

Europese Commissie  
Directoraat-generaal Gezondheid en  
Consumentenbescherming  
Raadpleging inzake gezondheidsdiensten  
B2328/102  
B1049 BRUSSEL  
België

<b>Datum</b>	31 januari 2007	<b>Contact</b>	mw. mr. D.F.A. (Daniëlle) Kikken
<b>Ons kenmerk</b>	B170107TRA0112	<b>Telefoon</b>	030-27 39 731
<b>Onderwerp</b>	Raadpleging communautaire maatregelen op het gebied van gezondheidsdiensten (SEC (206) 1195/4)	<b>E-mail</b>	dkikken@vgn.org

Geachte Commissie,

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) waardeert het zeer dat de Europese Commissie ook maatschappelijke organisaties in de Lidstaten in de gelegenheid stelt te reageren op de "Raadpleging over communautaire maatregelen op het gebied van gezondheidsdiensten" (SEC (206) 1195/4). Het is zeer belangrijk dat de Europese Commissie, naast de meningen van de nationale overheden over grensoverschrijdende zorg, een goed beeld krijgt van de opvattingen van organisaties die dicht bij het werkveld staan. Mede aan de hand daarvan kan de juiste inschatting worden gemaakt of (onderdelen van) de zorg via communautaire maatregelen zou moeten worden geregeld en welke (wetgevings)instrumenten daarvoor het meest geschikt kunnen zijn.

Deze brief bevat de visie van de VGN over de positie die de gehandicaptenzorg binnen de Europese Unie zou moeten innemen. De VGN is de branchevereniging in Nederland voor organisaties die professionele zorg en ondersteuning bieden aan mensen met een verstandelijke, lichamelijke, zintuiglijke en/of communicatieve handicap. Bij de VGN zijn 173 instellingen aangesloten welke zorg verlenen aan ruim 110.000 cliënten waarvoor een budget beschikbaar is van 4,8 miljard euro. De VGN streeft naar gunstige voorwaarden, en een actieve belangenbehartiging op het vlak van financiering, wet- en regelgeving, werkgeverszaken en de inhoud van de zorg.

### ***Visie VGN over vrij dienstenverkeer in de gehandicaptenzorg***

De VGN heeft als uitgangspunt dat de gehandicaptenzorg niet vanuit de Europese Unie hoeft te worden geregeld. De wettelijke bevoegdheden op dat gebied dienen aan de nationale overheden te worden overgelaten. De bedoeling van het subsidiariteitsbeginsel is te waarborgen dat besluitvorming zo dicht mogelijk bij de burger blijft.

Nationale, regionale en lokale overheden hebben rechtstreeks met de gezondheidsbelangen en -problemen van gehandicapten te maken. Maatregelen zijn doeltreffender als ze genomen worden op nationaal, regionaal en lokaal niveau dan op Europees niveau.

De zorgverlening aan gehandicapten kenmerkt zich door bepaalde aspecten die het niet wenselijk maken om op dit terrein een volledig vrij verkeer van diensten binnen de Europese Unie na te streven. Gehandicaptenzorg laat zich typeren als langdurig met een integraal karakter. De behandeling van cliënten is niet eenvoudig te splitsen in onderdelen die grensoverschrijdende zorg toelaat. Daarnaast is een goede communicatie met cliënten een essentieel onderdeel van de zorgverlening. Taal en sociaal culturele kennis zijn daarin belangrijke factoren. Verder is het van belang dat maatschappelijke participatie van gehandicapten in de samenleving wordt nagestreefd. De Nederlandse overheid, nationaal en lokaal, heeft hierin een sturende rol om de voorwaarden te creëren voor participatie op andere levensdomeinen dan alleen de zorg, zoals onderwijs, arbeid, vervoer en wonen. Participatie zal niet worden bereikt indien er veel grensoverschrijdend verkeer is van cliënten. Bijvoorbeeld als dagbesteding in land x wordt ontvangen en verblijf in een zorginstelling in land y. Kennis van de lokale situatie is onmisbaar bij het streven naar maatschappelijke participatie voor mensen met een handicap.

### ***Pragmatische aanpak***

De gehandicaptenzorg kent niettemin enkele voorbeelden die geschikt zijn voor grensoverschrijdende zorg, zoals op het terrein van zintuiglijke en communicatieve handicaps. Denk aan het verlenen van diagnostisch onderzoek waar men in het ene land niet in is gespecialiseerd en in het andere land wel. Het is voorstelbaar dat ofwel cliënten het onderzoek laten verrichten in een ander land maar ook dat de zorgaanbieder zijn diensten aanbiedt in een ander land. Deze zorgverlening speelt zich grotendeels in de grensregio's van de lidstaten af. De VGN vindt het van belang dat mogelijke problemen rondom de uitvoering van deze zorg binnen grensregio's pragmatisch worden aangepakt, zonder daarvoor direct Europese wet- en regelgeving op te stellen. Zo dient de "ontvangende" zorgaanbieder op deugdelijke wijze financieel te worden vergoed voor de grensoverschrijdende zorg die zij hebben verstrekt. Maatregelen die het gehele landsgebied van de Europese Unie betreffen zijn dan niet direct nodig. Oplossingen kunnen veelal tussen Lidstaten onderling worden bereikt. De juridische kaders hiervoor zijn komen vast te staan met arresten van het Europese Hof van Justitie (de zaken Decker-Kohl en Watts).

### ***Gehandicaptenzorg: gezondheidsdienst en/of sociale dienst van algemeen belang?***

Een punt dat de VGN in het kader van de "Raadpleging Gezondheidsdiensten" verder wil aanstippen is dat de gehandicaptenzorg op Europees niveau onder twee typen van diensten kan worden geschaard: gezondheidsdienst enerzijds en sociale dienst van algemeen belang anderzijds. Dit laatste blijkt uit de omschrijving van een sociale dienst in de "Mededeling Sociale diensten van algemeen belang" (COM (2006) 177). Hiertoe worden gerekend: "wettelijke regelingen en aanvullende sociale zekerheidsregelingen die (...) risico's dekken zoals die in verband met (...) handicaps" én "activiteiten ter integratie van langdurig hulpbehoevenden in verband met een handicap of een medisch probleem". De zorg die onze instellingen verlenen kan onder deze definitie worden geplaatst, aangezien de financiering van de gehandicaptenzorg (langdurige zorg) in Nederland geschiedt vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is een collectieve ziektekostenverzekering voor niet individueel verzekerbare ziektenkostenrisico's. De Europese Commissie dient zich te realiseren dat communautaire maatregelen op het terrein van de sociale diensten - in veel lidstaten de verantwoordelijkheid van de ministers van Sociale Zaken - ook hun effect kunnen hebben op gezondheidsdiensten die onder de verantwoordelijkheid van de ministers van Gezondheid vallen.

De "Raadpleging Gezondheidsdiensten" geeft geen nadere beschrijving van gezondheidsdienst maar ademt wel sterk de sfeer uit van curatieve zorgverlening. Wij benadrukken ten stelligste dat de Europese Commissie een positie inneemt voor de gehandicaptenzorg en daarmee dus ook voor de langdurige zorg in zijn geheel. Wat dit betreft geeft de VGN er de voorkeur aan om de gehandicaptenzorg als gezondheidsdienst te benoemen. Dit om uniformiteit na te streven met het Nederlandse stelsel waar de langdurige zorg onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport valt. Bovendien vereist de behandeling en begeleiding van mensen met een handicap een professionele deskundigheid zodat met recht gesproken kan worden over gezondheidszorg.

Zoals hierboven al is aangegeven worden communautaire maatregelen op het gebied van de gehandicaptenzorg door de VGN niet wenselijk geacht. Mocht de Europese Commissie besluiten over te gaan tot het nemen van communautaire maatregelen dan vindt de VGN het van belang dat de mate van marktwerking (vrije verkeer van diensten) geschikt moet zijn voor de Nederlandse gehandicaptenzorg. De VGN is voor marktwerking in een sturingsmodel waarbij de cliënt centraal staat en kiest voor een aanbieder op basis van zijn individuele wensen en behoeften en de kwaliteit van het aanbod. De cliënt krijgt in dit model een vast bedrag (feitelijk of via een voucher) voor zijn zorg en ondersteuning. Zorgaanbieders maken transparant welke zorg zij voor welke kwaliteit binnen dit budget aan de klant kunnen bieden. De cliënt kiest op basis van de kwaliteit van zorg die de instelling levert en niet op basis van de prijs.

*pagina 4*

*ons kenmerk B170107TRA0112*

Instellingen onderscheiden zich ten opzichte van elkaar op basis van de kwaliteit die zij leveren. Hiervoor is vereist dat het persoonsgebonden- en persoonsvolgend budget<sup>1</sup> dat Nederland kent blijft voortbestaan.

***Tot slot***

Wij hopen u met deze brief inzage te hebben gegeven over de positie die de gehandicaptenzorg inneemt op Europees niveau. Wij zijn vanzelfsprekend bereid onze punten nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

drs. H.G. Ouwerkerk  
*Voorzitter*

**Kopie aan**

- Minister van VWS
- Permanente Vertegenwoordiger VWS
- DG Sanco – Health Strategy Unit
- EASPD

---

<sup>1</sup> Met een persoonsgebonden budget kiezen mensen zelf een hulpverlener. Dit budget wordt bekostigd uit de AWBZ. Iedereen die door ziekte, handicap of ouderdom zorg nodig heeft, komt hiervoor in aanmerking. Aan mensen wordt hiermee de vrijheid gegeven om zelf een zorgverlener te kiezen. Persoonsvolgend budget is gerelateerd aan het nieuwe systeem van bekostiging binnen de AWBZ. Zorginstellingen krijgen een geldbedrag dat is afgestemd op de zorgbehoefte (zorgzwaarte) van een cliënt die in de instelling verblijft. Nu is dat nog een gemiddeld bedrag per bed. Cliënten krijgen in de nieuwe situatie de mogelijkheid zelf een (andere) zorginstelling te kiezen. Het budget wordt gekoppeld aan de bewoner; een zogeheten persoonsvolgend budget.

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.