

Vergaderjaar 1997–1998

25 600 XVI

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1998

Nr. 67

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN DE STAATSSECRETARIS VAN SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 3 juni 1998

Op 30 oktober 1997 bent u geïnformeerd over ontwikkelingen op het terrein van het chronisch ziekenbeleid en is aangekondigd dat u dit voorjaar opnieuw bericht zou ontvangen omtrent voortgang in het beleid en uitgangspunten voor de toekomst.

Het einde van deze kabinetsperiode valt vrijwel samen met de opheffing van de Nationale Commissie Chronisch Zieken. Deze commissie was één van de belangrijkste beleidsinstrumenten in de afgelopen 8 jaar. In deze periode is specifiek beleid gevoerd voor mensen met een chronische aandoening om hun achterstand in zorg en maatschappelijke positie te reduceren. Heroriëntatie op een nieuwe fase is thans aan de orde. Gezien het tijdstip waarop deze brief verschijnt, rond de kabinetswisseling, heeft deze brief het karakter van een algemene stand van zaken rond het chronisch ziekenbeleid.

De brief begint met een globale beschrijving van wat acht jaar chronisch ziekenbeleid heeft opgeleverd en geeft randvoorwaarden aan voor een nieuwe fase.

Na de zomer zullen concrete verworvenheden en beleidsvoornemens voor de komende periode in een beleidsnota chronisch ziekenbeleid aan u worden gepresenteerd.

1. Inleiding

De keuze van het vorige en het huidige kabinet om chronisch zieken als specifieke doelgroep van beleid aan te merken en voor de ontwikkeling en uitvoering van dat beleid een Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) in te stellen heeft positief effect gehad. De problematiek van mensen die langdurig op zorg zijn aangewezen is dankzij de NCCZ op de politieke en maatschappelijke agenda geplaatst. De noodzaak van specifiek beleid voor deze doelgroep neemt daarmee niet af. Enerzijds

door de omvang van de doelgroep, anderzijds door de omvang van de problematiek.

Op dit moment is het zo dat ongeveer 80% van de totale uitgaven in de gezondheidszorg door het percentage chronisch zieken wordt gemaakt. Het aantal chronische aandoeningen zal, zo blijkt uit gegevens van het rapport Volksgezondheid Toekomstverkenningen 1997 (VTV-1997), in de komende twintig jaar 25–60% toenemen. De vergrijzing is hiervoor een belangrijke verklarende factor. Het gevolg hiervan is een groeiende behoefte aan zorg.

2. Acht jaar chronisch ziekenbeleid

2.1. Eerste fase chronisch ziekenbeleid

In de eerste notitie chronisch ziekenbeleid aan de Tweede Kamer in maart 1991 (Tweede Kamer, vergaderjaar 1990–1991, 22 025, nr. 1) werd geconstateerd dat er een krachtige impuls noodzakelijk was om een kwalitatieve en kwantitatieve verbetering van de zorg aan chronisch zieken tot stand te brengen en de maatschappelijke achterstand van chronisch zieken te reduceren. Het beleid was gericht op de gemeenschappelijke problematiek van chronisch zieken. Voor de zorg kwam de problematiek neer op het onvoldoende aansluiten van het zorgaanbod bij de zorgbehoefte van mensen met een chronische aandoening. Waar het de maatschappelijke participatie betreft, ging het vooral om toegang en behoud van arbeid, toegang tot verzekeringen, financiële positie en het volgen van onderwijs.

Een belangrijk kenmerk van het chronisch ziekenbeleid van de afgelopen jaren was dat er vanuit het bestaande aanbod getracht is de knelpunten op te lossen en niet door nieuwe structuren of organisaties op te zetten. De nadruk lag daarbij op samenwerking en afstemming tussen de betrokken partijen. De Nationale Commissie Chronisch Zieken is in overeenstemming met die lijn nadrukkelijk als tijdelijk instrument ingezet.

2.2. Nationale Commissie Chronisch zieken

Eén van de belangrijkste beleidsinstrumenten vanaf de start van het chronisch ziekenbeleid is de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ). Deze commissie is door het vorige kabinet ingesteld om een krachtige impuls te bewerkstelligen. De NCCZ werd aanvankelijk voor een periode van vier jaar ingesteld en kreeg bij de installatie een taakopdracht mee, gericht op het oplossen van de gemeenschappelijke problematiek van chronisch zieken in het veld en op het vergroten van het zelforganiserend vermogen van het veld.

De activiteiten van de NCCZ dienden er uiteindelijk op gericht te zijn dat relevante actoren bij de ontwikkeling, concretisering en uitvoering van hun beleid structureel rekening houden met mensen met een chronische aandoening.

Relevante actoren in dit verband zijn organisaties op alle niveaus die betrokken zijn bij chronisch zieken zoals overheden, werkgevers en vakbonden, aanbieders en financiers van zorg, beroepsgroepen, belangen- en patiëntenorganisaties en koepelorganisaties op dat terrein en maatschappelijke organisaties.

2.3. Tweede fase chronisch ziekenbeleid

In de beleidsbrief tweede fase chronisch ziekenbeleid die de Minister van VWS december 1994 de Tweede Kamer aanbood (Tweede Kamer vergaderjaar 1994–1995, 22 025, nr. 8), kondigde zij aan het chronisch

ziekenbeleid met kracht te willen voortzetten. Besloten werd de NCCZ een tweede en laatste termijn toe te kennen tot 1 juli 1999. In deze tweede termijn moest meer nadruk komen te liggen op de implementatie van ontwikkeld beleid en gedachtengoed.

Bij het aantreden heeft het kabinet «werk» tot belangrijk speerpunt van haar beleid gemaakt. Het hebben van werk biedt mogelijkheden tot actieve participatie aan de samenleving en biedt een inkomen. Drempels voor mensen met een arbeidshandicap bij het behouden van werk enerzijds en de toetreding tot werk anderzijds heeft het kabinet zoveel mogelijk willen wegnemen. Hiertoe zijn verschillende maatregelen getroffen. Naast het gevoerde sociaal-economische beleid in algemene zin, dat nu vruchten begint af te werpen door een stijgende vraag naar werknemers, dat ook voor de groep van arbeidsgehandicapten tot meer kansen op de arbeidsmarkt zal leiden, heeft dit kabinet met de Wet op de Reïntegratie arbeidsgehandicapten (REA) een duidelijke impuls willen geven aan werkgevers om arbeidsgehandicapten in dienst te nemen. Ook voor arbeidsgehandicapten en gedeeltelijk arbeidsgeschikten kan het aantrekkelijker zijn om indien mogelijk (weer) aan het werk te gaan door nieuwe maatregelen zoals de proefplaatsing en de loonen inkomenssuppletie. Naast het dienstverband vraagt het kabinet meer aandacht voor het starten als zelfstandig ondernemer.

Het intersectoraal beleid voor chronisch zieken is ook in deze tweede fase toegevoegd aan de interdepartementale stuurgroep voor gehandicapten. Najaar 1996 was de Interdepartementale Commissie voor Samenhangend en Gecoördineerd beleid voor Gehandicapten en Chronisch Zieken (ISG) een feit. De ISG was gehouden aan het meerjarenprogramma gehandicapten «De Perken te Buiten». Waar mogelijk is in de uitvoering van dit meerjarenprogramma door de commissie steeds het belang van de chronisch zieke ingebracht.

De komende jaren zal er voortvarend gewerkt moeten worden aan het op interdepartementaal niveau tot stand brengen van meer samenhang.

2.4. Evaluatie NCCZ

In de beleidsbrief tweede fase chronisch ziekenbeleid is door de Minister van VWS, in verband met de opheffing van de NCCZ in 1999, toegezegd een evaluatie naar de werkzaamheden van de NCCZ te laten uitvoeren. Deze evaluatie is inmiddels door een extern bureau uitgevoerd. Het eindrapport is op 6 april jl. beschikbaar gekomen.¹

De evaluatie had als doel de impact van de werkzaamheden van de NCCZ bij betrokken partijen in de zorg en op het terrein van de maatschappelijke positie vast te stellen. Onderzoek naar de concrete effecten van alle activiteiten van de NCCZ over 8 jaar was geen doelstelling. De NCCZ brengt hier namelijk jaarlijks uitgebreid verslag van uit.

Voor de evaluatie zijn diverse partijen in het veld benaderd. Gezien het gevarieerde en complexe veld waarin de werkzaamheden van de NCCZ zijn uitgevoerd is een evaluatie van specifiek de bijdrage van de NCCZ aan het versterken van de positie van chronisch zieken een moeilijke opgave. Ook moet worden aangetekend dat de werkzaamheden van de NCCZ nog in volle gang zijn. Om die redenen zijn er wat betreft volledigheid en afgewogenheid kanttekeningen te plaatsen bij het onderzoek.

Ondanks de beperkingen is het Ministerie van VWS van oordeel dat het onderzoek op hoofdlijnen een redelijk beeld geeft van wat de NCCZ in haar relatief korte bestaan heeft weten te bereiken en waar op dat punt de belangrijkste accenten liggen.

Aangezien chronisch zieken als doelgroep van beleid bij het aantreden van de NCCZ nog nauwelijks in beeld waren kan met recht gesteld worden dat de NCCZ pionierswerk heeft verricht.

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

Uit de evaluatie blijkt dat de kracht van de NCCZ is gelegen in haar onafhankelijke positie. Onafhankelijk ten opzichte van partijen in zorg en samenleving, maar evenzeer onafhankelijk van de overheid. Hierdoor is de NCCZ in staat kritisch te reageren op het (overheids)beleid, advies te geven en een bijdrage te leveren aan oplossingen voor knelpunten. Deze functie vervalt met de opheffing van de NCCZ.

De NCCZ heeft met haar activiteiten bewerkstelligd dat chronisch zieken van een onzichtbare groep een zichtbare doelgroep van landelijk overheidsbeleid en de landelijke politiek is geworden. Dit is een indrukwekkend resultaat. Het is echter nog een kwetsbare positie; beleidsmatige verankering heeft bijvoorbeeld op het voor chronisch zieken belangrijke lokale/regionale niveau nog niet plaatsgevonden. Op dit niveau is er beginnende aandacht voor de doelgroep en dan met name op het terrein van de zorg. In het lokale beleid rond sociale zekerheid moet de groep nog een gezicht krijgen.

De missie van de NCCZ dat relevante actoren bij de ontwikkeling, invulling en uitvoering van hun beleid structureel rekening houden met mensen met een chronische aandoening is na twee termijnen nog niet bereikt. Dit kon ook, rekening houdend met de maatschappelijke context waarin de NCCZ haar werkzaamheden heeft uitgevoerd, niet worden verwacht.

Met de activiteiten die de NCCZ rond de verschillende functies van advisering, signalering, programmering en belangenbehartiging heeft uitgevoerd, heeft de commissie een bewustwordingsproces op gang gebracht dat verder moet worden gedragen. Op dit moment is er sprake van een cruciaal moment in dit proces. De doelstellingen van het chronisch ziekenbeleid dienen structureel onderdeel uit te maken van «de algemene kaders». Het chronisch ziekenbeleid dient daartoe naar ons oordeel met kracht te worden voortgezet.

2.5 Stand van zaken op hoofdlijnen

Chronisch zieken zijn, ondanks alle inspanningen nog steeds kwetsbaar als het gaat om toegang tot en behoud van arbeid, toegang tot verzekeringen en zorg, inkomenspositie en kwaliteit van zorg. Hiermee wordt naar onze mening onvoldoende recht gedaan aan een volwaardige deelname van chronisch zieken aan de samenleving.

Interdepartementaal bestaat er overeenstemming dat er de komende jaren gestreefd moet worden naar een aanpak waarbij meer integraal aandacht wordt gegeven aan chronisch zieken in de samenleving. Toegang tot zorg, arbeid, scholing en aanvullende voorzieningen zijn daarbij belangrijke elementen: werk waar mogelijk en zinvol, zorg waar nodig.

Het faciliteren van vraaggestuurde zorg en van cliëntgerichte arbeidsbemiddeling stimuleert de eigen verantwoordelijkheid, vergroot het zelfbewustzijn van chronisch zieken en draagt op die manier bij aan maatschappelijke activering en emancipatie.

Overheidsbeleid op provinciaal en gemeente niveau is daarbij ook van steeds grotere betekenis. Bezien zal moeten worden welke stimuli nodig en mogelijk zijn om de ontwikkeling van een lokaal chronisch ziekenbeleid de komende jaren een extra impuls te geven.

Hierbij zal ook in toenemende mate oog moeten zijn voor de samenhang met beleid voor ouderen en gehandicapten.

3. Toekomstig beleid: randvoorwaarden

In het navolgende geven wij aan welke randvoorwaarden minimaal noodzakelijk zijn voor het toekomstig chronisch ziekenbeleid (paragraaf 3.1). Vervolgens noemen wij de thema's waar het nieuwe kabinet inzet op zou moeten plegen om de positie van chronisch zieken wat betreft de zorg en hun sociale positie te versterken (paragraaf 3.2).

3.1. Infrastructuur

Wanneer medio 1999 de NCCZ haar werkzaamheden neerlegt is er behoefte aan een structuur waarbinnen verschillende functies van de NCCZ voortgezet kunnen worden.

Onlangs heeft de NCCZ aan ons haar visie bekend gemaakt over de wijze waarop de taken en functies van de Commissie kunnen worden voortgezet. Bij brief van 2 april (GZB/PCZ/981 200) hebben wij een standpunt ingenomen op dit advies. Wij verwijzen op dit punt naar genoemde brief die als onderdeel van de onderhavige rapportage beschouwd moet worden¹. Dit standpunt geeft de contouren aan van de infrastructuur die naar onze mening in de komende kabinetsperiode gewenst is. In aanvulling hierop zijn naar ons oordeel de volgende condities van belang.

Behoud van kennis en deskundigheid

De NCCZ heeft de afgelopen 8 jaar kennis en deskundigheid opgebouwd, alsmede netwerken van onschatbare waarde. Waar mogelijk zouden deze behouden moeten kunnen worden, zoals ook gememoreerd in het hierboven genoemde standpunt op het overdrachtsadvies van de NCCZ. Wij zien hiervoor enkele aangrijpingspunten.

De NCCZ heeft enkele meerjarentrajecten die doorlopen na juli 1999. Voor een deel betreft het stimuleringsprogramma's die per 1 januari 1999 overgedragen zullen worden aan ZorgOnderzoek Nederland (ZON). Voor een deel zal, naar verwachting de Stichting Gezondheid Werk en Inkomen (GWI) op uitvoerend niveau aan deze continuïteit een bijdrage kunnen leveren. Voorts zijn er doorlopende projecten zoals de Helpdesk die afzonderlijk worden gefinancierd door het ministerie van SZW waarin ook kennis en deskundigheid behouden blijft.

Gestructureerde entree

In de loop van dit jaar zal het door de Minister van VWS ingestelde Regulier Overleg Patiënten/Consumenten (ROPC) verder vorm en inhoud krijgen. Het ROPC heeft als doel de organisaties in het veld een gestructureerde ingang te geven tot het overheidsbeleid. Dit overleg heeft de functie van informatieuitwisseling en signaleren van ontwikkelingen, zodat er vanuit het veld een inbreng kan worden geleverd bij beleidsvoorbereiding en beleidsontwikkeling.

De NCCZ heeft tot nu in belangrijke mate een informerende en signalerende rol vervuld waar het de chronisch zieken betreft.

Het ministerie van VWS beschouwt het ROPC als een belangrijk instrument om in de toekomst het overleg met het veld van chronisch-zieken patiëntenorganisaties te garanderen en te structureren. Over de wijze waarop dit het best kan worden vormgegeven zal nader overleg met betrokken organisaties plaatsvinden. Hierbij moet niet alleen aan vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties worden gedacht, maar ook van gehandicaptenorganisaties.

Voor het ministerie van SZW kan het Breed Platform Verzekerden & Werk een belangrijke informerende rol vervullen.

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

Samenwerking in onderzoek

Bundeling van aanwezige expertise op het gebied van wetenschappelijk onderzoek is van belang. Denkbaar is dat uit bestaande organisaties die gezondheids(zorg)onderzoek op het terrein van chronische aandoeningen uitvoeren een netwerk wordt samengesteld waarin die bundeling samenkomt. Vanuit dit netwerk kunnen hoofdlijnen van onderzoek voortkomen en deskundigheidsbevordering en informatieuitwisseling worden opgezet.

Bundeling van krachten

Om de belangen van langdurig zorgafhankelijken cq. chronisch zieken op de agenda te houden is bundeling van krachten noodzakelijk. Daarbij zal een meerjarentraject in gang gezet moeten worden met als eindperspectief een niet-vrijblijvende samenwerking cq. integratie van het veld van (koepels) van patiënten/cliëntenorganisaties daar waar dat tot versterking en efficiëntie leidt. In overleg met de NP/CF, Gehandicaptenraad en WOCZ zal daartoe in de komende kabinetsperiode helderheid moeten komen over de randvoorwaarden en de uitgangspunten van een dergelijk traject alsmede een stappenplan voor de korte en middellange termijn.

3.2. Thema's voor de komende periode

Lokaal beleid

Het provinciaal en gemeentelijk niveau is het niveau waarop in toeneemende mate de beleidsontwikkeling en uitvoering van veel maatregelen, die van invloed zijn op het leven van chronisch zieken, tot stand komen. Op dit thema zal departementaal en interdepartementaal integraal beleid voor mensen een chronische ziekte en/of handicap geformuleerd worden. Voorbeelden hiervan zijn de geïntegreerde indicatiestelling voor zorgvoorzieningen, bijzondere bijstand en de Wet voorzieningen gehandicapten. Ook op het terrein van werk krijgen de gemeenten een taak. De bepalingen van de Wet op de (Re)integratie Arbeidsgehandicapten zijn voor de gemeenten ondergebracht in de Wet Inschakeling Werkzoekenden (WIW). De gemeente is verantwoordelijk voor de (re)integratie van personen die een uitkering van de gemeente krijgen. Ook de nieuwe Wet Sociale Werkvoorziening (WSW) biedt mogelijkheden voor personen die arbeid moeten verrichten onder aangepaste omstandigheden.

Chronisch zieken en werk

Net als voor iedereen kan ook voor chronisch zieken werk bijdragen aan het bevorderen van het welzijn. Sociale en maatschappelijke ontplooiing vindt in onze samenleving voor een belangrijk deel plaats via het werk. Beleid voor de toekomst moet zich richten op het faciliteren van «disability management» op de werkvloer, beïnvloeden van positieve beeldvorming rond mensen met een arbeidshandicap en het inspelen op het maatschappelijk verantwoordelijkheidsgevoel van werkgevers en werknemers. Het Ministerie van SZW stelt de NCCZ voor vóór het einde van dit jaar een verkenning te doen naar de mogelijkheden van «disability management» in Nederland en hierover een congres te laten organiseren. Daarnaast willen wij benadrukken richting de volgende bewindslieden om de sociale partners – nationaal en op branche en/of sectorniveau – te vragen concreet bij te dragen aan de vergroting van de arbeidsparticipatie van arbeidsgehandicapten. Voor chronisch zieken kan het starten van een eigen bedrijf ook een alternatief zijn. Als de recent aan de Tweede Kamer gestuurde voorstellen

voor wijziging van het Besluit bijstandsverlening zelfstandigen worden aangenomen, zullen er ook voor chronisch zieken meer mogelijkheden ontstaan om vanuit een uitkeringssituatie een bedrijf te starten.

Financiële positie

De financiële situatie van chronisch zieken verschilt van die van niet chronisch zieken. De verklaring daarvoor ligt in de extra, niet vergoede, kosten die chronisch zieken maken in verband met hun aandoening (voor medische zorg, hulpmiddelen, verzorging, wonen en vervoer) en in de ongunstige arbeidssituatie ten opzichte van niet chronisch zieken. Aangrijpingspunten voor beleidsmaatregelen gericht op het verbeteren van de financiële situatie van chronisch zieken in de komende periode liggen zowel op het inkomensgebied, met daaraan gerelateerd de arbeidssituatie als op de ziektegerelateerde uitgaven.

Persoonsgebonden budget

Het kabinet is gestart met de invoering van het persoonlijk zorgbudget, het zogenaamde Persoonsgebonden Budget, om voor gebruikers van zorg de keuzevrijheid te vergroten en de afhankelijkheid van hulpverleners te verminderen. Het PGB is gefaseerd ingevoerd achtereenvolgens op het terrein van de thuiszorg, zorg voor geestelijk gehandicaptenzorg en vervolgens voor langdurig zorgafhankelijken. Kenmerkend voor de aanpak was dat het kabinet niet gewacht heeft tot de basisopzet gereed en aanvaard was maar gaandeweg het design heeft ontwikkeld. Nader bezien zal worden op welke wijze dit beleid verder ontwikkeld kan worden.

Ontwikkeling van de vraagzijde

Belangrijke beleidsvraag is welke incentives nodig zijn om vraagsturing te bevorderen.

Een van de knelpunten daarbij is dat er in feite eenduidige informatie ontbreekt over wat de behoefte van de patiënt/consument en casu quo de chronische patiënt precies is.

Het kabinet heeft op dit punt beleid ontwikkeld door bijvoorbeeld te participeren in de ondersteuning van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Met behulp van dit doorlopende onderzoek onder chronisch zieken kan een beter beeld worden verkregen van actuele knelpunten en behoeften van deze doelgroep.

Bovendien is kortgeleden de opdracht gegeven voor het opstellen van een brancherapport chronisch zieken waarbij een centrale onderzoeksvraag de manier is waarop vraagsturing van de zorg voor chronisch zieken daadwerkelijk vorm krijgt.

Een nadere analyse van maatregelen die de overheid kan treffen om het zorgstelsel en de zorgverlening beter te laten voldoen aan de vragen van patiënten en consumenten en de vraag hoe deze groepen daar zelf invloed op deze verbetering kunnen uitoefenen blijft in de komende kabinetsperiode een belangrijk bouwsteen voor het chronisch zieken-beleid.

Disease management

Chronisch zieken hebben aangezien ze, zij het intermitterend, langdurig van zorgafhankelijk zijn behoefte aan continuïteit in zorg. Hiervoor is goede afstemming tussen zorgverleners, tussen verschillende echelons noodzakelijk.

Het concept van «disease management» biedt voor de toekomst mogelijkheden om integrale kwaliteitszorg rond chronische aandoeningen tot

stand te brengen. In het concept van «disease management» staat de totale behandeling rond een patiënt met een bepaalde aandoening centraal. Het doel is de zorg«keten» rond voornamelijk chronische aandoeningen te optimaliseren, zowel wat betreft kwaliteit als kosten. Dit kan bereikt worden door de individuele patiënt centraal te stellen, het zorgproces te rationaliseren door het toepassen van (evidence based) richtlijnen en het gebruik van monitoring-systemen en door het maken van werkafspraken tussen verschillende actoren in een zorgketen. In de komende tijd wordt dit concept door de Inspectie voor de Gezondheidszorg met VWS en de Nederlandse Diabetes Federatie als eerste rond de aandoening diabetes uitgewerkt.

Emancipatie en empowerment

De term patiënt gaat voor mensen met een chronische aandoening niet continu op. Er is sprake van een wisselend verloop in de ziekte en daarmee niet altijd sprake van een zorgbehoefte. De aandoening is echter wel een gegeven en het dagelijks functioneren moet hier aan aangepast worden. Versterking van de positie van mensen met een chronische aandoening komt niet alleen neer op versterking als patiënt in de gezondheidszorg, maar ook op versterking als burger in de maatschappij. Versterking van de arbeidspositie en de financiële positie zijn hier voorbeelden van. Het persoonsgebonden budget, dat door het kabinet is geïnitieerd, geeft een goede aanzet voor de emancipatie van chronisch zieken als patiënt én als burger. Door de NCCZ is om die reden ook een «rugzakje» geïntroduceerd in de maatregelen rond arbeidsreïntegratie. Binnenkort wordt er gestart met een experiment Persoonsgebonden Reïntegratiebudget; in de nieuwe wet REA is hiertoe een experimenteel artikel opgenomen.

Voor de toekomst is verder van belang na te gaan op welke terreinen het persoonsgebonden budget effectief kan worden ingezet om de emancipatie van mensen met een chronische aandoening te vergroten. Daarnaast moet het traject om via wetgeving marginalisering en maatschappelijke uitsluiting van chronisch zieken en gehandicapten tegen te gaan voort worden gezet. Dit betekent verdere uitwerking van de proeve van wet Gelijke Behandeling gehandicapten en chronisch zieken. Ook zal in het beleid inzake de preventie en bestrijding van armoede en sociale uitsluiting blijvende aandacht aan chronisch zieken worden gegeven.

4. Tot slot

In de achterliggende kabinetsperiode is gebleken dat chronisch zieken weliswaar hoger op de politieke en overheidsagenda zijn komen te staan, maar dat er voor een concrete verbetering van de positie van chronisch zieken in zorg en de sociale context verdere inspanningen nodig zijn. Volwaardige participatie van deze groep aan de samenleving dient ook het uitgangspunt te zijn van een volgend kabinet.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

De Staatsecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,
mede namens de Minister,
F. H. G. de Grave