
- H.F.J.M. Crebolder, R.F. van der Grinten en J. Muris, "Twintig jaar gezondheidscentrum", in: *Medisch contact* 1994, p. 497-499
- A. Dessing en E. Hueting, *Tuberculose. Negentig jaar tuberculosebestrijding in Nederland*, 1993 Zutphen
- D. Dolman, *Subsidies en gezondheidszorg. Een feitelijk onderzoek naar financieringsstructuren*, 1964 Leiden
- J.C.J. Dute, *De wetgeving ter bestrijding van besmettelijke infectieziekten*, 1994 Nijmegen
- H.A. van Geuns, "Waarde bevolkingsonderzoek op tuberculose", in: *Medisch contact* 1983, p. 891-893
- H.A. van Geuns, "Het Nederlands Astmacentrum te Davos", in: *Medisch contact* 1986, p. 1319-1322
- *Heroverwegingsonderzoek "Volksgezondheidssubsidies"*, 1992
- E.H.A. Kocken en J.H. Boone, *Overheidssubsidie aan particuliere instellingen op het gebied van de volksgezondheid en het maatschappelijk werk*, 1968 Den Haag
- L. Meeuwesen, "De subsidiëringspraktijk van het Praeventiefonds", in: *Gezondheid, Theorie in praktijk* 3 (1993) 315-324
- H.E. de Melker, M.A.E. Conyn-van Spaendonk en M.J.W. Sprenger, *Infectieziekten in Nederland. Epidemiologie, diagnostiek en bestrijding*, 1997 Den Haag
- Nationale Kruisvereniging, *Kruiswerk, thuis in gezondheid. Meerjarenraming tot 1995, verantwoording vanaf 1983*, Bunnik
- *Nota internationale dimensie VWS-beleid. Overzicht en koers voor 1997-1998*, 1997 Rijswijk
- W.T.M. Ooijendijk en H.P. Griffioen, "Evaluatie WCPG", in: *GGD Nieuws Special* 7 september 1993, p. 25-28
- Praeventiefonds, *Beleidsplan. Meerjarenplan voor de financiering van wetenschappelijk onderzoek en activiteiten op het gebied van de preventieve gezondheidszorg*, 1994 Den Haag
- Programmacommissie Transparant, *Eindrapportage stimuleringsprogramma Volksgezondheid Transparant*, 1996 Amsterdam
- H.J.C. Ras en I. van Eijk, *Wegwijs in de psychiatrie*, 1986 Meppel
- E. van der Veen, "Kraamzorg: een grote zorg. Veranderingen in onze verloskundige zorg", in: *Maatschappelijke gezondheidszorg* 8/5 (1980), p. 4-9
- Vereniging Het Nederlands Kanker Instituut / Stichting Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis, *Jaarverslag 1996*, Amsterdam