



Gestructureerd Overleg Gehandicaptenbeleid
T.a.v. de heer drs. H.G. Ouwerkerk, voorzitter
Postbus 169
3500 AD UTRECHT

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
DMO/PO-2858643	Wouter den Ouden	070 340 7166	29 juli 2008
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Meedoen gaat niet vanzelf			26 juli 2007

Geachte heer Ouwerkerk,

Op 26 juli 2007 hebt u aan verschillende leden van het kabinet een overzicht gestuurd van knelpunten waar mensen met beperkingen tegen aan lopen. In deze publicatie, met als titel *Meedoen gaat niet vanzelf*, worden naast de knelpunten ook oplossingsrichtingen geboden. Het draagt daarmee constructief bij aan de discussie over het verbeteren van de positie van mensen met beperkingen in de samenleving. U hebt deze publicatie aan een groot aantal bewindspersonen gestuurd. Met deze brief reageer ik, mede namens de minister van VWS en de minister voor Jeugd en Gezin, op de knelpunten die op onze beleidsterreinen liggen. De andere aangeschreven bewindspersonen heb ik op verzoek van de Kamer gevraagd een reactie te geven voor hun eigen beleidsterrein. Deze brief stuur ik in afschrift aan de voorzitter van de Tweede Kamer.

In deze brief ga ik in op uw knelpunten, geef ik aan welke trajecten er lopen en geef ik u mijn visie op een aantal knelpunten. Ik heb mijn reactie geclusterd in een tweetal thema's. Het eerste thema is *gelijke behandeling en participatie*; het tweede betreft de meer *specifieke punten*.

Participatie en gelijke behandeling

Gelijke behandeling van mensen met een beperking is een van de hoofddoelen van mijn beleid. Binnen mijn portefeuille heb ik al verschillende zaken in gang gezet. Zo ligt de uitbreiding van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte met de domeinen *wonen* en *funderend onderwijs* ter behandeling in de Tweede Kamer. Hiermee heb ik een eerste stap gezet om de ambitie uit het Coalitieakkoord in de praktijk te brengen. Over de uitbreiding van de Wgbh/cz met het domein *aanbieden van goederen en diensten* en de verbetering van de toegankelijkheid in de praktijk heb ik op 20 mei 2008 een rondetafelconferentie met belanghebbenden georganiseerd, waarbij ook organisaties betrokken bij het GOG-cz aanwezig waren. De uitkomst is dat een bewustmakingstraject bij aanbieders van goederen en diensten van start zal gaan, resulterend in afspraken over

Blad

2

Kenmerk

DMO/PO-2858643

effectieve oplossingen. Deze afspraken worden mede gebruikt om meer inzicht te krijgen hoe wetgeving op dit terrein vorm kan worden gegeven.

De door de Europese Commissie aangekondigde Richtlijn over gelijke behandeling op andere terreinen dan arbeid en beroepsonderwijs zal ook een belangrijke rol spelen om het doel toegang tot goederen en diensten op voet van gelijkheid met anderen in Nederland te verwezenlijken.

Verder bereidt het kabinet thans de Goedkeuringswet en Invoeringswet voor van het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap van de Verenigde Naties dat op 3 mei 2008 van kracht is geworden. Het ligt in mijn bedoeling dit VN-verdrag deze regeerperiode te ratificeren. Het is een ambitieuze doelstelling, maar ik zal mij er voor inzetten dat ook deze schakel om te komen tot participatie op voet van gelijkheid wordt verwezenlijkt. Ik zal de belangenorganisaties uitnodigen voor een bijeenkomst na de zomer, waarin de stand van zaken, de uitkomsten tot nu toe en het vervolgtraject, inclusief de betrokkenheid van mensen met een beperking aan de orde zullen komen.

U beschrijft uw zorgen dat gelijke behandeling in beleid (inclusief beleid) het gevaar in zich bergt dat specifieke voorzieningen voor mensen met een beperking verdwijnen. Ik begrijp uw zorgen, maar ik heb er vertrouwen in dat deze zorgen onterecht zijn. Voor mij bestaat inclusief beleid uit twee aspecten, die in onderlinge samenhang gelijke behandeling bieden.

Het zijn:

- a. er voor zorgen dat de gevolgen van beleid voor mensen met een beperking gelijk zijn als voor ieder ander;
- b. zonodig maken van uitzonderingen en zonodig bieden van een specifieke voorziening (zoals vervoer in het kader van de Wmo).

Er zijn veel oplossingen denkbaar als het gaat om het voorkómen van ongelijke behandeling. Participatie kan op veel manieren worden bereikt. Flexibiliteit in oplossingen biedt dan meer mogelijkheden tot maatwerk.

De door u gesignaleerde vrees dat er door de Wmo grote verschillen tussen gemeenten zullen ontstaan, deel ik niet. Verschillen horen bij de Wmo, omdat de lokale omstandigheden verschillen; zij bieden juist mogelijkheden voor maatwerkoplossingen. De horizontale verantwoording en het compensatiebeginsel bieden een kader om te komen tot een goede uitvoering binnen de lokale gemeenschap.

U spreekt uw zorg uit, dat de Wmo-middelen niet geoormerkt zijn, waardoor bezuinigingen op passend vervoer en grote verschillen tussen gemeenten mogelijk zijn. Het niet oormerken van deze middelen is conform de filosofie van de Wmo. De Wmo gaat ervan uit dat juist gemeenten goed in staat zijn vanuit de lokale behoefte hun beleid te bepalen. Om dat te kunnen doen moeten zij ook zelf kunnen bepalen hoe de middelen verdeeld worden over de verschillende beleidsonderwerpen. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld het hele Wmo-budget inzetten op het Wmo-beleid. Ze kunnen inderdaad minder, maar ook meer middelen inzetten dan het beschikbare gemeentelijke Wmo-budget. De lokale democratie bepaalt vervolgens of de gemeente de Wmo goed uitvoert of niet. Ik volg vanuit mijn systeemverantwoordelijkheid de uitvoering van de compensatieplicht goed; ook in de evaluatie van de Wmo komt dit aan de orde. Het SCP volgt voor mij de Wmo-uitgaven op grond van gegevens die gemeenten bij het CBS aanleveren. Op grond van het SCP-advies wordt macro het Wmo-budget opwaarts, dan wel neerwaarts bijgesteld.



Blad

3

Kenmerk

DMO/PO-2858643

Deze gemeentelijke verantwoordelijkheid geldt ook voor het door u genoemde knelpunt bij de toegankelijkheid van algemene voorzieningen op lokaal niveau. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van voldoende toegankelijke algemene lokale voorzieningen zoals het welzijnswerk en sportaccommodaties. Ik heb vertrouwen dat de lokale democratie voldoende waarborg biedt om dit knelpunt op te lossen. Hierbij moet de kanttekening worden geplaatst dat er sprake zal zijn van een groei naar volledige toegankelijkheid, omdat niet alle gebouwen van de ene op de andere dag toegankelijk kunnen worden gemaakt.

U vraagt aandacht voor de toegankelijkheid van informatie voor mensen met een psychische of verstandelijke beperking, maar ook voor mensen met een visuele of auditieve beperking. U doet dit voor enige terreinen die ik hier vanwege de gemeenschappelijke noemer 'toegankelijkheid' bij elkaar neem.

De toegankelijkheidscriteria voor websites zijn vastgelegd in de W3C-richtlijnen, dat zijn richtlijnen voor het toegankelijk bouwen van websites. Websites die aan deze richtlijnen voldoen, zijn goed toegankelijk voor mensen met een (visuele) beperking. Deze richtlijnen zijn opgesteld door de industrie in samenspraak met belangenorganisaties. De overheid heeft deze richtlijnen overgenomen; zij vormen een onderdeel van de richtlijnen voor het bouwen van (rijks)overheidssites. De minister van BZK wil bereiken dat alle nieuwe sites van de overheid hieraan voldoen en heeft de Kamer hierover geïnformeerd.

Het is niet altijd mogelijk informatie te bieden in voor iedereen begrijpelijke woorden, hoewel het streven dient te zijn dat informatie voor een zo groot mogelijke groep mensen begrijpelijk is. Wanneer mensen de informatie niet begrijpen, zal er de bereidheid moeten zijn een begrijpelijke toelichting te geven als daar om wordt gevraagd; de vorm waarin dit gebeurt, moet van geval tot geval worden bekeken.

Voor wat betreft de vraag om juridische erkenning van de Nederlandse Gebarentaal, kies ik voor een pragmatische benadering. Mijn uitgangspunt is dat dove mensen gebarentaal moeten kunnen gebruiken en waar nodig een beroep moeten kunnen op een doventolk. Als zich daarbij specifieke problemen voordoen, zal hiervoor een oplossing moeten worden gezocht. Over de tolkvoorziening hebben de belangenorganisaties regelmatig overleg met de uitvoerende instellingen UWV en Menzis. Knelpunten met betrekking tot de tolkvoorziening kunnen in dit overleg aan de orde gesteld worden.

U meent dat een aantal knelpunten kan worden opgelost door het invoeren van een participatiebudget. Op het ogenblik worden de mogelijkheden onderzocht om een aantal (zorg)voorzieningen in een participatiebudget samen te voegen in de pilot participatiebudget Werk en Zorg. Deze pilot is na een periode van voorbereiding op 1 januari 2008 van start gegaan in de regio's Groningen, Twente, Arnhem, Nijmegen en Noord- en Midden-Limburg. In de pilot wordt onderzocht of er voor de deelnemers door een participatiebudget, met behoud van de re-integratiedoelstelling, verbetering optreedt in keuzemogelijkheden en kwaliteit en vermindering in administratieve lasten. Ook moet de pilot duidelijk maken wat het invoeren van een participatiebudget betekent voor de uitvoeringsorganisaties. Het aantal deelnemers aan de pilot is laag. Dit wordt waarschijnlijk mede veroorzaakt door de smalle invulling van de pilot, waardoor het aantal potentiële deelnemers, personen met zowel een indicatie voor AWBZ zorg als een WIA-werkvoorziening, beperkt is. Daarnaast is gebleken dat met name de ontschotting van budgetten en het verschil aan doelstellingen die aan de

verstrekking van zorg en werkvoorzieningen ten grondslag liggen het inrichten van een participatiebudget complex maken. Bezien wordt of uitbreiding van de pilot met meer regelingen mogelijk is, met behoud van de in de regelingen vastgelegde rechten. Ook de belangenorganisaties hebben er voor gepleit te zorgen dat de bestaande regelingen niet worden aangetast.

U komt terug op de wens om de kilometerlimiet bij Valys op te heffen. Ik weet welk belang de verschillende belangenorganisaties hier aan hechten. Ik ben echter geen voorstander van het loslaten van de kilometerlimiet. Daarin verschil ik nadrukkelijk met u van mening. De kilometerlimiet is een wezenlijk element van het Valysstelsel. Het budget voor het bovenregionaal vervoer is gelimiteerd en maakt het noodzakelijk om het gebruik van het vervoer beheersbaar te houden. Ik wil geen opheffing van de kilometerlimiet met onbeperkt taxivoer. Op basis van het budget, de raming van het aantal pashouders en het gebruik worden jaarlijks de beschikbare kilometers zo eerlijk mogelijk verdeeld. De huidige hoogte van de persoonlijke kilometerbudgetten komt goed tegemoet aan de reisbehoefte van de pashouders; in 2007 bleek slechts vier procent van de pashouders zijn of haar persoonlijke kilometerbudget geheel verbruikt te hebben.

Specifieke knelpunten

In uw publicatie noemt u de wens om zorg gefinancierd uit de Awbz mogelijk te maken in het onderwijs. De huidige Awbz biedt aanspraak op zorg *tenzij een beroep gedaan kan worden op bekostiging ten laste van een andere wettelijke regeling*. We noemen dit het principe van de voorliggende voorziening. Er is geen reden van dit principe af te wijken in geval van het speciaal onderwijs c.q. leerlinggebonden financiering/rugzak. Op 1 augustus 2004 is de richtlijn *Afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs* ingegaan. Met de richtlijn wordt het leveren van AWBZ-zorg in het onderwijs en de grens tussen AWBZ-zorg en zorg in het onderwijs voor kinderen met een handicap of stoornis geregeld. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat onderwijs een basisverantwoordelijkheid heeft en daarom eenvoudige zorg dient te bieden aan kinderen met een beperking. Voor kinderen met een zware en/of complexe, meervoudige problematiek kan een aanspraak op AWBZ-zorg (in termen van persoonlijke verzorging, verpleging of ondersteunende begeleiding) worden gedaan voor de bovenmatige extra zorg die nodig is om het onderwijs te volgen.

In het MBO-onderwijs is vanaf 2006 een Rugzakregeling ingevoerd. De Rugzak is voor de AWBZ-zorg de voorliggende voorziening waarbij het uitgangspunt is dat leerlingen recht hebben op de benodigde AWBZ-zorg minus de zorgtijd waarin de rugzak voorziet. Een rugzak in het MBO wordt toegekend door de Commissie van Indicatiestelling van het REC. Een indicatie van dit Cvl is nodig om de extra hulp/zorg daadwerkelijk te kunnen ontvangen. Een student in het HBO- en WO-onderwijs heeft aanspraak op AWBZ-zorg in termen van de functies PV, VP en OB. Er is voor deze onderwijssoorten geen voorliggende voorziening. Om aanspraak te kunnen maken op de functie Ondersteunende begeleiding moet er sprake zijn van beperkingen die niet onderwijsgerelateerd zijn.

In dit verband is ook van belang dat op dit moment de implementatie plaats vindt van het Kader integraal indiceren voor de indicatietrajecten van jeugdzorg, awbz-zorg en (voortgezet) speciaal onderwijs. Inzet van het Kader is dat indicatieorganen onderling afspraken hebben over cliëntroute, trajectbegeleiding, informatieuitwisseling en consultatie. Zodra bij een aanmelding bij bestaande loketten (Bureau Jeugdzorg, Centrum indicatiestelling Zorg, MEE, Regionale Expertisecentra cluster 2, 3 of 4) professionals signaleren dat er sprake is van een

gecombineerde hulpvraag treden de Kaderafspraken in werking en volgt een integrale afhandeling in de backoffices.

In uw overzicht noemt u knelpunten die samenhangen met het gegeven dat voorzieningen uit verschillende regelingen worden verstrekt (Wmo, Awbz, Zvw) en de daarmee samenhangende indicaties, die beter op elkaar kunnen worden afgestemd.

In verschillende plaatsen wordt al aan dit punt gewerkt. Uitruil van zorgfuncties is alleen mogelijk binnen het verzekerde pakket. Het is wel zo dat de gemeente hulp kan bieden als een mantelzorger bijvoorbeeld de persoonlijke verzorging van een familielid op zich neemt en daarbij dan ondersteuning nodig heeft in de vorm van huishoudelijke verzorging. Zoals hiervoor al gemeld is een pilot-participatiebudget in januari van dit jaar gestart.

Ik ben ervan overtuigd dat er binnen de praktijk van de uitvoering van de regelingen ruimte is om ook tegemoet te komen aan specifieke behoeften. Met goed overleg tussen de betrokken dienstverleners waarbij het belang van de gebruiker centraal gesteld wordt, is binnen de huidige regelingen een goede oplossing mogelijk.

U noemt specifiek behoeften van jongeren die zelfstandig willen gaan wonen.

Woninginrichting en verhuizing dienen net als bij jongeren die vanuit het ouderlijk huis zelfstandig gaan wonen, gefinancierd te worden uit de maandelijkse inkomsten. Bij ernstig gehandicapte jongeren zal dat veelal de Wajong zijn. De AWBZ-instellingen die jongeren begeleiden om vanuit de instelling extramuraal te gaan wonen, helpen deze jongeren ook vaak bij het aanvragen van de noodzakelijke voorzieningen bij de gemeenten.

U ziet in de aanvraagprocedure voor voorzieningen en hulpmiddelen knelpunten in lokale verschillen, keuze van leveranciers en de mate waarin ambtenaren zich kunnen inleven in de positie van mensen met een beperking.

Op de lokale verschillen ben ik al eerder ingegaan. Door het beschikbaarstellen van informatie en het stimuleren van cliëntparticipatie is de basis gelegd om te komen tot een goede invulling op de genoemde terreinen. Het is aan de gemeenten om te bezien of de genoemde knelpunten lokaal spelen en hoe participatie van mensen met een beperking vorm kan krijgen. Vanuit een landelijk perspectief wil ik nu geen verdere maatregelen voorstellen. Via de lokale platforms (gehandicapten, ouderen en GGZ), het programma VCP en via Zorgbelang hebben de landelijke organisaties de mogelijkheid genoemde punten lokaal onder de aandacht te brengen. Via het Fonds PGO draagt het kabinet bij om dit mogelijk te maken. De mate waarin een burger zich begrepen voelt door een uitvoerend ambtenaar (en dat geldt voor iedere uitvoeringsorganisatie) ligt buiten mijn invloedssfeer, maar is voor de betrokken burgers natuurlijk wel essentieel.

U signaleert onrechtvaardige verschillen tussen gemeenten bij de hoogte van eigen bijdragen. Mijn eerste reactie is dat ik het systeem van eigen bijdragen niet wil en kan afschaffen vanwege de financiële consequenties daarvan en tevens vanuit de overtuiging dat een geringe financiële bijdrage de afweging over de noodzaak van een voorziening voor de aanvrager verbetert. Gemeenten mogen inderdaad zelf bepalen of zij een eigen bijdrage vragen voor Wmo-voorzieningen. Deze eigen bijdrage is echter wel afhankelijk van het inkomen en tevens aan een maximum gebonden. Als ook gebruik wordt gemaakt van voorzieningen die vanuit de AWBZ verstrekt worden, geldt een anticumulatieregel. Het is dus niet zo dat bovenop de eigen bijdrage voor de AWBZ ook nog eens de eigen bijdrage

voor de Wmo betaald dient te worden. Voor rolstoelen is het overigens nog steeds zo dat er geen eigen bijdrage gevraagd wordt.

U gaat in op een specifiek probleem rond de aanvraagprocedure rond hoortoestellen. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het leveren van doelmatige en adequate zorg. Daarbij houden zij zo veel mogelijk de wensen van de verzekerde in het oog. Omdat er daarnaast rekening gehouden moet worden met de betaalbaarheid van de zorg in Nederland, kan niet aan alle wensen van elke burger worden voldaan. Vanwege deze betaalbaarheid is ervoor gekozen geen vergoedingen te geven bij eenzijdig gehoorverlies. Dit betekent dat sommige mensen bepaalde zorg (deels) zelf moeten betalen al dan niet via een aanvullende verzekering of een eigen bijdrage. Per situatie zal het verschillen of een verzekerde iets moet bijbetalen of niet. Mocht een cliënt niet tevreden zijn met de door de zorgverzekeraar verleende zorg dan kan er een klacht in gediend worden. Ook kan de cliënt volgend jaar voor een andere zorgverzekeraar kiezen die betere service inkoop of een assortiment heeft dat wel bij de keuze van de verzekerde past. Koepelorganisaties en patiëntenverenigingen kunnen door een goede samenwerking met zorgverzekeraars een belangrijke rol hebben bij het verbeteren van keuzevrijheid en de kwaliteit van de zorgverlening.

U noemt een aantal zaken rond de woningaanpassingen, zoals het niet gebruik maken van voorzieningen. In principe geldt hierbij hetzelfde proces als voor de hoortoestellen, alleen zijn de gemeenten en niet de zorgverzekeraars de actoren. Voor de verstrekking van woningaanpassingen is de gemeente verantwoordelijk. Gemeenten hebben met het van kracht worden van de Wmo veel aandacht besteed aan het achter één loket aanbieden van de verschillende diensten en voorzieningen. Verwacht mag worden dat hiermee ook de informatieverstrekking over woningaanpassingen aan de verschillende doelgroepen goed zal verlopen. Het 'niet-gebruik' als gevolg van een gebrek aan kennis zal hiermee afnemen. Bij de financiële overwegingen rond de noodzaak om een woningaanpassing aan te vragen, speelt waarschijnlijk de eigen bijdrage die gemeenten kunnen vragen, een rol. Deze eigen bijdrage konden gemeenten overigens ook vragen voor de woningaanpassingen die in kader van de Wvg verstrekt werden. Het geconstateerde 'niet-gebruik' van regelingen komt vaker voor. Ondanks gerichte voorlichting blijkt het moeilijk te zijn de informatie over aan te vragen voorzieningen aan de betreffende doelgroepen bekend te maken; bovendien zijn er mensen die geen beroep op collectieve middelen willen doen. Het boekje "Ik heb wat, krijg ik ook wat?" beoogt dit niet-gebruik terug te dringen.

U stelt dat er grote problemen zijn bij de verevening binnen de Zorgverzekeringswet. Met de risicoverevening wordt beoogd een gelijk speelveld voor verzekeraars te creëren door zorgverzekeraars te compenseren voor voorspelbare verliezen en winsten die voortvloeien uit gezondheidsverschillen in verzekerdenportefeuilles. Met het creëren van een gelijk speelveld worden prikkels tot gunstige risicoselectie weggenomen. Gemiddeld genomen moet een verzekeraar uitkomen met de bijdrage die hij voor zijn chronisch zieken krijgt. De risicoverevening maakt het tegelijkertijd mogelijk dat ook chronisch zieken keuzevrijheid hebben voor zorgverzekeraars. Voor de basisverzekering betaalt iedereen ongeacht zijn gezondheid bij een verzekeraar een gelijke premie. Voor de invoering van de Zorgverzekeringswet was dit niet het geval. Ook chronisch zieken kunnen zich aansluiten bij collectiviteiten. Voor specifieke collectiviteiten gericht op personen met een bepaalde aandoening geldt dat een patiëntgroep verzekeraars duidelijk moet kunnen maken dat hun

kennis en ervaring (met de behandeling) van hun ziekte voor de verzekeraar meerwaarde heeft bij het zorginkoopproces en er als het ware sprake is van een 'win-win'situatie.

U noemt een aantal knelpunten bij de samenstelling van het basispakket. Het CVZ heeft vanaf 1 januari 2006 in het kader van de Zorgverzekeringswet de wettelijke taak gekregen van het pakketbeheer. Dit houdt onder meer in dat het CVZ de minister van VWS adviseert over de aard, inhoud en de omvang van de verzekerde prestatie. Het CVZ inventariseert daartoe signalen uit het veld, bijvoorbeeld van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties. Vervolgens komt het CVZ tot een standpunt of advies over een bepaalde zorginterventie. In het kader hiervan is het CVZ op dit moment bezig de verzekerde prestatie fysiotherapie en de chronische lijst door te lichten. Het advies hierover wordt dit najaar verwacht. Daarna zal de minister van VWS hierover een standpunt innemen waarbij ook dit genoemde knelpunt wordt meegewogen.

U noemt de afstemming tussen de eerste- en tweedelijnszorg. Sinds uw brief heeft de minister van VWS de samenhang in de zorg in de brief over de dynamische eerstelijns (TK 2007-2008; 29247; nr. 56) als belangrijk thema herkend. Dit thema zal in de toekomst verder worden uitgewerkt. De deskundigheidsbevordering bij huisartsen op het gebied van de psychiatrische problematiek zal binnenkort ook worden opgepakt. In de doelstellingenbrief die binnenkort naar de kamer zal gaan, wordt de genoemde brief verder praktisch uitgewerkt.

U doet voorstellen over het vergroten van de invloed van de patiënt bij het medicijngebruik. Het juiste gebruik van medicijnen is natuurlijk vooral in het belang van de patiënt. Het effect van geneesmiddelen is niet optimaal als ze niet op de juiste wijze worden gebruikt. Daardoor kunnen er (andere) gezondheidsproblemen optreden (bijwerkingen of terugkeren van de klachten) maar is er ook economische schade. Het niet op de juiste wijze gebruiken van een geneesmiddel is een probleem van de patiënt maar ook van de zorgverlener (artsen en apothekers), de farmaceutische industrie en zorgverzekeraars. Een deel van het probleem is op te lossen door samenspraak (samenwerking) tussen zorgverlener en patiënt. In de praktijk is deze samenspraak nog niet optimaal. Patiëntenorganisaties en koepels van artsen en apothekers zijn met elkaar in gesprek om te bezien hoe deze samenspraak verbeterd kan worden. Ter ondersteuning van deze samenspraak worden door diverse partijen middelen ontwikkeld die bijdragen aan de verbetering van deze samenspraak.

Vanuit de overheid is het mogelijk om bij te dragen aan het ontwikkelen van werkwijzen om te komen tot verbetering. Therapietrouw en invloed op het medicijngebruik kunnen alleen in individuele behandelrelaties worden beïnvloed.

Verder zijn er vaak zijn er alleen onderzoeksresultaten bekend van de werking van geneesmiddelen bij algemene populaties. De bewaking van de veiligheid voor andere patiëntengroepen van deze geneesmiddelen, nadat deze zijn goedgekeurd voor gebruik is, erg belangrijk.

Het is van groot belang dat het verzamelen en beoordelen van meldingen van bijwerkingen in het kader van een meldsysteem goed en veelvuldig gebeurt. Dit is wettelijk geregeld.

Tenslotte is het zo dat er in Nederland vrijwel geen bijbetalingen op geneesmiddelen zijn. Vrijwel altijd is de werkzame stof betalingsvrij beschikbaar. Het is dus niet zo dat alleen het goedkoopste geneesmiddel binnen een cluster vergoed wordt. Daarnaast is de procedure om te komen tot het clusteren van geneesmiddelen zeer zorgvuldig. Een commissie van

onafhankelijke farmaceutische experts beoordeelt de geneesmiddelen of ze inderdaad onderling vervangbaar zijn. Als dat niet het geval is, dan worden ze niet geclusterd.

Het laatste door u genoemde knelpunt betreft het zittend ziekenvervoer. Op grond van de regeling kunnen verzekerden een vergoeding krijgen voor zittend ziekenvervoer voor een behandeling die in het verstrekkingspakket van de Zvw is opgenomen (vervoer naar en van Zvw instellingen en Zvw zorgaanbieders). In een aantal gevallen kan zittend ziekenvervoer ten laste van deze regeling plaatsvinden in verband met een behandeling in het kader van de AWBZ. Ook een vergoeding voor medisch noodzakelijk vervoer per auto hoort tot de mogelijkheden.

Als mensen niet in aanmerking komen voor een vergoeding voor het zittend ziekenvervoer, kunnen ze de kosten die voor eigen rekening komen vooralsnog (achteraf) opvoeren bij hun belastingaangifte door gebruik te maken van de aftrek buitengewone uitgaven. Mensen met een inkomen op of rond het minimum kunnen daarnaast voor bepaalde medische kosten een beroep doen op de bijzondere bijstand. Ik vind de mogelijkheden voldoende, zodat aanpassing van de Regeling zittend ziekenvervoer wat mij betreft niet aan de orde is.

Ten slotte

U hebt met de publicatie *Meedoen gaat niet vanzelf* laten zien, dat in de praktijk door mensen met een beperking knelpunten en problemen worden ervaren. In het voorgaande heb ik geschreven, dat ik met de oplossing van veel van deze knelpunten bezig ben. Soms vraagt u een oplossing in de sfeer van de uitvoering. Vanuit mijn verantwoordelijkheid heb ik thans geen behoefte in te grijpen in de rol van anderen als ik dat al zou kunnen. Het is daarom ook van belang dat belangenorganisaties bij lokale overheden en uitvoeringsinstanties laten zien hoe de uitvoering in de praktijk uitwerkt.

Hoogachtend,

de Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. dr. J. Bussemaker