



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Beleidsontwikkeling verstandelijk gehandicaptenzorg

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Samen leven in de samenleving

Zoetermeer, 2002

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	Nationale beleidsontwikkelingen	5
2.1	Inleiding	5
2.2	Specifiek gehandicaptenbeleid	5
2.3	Modernisering van de AWBZ	14
2.4	Stelselherziening	17
2.5	Conclusies	18
3	Internationaal beleidskader	20
3.1	Inleiding	20
3.2	De Verenigde Naties	20
3.3	Standaardregels voor het bieden van gelijke kansen voor gehandicapten (resolutie 48/96)	22
3.4	De Europese Unie	26

Bijlagen

1.	Lijst van afkortingen	33
2.	Literatuur	35

1 Inleiding

Deze beleidsanalyse is een achtergrondstudie voor het advies Community care. Achtereenvolgens komen zowel de nationale als internationale beleidsontwikkelingen aan bod. Hierbij bedoelt de RVZ met community care *het ondersteunen van mensen met een beperking – inclusief hun sociale netwerk – bij het leven in en deelnemen aan de (lokale) samenleving.*

2 Nationale beleidsontwikkelingen

2.1 Inleiding

Community care in de bovengegeven omschrijving bevindt zich primair op de beleidsterreinen van de zorg en dienstverlening aan gehandicapten en van de AWBZ. Beide dossiers zijn de laatste tijd sterk in beweging. Verder is een aantal andere wetten en ontwikkelingen van belang, waaronder: de WVG, WZV, WEZ, WVG, TVWMD, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de ideeën over de stelselherziening. Achtereenvolgens worden in de volgende twee paragrafen het specifieke gehandicaptenbeleid en de modernisering van de AWBZ besproken.

2.2 Specifiek gehandicaptenbeleid

WVG

Op 1 april 1994 is de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) van kracht geworden. Gemeenten hebben met deze wet een zorgplicht gekregen tot het verlenen van woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen ten behoeve van deelneming aan het maatschappelijk verkeer. Aan de WVG liggen de volgende uitgangspunten ten grondslag:

- ouderen en gehandicapten dienen zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen;
- ook voor lagere inkomensgroepen moeten voorzieningen bereikbaar zijn;
- uitbreiding van de werkingssfeer boven 65-jaar is wenselijk voor de voorheen in de AAW geregelde voorzieningen;
- zoveel mogelijk moet een integrale benadering worden gevonden (één loket);
- overlapping en opeenvolgend of gelijktijdig verstrekken van gelijksoortige voorzieningen krachtens verschillende (wettelijke) regelingen moet worden voorkomen;
- zeggenschap over toekenning van subsidie en voorzieningen dient samen te gaan met budgetverantwoordelijkheid (de beslisser betaalt).

Eerste evaluatie

In de eerste evaluatie van de WVG in november 1995 (Tweede Kamer, no. 24170-5) concludeert het kabinet op hoofdlijnen dat het beeld is, dat gemeenten erin zijn geslaagd om in een korte periode een redelijk adequaat voorzieningenaanbod te realiseren. Een aanzienlijk aantal personen boven 65 jaar heeft WVG-voorzieningen gekregen, waar men voor de WVG geen recht op had. Na 1 jaar WVG heeft zich een versterking van het lokale gehandicaptenbeleid voorgedaan. De aandacht van de gemeenten voor het gehandicaptenbeleid is vergroot, de inspraak van burgers en cliëntorganisaties op lokaal niveau heeft een grote stimulans gekregen. Een belangrijk resultaat van de WVG is ook dat de doelmatigheid van het voorzieningenbeleid is verbeterd. Het kabinet is dus op hoofdlijnen positief over de keuze voor een gedecentraliseerd voorzieningensstelsel. Maar naast positieve aspecten zijn er ook enkele belangrijke knelpunten op het gebied van eigen bijdragen en het vervoer waarvoor snel een oplossing moet worden geboden. Dit gebeurt vrij snel in aanvullende brieven. Naar aanleiding van de tweede en derde evaluatie (Tweede Kamer, no. 25847-1, 24) wordt de wet op een paar kleine punten gewijzigd.

'Zorg lokaal' van de IBO WVG

In 1999 is een Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) verricht naar de Wet voorzieningen gehandicapten. Dit resulteerde in het rapport 'Zorg lokaal'. Doel is na te gaan in hoeverre een duidelijker afbakening van verantwoordelijkheden en voorzieningepakketten voor ouderen en gehandicapten kan bijdragen aan een grotere doelmatigheid en doeltreffendheid, zowel in maatschappelijk als in financieel opzicht. Het rapport concludeert onder meer dat er wat betreft de uitvoering van de WVG sprake is van afstemmingsproblemen op de terreinen zorg, vervoer en wonen. Oorzaak is de onvoldoende aansluiting tussen zowel verantwoordelijkheden als geldstromen en het opeenvolgend of gelijktijdig verstrekken van gelijksoortige voorzieningen krachtens verschillende (wettelijke) regelingen. Hierdoor wordt een integrale beleidsafweging belemmerd. Verder wordt een groeiende behoefte geconstateerd aan voorzieningen die door de gemeenten kunnen worden verstrekt.

Dienstverleningsstelsel

De werkgroep beveelt aan om een dienstverleningsstelsel te introduceren, waarin welzijnsgerelateerde voorzieningen uit de zorg worden overgeheveld naar de gemeenten en geïntegreerd worden met de WVG. Op rijksniveau wordt het ministerie van

VWS voor dit stelsel verantwoordelijk. De gemeenten krijgen in dit stelsel de zorgplicht voor mensen met beperkingen die zelfstandig wonen, exclusief de gespecialiseerde medische hulp. De gemeenten kunnen voor de dienstverleningstaken worden gebudgetteerd via het gemeentefonds. Het kabinet wil de door de werkgroep aanbevolen dienstverleningsvariant nader uitwerken, waarbij de huidige WVG het uitgangspunt vormt. De werkgroep heeft zich beperkt tot een aantal suggesties voor herschikkingen tussen het dienstverleningsstelsel en het zorgstelsel. Ten aanzien van de herschikking van onderdelen van de thuiszorg is het kabinet van mening dat de huishoudelijke verzorging en de overige onderdelen van de thuiszorg een geïntegreerd onderdeel vormen van het huidige zorgstelsel. Het zorgstelsel enerzijds en het dienstverleningsstelsel anderzijds zullen zowel in pakketsamenstelling, systematiek als in de besturing goed op elkaar afgestemd moeten zijn. Met betrekking tot vervoer constateert het IBO-rapport dat nader onderzocht moet worden of, en zo ja op welke wijze, het mogelijk is om de verantwoordelijkheden en geldstromen voor het gehandicaptenvervoer meer te integreren in het reguliere openbaar vervoer, op uitvoerings- en/of rijksniveau. Het kabinet acht het onverminderd belangrijk dat het openbaar vervoer optimaal toegankelijk wordt. Het beleid is neergelegd in de brief van 16 juli 1999 (Tweede Kamer, 1998-1999, no. 26 200 XII-43). Zodra dit is gerealiseerd, zal het beroep dat wordt gedaan op individuele vervoersvoorzieningen in belangrijke mate verminderen. Individuele vervoersvoorzieningen zijn dan alleen nog nodig voor die gehandicapten die vanwege de aard van de handicap redelijkerwijs nimmer van het openbaar vervoer gebruik kunnen maken, zelfs al is dit optimaal toegankelijk.

Met betrekking tot wonen onderschrijft het IBO-rapport de ontwikkeling waarin wonen en zorg gescheiden worden aangeboden. Gemeenten moeten een regierol krijgen, zodat corporaties en projectontwikkelaars kunnen worden aangesproken. Het hergebruik van woningaanpassingen kan worden gestimuleerd door middel van eigen bijdragen en/of een statiegeldsystematiek.

Mensen, wensen en wonen

De VROM-nota 'Mensen, wensen en wonen' (Tweede Kamer, no. 27559-1, 2) gaat in op de groeiende woonzorgbehoefte en de vraag naar woonzorgarrangementen, voor een groeiende groep ouderen, verstandelijk en lichamelijk gehandicapten en (ex)psychiatrische patiënten. Naast vergrijzing is een belangrij-

ke reden van de groeiende woonzorgvraag het extramuraliseringsbeleid in de gezondheidszorg erop gericht mensen zolang mogelijk zelfstandig in hun eigen woonomgeving te laten wonen. Voor onder meer verstandelijk gehandicapten in gezamenlijke woonzorgeenheden is ook de koppeling van wonen met voorzieningen voor sociaal werk, vrijetijdsbesteding en sociale activering (bijvoorbeeld het kunnen deelnemen aan activiteiten in de wijk) van groot belang. De nota noemt als belangrijkste maatregelen:

- VWS en VROM doen een voorstel om administratieve lasten op woonzorggebied substantieel te verminderen;
- Instelling van een woonzorgstimuleringsregeling (WZSR);
- Om de keuzevrijheid van zorgbehoevenden te vergroten, zal worden geëxperimenteerd met een woonzorgvoucher;
- Overheidsloket 2000 moet zorgen voor integratie van dienstverlening op het gebied van wonen, zorg en welzijn;
- In regionale zorgvisies moet duidelijk worden gemaakt wat de effecten zijn van de extramuralisering voor het wonen, met name voor de vraag naar (semi-)zelfstandige woningen. Door de overgang van het contingentenbeleid naar het contourenbeleid in de Vijfde Nota Ruimtelijke Ordening worden ruimtelijke belemmeringen voor extramuralisering weggenomen;
- De realisatie en het beheer van vastgoed van zorginstellingen moet tot het werkdomein van woningcorporaties gaan behoren;
- Vervangen WZV door Wet Exploitatie Zorginstellingen;
- Nabijheid en bereikbaarheid van voorzieningen dienen een nadrukkelijk toetspunt te zijn bij bestemmingsplannen;
- Gemeenten moeten in bestemmingsplannen voldoende ruimte reserveren voor kleinschalige (woon- zorg)voorzieningen.

De perken te buiten

Meerjarenprogramma intersectoraal gehandicaptenbeleid

In mei 1995 presenteert de Staatssecretaris van het ministerie VWS het meerjarenprogramma intersectoraal gehandicaptenbeleid. De verantwoordelijkheid voor dit programma wordt gedeeld door maar liefst zeven bewindspersonen: de Staatssecretaris en de minister van VWS, de minister van V en W, de minister en de Staatssecretaris van SZW, de S van OC en W en de Staatssecretaris van VROM. Diverse onderwerpen blijken ook in interdepartementaal verband te worden opgepakt. De nota noemt als speerpunten van het gehandicaptenbeleid:

1. Het bevorderen van het probleemoplossend vermogen van mensen met een handicap, onder meer door invoering van het persoonsgebondenbudget;
2. Het bevorderen van integratie, deelname door gehandicapten in alle sectoren van de samenleving (onder meer onderwijs- en arbeidsintegratie);
3. Het verwerven van een beter zicht op de meest kwetsbare categorieën gehandicapten;
4. Het stimuleren van zelfordening gericht op onder meer kwaliteitsverbetering, klantgerichtheid en een geïntegreerd en geobjectiveerd indicatiebeleid.

Cultuuromslag

De nota spreekt van een cultuuromslag die zich sinds enige jaren heeft voltrokken. Mensen met een handicap of chronische ziekte zijn zich bewust geworden van hun maatschappelijke positie. Net als ieder ander eisen ze dat hun elementaire burgerrechten worden gerespecteerd. Ze komen op voor een volwaardige plaats in de samenleving. De cultuuromslag heeft tenminste twee consequenties:

- De samenleving moet toegankelijk zijn voor gehandicapten. Dit wordt ook wel BTB-beleid genoemd (voorzieningen? Bereikbaar; fysieke omgeving? Toegankelijk; aangeboden oplossingen? Bruikbaar);
- Gehandicapten en chronisch zieken willen af van zorg die hun eigenwaarde en capaciteiten ontkent, in plaats daarvan geven ze de voorkeur aan een systeem als persoonsgebonden budgetfinanciering.

Zorgvernieuwingstrajecten

Onder de titel zorgvernieuwing wordt een aantal trajecten ingezet:

- streven naar kleinschaligheid, 'het wonen in een gewone woning in een woonwijk';
- instelling van zorgvernieuwingfonds sector gehandicapten, waardoor flexibele zorgverlening wordt bevorderd, bij voorkeur via persoonsgebonden budgetten;
- persoonsgebondenbudgetfinanciering als instrument om de beleidsomslag tot stand te brengen;
- scheiden van wonen en zorg;
- reïntegratie in het arbeidsproces;
- integratie op onderwijsgebied;
- aandacht voor beeldvorming.

Geen extra middelen

Bijzonder in deze nota is dat er (vanaf 1996) geen extra middelen worden ingezet voor traditionele uitbreiding van inrichtingen, gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven. De doelstelling luidt: binnen tien jaar 30 procent van de intramurale capaciteit omzetten in kleinschalige woonvormen. De perken te buiten blijkt zowel een kristallisatiepunt van lopende ideeën en programma's als een uitgangspunt voor vernieuwing in de zorg aan mensen met een handicap. Het meerjarenprogramma wordt een aantal malen geactualiseerd.

Beleidsstoetsingskader gehandicaptenzorg

In maart 1996 verschijnt het zogeheten Beleidsstoetsingskader gehandicaptenzorg. Voor verstandelijk gehandicapten is het beleid dat zoveel mogelijk capaciteit wordt gedeconcentreerd. Als leidraad wordt het voorstel van de koepelorganisaties aangehouden waarin wordt gesproken over een stapsgewijze omzetting van 30% van de huidige intramurale capaciteit. De omslag betekent wel dat de reguliere woningmarkt ook voor mensen met een handicap toegankelijk moet zijn (sociale woningbouw). Hoe de infrastructuur er precies uit komt te zien is niet op voorhand te bepalen. Dat zou ook haaks staan op het principe van vraaggestuurdheid. Wel kunnen de hoofdkenmerken van die infrastructuur worden genoemd:

- verkleinen van de omvang van de leefverbanden, scheiden van wonen en dagbesteding en vermijden van geïnstitutionaliseerde leefverbanden staan centraal;
- capaciteit op hoofdlocaties zal geleidelijk worden vervangen door kleinschalige woonvormen en voorzieningen voor dagbesteding buiten de hoofdlocaties;
- capaciteit op hoofdlocaties zal aangepast worden.

Community Care

In het najaar van 1997 wordt een Beraadsgroep Community Care ingesteld met als taakopdracht: na te gaan of en op welke wijze ten behoeve van (verstandelijk) gehandicapten een vorm van community care-zorg, geleverd in en door de lokale gemeenschap, in ons land ingevoerd zou kunnen worden. De beraadsgroep publiceert eind 1998 een rapport 'Leven in de lokale samenleving'; advies over community care voor mensen met een (verstandelijke) beperking'. Hierin worden drie strategieën genoemd:

- de zorgsector moet flexibele ondersteuning realiseren op plaatsen waar mensen die wensen;

- mensen met een handicap (of vertegenwoordigers) moeten instrumenten in handen krijgen om te kunnen participeren in de samenleving;
- de samenleving is medeverantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen met een (ernstige) beperking.

Eind maart 2000 gaat een landelijk programma Community care van start (Tweede Kamer, no. 24170-53). De dagelijkse coördinatie ligt bij het NIZW. Doelstelling vormen een transformatie van de gehandicaptensector en een verschuiving naar 'ondersteund wonen' en 'ondersteund werken', ingebed in de lokale samenleving. Het plan van aanpak voor het programma bevat drie trajecten:

- lopende initiatieven waarin categoriale zorgaanbieders in samenspel met andere (algemene) voorzieningen een vraaggerichte ondersteuning realiseren;
- thematische verdieping via landelijke en regionale 'ontwikkelingsgroepen';
- monitoring van resultaten en werkwijzen en verspreiding van inzichten via een landelijk informatiepunt.

De verwachting is dat het NIZW in de zomer van 2002 met zijn eindrapport komt.

Kwaliteit in de gehandicaptenzorg

Op 9 mei 2001 verschijnt de beleidsnotitie 'Kwaliteit in de gehandicaptenzorg' (Tweede kamer, no. 24170-65). Kwaliteit van bestaan voor mensen met een handicap gaat om meer dan kwaliteit van zorg alleen. De gehandicapte moet zoveel mogelijk zijn eigen leven kunnen inrichten. Randvoorwaarden zijn keuzevrijheid en een gedifferentieerd zorgaanbod maar bovenal een adequate ondersteuningsstructuur en voldoende financiële armslag. Het begrip 'Kwaliteit van bestaan' is uitgangspunt. Er is gekozen voor een brede benadering van het begrip kwaliteit waarbinnen de kwaliteit van zorg een wezenlijk aspect vormt. Een middel om kwaliteit te bevorderen is 'empowerment' van de gehandicapte, dat wil zeggen het mondiger maken en emanciperen van mensen met een handicap, zowel op individueel als op groepsniveau. Het is ook het aanleren van vaardigheden.

Keuzevrijheid wordt vooral bepaald door voldoende financiële armslag om leefwensen en de behoefte aan ondersteuning te realiseren. Daarnaast moeten er keuzemogelijkheden zijn: een toegankelijk, voldoende en gedifferentieerd aanbod zonder wachtlijsten. De modernisering van de AWBZ moet bijdragen

aan de totstandkoming van vraagsturing en flexibilisering, waarbij de ondersteuningsbehoefte van de individuele cliënt voorop komt te staan.

De beleidsagenda bestaat uit een groot aantal stappen die voorwaarden moeten creëren om op het individu gerichte ondersteuning en zorg te realiseren:

- versterking sturingsmogelijkheden cliënt;
- versteviging van de positie van de cliënt;
- cliëntondersteuning.

In het bijzonder dragen de volgende trajecten bij aan het perspectief van kwaliteit van bestaan in de gehandicaptensector:

- flexibilisering per 1 januari 1999 van de aanspraken voor verstandelijke gehandicapten in de AWBZ, bijvoorbeeld afzonderlijke contractering van dagbesteding en wonen en in een grote impuls voor het scheiden van wonen en zorg voor cliënten. Geschat wordt dat momenteel circa 8500 cliënten wonen via het principe van scheiden van wonen en zorg: rond 13% van het aantal cliënten die institutionele zorg ontvangen;
- aanpak wachtlijstproblematiek;
- stijging aantal pgb's van EUR 1.652 in 1999 naar EUR 2.631 in 2000;
- bevordering dagbesteding voor verstandelijk gehandicapten: tussen 1998 en 2002 EUR 63,2 miljoen extra.

Met zorg kiezen

Op 12 juni 2001 verschijnt een nota over patiënten/consumentenbeleid 'Met zorg kiezen'. De nota onderscheidt vijf instrumenten om de positie van patiënten/consumenten te versterken:

1. Een adequate rechtspositie van zorggebruikers;
2. Actuele, toegankelijke en betrouwbare informatie;
3. Onafhankelijke, betrouwbare en laagdrempelige vormen van advies en begeleiding;
4. Individuele en collectieve inkoopmacht;
5. De aanwezigheid van collectieve onderhandelingsmacht.

Andere relevante wetgeving

Wet Gelijke Behandeling Gehandicapten en Chronisch Zieken (WGBG)

Op vrijdag 6 juli 2001 stemt de ministerraad op voorstel van staatssecretaris Vliegenthart van VWS in met het wetsvoorstel Gelijke behandeling op grond van handicap op chronische ziekte. De Tweede Kamer heeft bij de totstandkoming van de Algemene Wet Gelijke Behandeling in 1993 om dit wetsvoorstel gevraagd. Gehandicapten en chronisch zieken krijgen op grond van dit voorstel het recht op aanpassingen die nodig zijn om volwaardig in de maatschappij te functioneren. Het voorstel zal vooralsnog alleen van toepassing zijn op de terreinen arbeid, beroepsopleiding en sport. In de toekomst kan dit worden uitgebreid naar andere terreinen. Met de norm 'doeltreffende aanpassing' volgt het kabinet de invulling van het gelijkheidsbeginsel op Europees niveau. Het begrip zal in de rechtspraak nader invulling moeten krijgen. Gehandicapten en chronisch zieken kunnen met klachten terecht bij de Commissie gelijke behandeling. Ook is het mogelijk de burgerlijke rechter in te schakelen.

WEZ

Op 29 maart 2001 is het voorstel voor de Wet Exploitatie Zorginstellingen naar de Kamer gegaan (Tweede Kamer, no. 27659-1, 3). Dit wetsvoorstel dient ter begeleiding van de overgang van een stelsel van centrale aanbodssturing, waarbij de capaciteit van zorginstellingen normatief en door de centrale overheid wordt bepaald, naar een decentraal vraaggericht stelsel, waarbij die capaciteit wordt bepaald door de bij de zorgverlening betrokken partijen (consumenten, instellingen en verzekeraars) en de centrale overheid zich beperkt tot het stellen van randvoorwaarden waarbinnen decentrale partijen (verzekeraars en aanbieders) moeten handelen (decentraal vraaggericht). De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Tijdelijke verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening (TVWMD) worden ingetrokken.

Het College bouw stelde vast dat het wetsvoorstel een brede reikwijdte kent waarmee een integrale beleids- en besluitvorming over intra-, semi- en extramurale zorgverlening mogelijk wordt. De benadering faciliteert de extramuralisering, de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen die niet te vatten zijn in de traditionele begrippen als intramuraal en extramuraal en de ontwikkeling van zorgketens.

2.3 Modernisering van de AWBZ

Knelpunten in de AWBZ

De AWBZ, waaronder de zorg voor verstandelijk gehandicapten ressorteert, kent een aantal hardnekkige knelpunten, zoals aanbodgerichtheid en aanbodbudgettering. De cliënt is niet subject, maar object van zorg. Een gebrek aan samenhang tussen verschillende voorzieningen werkt ondoelmatigheid in de hand. Dat gebrek aan samenhang is mede een gevolg van de starre regelgeving. Tot slot is er sprake van onduidelijke verantwoordelijkheden en is er onvoldoende balans in het systeem.

Daarom is op 18 juni 1999 de nota 'Zicht op Zorg' ingediend (Tweede Kamer, no. 26631-1). Deze nota geeft een aanzet tot modernisering van de AWBZ. Zij maakt deel uit van een samenhangende aanpak die verder bestaat uit een plan van aanpak voor de wachtlijsten, de aanpak van de werkdruk en het arbeidsmarktconvenant. Het gaat om de ombouw van de AWBZ van een in essentie aanbodgestuurd systeem naar een in essentie vraaggestuurd systeem en het ontwikkelen van een daarop geënt beheersinstrumentarium voor de uitvoering van de AWBZ en het in dat kader versterken van een doelmatige uitvoeringsorganisatie (Tweede Kamer, no. 26631-13).

Modernisering AWBZ

Bij de modernisering AWBZ wordt het instrumentarium aangepast aan de wensen en eisen van deze tijd. Centraal daarin staat het flexibiliseren van de aanspraken. Op termijn zullen de contracteerplicht, de budgetgarantie en de toelating met bijbehorende capaciteitsbepaling, zoals die nu gelden, plaatsmaken voor de functionele aanspraken, de indicatiestelling 'nieuwe stijl', de toelating, het regionaal kader en de regiovisie.

In februari 2000 wordt het plan van aanpak Modernisering van de AWBZ op verzoek van de Vaste Kamercommissie een zogeheten 'groot project' (Tweede Kamer, no. 26631-9). De Tweede Kamer kan zich echter niet helemaal vinden in de aangekondigde veranderingsrichting voor de beheers- en uitvoeringsstructuur. Daarom neemt de overheid na maart 2000 geen drastische initiatieven meer inzake het positioneren van het zorgkantoor, het invullen van het begrip regiovisie en het starten van experimenten. Wel wordt geconstateerd dat vormgeven aan vraagsturing vraagt om een krachtige uitvoerder van AWBZ. Aanvankelijk lijkt het zorgkantoor de enig mogelijke uitvoerder, maar naar aanleiding van het in mei 2000 gepubli-

ceerde MDW-rapport 'De ontvoogding van de AWBZ' stelt het kabinet dat de uitgezette koers in nauwe samenhang met de versterking van de verzekeraarfunctie moet worden geëffectueerd. Recent wordt de mandaatconstructie van zorgkantoren zelfs een overgangssituatie genoemd. In de van juni 2001 daterende nota 'Vraag aan bod' (Tweede Kamer, no. 27855-2) wordt voorgesteld dat (risico)dragende zorgverzekeraars op termijn de functie van de zorgkantoren overnemen.

Ontvoogding van de AWBZ

Het eerder genoemde MDW-rapport 'De ontvoogding van de AWBZ' (Tweede Kamer, no. 24036-166) bouwt voort op de nota 'Zicht op Zorg'. Het neemt drie vraagstukken onder de loep:

- Stimuleren van vraagsturing in de AWBZ door middel van instrumenten als het pgb en pvb, vouchers en trekkingsrechten;
- De vormgeving van prikkels voor het zorgkantoor;
- Het stimuleren van nieuwe initiatieven op het snijvlak van AWBZ en niet-AWBZ.

Het rapport onderscheidt drie instrumenten. Een som geld en een pgb zijn instrumenten waarmee een cliënt zijn zorg zelf kan inkopen, het pvb is een instrument waarmee het zorgkantoor namens de cliënt inkoopt. In de beide laatste gevallen gaat het om een persoonsgerelateerde bekostiging: het geld volgt de cliënt. De som geld voor zelfinkoop heeft niet de voorkeur. Verzekerden die kiezen voor zorgverlening via het zorgkantoor krijgen een persoonsvolgendsbudget toegewezen. Het zorgkantoor koopt daarmee de benodigde zorg in bij de zorgaanbieder. Bij wisselen van aanbieder gaat het resterende budget met de verzekerde mee, omdat het gekoppeld is aan de verzekerde en niet aan de instelling.

Als een verzekerde ervoor kiest de zorg zelf te regelen dan krijgt hij een persoonsgebondenbudget. Dit moet mogelijk zijn voor ieder die het wil en voor alle vormen van AWBZ-zorg. Het pgb is niet een zelfstandige aanspraak, maar een manier om een vastgestelde aanspraak op zorg te consumeren. In het overgangstraject kan de subsidievorm gehandhaafd blijven. De verzekerde kan naar iedere aanbieder van AWBZ-zorg gaan die voldoet aan minimum kwaliteitseisen. Voor hulp zijn er geen beperkingen. Voor invoering van vraagsturing is een professionele en onafhankelijke indicatiestelling essentieel.

Als consequentie voor de overheidssturing moet wet- en regelgeving ingrijpend worden aangepast:

- opheffen van bouw- en capaciteitsplanning;
- opheffen van instellingsfinanciering;
- wegnemen van toetredingsbelemmeringen;
- stimuleren van goede prijsvorming;
- afschaffen van verplichte contractering van bestaande aanbieders.

Reacties kabinet

Het kabinet toont zich in zijn reactie van juni 2000 sterk geïnspireerd door het MDW-rapport. De Staatssecretaris kondigt aan een groot aantal onderwerpen voor te bereiden:

- realisatie in alle AWBZ-sectoren van de technische voorwaarden voor een brede toepassing van pvb en pgb, zoals het helder omschrijven van de te onderscheiden zorgproducten met bijbehorende prijzen en het opzetten van daaraan gekoppelde cliëntregistraties. Dit zal omstreeks 2003 grotendeels zijn afgerond;
- opheffen van de contracteverplichting, aanspraken flexibiliseren, ontwikkelen van een systeem van (int egrale) maximumprijzen (nieuwe WTG), aanpassing toelatingsbeleid (nu nog capaciteitsplanning op instellingsniveau) (WEZ).

Het kabinet benadrukt dat niet voor alle zorgtypen en behandelvormen een persoonsgebonden budget kan worden ingepast in de reguliere AWBZ-structuur. Per zorgonderdeel moet geanalyseerd worden of en onder welke voorwaarden een pgb toepasbaar is. Wat betreft de te stellen minimumkwaliteitseisen voor het pgb kan volgens het kabinet volstaan worden met de huidige kwaliteitswetten: de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZLI) en de Wet op de individuele beroepsuitoefening in de gezondheidszorg (Wet BIG).

Op 17 juli 2001 geeft staatssecretaris Vliegthart een nadere uitwerking aan voor de modernisering van de AWBZ (Tweede Kamer, no. 26631-14):

- drastische vereenvoudiging van het pgb (eigen verantwoordelijkheid zonder overdaad aan bureaucratie);
- wijziging in natura-systeem waardoor ook mensen die de verantwoordelijkheid voor een pgb niet zelf willen nemen, in staat gesteld worden een zorgpakket op maat te ontvangen;

- ombouw van de vijf huidige pgb-regelingen tot één AWBZ -brede pgb-regeling met twee mogelijke vormen:
 - het halfjaarlijks of per kwartaal verstrekken van een budget aan de budgethouder die vervolgens bepaalt op welke contractuele manier hij zijn zorg inkoop, met een facilitaire organisatie;
 - het verstrekken van een voucher aan de budgethouder die hiermee de hulpverlener betaalt.
- het functioneel omschrijven van aanspraken. Er zijn zeven mogelijke functies:
 - huishoudelijke verzorging;
 - persoonlijke verzorging;
 - verpleging;
 - ondersteunende begeleiding;
 - activerende/adviserende begeleiding;
 - behandeling;
 - verblijf.
- het flexibiliseren van zorgaanspraken moet het mogelijk maken dat *binnen* een bepaalde sector zorg buiten de muren wordt ingezet. De huidige schotten *tussen* de verschillende sectoren van de AWBZ kunnen hiermee vervallen.

Er is nadrukkelijk niet voor gekozen om de zorg te omschrijven op productniveau vanwege het gevaar van verregaande detaillering, bureaucrativering en inperking van keuzemogelijkheden. Voor de eerste vijf genoemde functies kan voor een pgb worden gekozen (de functies behandeling en verblijf worden vooralsnog buiten beschouwing gelaten). Cliënten zijn hierdoor niet meer afhankelijk van het standaardaanbod van een instelling en kunnen zo zelf een zorgpakket-op-maat samenstellen. Voor aanbieders van zorg geldt dat zij alle vormen van AWBZ -zorg kunnen gaan leveren.

2.4 Stelselherziening

Vraag aan bod

Op 6 juli 2001 presenteert de minister van VWS de nota 'Vraag aan bod' over de vernieuwing van het zorgstelsel (Tweede Kamer, no. 27855-1, 2). Deze nota schetst twee sporen waarover het zorgstelsel kan worden vernieuwd, namelijk sturing van de zorg en aanpassing van het verzekeringsstelsel. Het gaat erom het vernieuwingsproces nu voor te bereiden en bij het volgend regeerakkoord te concretiseren. Als belangrijk-

ste reden voor dit proces noemt de nota dat in de huidige situatie onvoldoende recht wordt gedaan aan de vraag van patiënten en cliënten. Er is sprake van beperkte keuzemogelijkheden, onvoldoende samenhang en een gebrekkige aansluiting van aanbod op vraag, zowel kwalitatief als kwantitatief.

De nota voorziet in een gefaseerd plan waarbij in eerste instantie wordt gewerkt aan de realisering van een nieuwe verzekering voor curatieve zorg. Deze verzekering heeft de vorm van een verplichte verzekering en ontstaat uit een integratie van de huidige voorzieningen uit het tweede compartiment. Op termijn wordt deze verzekering voor curatieve zorg geïntegreerd met de gemoderniseerde AWBZ. De overwegingen voor beide moderniseringsprocessen vertonen een grote mate van samenhang, onder meer in vergroting van keuzemogelijkheden voor verzekerden en bevordering van vraaggerichtheid en van samenhang en doelmatigheid. De zorg in het eerste compartiment moet een integraal onderdeel zijn van de beleidsafwegingen voor het nieuwe zorgstelsel. Afwentelingmechanismen moeten voorkomen worden.

In het kader van veranderingen in de sturing van de zorg (eerste spoor) gaat het om herijking van de bestaande aanbodregulering, vernieuwing van het prijs- en bekostigingsstelsel, vernieuwing van het aanbod en verbetering van de informatievoorziening.

2.5 Conclusies

Het huidige overheidsbeleid in de zorg en de richting voor de komende jaren is voor een belangrijk deel een resultante van het verleden. Gesignaleerde knelpunten geven vorm aan nieuw beleid. De huidige nadruk op vraagsturing is een logisch gevolg van teveel aandacht voor aanbodsturing in het verleden en te weinig accent op cliëntgerichtheid, samenhang en doelmatigheid. Het streven naar extramuralisering en kleinschaligheid is deels een reactie op teveel grootschaligheid in de intramurale instellingen in het verleden, en deels eveneens een gevolg van meer aandacht voor het cliëntenperspectief.

Voor de ontwikkeling van community care biedt het huidige overheidsbeleid en de richting daarvan grote mogelijkheden. Belangrijke beleidsdoelen zijn in dit verband:

- vraagsturing;
- extramuralisering;

- vernieuwing van het zorgstelsel;
- modernisering van de AWBZ;
- streven naar gecontroleerde zelfregulering en vermindering van overheidssturing;
- streven naar formeel en materieel gelijke rechten voor mensen met beperkingen;
- aandacht voor de kwaliteit van het bestaan van mensen met beperkingen;
- 'empowerment' van patiënten en cliënten;
- bevorderen van keuzevrijheid voor patiënten en cliënten.

Gevaren voor de ontwikkeling van community care schuilen in een grote afhankelijkheid van verschillende beleidslijnen en belangentegenstellingen binnen de uitvoerders van de zorg voor mensen met een beperking.

3 Internationaal beleidskader

3.1 Inleiding

Wereldwijd zijn er meer dan 500 miljoen mensen met een handicap; dat is ongeveer 10% van de wereldbevolking. Ongeveer tweederde daarvan leeft in ontwikkelingslanden. In sommige ontwikkelingslanden is bijna 20% van de bevolking op één of andere manier gehandicapt. Het aantal gehandicapten blijft toenemen, in gelijke tred met de toename van de wereldbevolking.

Op internationaal niveau zijn het vooral de Verenigde Naties die van oudsher in hun beleid specifieke aandacht geven aan mensen met een handicap (paragraaf 3.2). Hierbij verdienen de standaardregels (paragraaf 3.3) speciale aandacht. In navolging hiervan heeft ook de Europese Unie een gehandicaptenbeleid ontwikkeld (paragraaf 3.4).

3.2 De Verenigde Naties

Ontwikkeling gehandicaptenbeleid

De betrokkenheid van de Verenigde Naties bij het ondersteunen van gehandicapten is gestart met hulp aan gewonden in de Tweede Wereldoorlog. In 1948 legde de Algemene Vergadering van de VN de basis voor de bevordering en bescherming van mensenrechten toen het de Universele Verklaring van de rechten van de mens uitriep. Artikel 25 van deze verklaring bepaalt dat elke persoon het recht heeft op bescherming tegen werkloosheid, ziekte, handicap, weduwschap, ouderdom of ander gebrek in levensonderhoud door omstandigheden die buiten zijn beïnvloedingsbereik liggen.

In de eerste periode van haar activiteiten op het gebied van handicap ging de VN uit van een welzijnspectief op beperkingen. Het beleid was erop gericht gehandicapten specifieke diensten aan te bieden en programma's te ontwikkelen die toegesneden waren op het leren omgaan met handicaps. Daarmee werd aanvankelijk weinig aandacht gegeven aan de maatschappelijke barrières die hierdoor werden opgeworpen. Vanaf eind zestiger jaren begon de attitude te veranderen naar een nieuw sociaal model.

Nieuwe benadering

De zeventiger jaren markeren een nieuwe benadering van beperkingen. Vanaf die tijd vindt op internationaal niveau een verschuiving plaats in de benadering van gehandicapten in de richting van een op rechten gebaseerde benadering. Van groot belang voor deze verschuiving was de aanname door de Verenigde Naties van twee verklaringen over gehandicapten:

- de Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons van 20 december 1971. In deze verklaring is vastgelegd dat geestelijk gehandicapten dezelfde rechten hebben als andere mensen, waaronder het recht op adequate medische zorg en educatie, economische veiligheid, bescherming tegen uitbuiting, toegang tot juridische procedures en op een gekwalificeerde voogd/curator indien nodig. De verklaring bepaalt verder dat verstandelijk gehandicapten indien mogelijk bij hun families of pleegouders moeten kunnen wonen en dat zij moeten kunnen deelnemen aan de verschillende aspecten van gemeenschapsleven. In essentie plaveide deze verklaring de weg voor toekomstige uitgangspunten waarin gezocht wordt naar integratie van gehandicapten in de maatschappij;
- de Declaration on the Rights of Disabled Persons van 9 december 1975. In deze verklaring is vastgelegd dat gehandicapten dezelfde politieke en burgerrechten hebben als andere mensen.

De aanwijzing door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties van het jaar 1981 als Internationaal jaar van de gehandicapten luidde het Decennium van de gehandicapten in (1983-1992). Het belangrijkste resultaat van het Internationale jaar van de gehandicapten was het Wereldactieprogramma inzake gehandicapten, dat in 1982 door de Algemene Vergadering is goedgekeurd. Naast de afkondiging van belangrijke principes op het gebied van preventie en revalidatie werd de nadruk gelegd op het recht van gehandicapten op dezelfde kansen als andere burgers en op een gelijk aandeel in de verbetering van de levensomstandigheden als gevolg van de economische en sociale ontwikkeling. In 1993 heeft de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties deze nieuwe denkbeelden vastgelegd in de Standaardregels voor het bieden van gelijke kansen voor gehandicapten.

3.3 Standaardregels voor het bieden van gelijke kansen voor gehandicapten (resolutie 48/96)

De standaardregels hebben tot doel ervoor te zorgen dat gehandicapten gelijke rechten en gelijke kansen hebben als andere leden van de samenleving. In alle samenlevingen op de wereld zijn er barrières die gehandicapten beletten hun rechten en vrijheden uit te oefenen en die volwaardige deelneming aan de activiteiten in de samenleving bemoeilijken. In de resolutie waarin de standaardregels zijn opgenomen is vastgelegd dat het de verantwoordelijkheid van de staten is om passende stappen te ondernemen om die barrières weg te nemen.

Hoewel de standaardregels niet bindend zijn in strikt juridische zin, leggen zij wel een zware morele en politieke verplichting op de verschillende regeringen om actie te ondernemen.

De resolutie waarin de standaardregels zijn opgenomen verstaat onder handicap 'het verlies of de beperking van mogelijkheden om op voet van gelijkheid deel te nemen aan het maatschappelijk verkeer'. De term duidt daarmee op het contact tussen de gehandicapte en zijn omgeving. Het beginsel van gelijke rechten impliceert dat de behoeften van iedereen even belangrijk zijn, dat die behoeften het uitgangspunt moeten zijn voor de inrichting van de samenleving en dat alle middelen zodanig moeten worden aangewend dat iedereen gelijke kansen tot deelneming heeft.

Voorwaarden voor gelijkwaardige deelneming

De standaardregels onderkennen vier voorwaarden voor gelijkwaardige deelneming door gehandicapten: bewustwording, gezondheidszorg, revalidatiediensten en ondersteunende diensten.

Bewustwording

De staten moeten zorgen voor bewustwording van de rechten, behoeften en mogelijkheden van gehandicapten, zowel bij gehandicapten zelf als bij de overige leden van de samenleving. Bewustmaking dient een onderdeel te zijn van het onderwijs in het algemeen en van de opleiding van leerkrachten en andere professionele hulpverleners in het bijzonder.

Gezondheidszorg

De staten moeten zorgen voor effectieve medische zorgverlening aan gehandicapten. Hiertoe dienen zij te streven naar regelingen die gericht zijn op het vroegtijdig opsporen, beoordelen en behandelen van stoornissen. Daartoe behoort met

name het zorgen voor constante bij- en nascholing van professionele hulpverleners, zodat zij voldoende zijn opgeleid en toegerust om medische zorg te verlenen aan gehandicapten.

Revalidatiediensten

De staten moeten zorgen voor revalidatiediensten teneinde gehandicapten in staat te stellen een zo hoog mogelijke mate van zelfstandigheid te bereiken en zo goed mogelijk te (blijven) functioneren. Hiertoe dienen de staten nationale revalidatieprogramma's te ontwikkelen, die gebaseerd zijn op de feitelijke individuele behoeften van gehandicapten.

Ondersteunende diensten

De staten moeten zorgen voor ondersteunende diensten, inclusief hulpmiddelen, teneinde gehandicapten te helpen hun mate van zelfstandigheid in het dagelijks leven te verhogen. Zij moeten ervoor zorgen dat alle gehandicapten die hulpmiddelen nodig hebben daarover kunnen beschikken, ook vanuit financieel oogpunt. Verder moeten zij de ontwikkeling van programma's voor persoonlijke assistentie van met name zwaar- en/of meervoudig gehandicapten steunen.

Speerpunten voor gelijkwaardige deelneming

Naast voorwaarden voor gelijkwaardige deelneming bevatten de standaardregels meerdere speerpunten voor het bieden van gelijke kansen op alle deelreinen van het maatschappelijk leven, te weten toegankelijkheid, onderwijs, werkgelegenheid, behoud van inkomsten en sociale zekerheid, gezinsleven en lichamelijke integriteit, cultuur, recreatie en sport en godsdienst.

Toegankelijkheid

De staten dienen ten behoeve van alle gehandicapten zowel actieprogramma's op te zetten om de leefomgeving toegankelijk te maken en maatregelen te nemen om toegang te geven tot informatie en communicatie.

De actieprogramma's behelzen onder meer het opstellen van normen en richtlijnen en zo nodig wetgeving om de toegankelijkheid van het leven in de maatschappij, zoals woningen, gebouwen, openbaar vervoer en andere vervoermiddelen, straten en andere openbare gebieden te verhogen. Toegankelijkheidseisen dienen vanaf het beginstadium van de bouwplannen deel uit te maken van het ontwerp en de bouw van de leefomgeving. Gehandicaptenorganisaties moeten vroegtijdig

worden geraadpleegd bij het opstellen van normen, voorschriften en bouwplannen.

Gehandicapten en indien van toepassing hun familieleden dienen in elk stadium toegang te hebben tot volledige informatie over diagnose, rechten, beschikbare diensten en programma's. Deze informatie dient in een voor gehandicapten toegankelijke vorm te worden aangeboden.

Onderwijs

De staten dienen het beginsel van gelijke kansen voor gehandicapte kinderen, jongeren en volwassenen in het basis-, voortgezet en hoger onderwijs te erkennen. Zij moeten ervoor zorgen dat het onderwijs aan gehandicapten een integrerend deel vormt van de nationale onderwijsplanning, leerplanontwikkeling en de organisatie van scholen.

Onderwijs op reguliere scholen veronderstelt de verlening van ondersteunende diensten. Om voorzieningen voor gehandicapten te treffen in het reguliere onderwijs dienen de staten een helder en vastomlijnd beleid te voeren, mogelijkheden te bieden voor flexibele lesprogramma's, te zorgen voor goede leermiddelen, na- en bijscholing voor leraren en ondersteunende leerkrachten. In gevallen waarin het reguliere onderwijsstelsel nog niet voldoende voorziet in de behoeften van alle gehandicapten kan speciaal onderwijs worden overwogen. Dit dient erop gericht te zijn leerlingen voor te bereiden op onderwijs op reguliere scholen.

De kwaliteit van het speciale onderwijs dient te voldoen aan dezelfde normen als het reguliere onderwijs en dient daarmee nauw verbonden te zijn. Gehandicapte leerlingen dienen op zijn minst een even groot aandeel uit de onderwijsmiddelen te krijgen als niet-gehandicapte leerlingen.

Werkgelegenheid

De staten moeten erkennen dat gehandicapten in staat moeten worden gesteld hun grondrechten uit te oefenen, met name wat werkgelegenheid betreft. Zij moeten gelijke kansen hebben bij het vinden van zinvol en betaald werk op de arbeidsmarkt. De staten dienen dan ook de inschakeling van gehandicapten in het arbeidsproces actief te steunen. De actieprogramma's van staten moeten in ieder geval omvatten:

- maatregelen om werkplekken en werkruimten zodanig te ontwerpen en aan te passen dat ze geschikt worden voor mensen met verschillende beperkingen;

- steun voor toepassing van nieuwe technologieën en ontwikkeling en productie van hulpmiddelen, instrumenten en apparatuur en maatregelen om de toegang tot deze middelen te vergemakkelijken;
- passende opleiding en arbeidsbemiddeling en constante begeleiding in de vorm van bijvoorbeeld persoonlijke assistentie.

Verder moeten de staten en organisaties van werkgevers en werknemers samenwerken om te zorgen voor een eerlijk wervings- en bevorderingsbeleid, billijke arbeidsvoorwaarden, salariering etc.

Het streven dient er altijd op gericht te zijn om voor gehandicapten werk te vinden op de arbeidsmarkt. Voor gehandicapten in wier behoeften niet kan worden voorzien op de arbeidsmarkt, kunnen kleine eenheden voor arbeidsvoorziening in een beschutte werksfeer of onder begeleiding een alternatief zijn. De kwaliteit van dergelijke programma's moet evenwel worden beoordeeld op de relevantie en toereikendheid daarvan om gehandicapten kansen te bieden op het vinden van werk op de arbeidsmarkt.

Behoud van inkomsten en sociale zekerheid

De staten zijn verantwoordelijk voor het bieden van sociale zekerheid en behoud van inkomsten voor gehandicapten. Zij moeten zorgen voor voldoende inkomensvervangende steun aan gehandicapten die (tijdelijk) geen inkomen hebben, met een inkomensvermindering worden geconfronteerd, dan wel geen werk aangeboden krijgen. Daarbij moeten ze rekening houden met de kosten die gehandicapten en hun familieleden moeten maken in verband met hun beperkingen.

Stelsels voor sociale zekerheid moeten voorts stimulansen bevatten om gehandicapten weer in staat te stellen zelf in hun levensonderhoud te voorzien, door bijvoorbeeld te voorzien in het organiseren, ontwikkelen of financieren van beroepsopleidingen en arbeidsbemiddeling.

Gezinsleven en lichamelijke integriteit

Gehandicapten moeten in staat worden gesteld om bij hun gezin te wonen. De staten dienen de volwaardige deelneming van gehandicapten aan een gezinsleven te bevorderen, door te stimuleren dat in de gezinsbegeleiding speciale modules worden opgenomen die gericht zijn op het hebben van beperkingen en de gevolgen daarvan voor het gezinsleven. Er dienen

tijdelijke logeeropvang en hulpdiensten beschikbaar te zijn om gezinnen met een gehandicapt gezinslid te ontlasten. Daarnaast moeten de staten het recht van gehandicapten op lichamelijke integriteit bevorderen, door ervoor te zorgen dat de wetgeving gehandicapten niet discrimineert wat betreft seksuele relaties, huwelijk en ouderschap.

Cultuur

De staten zullen ervoor zorgen dat gehandicapten op voet van gelijkheid worden betrokken bij en kunnen deelnemen aan culturele activiteiten. Ze moeten ervoor zorgen dat gehandicapten de kans krijgen hun creatieve, artistieke en intellectuele vermogens te gebruiken, niet alleen in hun eigen voordeel, maar ook ter verrijking van hun gemeenschap. Hiertoe dienen de staten de toegankelijkheid en beschikbaarheid van plaatsen voor culturele uitvoeringen en diensten voor gehandicapten te bevorderen. Verder dienen zij aanzet te geven tot de ontwikkeling en het gebruik van speciale technische voorzieningen om literatuur, films en toneel toegankelijk te maken voor gehandicapten.

Recreatie en sport

De staten zullen maatregelen nemen om ervoor te zorgen dat gehandicapten gelijke kansen hebben bij recreatie en sport. Ze moeten dus de plaatsen voor recreatie en sport toegankelijk maken. Verder moeten de maatregelen betrekking hebben op ondersteuning van personeel in het kader van recreatie- en sportprogramma's.

Godsdienst

De staten zullen maatregelen stimuleren gericht op gelijkwaardige deelneming van gehandicapten aan het godsdienstige leven van hun gemeenschappen.

3.4 De Europese Unie

Een strategie van de EG inzake gelijke kansen voor gehandicapten

In navolging van de standaardregels van de VN heeft de Europese Commissie in 1996 een nieuwe strategie aangenomen in haar Mededeling betreffende gelijke kansen voor gehandicapten; een nieuwe strategie van de EG inzake gehandicapten (96/0216 CNS. 30 7 96). Het doel van deze mededeling is een nieuwe impuls te geven aan de op rechten gebaseerde gelijke kansen-benadering van gehandicapten, zowel in de lidstaten als

op communautair niveau. Deze mededeling is politiek onderschreven in een resolutie van de Raad van Ministers in december 1996. Op geleide van het door de standaardregels voorgestane nieuwe beleidsreferentiekader benadrukt deze strategie de noodzaak van een vernieuwde benadering die toespitst op de identificatie en verwijdering van verschillende barrières, die gehandicapten belemmeren in het bereiken van gelijkheid van kansen en volledige participatie in alle aspecten van het sociale leven.

Omdat de hoofdverantwoordelijkheid voor actie op dit terrein bij de lidstaten berust (subsidiariteitsbeginsel) is het doel van de EG strategie erop gericht zoveel mogelijk toegevoegde waarde te brengen in het proces van reflectie en verandering, langs de volgende lijnen:

- verbeteren/versterken van de samenwerking tussen en met de lidstaten;
- bevorderen van de participatie door gehandicapten;
- dialoog met niet-gouvernementele organisaties (NGO's);
- Mainstreaming: het formuleren van beleid.

Verbeteren/versterken van de samenwerking tussen en met de lidstaten

Met eerbiediging van het subsidiariteitsbeginsel kan de EU een rol spelen in het bevorderen van de samenwerking tussen de lidstaten en het verbeteren van de effectiviteit van hun gehandicaptenbeleid door de uitwisseling van good practice te bevorderen, het vergaren en het uitwisselen van informatie over gehandicaptenzaken te stimuleren en effectieve beleidsoplossingen te signaleren. Hiertoe heeft de commissie een werkgroep op hoog niveau van vertegenwoordigers van de lidstaten inzake gehandicapten ingesteld. Het doel van deze groep is het volgen van de ontwikkelingen in het beleid en de prioritering van de regeringen ten aanzien van gehandicapten, het verzamelen van informatie en ervaringen, en het adviseren over de toekomstige ontwikkelingen van handicaps op Europese schaal. Teneinde het wederzijdse begrip voor het verschillende beleid van de lidstaten te bevorderen, heeft deze werkgroep een Compendium uitgegeven waarin per lidstaat een overzicht wordt gegeven van de organisatie van het gehandicaptenbeleid, de belangrijkste beleidsdoelen en de samenwerkings- en consultatiestructuren om gehandicaptenorganisaties in beleidsplanning en -implementatie te betrekken.

Bevorderen van de participatie door gehandicapten

Uit het referentiekader volgt een belangrijk principe, namelijk dat in al het strategisch denken over veranderingen in onze samenleving en aanpassingen in beleid, de ervaringen van gehandicapten moeten worden meegenomen. De Europese Commissie heeft te dien einde stappen ondernomen om gehandicaptenorganisaties ruimere toegang tot informatie en meer mogelijkheden voor deelname te verschaffen; in het bijzonder door steun te verlenen aan het Europese Gehandicaptenforum, waarin gehandicaptenorganisaties van alle lidstaten verenigd zijn. De Europese Commissie heeft voorts de mogelijkheid om representatieve Europese organisaties die actief zijn in het veld van gelijke kansen voor gehandicapten financieel te steunen.

Het betrekken van de sociale partners als sleutelfiguren in de inspanningen om gehandicapten te integreren in de arbeidsmarkt en in werkgelegenheid is ook een belangrijk doel van de nieuwe strategie. Op de vergadering van de Sociale dialoog commissie van mei 1999 hebben de sociale partners een gezamenlijke verklaring over de werkgelegenheid van gehandicapten aangenomen. De sociale partners ondersteunen de werkgelegenheidsstrategie van Essen en de inspanningen om mensen in de arbeidsmarkt en het arbeidsleven te integreren.

Dialog met niet-gouvernementele organisaties (NGO's)

Via een aantal EU-netwerken die gezamenlijk actief zijn op het gebied van handicaps zijn ervaringen en informatie over succesvolle benaderingen in de gehele EU verzameld. Meer dan 800 partners en 80 Europese NGO's hebben hieraan samengewerkt. Voor zover het communautaire budget dat toelaat wil de Commissie de ondersteuning van deze organisaties voortzetten. De Commissie zal nauw samenwerken en regelmatig overleggen met het Europees Gehandicaptenforum. In dit forum hebben organisaties zitting van gehandicapten uit alle lidstaten die tezamen de overgrote meerderheid van de gehandicaptenbelangen in de EU vertegenwoordigen. Op die manier hoopt de commissie de samenwerking met allerlei NGO's te consolideren.

Verder blijft algemene bewustmaking van de ontwikkelingen in de lidstaten en op communautair niveau één van de prioriteiten van de Commissie. Daartoe zullen ook in de toekomst in alle lidstaten nationale voorlichtingsdagen worden gehouden en publicaties blijven verschijnen. Ook de jaarlijkse Europese dag van de gehandicapten zal worden voortgezet.

Mainstreaming: het formuleren van beleid

De Commissie heeft zichzelf opgelegd haar sociaal-economisch beleid, programma's en projecten te herzien om te bepalen in welke mate zij recht doen aan de behoeften, rechten en noden van mensen met een handicap. Te dien einde heeft de Commissie stappen ondernomen om haar eigen interne organisatie te verstevigen door de instellingen van een interdienstengroep gehandicapten. Het doel van deze groep is bewustwording van gehandicaptenzaken te bewerkstelligen en meer intersectorale samenwerking binnen de Commissie te creëren. Inmiddels zijn 21 directoraten-generaal in deze dienstengroep verenigd. Zij komen op regelmatige basis bijeen, wisselen informatie uit en ontwikkelen voorstellen voor betere intersectorale samenwerking.

Bijlagen

Bijlage 1

Lijst van afkortingen

AAW	Algemene arbeidsongeschiktheidswet
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
EG	Europese Gemeenschap
IBO	Interdepartementaal Beleidsonderzoek
KZI	Kwaliteitswet zorginstellingen
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit
NGO	niet-gouvernementele organisatie
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
OC en W	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
pgb	persoonsgebondenbudget
pvb	persoonsvolgebondenbudget
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
TK	Tweede Kamer
TVWMD	Tijdelijke Versterkingswet Maatschappelijke Dienstverlening
VN	Verenigde Naties
VROM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu
V en W	Ministerie van Verkeer en Waterstaat
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WEZ	Wet exploitatie zorginstellingen
WGBC	Wet gelijke behandeling gehandicapten en chronisch zieken
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
WZSR	Woonzorgstimuleringsregeling
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen

Bijlage 2

Literatuur

Beraadsgroep Community Care. Leven in de lokale samenleving. Utrecht: Beraadsgroep Community Care, 1998.

Beltman, H. Een schets van de Nederlandse verstandelijk gehandicaptenzorg 1945 - 2000. Houten/Diegem: Bohn stafleu Van Loghum, 2001.

Beltman, H. Buiten of barsten? Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2001. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Marktwerking, deregulatie en wetgevingskwaliteit. Den Haag: SDU Uitgevers, vergaderjaar 1999-2000 t/m 2000-2001. No. 24036-166, 202, 212, 222.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Gehandicaptenbeleid. Den Haag: SDU Uitgevers, vergaderjaar 1994-1995 t/m 2000-2001. No. 24170-1-6, 12, 15-16, 27-28, 42, 46, 53, 55, 63, 65.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Persoonsgebonden budgetten. Den Haag: SDU Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 25657-20.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Evaluatie Wet voorzieningen gehandicapten. Den Haag: SDU Uitgevers, vergaderjaar 1997-1998 t/m 2000 en 2000-2001. No. 25847-1, 22, 24.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Wijziging van de Wet voorzieningen gehandicapten in verband met de tweede evaluatie van die wet. Den Haag: SDU Uitgevers, vergaderjaar 1998-1999. No. 26435: 1-3, 5.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Modernisering AWBZ. Den Haag: SDU Uitgevers, vergaderjaar 1998-1999 t/m 2000-2001. No. 26631-1, 9, 12-14

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2001. Den Haag: SDU Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27400 XVI-92.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Zorgnota 2001. Den Haag: SDU Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27401-2, 10, 29, 46, 65.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Toepassing van genetica in de gezondheidszorg. Den Haag: SDU Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27532-1, 2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Interdepartementaal Beleidsonderzoek: wet voorzieningen gehandicapten. Den Haag: SDU Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27550-1.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Nota Mensen, wensen, wonen. Den Haag: SDU Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27559-1, 2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Herziening van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet exploitatie zorginstellingen). Den Haag: SDU Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27659-1-3.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Patiënten/consumentenbeleid. Den Haag: SDU Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27807-1, 2.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100

2701 AC Zoetermeer

Tel 079 368 73 11

Fax 079 362 14 87

E-mail mail@rvz.net

URL www.rvz.net

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg