

ANDERE OVERHEID

Departementale Takenanalyse

VWS 2010

Een visie op de toekomst

Augustus 2005

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



1. Inleiding.

VWS is al enige jaren bezig met grootschalige en fundamentele beleidsaanpassingen op vrijwel alle beleidsterreinen. Hoofddoel hiervan is het zorgstelsel toekomstbestendig te maken en betaalbaar te houden en gelijktijdig de burger meer ruimte te geven zijn eigen verantwoordelijkheden te nemen, met behoud van maatschappelijke solidariteit. Door allerlei oorzaken – demografische ontwikkelingen waaronder vergrijzing, technologische ontwikkelingen, toenemende informatiestromen en een mondiger wordende burger - staat het stelsel onder druk. Het beleid is er op gericht om door wijzigingen in het zorgstelsel de markt, de verzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte te geven. Op het terrein van de maatschappelijke ontwikkeling krijgen de gemeenten er taken en bevoegdheden bij en worden de gemeenten de belangrijkste partners van de burgers. Maar op het terrein van de publieke gezondheidszorg trekt een voorheen terugtrekkende rijksoverheid, de regierol juist sterker naar zich toe.

Rollen en posities veranderen en dat leidt tot belangrijke veranderingen in de ambtelijke organisatie: organisatiestructuur, aantallen formatieplaatsen, competenties van medewerkers, verhouding met het veld, onze partners. Op dit moment zitten we midden in een transitieperiode: de veranderingen worden niet van de ene op de andere dag gerealiseerd, dus voorlopig blijven twee systemen naast elkaar bestaan en moet aan verschillende – soms tegenstrijdige – eisen worden voldaan. En daarnaast moeten de personele taakstellingen uit de kabinetten Balkenende I en II voor een deel nog worden ingevuld.

De veranderingen op VWS-terrein zijn al lange tijd op gang, en sluiten goed aan bij de doelstellingen van het Programma Andere Overheid. In sommige opzichten is bij VWS sprake van een departementale takenanalyse *avant la lettre*. Om deze moderne sturingsfilosofie met heldere kaderstellingen voor verschillende beleidsclusters ingang te doen vinden en ook onze beleidspartners in staat te stellen te anticiperen op de gevolgen daarvan voert VWS met de betrokken organisaties intensief overleg.

In de eerste maanden van 2005, is hier intensief over gesproken aan de hand van enige voorzetten van de ambtelijke leiding. Daarbij ging het zowel om ontwikkelingen op de korte termijn, als een aantal verwachtingen voor VWS na een aantal jaren, als de thans lopende en in voorbereiding zijnde grote stelselwijzigingen zijn geëffectueerd. In deze eindrapportage van de departementale takenanalyse komt allereerst dit visietraject aan de orde en vervolgens – bij wijze van *capita selecta* -

de resultaten van de thematische takenanalyses. De eindverslagen van deze thematische studies zijn in de bijlage integraal opgenomen.

2. VWS in de komende jaren.

Begin 2005 heeft de ambtelijke leiding in overeenstemming met de opvattingen van de Staatssecretaris en mij haar visie neergelegd op de consequenties van de beleidswijzigingen voor de organisatie en de werkwijze van het departement. Er moet nog een stevige taakstelling worden ingevuld, en dat is niet eenvoudig nu het departement beleidsmatig in transitie is. De herschikking van menskracht en de organisatorische aanpassingen zijn de komende jaren dan ook beperkt. Op de wat langere termijn zijn de veranderingen ingrijpender.

Met deze fundamentele beleidsveranderingen kiest VWS voor nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden tussen rijksoverheid, decentrale overheden, private instellingen en burgers. Wij kijken daarbij kritisch naar ons eigen functioneren in relatie tot onze partners.

VWS is, als één van de kleinste departementen, verantwoordelijk voor het grootste budget van alle departementen. Alle Nederlanders krijgen de komende jaren te maken met deze veranderingen in het beleid. De financiële gevolgen daarvan zullen zoveel mogelijk worden opgevangen. Gezondheid telt sinds jaar en dag zwaar bij de burger. Het gaat immers vaak om zaken van leven en dood. Niet alleen in de politiek bestaat er dan ook veel belangstelling voor VWS-beleid. VWS opereert in een bestuurlijk complexe context en in een permanente dialoog met een veelkoppig veld. De bewindspersonen van VWS moeten gebruik maken van een complex stelsel van wettelijke en budgettaire instrumenten.

VWS gaat de komende jaren op onderdelen veranderen, het werk dat we doen zal deels anders worden, de organisatie verandert voortdurend en dat geldt ook voor de eisen welke aan de medewerkers gesteld gaan worden. Terwijl de beleidsagenda waarschijnlijk vol blijft, gaat het departement krimpen. Aanpassingen zijn noodzakelijk maar de uitgangspositie garandeert dat wij in staat zijn die veranderingen beheerst door te voeren.

Het departement zal geconfronteerd worden met een ander type beleid: meer markt, meer individuele verantwoordelijkheid, minder collectief, meer gedecentraliseerd, met andere instrumenten en hopelijk ook met andere verwachtingen. De burger zelf krijgt een grotere verantwoordelijkheid, de rol van de gemeente wordt groter, de zorgaanbieders krijgen een grotere vrijheid en ook de

zorgverzekeraars krijgen een wezenlijk andere rol. De aanspreekbaarheid van VWS voor operationele zaken wordt minder, al zal dat pas op termijn tot merkbare effecten leiden.

Belangrijk is de toenemende verantwoordelijkheid van de burger. Gezondheid wordt door veel factoren beïnvloed. Door genetische factoren, door de omgeving (milieu) maar van groot belang is ook het gedrag van de burger zelf: gebruik van alcohol en tabak, te vet eten, bewegingsarmoede e.d. Wij vinden dat de overheid die verantwoordelijkheid niet van de burger moet overnemen. We gaan uit van een kritische consument die welbewust keuzen maakt, waarbij de rijksoverheid samen met andere partijen zorgt voor gerichte voorzieningen: goede informatievoorziening, zoals een goede Zorgportal, en aanscherping van de klachtwetgeving en van het kwaliteitsbeleid. Het rijk is systeemverantwoordelijk, d.w.z. het rijk is aanspreekbaar op systeemfouten en systeemfalen.

Op het terrein van de maatschappelijke zorg krijgen de gemeenten er door de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning¹ veel taken en bevoegdheden bij. Daardoor verandert de relatie tussen gemeente en burger aanzienlijk. Maar ook hier blijft VWS systeemverantwoordelijk.

De veranderingen in het beleid hebben uiteraard niet alleen consequenties voor VWS, maar ook voor veel organen en instituten buiten het kerndepartement . CTG, CTZ, CBZ, CSZ, Indicatieorganen houden in deze vorm op te bestaan en een Zorgautoriteit doet haar intrede.

In de publieke gezondheid krijgen preventie en gezondheidsbescherming veel meer nadruk en trekt de rijksoverheid een sterkere regiefunctie naar zich toe. Op dit terrein is veel winst te behalen bij het voorkomen van vermijdbare gezondheidsschade. Kernwoorden daarbij zijn: terugdringen van tabak- en alcoholgebruik en voorkomen en bestrijden van overgewicht. De infectieziektebestrijding wordt anders opgezet o.a. doordat bij het RIVM een nieuw Centrum Infectieziekten wordt gerealiseerd. In die lijn past ook de oprichting in 2003 van een nieuw agentschap Nederlands Vaccin Instituut, dat is samengesteld uit deels publieke en deels private elementen.

Buiten deze majeure operaties, passen wij ook op andere terreinen het beleid fors aan. Een goed voorbeeld is het jeugdbeleid, waar via operatie JONG de schotten tussen het jeugdbeleid op rijksniveau en bij uitvoerende instellingen worden doorbroken. De veranderingen in het sportbeleid hebben hun neerslag gekregen in een nieuwe Sportnota.

¹ Het wetsontwerp ligt nog voor bij de Tweede Kamer.

Op het gebied van het subsidiebeleid is de afgelopen twee jaren al veel gebeurd. Een groot aantal subsidierelaties is beëindigd of is op een geheel andere leest geschoeid. Naast een besparing van 25% ging het om een fundamentele herziening van de relatie tussen overheid en subsidieontvanger. De nieuwe opzet van het subsidiesysteem had vooral consequenties voor de kennisinfrastructuur, welke ook in het kader van de takenanalyse (capita selecta) kritisch is gezien.

Al deze wijzigingen zijn er op gericht, dat VWS meer stuurt op hoofdlijnen en zich minder bemoeit met details en incidenten. De organisatie moet daardoor de komende jaren de omslag maken van veldgerichte bemoeienissen naar systeemgerichte, functionele activiteiten. Dat wil niet zeggen dat op alle terreinen sprake is van minder overheidsbemoeienis. Hierboven is al betoogd, dat op het terrein van de publieke gezondheidszorg de overheidsbemoeienis juist toeneemt. Daarnaast is bij VWS en bij enkele ZBO's weliswaar sprake van een reductie, maar gelijktijdig komt er een sterke Zorgautoriteit evenals een organisatie voor de uitkering van de zorgtoeslag. Voor VWS en de verwante organisaties zal de komende jaren overigens sprake zijn van een *dubbeling* in de taken van de organisatie: naast de behartiging van het oude, dan nog bestaande beleid zijn er ook organisatieonderdelen die het nieuwe beleid voor hun rekening nemen.

Het departement nu.

Het beleid van VWS heeft op een breed terrein veranderingen ingezet die over meer jaren hun beslag krijgen. Sommige instrumenten zijn verouderd en andere zijn nog maar net ontwikkeld. Voor het departement betekent dit dat de organisatie geschikt moet zijn om alle fasen van de beleidslevenscyclus af te dekken en ook moet kunnen omgaan met zeer verschillende instrumenten. De vergelijking wordt wel getrokken met een garage die in staat moet zijn om alle typen auto's te kunnen repareren, van oldtimers tot moderne, volledig gedigitaliseerde personenauto's. Er moet een mix zijn van stabiele basiscompetenties (financieel beheer, wetgeving, communicatie e.d.) en anderzijds een grote mate van flexibiliteit (projectmatig werken, ad hoc werk).

De basisstructuur van het departement bestaat uit drie DG's die elk een deel van het gezondheidsterrein afdekken: preventie, cure en care. De overige beleidsonderwerpen, die vooral betrekking hebben op achterstandsposities of bijzondere aandachtsgroepen, zijn ad hoc ondergebracht. Deze indeling is nu - maar ook in de te voorziene toekomst - adequaat. De organisatiestructuur wordt voorts gekenmerkt door een tweetal typen directies: velddirecties die zich richten op een bepaalde sector en zorgbrede directies die dwars door de gebieden heengaan, teneinde de samenhang en het totale sturingsvermogen te vergroten. Daarnaast kent VWS een

aantal buitendiensten (veelal baten/lastendienst en soms met een eigen wettelijke basis) en een groot aantal ZBO's die onafhankelijk uitvoering geven aan delen van het VWS-beleid. Er is de afgelopen jaren veel gedaan aan het functioneren van de eigen organisatie. Een aantal organisatieveranderingen is al doorgevoerd in 2005 waaronder is een aantal belangrijke veranderingen in het domein Maatschappelijke Zorg (herpositionering van de maatschappelijke opvang, verslaafdenzorg en landelijke kenniscentra).

Tegen de achtergrond van de geschetste ontwikkelingen en de staat van de VWS-organisatie kunnen en moeten nieuwe eisen worden gesteld aan de organisatie. Dat gaat samen met een reductie van de omvang van het departement. Vereist is een organisatie die kwalitatief en kwantitatief goed genoeg is om de genoemde instrumenten te hanteren en anderzijds flexibel genoeg is om ontwikkelingen die anders lopen dan verwacht en naar verwachting turbulent zullen blijven, te kunnen opvangen. Het accent verschuift van veldgerichte sturing naar systeemverantwoordelijkheid, maar in een terrein als de gezondheid, dat maatschappelijk en politiek zo in brandpunt staat, blijft ook altijd behoefte bestaan aan medewerkers die van de hoed en de rand weten als het gaat om de zorgprocessen zelf.

Dit stelt hoge eisen aan management en medewerkers en dus gelden hogere eisen aan competenties en competentie management. De gezamenlijke kwaliteiten moeten omhoog door versterking van de samenwerking. Strakkere besluitvaardigheid en een grotere weerbaarheid van de VWS-er zijn wenselijk. De interne bureaucratie moet echter minder worden.

Het VWS-werkgebied zal naar verwachting de volgende terreinen blijven bestrijken:

- * Publieke gezondheid: gezond leven, gezondheidsbescherming, ethiek.
- * Curatieve zorg: zieke mensen genezen.
- * Langdurige zorg: voor mensen die langdurige onverzekerbare zorg nodig hebben.
- * Maatschappelijke ondersteuning: voor kwetsbare groepen die ondersteuning nodig hebben.

De werklust hiervoor lijkt goed te verdelen over drie DG's (zoals ook nu het geval is).

3. VWS na 2010.

VWS is in verandering: beleidsmatig, organisatorisch en in relatie tot vele andere externe partijen. Maar hoe ziet het geheel er uit, als na een aantal jaren – zeg na 2010 – de belangrijke veranderingen zijn doorgevoerd en de rookwolken weer zijn opgetrokken? Als het huidige systeem dat ingewikkeld, onoverzichtelijk en niet altijd even consistent is, op de schop is gegaan? Er is dan een nieuw verzekeringsstelsel, meer vrijheid voor partijen om tot aanbod en prijs te komen, waarbij concurrentie onder aanbieders is en de eigen verantwoordelijkheid van patiënten of cliënten groter is geworden. De kern van het nieuwe systeem in besturingstermen is, dat er een goede wisselwerking ontstaat tussen de drie hoofdactoren in dit systeem: de patiënten, de verzekeraars en de zorgaanbieders. Deze ideale situatie is nog ver weg. Marktwerving in de zorg kent nu eenmaal zijn grenzen omdat aan een aantal basisvoorwaarden zoals gelijkwaardigheid en volledige informatie niet snel over de hele breedte zal zijn voldaan.

We gaan ervan uit, dat ook bij een nieuwe indeling van de rijksdienst, VWS verantwoordelijk blijft voor de eerder genoemde vier hoofdaandachtsgebieden. Het lijkt op dit moment vrij duidelijk, hoe de dan vigerende wetgeving er uit zal zien. De ontwikkeling van de economische situatie en de maatschappelijke opvattingen over eigen verantwoordelijkheid en solidariteit zijn eveneens zeer belangrijke determinanten voor de toekomst. Er kunnen over de situatie na 2010 alleen aannamen worden gemaakt. Daarom worden op dit moment scenario's gemaakt die ook zullen illustreren welke intensiteit en richting van bemoeienis zich kunnen voordoen.

Daarnaast worden ook scenario's ontwikkeld rondom de vraag wat de gevolgen kunnen zijn van grootschalige ziekteverschijnselen en pandemieën die een zorgsysteem – en trouwens ook een hele samenleving – in één klap volledig kunnen verstoren. Door bijvoorbeeld massaal in te enten zal dan in het algemeen belang de verantwoordelijkheid van de overheid diep ingrijpen in de levens van individuen. Al deze scenario's geven een kijk in de nabije toekomst en leveren door het concreet maken van vaak abstract beleid, een bijdrage aan een houdbaar zorgsysteem, zowel in financiële zin als wat betreft capaciteit. Overigens realiseren we ons bij de te verwachten beleidsmatige ontwikkelingen wel, dat bij een aantal wettelijke regelingen het parlementaire besluitvormingstraject nog niet is afgerond. Ook is het nog allerm minst zeker dat de andere genoemde actoren zich net zo zullen gedragen als wij van ze verwachten.

Kortom, er zijn dus nog al wat onzekerheden als het gaat om het ontwikkelen van een idee over aard, omvang en werkwijze van het ministerie na 2010. Niettemin is nu al zeker dat het accent op

publieke gezondheid zal toenemen . Een vanzelfsprekende taak van de overheid die door nieuwe dreigingen van natuurlijke – maar soms ook van niet-natuurlijke – aard een geheel nieuwe dimensie krijgt. Ook op het gebied van preventie zal sprake zijn van een toegenomen beleidsinspanning.

In het verzekeringsstelsel is sprake van een behoorlijke vereenvoudiging als het onderscheid tussen ziekenfondsverzekering en particuliere verzekering komt te vervallen. Aan de aanbodkant komt meer marktwerking, waarbij twee bekostigingsregimers (DBC en niet-DBC) naast elkaar bestaan. De zorg voor de kwaliteit neemt toe en er zullen voortdurend politieke discussies zijn over mogelijke nadelen van de zogenaamde tweedeling. De nieuwe Zorgautoriteit zal letten op de omstandigheden die het goed functioneren van de markt garanderen.

In de AWBZ blijft de aanbodregulering langer gelden dan in de cure. Op termijn is de AWBZ alleen bestemd voor zware chronische zorg die grote financiële risico's met zich meebrengt en die particulier niet te verzekeren is. Daarbij zal overwegend sprake zijn van instellingszorg. Hoe dan ook, voorlopig blijft de overheidsinvloed aanzienlijk.

We verwachten dat op tal van terreinen de bemoeienis van het ministerie zal afnemen. Het ministerie zal zich niet meer bemoeien met investeringsbeslissingen in de zorg. Op een aantal concrete onderwerpen is het ministerie evenmin aanspreekbaar, al zal dat in de (politieke en bestuurlijke) praktijk weerbarstig zijn.

Wat voor departement levert dit op? Gezien de samenhang in het takenpakket en de ontwikkelingen, ligt het voor de hand dat er een minister van gezondheid en zorg blijft, zoals trouwens in alle westerse landen te zien valt. In de meeste vergelijkbare landen is het departement georganiseerd langs de drie lijnen financiering, aanspraken/verzekeringen en zorgaanbod. Nederland is een uitzondering doordat er daarnaast ook de patiëntenbelangen stevig in het beleid zijn verankerd en er een grote medisch-ethische portefeuille is.

In organisatorische zin zijn verschillende modellen mogelijk. Voor de beleidsdirecties verwachten wij een accentverschuiving van de zogenaamde (verticale) beleidsdirecties naar (horizontale) aspectdirecties. Het beleidsstreven is er op gericht te komen tot een grotere stabiliteit in de bestuurlijk-politieke aanpak, met name ook door de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden waar mogelijk te vereenvoudigen en in ieder geval eenduidiger te maken. Dat is in wezen de kern van de veranderingen die nu gaande zijn. De uitgangspositie van VWS voor de toekomst is, zoals uit de bovenstaande analyse blijkt, er een die in beginsel de basis ook voor de toekomst goed in zich

bergt. Het zal echter nog veel inspanning vergen om de noodzakelijke hoogwaardige beleidsbehartiging ook in de toekomst te kunnen blijven garanderen.

4. Capita selecta. De departementale thematische takenanalyse.

In aansluiting op de afspraken welke daarover zijn gemaakt tijdens de formatie van het huidige kabinet, heeft VWS ook een aantal onderwerpen geselecteerd voor het uitvoeren van een takenanalyse.

De gekozen thema's zijn de volgende:

- a) De departementale *kennisinfrastructuur*. Kennis en informatie zijn belangrijke onderdelen van het proces van visieontwikkeling, besluitvorming en monitoring. De vraag in het kader van de takenanalyse is op welke wijze de kennisinfrastructuur van VWS kan worden vormgegeven zodat de kennisproducten goed aansluiten bij het kennisbeleid en de kennisbehoeften van het departement. Dit brede thema is gekozen, omdat hier de noodzaak zich aandient te komen tot een nieuwe ordening met duidelijke, richting gevende uitspraken over de legitimatie van de programma's waarin VWS voor het toekomstige beleid wil blijven investeren, mede gezien de vele beleidsmatige veranderingen.
- b) *Staatstoezicht Volksgezondheid* waarbij wordt gekeken naar de wettelijke opdracht tot het verrichten van onderzoek naar de staat van de volksgezondheid en de determinanten daarvan evenals, waar nodig, het aangeven en bevorderen van middelen ter verbetering daarvan. De vraag is of de huidige taakverdeling op dit terrein tussen de IGZ, het RIVM en andere onderzoeksinstituten voldoende onderscheidend is en op de huidige wijze in stand moet blijven.
- c) *Drugsbeleid*: VWS-taken. Hierbij komt aan de orde de positie van de coördinerend bewindspersoon, zowel in relatie tot andere departementen als in relatie tot lokale overheden, de consequenties van het huidige handhavingsbeleid en de effectiviteit van het beschikbare instrumentarium.
- d) Activiteiten op grond van de *Welzijnswet*. De komende WMO kent een aantal zogenaamde prestatievelden en veel van de huidige Welzijnswettaken zullen naar deze nieuwe wet overgaan. Wat betekent dit voor de zogenaamde 'landelijke functies', zowel qua doel als qua instrumentarium? Deze functies zullen worden geïnventariseerd en geanalyseerd.

- e) *Sportbeleid*. Vragen daarbij zijn o.a. de taakverdeling met andere departementen en andere bestuurslagen, de verdeling van verantwoordelijkheden tussen VWS en maatschappelijke organisaties, inzet van instrumenten en type instrumenten.
- f) Zelfstandige organisaties en dan met name *de CBG en de CCMO*. Het gaat dan om de taken als zodanig en de taak- en werkverdeling met het departement en andere organisaties.

Voor de uitwerking van deze thema's werden werkgroepen gevormd, met in ieder geval de volgende samenstelling:

Een lid van de Ambtelijke Staf, voorzitter.

Een afdelingshoofd of directeur uit de betrokken beleidssector(en).

Eén of meer afdelingshoofden of medewerkers die niet bij het betrokken beleidsterrein zijn betrokken.

Een lid van Jong-VWS.

Een medewerker van het PAO-team als secretaris.

Bij een aantal werkgroepen waren ook externen opgenomen. Daarnaast heeft een aantal werkgroepen gespreksessies gehad met vertegenwoordigers uit het veld in de brede betekenis van het woord.

In alle gevallen zijn de PAO-standaardvragen op één of andere wijze als vertrekpunt gebruikt, en is naar de eigenheid van elk onderwerp een vertaalslag gemaakt:

- Waarom uitvoering door VWS?
- Wat noodzaakt de taak;
- Welk (maatschappelijk) probleem wordt ermee gediend of opgelost;

Hierbij als technische vraag wat er misgaat als VWS stopt met deze taak.

- Hoe verloopt de sturing van uit het departement. Is deze sturingsrelatie adequaat.
- Als de taak blijvend wordt uitgevoerd:
 - Kan de (uitvoering van de) taak ook elders (ander departement, andere overheden, Europa, bedrijfsleven en overige maatschappelijke organisaties) worden belegd? Zo ja, wat zijn hiervan de consequenties en aan welke voorwaarden moet worden voldaan.
 - Relatie naar het kerndepartement voor zover het gaat om taken welke extern (ZBO's/agentschappen) zijn belegd.
 - Is sprake van een permanente dan wel een tijdelijke taak?
 - Moet de taak op deze wijze (en met de huidige intensiteit) worden uitgevoerd of kan het ook anders (meer op hoofdlijnen, vraaggestuurd in plaats van aanbodgericht, zelfsturing, efficiënter, effectiever en minder intensief...). Waarom niet?

Is de huidige mix aan instrumenten de meest adequate?

Bij het thema Sport is een andere benadering gekozen. Bij de start van het PAO-traject werd al gewerkt aan de opstelling van een nieuwe Sportnota. Hierbij waren ook veel externen betrokken. Om deze reden is gekozen voor een afzonderlijk PAO-traject: het PAO-projectteam zorgde er voor dat bij de totstandkoming van deze nota de 'PAO-vragen' op de agenda werden gezet.

5. Capita selecta: conclusies en aanbevelingen

5.1. De departementale kennisinfrastructuur.

De werkgroep heeft een drietal ijkpunten gebruikt:

- Met welke trends in de omgeving moet VWS rekening houden?
- Wat zijn taken voor VWS zelf en wat kan worden uitbesteed?
- Is de huidige wijze van sturing adequaat?

De volgende conclusies worden bij deze drie ijkpunten getrokken:

- a) Het beleid maakt in grote lijnen een omslag door van aanbodsturing naar vraagsturing. VWS krijgt daarbij de systeemverantwoordelijkheid. Daarnaast wordt geconstateerd, dat er op dit moment een overproductie is van kennisdocumenten en adviezen. De eerste aanbeveling is, om de kennis te knippen in Kennis voor VWS en Kennis voor het veld. Dat is weliswaar geen absoluut onderscheid, maar maakt de aansturing wel veel eenvoudiger. Een tweede aanbeveling is om de indeling in de Houtskoolschets in vier beleidsgebieden ook leidend te doen zijn voor de indeling van onderzoeksinstellingen, adviesraden en planbureaus².
- b) Gezien alle veranderingen die nog niet volledig zijn uitgekristalliseerd, is de vraag over uitbesteden nog niet goed te beantwoorden. Voor de korte termijn moet VWS daarom het adres blijven. Het centraal stellen van de VWS Beleidsagenda maakt het wel mogelijk om meer richting te geven en daardoor te komen tot betere programmakeuze, meer selectiviteit en betere doorwerking in de beleidscyclus. Voor de lange termijn moet wel eerst duidelijk worden in hoeverre niet VWS als betalende partij, maar de zorgverzekeraars in toenemende mate verantwoordelijk worden voor (onderhoud) van praktijk- en branchegebonden kennis. "Ons" RIVM heeft deze kennis wel nodig, om zijn onderzoeks- en advieswerk te kunnen doen.

Er wordt gestreefd naar het veranderen van het RIVM naar een CDC-achtige instelling met een dubbele taak. Enerzijds voor VWS een instelling dat voor VWS voorziet in kennis en informatie over de huidige stand van zaken, nieuwe ontwikkelingen e.d. Daarnaast wordt het RIVM in toenemende mate een organisatie met belissende, coördinerende en uitvoerende taken bij crises op het terrein van de publieke gezondheid. Op de tweede plaats is een organisatie nodig die voorzieningen levert bij het uitbreken van besmettelijke ziekten.
- c) Er wordt een verdere splitsing gemaakt voor 'vaste' leveranciers die een vorm van programmafinanciering kennen en instellingen die alleen op ad hoc basis opdrachten krijgen.

² Rapportage SG-Beraad is op 18 maart 2005 in de Ministerraad aan de orde. Dat heeft ook consequenties voor dit onderdeel van het PAO-traject.

De werkgroep heeft dit onderscheid niet verder geoperationaliseerd.

Over de voorstellen zal eerst met de meest betrokken organisaties worden overlegd.

5.2. Staatstoezicht Volksgezondheid.

In de analyse is slechts één van de onderdelen van het Staatstoezicht geanalyseerd, namelijk de Inspectie Gezondheidszorg. In artikel 36 van de Gezondheidswet wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds toezicht op naleving van wettelijke voorschriften en opsporen van overtredingen en anderzijds een meer algemene en integrale onderzoekstaak naar de staat van de volksgezondheid en het doen van aanbevelingen op dit terrein. Wat is het eigene van de IGZ en geeft deze wetstekst voldoende ruimte om het algemene beleid te kunnen onderzoeken wat verder gaat dan casuïstiek?

De werkgroep constateert allereerst dat de IGZ geen onderzoekinstelling is, en dat ook niet moet proberen te zijn. Vanuit de toezichtsrol komt echter veel informatie beschikbaar op grond waarvan de IGZ belangrijke conclusies kan trekken rondom knelpunten, evaluatie van gevoerd beleid e.d. Deze informatie is relevant bij de evaluatie van gevoerd beleid. Kortom, de volgende conclusies worden getrokken:

- Het toezicht heeft naast onderzoek en beleid een eigenstandige positie binnen de beleidscyclus. De bevindingen van het Staatstoezicht dienen als input voor de beleidsevaluatie.
- Het is gewenst om voor het toezicht een generieke taakopdracht te handhaven zodat integraal gestuurd toezicht gelegitimeerd wordt. Handhaving van een breed artikel als 36 lid 1.a is daarom gewenst.
- Toezicht op basis van uitsluitend lid b leidt tot toezicht dat uitsluitend kan plaatsvinden op grond van afzonderlijke wetten. Wel kan overwogen worden de tekst van artikel lid 1a te wijzigen, waarbij het met name gaat over de gebruikte terminologie en/of de reikwijdte beter te duiden. Het onderzoek c.q. toezicht heeft betrekking op het handelen van zorgprofessionals en zorginstellingen en niet op de maatschappelijke effecten.

5.3. Drugsbeleid.

Door de werkgroep drugbeleid is de vraag geformuleerd hoe een moderne rijksoverheid

- het drugbeleid inhoudelijk en organisatorisch vorm kan gaan geven om recht te doen aan de verwachtingen bij burgers, de andere overheden en het buitenland én
- daarbij ook oplossingen aan te reiken voor problemen rond de toekomstige drugsproblemen.

De werkgroep heeft een tweetal conferenties belegd met externen, enerzijds over de inhoudelijke kant van de zaak en anderzijds over de bestuurlijk/organisatorische aspecten. Daarnaast heeft consultatie van de bevindingen plaatsgevonden met de verantwoordelijke leiding op DG-niveau van BZK, BuiZa en Justitie.

Wat hebben de bijeenkomsten nu opgeleverd?

Allereerst is het belangrijk om te constateren dat door de experts niet is aangedrongen op een fundamentele herziening of radicale koerswijziging van het gevoerde beleid door de Rijksoverheid. Dat leidt tot de conclusie dat er voldoende basis is, voor het te voeren drugsbeleid. Wel moeten de doelmatigheid en doeltreffendheid voortdurend bewaakt en waar nodig verbeterd worden.

Door de werkgroep is geconcludeerd dat een moderne rijksoverheid op het terrein van het drugsbeleid de volgende taken heeft:

- Visieontwikkeling en het uitdragen van die visie.
- Stellen van landelijke kaders door middel van beleidsregels en wetgeving,
- Interdepartementale afstemming en samenwerking, met commitment op hoog ambtelijk niveau.
- Intermediair tussen lokaal en internationaal beleid
- Het lokale niveau faciliteren en ruimte geven nieuw beleid te ontwikkelen
- Een proactieve houding bij het oplossen van problemen die lokaal niet zijn op te lossen.

Deze conclusies hebben geleid tot onder andere de volgende aanbevelingen:

- De werkgroep adviseert een tussentijdse ijking van het beleid. Doel is te komen tot actualisering en breed gedragen visie op het drugsbeleid.
- Stel een concreet werkprogramma hiervoor op. Leg hiervoor de basis via één of meerdere werkconferenties.
- Zet niet in op zware coördinatiestructuren Wel is een inspanning op hoog ambtelijk niveau vereist voor verbetering van efficiency en effectiviteit van beleid.
- Richt een denktank (rijk, mede- overheden, deskundigen) op voor steeds een beperkte periode qua samenstelling (voorkomt institutionalisering).
- Expliciteer gedeelde en eigen verantwoordelijkheden tussen de departementen.
- Ontwikkel een interdepartementale, strategische visie over hoe het drugsbeleid internationaal moet worden uitgedragen en let op de tendens tot harmonisering van EU-drugsbeleid.

5.4. Welzijnswettaken.

Dit onderdeel van de takenanalyse sluit aan op de discussie welke al langdurig wordt gevoerd over de toekomst van het welzijnsbeleid binnen dit departement. Bij de takenanalyse is een onderscheid gemaakt tussen de zogenaamde 'landelijke taken' (Welzijnswet 1994, art. 1e) en de overige taken volgende uit artikel 5 van deze wet.

Voor wat betreft de landelijke functies wordt het volgende geconcludeerd:

- De landelijke taken zoals nu nog opgenomen in de Welzijnswet, zijn een essentieel onderdeel van de Wmo.
- De Wmo gaat uit van een sterke mate van bestuurlijke decentralisatie, maar door het benoemen van een aantal prestatievelden is tegelijkertijd sprake van een *inhoudelijke* stimulans.
- De Wmo formuleert de systeemverantwoordelijkheid van het rijk. Dat brengt met zich mee, dat allereerst de ontwikkelingen actief worden gevolgd en dat vervolgens aanvullend beleid kan worden ontwikkeld.
- De Welzijnswettaken krijgen door de komst van de Wmo een helderder profiel. Het doel is helder. Welke instrumenten worden ingezet en de omvang daarvan, hangt uiteraard af van de politieke prioriteitstelling van dat moment.

De takenanalyse heeft in dit opzicht helderheid geboden over de situatie welke gaat zou kunnen gaan ontstaan met het intrekken van de Welzijnswet.

In artikel 5 van de Welzijnswet 1994 wordt een uitzondering mogelijk op de algemene taakverdeling, waarbij uitvoerende werkzaamheden een verantwoordelijkheid van de gemeente is. Een aantal duidelijk omschreven taken zijn een rijksverantwoordelijkheid, vooral vanwege het feit dat de schaal en de omvang decentralisatie onwenselijk maken. Het zijn zeer verschillende taken waarbij in een aantal gevallen wordt geconcludeerd dat de bestaande uitzonderingssituatie ongewijzigd kan blijven – bijvoorbeeld vanwege het aflopende karakter van deze regeling – en in een aantal andere gevallen een voorstel wordt gedaan om het geheel meer in overeenstemming te brengen dat uitvoerende werkzaamheden bij de gemeenten thuishoeren en niet bij het rijk.

5.5. Sportbeleid.

De takenanalyse op het terrein van sportbeleid wijkt af van de overige thema's. De nieuwe nota Sportbeleid is begin september 2005 naar de Tweede Kamer gegaan. Bij het opstellen van deze nota zijn reeds veel externen geraadpleegd. Het zou dubbel werk zijn geweest als daarnaast ook nog een

volledige takenanalyse wordt uitgevoerd. Daarom is gekozen voor een werkwijze, waarbij het primaat lag bij het opstellen van de Sportnota, en waarbij vanuit het PAO-team er zorg voor is gedragen dat de 'PAO-vragen' bij het voorbereiden van de Sportnota voldoende aandacht kregen.

De conclusies zijn de volgende:

- Uitgaande van het grote maatschappelijk belang van sport en de relatieve kwetsbaarheid van deze maatschappelijke sector, is het noodzakelijk dat ook het rijk randvoorwaarden creëert voor het functioneren. Met steun van de overheid is sport uitgegroeid tot een van de grootste sectoren waarbij eigen keuzen en eigen organisatievormen van burgers de toon aangeven.
- Het primaat in het beleid, ligt bij de sportsector zelf. Het beleid van de rijksoverheid is vooral bedoeld om de positieve effecten van sport te versterken.
- De publieke belangen in termen van rijksbeleid kunnen vooral worden geduid in kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en maatschappelijke waarde.

5.6 CBG en CCMO.

Een tweetal (middelgrote) ZBO's zijn onderwerp geweest van de takenanalyse. Het betreft het College Beoordeling Geneesmiddelen (CBG) en de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO).

De werkgroep hanteert voor zijn rapportage de volgende 'ijkpunten':

- Moet dit al dan niet een overheidstaak blijven ?
- Zo ja, zijn deze taken goed belegd bij VWS of is het beter de verantwoordelijkheid elders te leggen ?
- Is sprake van een adequate aansturing ?

De werkgroep komt tot de volgende antwoorden.

Voor wat betreft de eerste vraag – moeten deze taken al dan niet overheidstaken blijven – concludeert de werkgroep dat sprake is van een duidelijke overheidsverantwoordelijkheid. De EU legt lidstaten op, bevoegde autoriteit aan te wijzen. Opmerkelijk is dat Nederland met ten minste twee, zometeen drie autoriteiten bij de EU vertegenwoordigd is (CGB, CCMO en IGZ). Nederland heeft in meer opzichten een afwijkend model. Het is daarom zeker van belang te onderzoeken hoe andere landen het hebben georganiseerd (Denemarken en wellicht Italië lijken interessant).

Voor wat betreft de tweede vraag – zijn deze taken goed belegd bij VWS – concludeert de werkgroep mede op basis van de raadpleging, van belanghebbenden binnen en buiten het departement, dat VWS het verantwoordelijke adres moet blijven. VWS heeft de taakvelden geneesmiddelenonderzoek en registratie resp. medisch-wetenschappelijke toetsing in een tweetal ZBO's ondergebracht. Deze ZBO-constructie plaatst toetsing van goedkeuringsaanvragen buiten politiek oordeel van Minister. Deze onafhankelijke positie is voor geloofwaardigheid van het publiek de beste oplossing. Ook het voorstel van de commissie Kohnstamm om ZBO's terug onder ministeriële verantwoordelijkheid te brengen, zondert het CBG – en gevoeglijk wordt verondersteld ook de CCMO - expliciet daarvan uit.

Een knelpunt is wel, dat de CCMO geen regie heeft op de capaciteit van de erkende Medisch-ethische commissies die ingebed zijn in academische onderzoekscentra maar waarmee CCMO wel inhoudelijke afspraken maakt. De werkgroep adviseert aan VWS en OCW, om dit samen op te pakken. Een ander mogelijk knelpunt is, het ontbreken van vroegtijdige onderlinge communicatie over het goed te keuren onderzoeksdesign van een aanvrager waarbij zowel CCMO als CBG betrokken zijn. Het is nu niet vanzelfsprekend, dat beide organisaties elkaar daarover consulteren, maar ze hebben zich nu wel daartoe bereid verklaard.

Bij de derde vraag – is sprake van een adequate aansturing? – merkt de werkgroep op, dat sprake is van een lappendeken. De buitenwacht is overigens tevreden met het huidige functioneren. De geschiedenis van verschillende disciplines farma en gezondheidsjuristen speelt daarbij een verklarende rol. De werkgroep beveelt aan om uit te zoeken of er een meer optimale verhouding van de taakvelden mogelijk is (één ingang melding bijwerkingen in plaats van zeven; samenhang geneesmiddelen, hulpmiddelen, bloed, weefsel en opium).

6. Resumé van actiepunten en vervolgtraject.

In ieder geval de volgende actiepunten :

Thema	Actie	Verantwoordelijke directie
Kennisinfrastructuur	Acties rondom aansturing, programmafinanciering en veranderende positie RIVM in gang zetten. Geen nieuwe besluitvorming nodig.	MC
Staatstoezicht/IGZ	Bezien of wetswijziging opportuun is om taken te verduidelijken.	IBE
Drugsbeleid	Actualiseren van het drugsbeleid d.m.v. een beleidsnota.	VGP
	Orgaan voor overleg tussen departementen, medeoverheden en velddeskundigen.	VGP
Welzijnswettaken	Taken op grond van de uitzonderingsbepaling ex artikel 5 in een aantal gevallen anders positioneren.	DLB i.o.m. de betrokken vakdirecties.
Sportbeleid	Behandeling Sportnota medio 2005.	DS
CBG en CCMO	Internationale vergelijking om te bezien of meer stroomlijning mogelijk is.	IBE en GMT.
	Relatie CCMO en MEC's bezien.	IBE
	Stroomlijning in frontoffice en backoffice.	IBE, GMT