

## Voorzitter

De **voorzitter**: De ingekomen stukken staan op een lijst die in de zaal ter inzage ligt. Op die lijst heb ik voorstellen gedaan over de wijze van behandeling. Als aan het einde van de vergadering daartegen geen bezwaren zijn ingekomen, neem ik aan, dat de Kamer zich met de voorstellen heeft verenigd.

(Deze lijst is, met de lijst van besluiten, opgenomen aan het einde van deze editie.)

De **voorzitter**: Aangezien voor een voorgenomen rechtshandeling en een algemene maatregel van bestuur die is voorgehangen, de termijnen zijn verstreken, stel ik vast, dat wat deze Kamer betreft aan uitdrukkelijke goedkeuring van deze voornemens, geen behoefte bestaat.

Deze stukken zijn gedrukt onder de nummers: 28286, letter B Herdruk, en 31507, letter A.)

---

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Warenwet in verband met de opnemings van de mogelijkheid om een last onder bestuursdwang op te leggen en enkele andere wijzigingen (31262);**  
- **Wijziging van de begrotingsstaten van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2008 (wijziging samenhangende met de Voorjaarsnota (31474-VI)).**

Deze wetsvoorstellen worden zonder beraadslaging en zonder stemming aangenomen.

De **voorzitter**: Zoals zojuist besproken in het College van Senioren stel ik de Kamer voor, drie adviezen van de Tijdelijke Gemengde Commissie Subsidiariteitstoets aan de agenda van vandaag toe te voegen.

Daartoe wordt besloten.

---

Aan de orde is de behandeling van:

- **de brief van de voorzitter van de Tijdelijke Gemengde Commissie Subsidiariteitstoets van 25 september 2008 met het advies om een brief te sturen met mededeling dat beide Kamers geen bezwaren zien ten aanzien van de rechtsgrondslag, subsidiariteit en proportionaliteit van het richtlijnvoorstel betreffende verlaagde BTW-tarieven (31542, letter D (TK nr. 4));**  
- **de brief van de voorzitter van de Tijdelijke Gemengde Commissie Subsidiariteitstoets van 23 september 2008 met het advies betreffende de ontwerpverordening inzake het Statuut van de Europese Besloten Vennootschap (COM(2008)396) (31543, letter D (TK nr. 4));**  
- **de brief van de voorzitter van de Tijdelijke Gemengde Commissie Subsidiariteitstoets van 23 september 2008 met het advies inzake het richtlijnvoorstel betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (COM(2008)414) (31545, letter D (TK nr. 4)).**

De **voorzitter**: Ik stel voor, in te stemmen met deze adviezen.

Daartoe wordt besloten.

---

Aan de orde is het **beleidsdebat over de toekomst van de AWBZ en het functioneren van de Wmo.**

De **voorzitter**: Ik heet de minister van harte welkom in dit huis en dat geldt al helemaal voor de staatssecretaris die bij mijn weten vandaag voor het eerst het woord mag voeren in deze Kamer. Ik wens haar voor het verdere verloop alle goeds en succes toe.

□

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Mevrouw de voorzitter. Wij spreken vandaag over een complex van problemen op het gebied van vooral de zorg, de care voor mensen met allerlei lichte, matige en of ernstige klachten op somatisch dan wel psychisch gebied en afkomstig uit alle leeftijdsklassen.

Er zijn verschillende problemen. Sommige problemen zijn inherent aan het complexe systeem dat gevormd wordt door de drie grote wetten die de gezondheidszorg reguleren. Andere problemen worden bepaald door factoren als verschuiving van ziekten en handicaps in de bevolking, verandering van de samenstelling van de bevolking, veranderende opvattingen over de positie van de patiënt/cliënt, de neiging van burgers om breed gebruik te maken natuurvoorzieningen, et cetera.

De grootste problemen van de drie wetten biedt de AWBZ: een wet die de laatste tijd bijzonder veel debat heeft opgeleverd, ook aan de overzijde van het Binnenhof. Het is goed dat wij daarover vandaag met de staatssecretaris van gedachten kunnen wisselen. De VVD-fractie spreekt daarbij de wens uit dat de regering goed zal luisteren en wat zal doen met de uitkomsten van dit debat. Er is bij de AWBZ werk aan de winkel!

Volgens de VVD-fractie zijn er diverse problemen. Om te beginnen is er een systeemprobleem, namelijk een demarcatieprobleem, zowel op het niveau van de taakstellingen als op het niveau van de financiering. Dit demarcatieprobleem is aan de orde tussen elk van de drie grote wetten. Het maakt het toewijzen en leveren van zorg vaak lastig omdat er basaal meer actoren zijn: de ClZ en de Zorgkantoren en de ziektekostenverzekeraars voor de AWBZ, de gemeenten voor de WMO en de ziektekostenverzekeraars voor de ZVW.

Welke voorziening valt onder welke wet? Waar is dat logisch geregeld, waar onlogisch en dus onnodig ingewikkeld? Ik noem alleen maar het voorbeeld van het aanvragen van een ziekenhuisbed dat thuis nodig is. Het aantal telefoontjes dat daarvoor na een juiste indicatiestelling gepleegd moet worden, slaat alles aan redelijkheid.

Er is ook een demarcatieprobleem in de organisatie en afrekening van voorzieningen die gevraagd en geleverd worden. Bijvoorbeeld is er de kwestie van de grens tussen thuiszorg (care, die medisch is geïndiceerd), zorg voor het reilen en zeilen van een huishouden (welzijnszorg, ondersteuning van eenzame bejaarden, et cetera) en verpleegkundige zorg. Het ene stuk komt via de thuiszorg en uit de AWBZ en een ander stuk uit de Wmo. Dit laatste stuk is niet medisch geïndiceerd en volgens velen gebeurt dit in de praktijk uit de losse pols. Er zijn hier zeer ernstige problemen met de indicatie door de gemeenten. Overigens is volgens de VVD-fractie het

grootste probleem dat niemand doorzettingsmacht heeft bij zo'n grensconflict. Hoe zit dat precies? Wat denkt de staatssecretaris daaraan te doen? Erkent zij het probleem?

Een van de door diverse overheidsorganen aanbevoelen opties om de AWBZ in stand en betaalbaar te houden is een veel strengere indicatiestelling en een strenger indicatiiebeleid voor het gebruik van AWBZ-voorzieningen. Daarover is in de diverse plannen rond de herziening van de AWBZ vrijwel consensus. Ook onze fractie denkt in die richting. In de AWBZ moet het ook volgens ons uitsluitend gaan om zware en onomkeerbare gezondheidsrisico's die langdurige zorg vergen, zoals ernstige geestelijke en lichamelijke handicaps, ernstige psychiatrische en psychogeriatrische aandoeningen. En niets meer dan dat. Jongeren met gedragsproblemen behoren geen persoonsgebonden budget uit de AWBZ te krijgen. Het moet gaan om ernstige ziekte, en niet om ADHD en andere ongemakkelijke gedragsproblemen.

Heldere, objectieve criteria zijn nodig voor gebruik van de AWBZ, zodat de nu bestaande willekeur, bijvoorbeeld bij verstrekking van het pgb, niet mogelijk is. Herstelgerichte zorg hoort niet in de AWBZ, zegt de SER terecht. Sociale zorg moet overgeheveld worden naar de Wmo en dat gebeurt ook. Onderdelen van de AWBZ-voorzieningen kunnen naar de ZVW, waar immers de ziektekostenverzekeraars beter in staat zijn om de vinger aan de pols te houden en te zorgen voor gepast gebruik van de voorzieningen. Nu al regelt de ziektekostenverzekeraar het ziekenhuisbed van thuis, de rollator en vele andere zaken. Hoewel hier nog veel te winnen is aan meer doelmatig gebruik van de middelen, is de AWBZ-context waarschijnlijk de minst geschikte daartoe.

Al jaren pleit de VVD voor het scheiden van woon- en zorgbudgetten, zoals ook in de Tweede Kamer is gebeurd. Zoals bekend worden deze in de verpleeg- en verzorgingshuizen niet onderscheiden. Dit heeft grote nivellerende effecten. Dat vinden wij onaanvaardbaar. Ook de RVZ wil delen van de AWBZ naar de Wmo respectievelijk de ZVW overhevelen. Wat is de mening van de staatssecretaris hierover? Wij kennen haar mening over de functie begeleiding, maar hoe ziet zij een verdere afbakening van ABWZ-functies voor zich?

Voorts is er een financieringsprobleem. Het gebruik van de AWBZ blijkt in praktijk zeer moeilijk te limiteren en daardoor functioneert de financiering als een openeinderegeling. De indicatiestellingen vinden plaats door het CIZ, de daarbij passende betalingen worden gedaan door de zorgkantoren. Dit zijn massieve, bureaucratische instellingen die veel mankracht eisen en die steeds weer blijf geven van een tekort aan kennis en organisatie om hun taken goed uit te voeren; men kan ook zeggen om het veel te ingewikkeld geworden systeem in stand te houden. De uitvoering op zichzelf is al kostbaar. Bovendien zijn de grenzen van AWBZ-zorg verwaterd. Door genoemde factoren zoals veranderde samenstelling van bevolking en verandering van ziektepatronen neemt het gebruik voortdurend toe, waaronder oneigenlijk gebruik. Het grootste probleem betreft hier de functie begeleiding, waarvan het gebruik aanzienlijk uit de hand is gelopen dankzij boterzachte indicatiestellingen.

Bij de financiering speelt ook nog de kwestie van de verdeling van de kosten over de bevolking. Deze heeft enerzijds te maken met de berekening van de premiehoogte per individu, anderzijds met de hoogte van eigen

bijdragen. Het gaat dus over de solidariteit van de burgers ten opzichte van elkaar. Wie betaalt wat bij, wie krijgt alle voorzieningen zonder eigen bijdragen en welke consequenties zijn er dan voor het niveau van de zorg? Of krijgt iedereen hetzelfde aan zorg, ongeacht grote verschillen in premiebetalingen en betalingen van eigen bijdragen? Wat vindt de staatssecretaris daarvan?

De vraag is uiteraard waarom de AWBZ zo kon uitdijen. Er is naar de mening van de VVD-fractie een probleem aan de kant van de hulpverleners die vaak behept zijn met een onstuitbare neiging om al het leed van mensen tot zorg van de overheid te maken. Hoe kunnen anders de indicatiestellingen zozeer zijn uitgebreid? Kan de staatssecretaris die vraag beantwoorden? Dit is volgens mijn partij een in Nederland endemisch probleem: de houding van indicatiestellers en zorgverleners, vaak dezelfde groep.

Aan de andere kant is er een fors probleem bij de hulpvragers. Het systeem functioneert zo dat voor velen geldt dat zij op geen enkele wijze worden gemotiveerd tot gepast gebruik van de vele AWBZ-voorzieningen. Velen betalen geen eigen bijdragen en maken gebruik van allerlei natuurvoorzieningen, zonder zich van de kosten iets te hoeven aantrekken. Bovendien, en dat is echt verwijtbaar, is er de grote fraudegevoeligheid van het gebruik van delen van de AWBZ. Een systeem waarbij alle burgers verplicht worden tot aanzienlijk premiebetalingen, moet fraudebestendig zijn. De burger moet erop kunnen vertrouwen dat uit algemene middelen betaalde, dure voorzieningen ongevoelig zijn voor misbruik. Zo hebben diverse werknemers bij zorgkantoren mij erop gewezen, dat soms tienduizenden euro's naar een gezin gaan, waarin een ernstig gehandicapt kind is, dat dus veel, uiteraard dure, professionele verpleegkundige zorg nodig heeft. Er wordt echter niet gecontroleerd of die verpleegkundige zorg ook daadwerkelijk plaats vindt, en zo gebeurt het met regelmaat dat hele families prima leven van het budget voor hun ernstig zieke kind, terwijl dat kind niet de zorg krijgt die nodig is. Als de overheid een familie € 80.000 uitkeert – dit is een authentiek geval – voor professionele verpleegkundige zorg voor een zwaar gehandicapt kind, moet er wel zeer streng gecontroleerd worden. Hier faalt het systeem. Kent de staatssecretaris deze casuïstiek en wat gaat zij eraan doen? Het pgb, onderdeel van de AWBZ, blijft overigens terecht bestaan.

Een andere vorm van misbruik is dat sommige lieden huizen opkopen, die openstellen voor jongeren met gedragsproblemen en vervolgens het pgb van die jongeren in hun zak steken. Hoe is dit mogelijk? Kent de staatssecretaris deze verhalen?

Dit alles toont volgens ons aan dat er bij de indicatiestellingen voor het pgb een excessieve verruiming is opgetreden. De staatssecretaris noemt in haar brief van 16 september jongstleden daarvan zelf enkele voorbeelden. Het gaat in deze brief om de moeilijk af te grenzen functie begeleiding. Zo blijkt, ik citeer: "steeds meer begeleiding te worden ingezet bij jongeren met psychiatrische problematiek, vaak in de vorm van een pgb. Met zo'n pgb wordt individuele begeleiding ingekocht om de jongere bijvoorbeeld naar de voetbalvereniging te begeleiden en erop toe te zien dat alles daar ter plekke naar wens verloopt."

Dit is toch geen indicatie om kostbare middelen aan te besteden? Hoe heeft het zo ver kunnen komen? De staatssecretaris noemt het voorbeeld zelf. De VVD-fractie

## Dupuis

hoopt dat zij het hierbij niet laat, maar door de nieuwe indicatiestellingen voor begeleiding echt erop toeziet dat zulke zaken niet meer voorkomen. Hoe wil zij dat trouwens doen? Alleen een lijstje maken lijkt ons onvoldoende. Wie garandeert dat niet opnieuw cadeautjes worden uitgedeeld op volstrekt onvoldoende basis? Ik lees haar lijstje op bladzijde 7 van de brief, en ik houd mijn hart vast. Hoe moeten lichte, matige en zware beperkingen worden afgegrensd? Hier moet echt heel veel gebeuren. Nu de staatssecretaris zich kennelijk eindelijk realiseert wat er aan de hand is, overigens onder dwang van moties daartoe uit de Tweede Kamer, is er wellicht zicht op enige verbetering. Het is wel te laat en een opnieuw afglijden is verre van onmogelijk.

De zorgzwaartepakketten zijn in onze visie een schijnoplossing. Het kost ongelooflijk veel moeite om die vast te stellen. Ook staan zij onder het gesternte van mislukking, omdat essentiële taken bij de zorg niet eens op de lijsten voorkomen. Ik noem de soms veel tijd vergende omgang met de familie, die niet eens wordt genoemd.

De premie- en fiscale last is groot voor alle Nederlanders. De VVD-fractie is van mening dat verhoging van de AWBZ-premie niet wenselijk is.

De heer **Putters** (PvdA): Ik hoor mevrouw Dupuis veel zeggen over alle afbakeningen, over het financiële aspect daarvan en over misbruik. Op het gevaar af dat ik vooruitloop op wat zij verder gaat vertellen, vraag ik of de VVD-fractie ook een visie heeft hoe je aan de integrale hulpvraag van de mensen tegemoet kunt komen. Zij gaat daaraan wel een beetje voorbij. Ik ben redelijk gecharmeerd van een aantal onderdelen van de VVD-nota hierover. Daarover hoor ik haar nu niets zeggen.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Wij staan in principe achter wat de VVD-fractie in de Tweede Kamer heeft gezegd. Ik heb nu de nadruk gelegd op een aantal andere punten, maar ik kom nog enigszins op dit punt terug.

De premie- en fiscale last is voor alle Nederlanders groot. De VVD-fracties van Eerste en Tweede Kamer willen geen verhoging van de AWBZ-premie. Wel valt te overwegen om de eigen bijdragen breder te maken, zoals door velen wordt voorgesteld. Overigens moet dan wel worden voorkomen dat het weer de midden-groepen zijn die hierbij het zwaarst worden getroffen. Eigen bijdragen moeten naar onze mening fiscaal verrekenend kunnen worden. Dit is echter juist in de laatste jaren buitengewoon lastig geworden, doordat de drempel van de fiscale aftrek van bijzondere ziektekosten niet meer beperkt is en de aftrek binnenkort zelfs zal verdwijnen. Dit betekent dat alleen de laagste inkomens, die geen eigen bijdragen betalen, en de allerhoogste inkomens van al deze voorzieningen comfortabel gebruik kunnen maken. Dit vinden wij een ernstige weeffout in de Nederlandse samenleving. De VVD-fractie vraagt de regering met nadruk te onderzoeken wat het verdwijnen van de aftrek van bijzondere ziektekosten zal betekenen voor de eigen bijdragen in het kader van de AWBZ, zowel wat betreft de naturaverrichtingen als het pgb.

Weet de staatssecretaris dat een weduwe van 90 jaar met een pensioen van in totaal € 1900 – dit is niet eens een laag pensioen – € 1800 eigen bijdrage moet betalen voor verblijf in een verpleeghuis? Zij heeft dan nog maar € 100 over voor alle overige uitgaven, waaronder de

ziekttekostenverzekering. Hoe is dit mogelijk? Wie bedenkt dit? Dit is toch niet fair? Gaarne een reactie.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik vind dit voorbeeld een beetje mal, maar misschien begrijp ik het niet goed. Hier staat een pensioen van in totaal € 1900. Bedoelt mevrouw Dupuis daarmee AOW plus pensioen, of valt de AOW hierbuiten?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): In totaal.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Met dank aan mevrouw Slagter-Roukema, maar dan is de berekening van mevrouw Dupuis niet juist. Als het inclusief AOW is, is de regeling dat er altijd een zakgeld vrij besteedbaar overblijft. De eigen bijdrage die men betaalt, kan nooit zo zijn dat het zakgeld, dat is ongeveer € 150 tot € 200, ter discussie staat.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Hier is het € 100.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik kan hier een opmerking aan toevoegen. Het kan natuurlijk dat wij hier stuiten op het onvermogen van het CAK om dit soort zaken goed te regelen. Dit is iets waarover de Ombudsman onlangs heeft gepubliceerd. Ik denk dat wij dit als vraag naar de staatssecretaris moeten meenemen.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat zou heel goed zijn. Het is mij op deze manier verteld. Zo is het een onaanvaardbare eigen bijdrage.

Voorts is de VVD-fractie van mening dat tegenover aanzienlijke eigen bijdragen ook meer luxe en of comfort mag staan. Dit zal lang niet iedereen in dit huis met mij eens zijn. Gezondheidszorg is er niet om nog eens extra te gaan nivelleren, naast alle nivellering die onze samenleving kent. Hoe denkt de staatssecretaris hierover?

Mijn derde probleemcomplex is het volgende. Er is een sociaal-politiek of ook wel ethisch probleem met betrekking tot de emancipatie van de patiënt of cliënt. Welke keuzevrijheid zouden wij de mensen het liefst bieden? Ruimte voor de patiënt zit overigens al in het systeem. Wat volgens de VVD-fractie moet veranderen, is de attitude ten opzichte van patiënten, vooral van degenen die zijn opgenomen in instellingen. Hier valt nog heel wat te doen, los van de kosten, op organisatorisch en bestuurlijk niveau. De patiënt heeft nu al de mogelijkheid om de ene of de andere instelling te kiezen; daarvoor is geen andere wet nodig. Voor hoe in zo'n huis de patiënt wordt bejegend, hoe zijn eigen kamer er uitziet, hoe de gemeenschappelijke woonkamer is ingericht en welke tv-programma's aanstaan, is al helemaal geen wet of wetswijziging nodig. Ik benadruk dat het vaak niet de verzorgenden zijn door wie de bejegening van de patiënt te kort komt. Nogmaals, vaker is het een kwestie van slecht bestuur, oogkleppendenken bij de hogere staf en een ernstig gebrek aan fantasie. Waarom kan het ene verpleeghuis geweldige zorg bieden en het andere helemaal niet? Nogmaals, onze fractie is het uiteraard eens met het streven om de patiënt of cliënt meer keuzevrijheid te bieden. Wij zien dit niet zozeer als een opdracht die samenhangt met de herstructurering van de AWBZ als wel met een algemene, brede attitudeverandering ten opzichte van de medemens met ernstige beperkingen en diens familie.

## Dupuis

Ten slotte kom ik bij het vierde probleemcomplex, het pgb, waarover ik al het een en ander heb gezegd. Wij vinden het pgb een belangrijke voorziening ter vergroting van de keuzevrijheid voor de patiënt. Wij willen die heel graag handhaven. Hierover heb ik nog een aantal opmerkingen en vragen.

Het instellen van het pgb is indertijd een briljante move geweest van Erica Terpstra, die mede op instigatie van onze collega in dit huis, Sieneke ten Horn, die indertijd directeur was van een zorginstelling, met het plan kwam om de kosten die een patiënt maakt voor opname in een inrichting, desgewenst aan hem uit te keren. Zodoende kan de patiënt al of niet particuliere thuiszorg organiseren, of eventueel zelfs partner en familie betalen voor geleverde zorg. Het pgb staat echter onder druk. Het is te duur en de uitvoering laat zeer te wensen over. Er zijn problemen met de indicatie en de eigen bijdrage. Er is sprake van ongelijke behandeling van dezelfde situaties. Het systeem lijdt aan een zekere willekeur omdat verschillend wordt gehandeld per CIZ en zorgkantoor. Het systeem is bovendien zeer fraudegevoelig. Zo is het niet moeilijk verrichtingen vergoed te krijgen die niet plaatsvinden.

Dit neemt niet weg dat de VVD-fractie het pgb op zichzelf een uitstekende zaak vindt, maar dan wel zo uitgevoerd dat het ook werkelijk vrijere keuzes creëert voor de patiënt. Zo vragen wij de staatssecretaris hoe het mogelijk is dat in hetzelfde jaar, 2007, de ene patiënt een pgb krijgt voor 24-uurszorg van € 10.000 per maand en een andere, qua inkomen en ziektelast geheel vergelijkbare patiënt nog niet een derde daarvan. Hoe kan dat? Ook willen wij graag weten of, als er eenmaal een indicatie is voor langdurig verblijf in een instelling – ik heb het nu over de psychogeriatric – het niet eenvoudiger zou zijn om een vast bedrag, namelijk de kosten per persoon per dag, uit te keren aan degene die liever thuisblijft en graag zelf de zorg inkoop. Overigens weet ik niet precies welke prijs nu wordt betaald voor bijvoorbeeld opname in een psychogeriatric afdeling van een verpleeghuis, maar het zal toch snel rond € 60.000 per jaar zijn. Er zitten mensen hier die dat vast precies weten. Kan dat bedrag niet gewoon standaard worden uitgekeerd aan degenen die een indicatie hebben voor een instelling en die liever thuis verzorgd worden? Het is dan aan de familie om de zorg te organiseren. Dan zijn wij meteen af van de enorme verschillen in toedeling bij het pgb.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik vind dat uw verhaal een beetje in een kringetje ronddraait. U zegt nu: keer maar een vast bedrag uit en dan kan de familie de zorg organiseren. Maar eerder zei u dat een hele familie prima kon leven van het budget voor een ernstig ziek kind. Aan de ene kant vindt u het verwerpelijk, maar aan de andere kant wilt u het toch graag weer invoeren.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik heb gezegd dat het gaat om de psychogeriatric. Je kunt dementen niet zonder heel veel zorg thuis verplegen. Dat is gewoon onmogelijk.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Jawel, maar ernstig zieke kinderen kunnen allerlei ernstige aangeboren afwijkingen hebben die qua zorgzwaarte heel goed te vergelijken zijn met dementerende ouderen.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Daar is volgens de zorgkantoren zelf de kwestie van fraude aan de orde. Dat schijnt bij de andere groep waarover ik het nu heb, de psychogeriatric, veel minder het geval te zijn. Dus ik blijf bij dit voorstel, juist om de redenen die ik heb genoemd.

Overigens roepen velen dat ouderen de kosten van het pgb zo doen stijgen, maar het zijn juist de jongeren die op vage gronden grote sommen geld ontvangen, bij twijfelachtige noodzaak.

Hoe gaat de staatssecretaris het pgb herstructureren? Hoe houdt zij toezicht op zorgkantoren? De ervaringen daarmee stemmen niet steeds tot optimisme. Zo ken ik de situatie dat iemand steeds opnieuw aanmaningen krijgt om verantwoording af te leggen over een pgb dat niet is uitgekeerd, omdat de patiënt allang was overleden. Zo gemakkelijk te voorkomen, maar kennelijk is dat te moeilijk.

Het systeem moet meer helder, transparant en professioneel worden. Als het gaat om echt grote pgb's, pleiten wij voor een volledige en zuivere indicatie, te verkrijgen bijvoorbeeld door observatie van een patiënt, of het nu een jongere of een oudere is, in een instelling waarin hij of zij voor dat doel tijdelijk wordt opgenomen. Of het nu om gedragsgestoorde jongeren of demente ouderen gaat, er mag geen willekeur en slordigheid in de indicaties zitten.

Al met al heeft de VVD-fractie veel kritiek en veel vragen aan de staatssecretaris. Wij kijken met belangstelling uit naar haar antwoord en spreken nogmaals de wens uit dat de staatssecretaris met onze voorstellen aan de slag gaat.

De heer **Putters** (PvdA): Hoe kijkt de fractie van de VVD in dat opzicht aan tegen de stapsgewijze verandering van de AWBZ die het kabinet heeft ingezet? Vindt u dat een goede basis om te werken aan al die kritiekpunten die u naar voren brengt en voor het laten bestaan van een romp-AWBZ?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat is wat ons betreft akkoord onder de voorwaarden die wij hebben genoemd: een veel helderdere indicatie en een veel betere afgrenzing met de Wmo, waarover ik het vanwege de tijd verder niet heb gehad. Een voorwaarde is ook dat de eigen bijdrage, die wat ons betreft groter mag zijn, een fiscale verrekening kent. Onze dringende wens is dat de regering gaat uitzoeken of dat niet een heel mooie manier is om de AWBZ betaalbaar te houden zonder dat de mensen die echt niets kunnen betalen daardoor in moeilijkheden komen. Dat is het laatste wat de VVD-fractie zou willen. Wij willen wel dat veel beter wordt gekeken of de middengroepen, die in onze visie eigenlijk bij alles in de Nederlandse systemen het zwaarst getroffen worden, meer kunnen worden gespaard. Dat is echt een zeer uitgesproken en dringende wens. Bij mijn weten is die niet door de VVD-fractie in de Tweede Kamer aan de orde gesteld, maar ik ben ervan overtuigd dat zij het daarmee eens zal zijn.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Voorzitter. "Niemand wordt oud door een aantal jaren te leven. Oud wordt men door zijn idealen in de steek te laten. Met de jaren rimpelt de huid. Met het verzakken van een ideaal, rimpelt de ziel. Gij zijt net zo jong als uw geloof is en net zo oud

als uw twijfel is. Jong zijt ge, zolang uw hart nog de tekens verstaat van schoonheid." Aldus een ingekort citaat van generaal MacArthur, eens uitgesproken bij de beëdiging van jonge officieren. Het geeft mijns inziens treffend aan dat de derde levensfase van een mens net zo waardevol is als de eerste en tweede en dat men dus volwaardig moet kunnen deelnemen aan onze samenleving. Gezien het feit dat thans 13% van onze bevolking boven de 65 jaar is en in 2024 meer dan 25% is dat een mooi perspectief, maar ook een uitdaging aan de samenleving. Vergrijzing is meer dan alleen een kostenprobleem. Het is derhalve passend om aan deze ontwikkeling ruim aandacht te geven in het debat van deze Kamer.

Er is ook een ander citaat en nog wel van een oud-senator van deze Kamer, te weten Hannie van Leeuwen, die al in de jaren zeventig van de vorige eeuw de uitspraak deed: "De mate van beschaving van een land is mede af te meten aan de wijze waarop men met ouderen omgaat." In die tijd een uitspraak niet zonder reden. Immers, in de vorige eeuw tot na de naoorlogse periode was er ter zake nauwelijks overheidsbeleid. Vanaf de invoering van de AOW in de toenmalige jaren vijftig is er een toenemende overheidsbetrokkenheid ontwikkeld met een volgende markante stap in 1968: de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de AWBZ. In die tijd was de positie van ouderen die op zorg waren aangewezen, met uitzonderingen, vaak schrijnend en kwetsbaar. Zogenaamde particuliere rusthuizen, voorzieningen geëxploiteerd door kerkelijke en soms gemeentelijke organisaties, boden enig soelaas. Doch er bestonden geen wettelijke aanspraken van ouderen op adequate zorg. Daarnaast ontbrak het vaak aan kennis en visie op ouderenzorg.

De AWBZ moest hieraan een eind maken. De AWBZ, bedoeld als volksverzekering, gaf primair ouderen en gehandicapten wettelijke aanspraken op zorg. De AWBZ was ook bedoeld als een vangnet voor echt onverzekerbare risico's voor elke Nederlander, ongeacht leeftijd. In de hierop volgende jaren zeventig is niet alleen het zorgaanbod door oprichting van AWBZ-erkende verpleeghuizen sterk toegenomen, maar zijn ook de contouren ontstaan van een modern ouderenbeleid, gebaseerd op medische, sociologische en wetenschappelijke inzichten. Dit geldt ook voor de gehandicaptenzorg en delen van de psychiatrie. De kosten waren in die tijd relatief laag; de AWBZ-premie was 1,8%.

Hoe kijken wij er nu, veertig jaar later tegenaan? Als je alleen zou afgaan op berichten in de media, vooral in de komkommertijd, ook deze zomer, ontstaat een onterecht negatief beeld. Natuurlijk, zorg is bovenal mensenwerk, dus er gaat altijd wel wat fout. Daar moeten wij wel van leren. Maar ik heb er al eerder in deze Kamer op gewezen: onafhankelijke internationale onderzoeken en publicaties plaatsen ons systeem van gehandicapten-, thuis- en ouderenzorg met die van de Scandinavische landen in de top van de Europese, laat staan mondiale ranglijsten.

Overigens is dat geen gegeven om genoegzaam achterover te leunen. Immers, ons systeem kraakt hier en daar in de voegen en zal bij ongewijzigd beleid niet toekomstbestendig zijn. Dat is niet alleen een conclusie van onze fractie, maar inmiddels in ons land in uitvoerige rapporten en publicaties beschreven. In dit kader kan alleen al worden verwezen naar het recente SER-rapport en het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid.

Niettemin heeft mijn fractie toch ter zake een paar opmerkingen.

Wie voelt zich in dit land nog eigenaar van de AWBZ? Tot de zogenaamde Oort-operatie zag elke Nederlander maandelijks op zijn loonstrook wat hij of zij betaalde voor de AWBZ; hierna niet meer, omdat de premie schuilt in het tarief van de eerste belastingschijf. Maar de premie is wel in veertig jaar van 1,8% naar 13% gestegen. Dit betekent dat men gemiddeld € 4000 op jaarbasis aan AWBZ-premie betaalt. Hoe hoog zou de premie doorstijgen bij ongewijzigd beleid in het perspectief van eerdergenoemde vergrijzing en met name de dubbele vergrijzing? Dan komt zonder twijfel de noodzakelijke solidariteit, die een fundament is van de regeling, onder grote druk te staan, met name tussen de jongere en oudere generaties. Natuurlijk hebben wij met zijn allen de afgelopen decennia hieraan meegewerkt. De AWBZ is thans veel meer geworden dan een vangnet. Er zijn voorzieningen en zorgvormen in gekomen die bij de aanvang nog onbekend waren. De AWBZ regelt allang niet meer alleen zorg voor ouderen of zorg voor hen die zijn aangewezen op langdurige zorg, behandeling en verpleging. Realiseren wij ons dat vooral het aandeel van de jeugdzorg in de AWBZ, hoe belangrijk ook, procentueel veel meer groeit dan de ouderenzorg? Is het wellicht de afgelopen decennia wat te gemakkelijk geweest om wat men elders niet kwijt kon maar op de vrij anonieme AWBZ af te wentelen? De kwaliteit, toegankelijkheid en houdbaarheid van de AWBZ staan als gevolg hiervan onder druk. De CDA-fractie is er daarom van overtuigd dat voor een toekomstige AWBZ een renovatie noodzakelijk is. De AWBZ moet naar zijn oorspronkelijke doel worden teruggebracht en tegelijkertijd worden verbeterd. De AWBZ moet daarom weer worden gereserveerd voor de meest kwetsbaren in onze samenleving die langdurige en intensieve zorg nodig hebben. Deze zorg leent zich vanuit onze solidariteitsgedachte nog niet voor een particuliere zorgverzekering.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik ben heel benieuwd waarom collega Klein Breteler in de schriftelijke versie van zijn inbreng het woord "nog" tussen haakjes heeft gezet. Is dat een grapje of speelt hij toch met die gedachte?

De heer **Klein Breteler** (CDA): Daar zijn een aantal redenen voor. Zo gaat een aantal delen van de AWBZ, met name op revalidatie gerichte zorg, wel over. Niet uit te sluiten is dat in de toekomst veel meer gedaan zou kunnen worden vanuit de Zorgverzekeringswet. De CDA-fractie is daar echter thans niet voor, want juist in een particuliere verzekering is het welhaast essentiëler dat er heldere criteria en polisvoorwaarden zijn. Zolang die er nog niet zijn, lenen die delen zich nooit voor een particuliere verzekering. Ik kom daar overigens straks op terug.

Anno 2008 zijn de polisvoorwaarden van de AWBZ te vaag geworden. Er is daarom een sterke behoefte aan een heldere polis en een objectieve en onafhankelijke indicatie. Dat zal bijdragen aan het tegengaan van onbedoeld gebruik en afwentelingseffecten. Ook is belangrijk dat de overheid en de hiervan afgeleide organen en zbo's de polisvoorwaarden en de bekostiging hiervan niet los van elkaar zien. Hiermee bedoel ik dat als een zorgproduct conform de polisvoorwaarde

verzekerd is, het ook conform bekostigd wordt en beschikbaar is. Ik geef twee voorbeelden.

Ten eerste, een cliënt die conform indicatie recht op zorg heeft, ontvangt deze niet als bij de zorgaanbieder en zorgkantoren de contracteerruimte op is. Ik verwijs graag naar de vragen van de commissie VWS/JGZ van de Eerste Kamer van 9 september, die inmiddels per brief door de staatssecretaris zijn beantwoord. Ik wijs er alleen even op dat in het antwoord staat dat er wel gegevens bekend zijn van de onderproductie maar niet van de overproductie. De staatssecretaris zegt in haar antwoord dat een instelling te rade moet gaan bij een andere instelling waar nog wel contracteerruimte is. Op zich is dat in theorie wel een oplossing, ware het niet dat het vaak voorkomt – en ik ken die gevallen – dat er helemaal geen alternatief beschikbaar is. Zo weet ik uit eigen ervaring dat het is voorgekomen dat, in een tijd van sterke overproductie en gebrek aan contracteerruimte, patiënten-bewoners met een volledige indicatie vanuit Delft uiteindelijk in Den Bosch terechtkwamen omdat dat de dichtstbijzijnde plek was met contracteerruimte.

Ten tweede, als het CIZ de zorgzwaarte conform de zorgzwaartepakketmethodiek (zpp-methodiek) objectief heeft vastgesteld, heeft de cliënt recht op de vastgestelde zorgkwaliteit met bijbehorende bekostiging. De in ambtelijk Den Haag uitgevonden term “rondrekenen” staat hier haaks op en verhoudt zich niet, net als mijn eerste voorbeeld, met heldere polisvoorwaarden en verzekeringsaanspraken. Overigens passen bij door het CIZ objectieve, onafhankelijke en integraal vastgestelde zpp-normbedragen, geen tariefkortingen meer van zorgkantoren. Kortom, er moeten garanties zijn op toereikende middelen die zijn geoordeeld en jaarlijks worden bijgesteld in overeenstemming met demografische ontwikkelingen.

Ik zeg dit ook om een andere reden, en nu volgt misschien wel de belangrijkste passage uit mijn betoog. De voorbeelden die ik heb genoemd en die ik gemakkelijk kan aanvullen met vele andere voorbeelden, veroorzaken de bekende zorgkloof. De ambitie van en de rechten krachtens de AWBZ kunnen in de praktijk vaak niet worden waargemaakt. Wie overbrugt dan die zorgkloof? De familie en tienduizenden andere mantelzorgers. Mantelzorg is overigens een groot goed dat ook bij het CDA hoog in het vaandel staat.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Kan de heer Klein Breteler iets duidelijker zeggen wat nu het belangrijkste in de passage is? Is het belangrijkste dat mantelzorgers overbelast worden of dat er een zorgkloof is die gedicht moet worden, en dan niet door mantelzorgers?

De heer **Klein Breteler** (CDA): Het belangrijkste is dat er een zorgkloof is en dat die in de praktijk overbrugd moet worden door enerzijds mantelzorgers en familie en anderzijds door medewerkers in de zorg. Op dat laatste ga ik zo meteen nader in.

Leggen wij vaak niet te veel nadruk op de mantelzorgers, met het risico dat zij moeten afhaken? En beschikken wij over vijftien tot twintig jaar nog steeds over zo veel mantelzorgers als nu?

Ik doe de voorspelling dat in de toekomst voor de gehele zorg, dus ook voor het curatieve gedeelte, niet het geld maar de menskracht het probleem zal zijn, ofwel de arbeidsmarkt. Thans kiest een op de tien schoolverlaters voor een beroep in de zorg- en welzijnssector. Bij

ongewijzigd beleid en extrapolatie van het zorgvolume moet dat een op vier worden, een haast onmogelijke opgave. Als de eerdergenoemde zorgkloof aan het bed van de cliënt voortdurend door verzorgenden moet worden overbrugd, haken zij af. Uit eigen ervaring weet ik dat meer dan 50% van degenen die hun beroep in de zorgsector verlaten, dat doen omdat zij teleurgesteld zijn vanwege het niet kunnen aanwenden van de eigen professionele opleiding door de te hoge werkdruk en de in toenemende mate sterk oplopende bureaucratie. Ik teken hier direct bij aan dat het management van instellingen hier ook op mag worden aangesproken. Het zou echter een geweldige bijdrage aan de zorg zijn als wij de passie, die gelukkig bij tienduizenden in de zorg bestaat, niet verder laten eroderen. Dat is een van de belangrijkste taken van het management in de zorg, maar de regering kan hier ook een geweldige bijdrage aan leveren door de bureaucratie en administratieve lastendruk terug te dringen. Dat kan door regelgeving voortaan te stoelen op vertrouwen en niet op wantrouwen tot het tegendeel bewezen is. Dat zou ook het imago van de sector sterk verbeteren. Ergo, overheid en veld moeten beter met elkaar omgaan. Immers, beide werken voor hetzelfde doel.

De kabinetsreactie op eerdergenoemde voorstellen van de SER spreekt ook onze fractie aan, maar wij plaatsen er wel een aantal forse kanttekeningen bij. De voorstellen van de SER die het kabinet grotendeels overneemt, hebben een te beperkte horizon. Onze fractie is teleurgesteld dat zowel in het SER-rapport als in de kabinetsreactie een helder langetermijnperspectief ontbreekt. Het lijkt wel of de sense of urgency niet door het kabinet wordt gevoeld. Daarnaast vindt onze fractie het een manco dat het SER-rapport geen financieel eindplaatje geeft. Dit ondanks het feit dat het SER-rapport op blz. 58 aangeeft dat de AWBZ-quote van thans 3,8% van het bruto binnenlands product oploopt naar 6,4% van het bruto binnenlands product in 2020. Derhalve is niet goed te zien of de kosten van de AWBZ na 2010 en later wel financieel houdbaar zijn. Dat geeft de beleidsbrief van het kabinet van 13 juli jongstleden overigens ook niet aan. Kan de regering een schatting geven van de premiehoogte na invoering van de thans voorgestelde maatregelen?

Er zal meer nodig zijn om de AWBZ in de toekomst duurzaam en bestendig te doen zijn. Hopelijk zal het door het kabinet ingestelde Zorginnovatieplatform, het ZIP, voorstellen doen om de zorg ook kwalitatief te verbeteren maar vooral ook om de arbeidsproductiviteit in de zorg te verhogen. Wij zullen dit hard nodig hebben. Onze fractie nodigt het kabinet uit om ook een visie te geven op de na 2012 te nemen maatregelen. Ook vanwege het feit dat de sector voldoende span of control moet hebben om stelselwijzigingen te kunnen implementeren naast bestaande uitdagingen van de zpp-systematiek en nieuwe regelgeving met betrekking tot het vastgoed, kan onze fractie leven met de voorstellen van het kabinet voor de komende jaren. Ik doel dan met name op het onderbrengen van kortdurende, op revalidatie gerichte verpleging in de Zorgverzekeringswet; dit in antwoord op mevrouw Slagter. Dit is overigens ook in het kader van de kwalitatief betere mogelijkheden voor ketenzorg een goede zaak.

Wel merk ik op dat dit een andere financiering met zich meebrengt: van een procentuele premie, inkomensafhankelijk tot een bepaalde grens, naar een systeem van

nominale premies en inkomensafhankelijke premies met een grens, vaak in combinatie met een werkgeversbijdrage.

Ouderen hebben vaak echter geen werkgever en moeten deze lasten derhalve zelf betalen, terwijl CPB-prognoses aangeven dat de koopkracht van ouderen in 2009 achterblijft bij andere groepen in de samenleving. Ook de onlangs gepresenteerde Miljoenennota schetst geen optimistisch beeld van de koopkracht voor ouderen. Daarnaast heeft de overheveling van de AWBZ-aanspraken naar de Wmo inkomenseffecten voor individuele huishoudens van ouderen en gehandicapten. Met name de wijzigingen in de buitengewone uitgavenregeling kunnen grote gevolgen hebben voor de inkomenspositie van ouderen en gehandicapten. Bij stijging van het belastbaar loon kunnen immers ook andere toeslagen en compensaties sterk dalen, bijvoorbeeld de huurcompensatie. Kan het kabinet de gevolgen voor ouderen en gehandicapten zo spoedig mogelijk in beeld brengen, alvorens daaraan definitieve beslissingen te verbinden?

De financiële en maatschappelijke houdbaarheid van de AWBZ vraagt inderdaad om een spoedige scheiding van wonen en zorg, waarbij het wonen op termijn niet langer deel uitmaakt van de AWBZ en zo nodig voor de kosten van wonen een beroep kan worden gedaan op huurtoeslag. Dit voorstel is al vanaf 1995 in beide Kamers van de Staten-Generaal bepleit door het CDA en onlangs, een jaar geleden in de APB, door onze fractievoorzitter. Wij vinden dat dit in deze kabinetsperiode nu eindelijk moet worden gehonoreerd. Wanneer mogen wij derhalve de uitvoeringsregelingen hierover tegemoet zien? Om vertragingen in de huidige en toekomstige bouwstromen te voorkomen, heeft de sector snel duidelijkheid nodig.

Wij steunen ook het kabinetsplan om in nieuwe woon/zorgconcepten te investeren waarbij zorg op maat naar keuzemogelijkheden voor de cliënt centraal staat. Het blijft dan ook mogelijk dat men zo lang mogelijk met zorg in eigen woon/leefmilieu verblijft. Hieraan zijn echter voorwaarden verbonden: de aanwezigheid van een keuzeaanbod van meerdere zorgaanbieders; de beschikbaarheid van geïntegreerde ketenzorg; voldoende mogelijkheden en middelen voor het persoonsgebonden en het persoonsvolgend budget, eventueel aangevuld met vouchers; meer transparantie over de kwaliteit van zorg; en, steeds belangrijker, afstemming op de verwachting en behoefte van de oudere migrant.

Om scheiden van wonen en zorg echt mogelijk te maken, is het gewenst dat het "Volledig Pakket Thuis", waarover het kabinet de Tweede Kamer bij brief heeft geïnformeerd, daadwerkelijk op korte termijn beschikbaar komt. Zo ontstaat voor de cliënt een reële keuze. Dit kan echter niet in alle domeinen van de AWBZ. Zo zal deze keuze voor hen die echt op zware intramurale verpleeg- en gehandicaptenzorg zijn aangewezen, niet altijd zijn weggelegd. Indien scheiden van wonen en zorgen een echt perspectief is, dan lijkt het afschaffen van een eigen bijdrage van een patiënt/bewoner voor de hand te liggen, omdat het huidige besparingsmotief dan vervalt. Deelt het kabinet dit perspectief?

Al deze voorwaarden zijn noodzakelijk om het begrip "keuzevrijheid" echt inhoud te geven. De overheid ondersteunt dit weliswaar met een steeds betere website, waarvan ik, gelet op mijn ervaringen, de naam "kiesBeter" toch nog wat ambitieus vind.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Op welke ervaringen doelt u?

De heer **Klein Breteler** (CDA): De praktijk geeft aan dat er nog niet zo gek veel te kiezen is. Wil er echt iets te kiezen zijn, dan moet deze samenleving zich een zeker overaanbod willen permitteren. Alleen bij overcapaciteit kun je keuzen maken. Als overal een tekort van is en er wachtlijsten zijn, dan valt het met het kiezen buitengewoon tegen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Het lastige is natuurlijk altijd dat je je kwaal niet kunt kiezen. Daar begint het al mee.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Het zou daarom goed zijn als men wel zijn voorziening kan kiezen. Dat kan in een aantal gevallen niet goed. Als je echt wilt kunnen kiezen, moet de samenleving bereid zijn om een zekere overcapaciteit te creëren. Dat gebeurde overigens in de jaren zeventig en tachtig.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Wie betaalt die overcapaciteit trouwens?

De heer **Klein Breteler** (CDA): De samenleving moet die betalen. Als zij dat echt wil, dan moet zij dat ook doen. Tot 1995 hadden wij een systeem dat instellingen drie beschikkingen kregen op 95% van de capaciteit. Toen had je nog enige mogelijkheden. Maar nu worden wij te technisch, mevrouw Slagter.

Onze fractie steunt het voornemen van het kabinet om volgend jaar het volume voor pgb's uit te breiden. Nog beter is het als het pgb niet meer ondergebracht is in een subsidieregeling, maar daadwerkelijk wettelijk verankerd is in de AWBZ. De aarzeling hierover van het kabinet spreekt onze fractie niet aan.

Ook is onze fractie voor de invoering van een persoonsvolgend budget. Het wetenschappelijk bureau van het CDA – dat spreekt minister Klink vast aan – heeft hiervoor op hoofdlijnen een adequate regeling met vouchers ontworpen. Wel zal een systeem van persoonsvolgend budget een degelijke individuele verzekeringsadministratie en een goed declaratiesysteem vereisen. De opzet hiervan zal tijd kosten.

De participatiedoelstelling wordt van de AWBZ naar de Wmo overgebracht. Dit is immers de participatiewet bij uitstek. De gemeenten moeten in dat geval wel financieel in staat gesteld worden om hier vorm en inhoud aan te geven. De Wmo is nog een jonge wet. Uit onderzoek door het SGBO blijkt de cliënt gemiddeld redelijk tevreden. Toch meent onze fractie dat binnen de kabinetsperiode een monitoring moet plaatsvinden over de maatschappelijke effecten van deze wet. Naar haar stellige indruk hebben nog niet alle gemeenten de expertise in huis en een beleidsuitvoering geformuleerd over de gehele reikwijdte van deze wet. De Wmo wordt te veel gezien als een wet die alleen de thuiszorg regelt en ook de burger is nog te weinig bekend met de mogelijkheden en voorzieningen die de wet biedt. Ziet het kabinet dit ook en is het bereid om dit met de gemeenten, al dan niet via de VNG, te bespreken?

In de marge van dit beleidsdebat maak ik nog een kritische opmerking. Mijn fractie heeft uit de plannen van het kabinet begrepen dat excellerende mantelzorgers of vrijwilligers in aanmerking kunnen komen voor een

fiscaalvrij compliment van € 250. Dat is op zich een prima idee, maar waarom wordt dit nu weer centraal uitgevoerd door de Sociale Verzekeringsbank? Laat dit aardige initiatief nu ook eens over aan de gemeenten! Als het nu nog niet kan, dan tenminste op termijn.

Ten aanzien van de Wmo maakt onze fractie nog een andere opmerking. Op zich is het goed dat het kabinet de NZa als marktmeeester heeft aangewezen in de zorg, dus ook in de Wmo, maar een markt kent twee polen: de inkoop en de verkoop. Het komt onze fractie voor dat er relatief veel aandacht uitgaat naar de zorgaanbiederskant. Toch zijn er inmiddels veel voorbeelden waarbij de zorginkopers en -aanbesteders onredelijke condities stellen, soms onder de kostprijs, met grote negatieve gevolgen voor de solvabiliteit en het sociaal beleid bij zorgaanbieders, met name in de thuiszorg. Onze fractie vraagt zich af of de gelden die het kabinet voor knelpunten heeft uitgetrokken op basis van de motie-Van Geel hiervoor wel voldoende zijn. Neemt de regering deze af en toe zorgwekkende ontwikkelingen ook waar en wat is hierover haar standpunt?

Onze fractie begrijpt waarom de regering de functies ondersteunende en activerende begeleiding terugbrengt tot een nieuwe functie "begeleiding", die is gericht op zelfredzaamheid. Ideologisch verdwijnt daarmee de participatiedoelstelling uit de AWBZ. Het zou overigens een grote fout zijn als deze laatste doelstelling uit het zicht verdwijnt. Voor een noodzakelijke kwaliteit van leven is participatie in de samenleving essentieel. De functie "begeleiding" blijft in de AWBZ overigens wel bestaan voor de zogenaamd "zware" gevallen, bijvoorbeeld bij ernstig regieverlies. Over de uitwerking hiervan heeft de Tweede Kamer bij brief van 16 september jongstleden een nadere toelichting gekregen. Gelukkig is deze brief heel wat genuanceerder dan het beeld dat door de media in juni is opgeroepen. Toen leek er immers sprake van een botte bezuiniging van 800 mln.

Toch is voor onze fractie onduidelijk hoeveel van de AWBZ-aanspraken overgaan naar de Wmo. Hoeveel van het geld dat is gemoeid met deze overheveling, wordt aan het Wmo-budget van de gemeenten toegevoegd? Heeft onze fractie goed begrepen dat toch ongeveer 250 mln. per saldo wordt bezuinigd in de pakketmaatregelen-brief van 16 september? Ook maakt mijn fractie zich zorgen of de korte ingangstermijn van de maatregelen zich wel verhoudt tot een goede uitvoeringspraktijk. Ik nodig de staatssecretaris uit in haar eerste termijn op al deze aspecten in te gaan. Het feit dat het kabinet niet langer de doelgroepenbenadering kiest, maar uitgaat van het wel of niet regie kunnen nemen in het leven, spreekt onze fractie aan. Daardoor kunnen somatische patiënten in verpleeghuizen, indien hiervoor geïndiceerd, aanspraak houden op de nieuwe functie begeleiding en behandeling. Ook dat vraagt om heldere polisvoorwaarden, om te voorkomen dat men kiest voor duurdere intramurale zorg om hiervoor in aanmerking te komen.

Overigens is bij de functie begeleiding wel sprake van een eigen bijdrage. Op zich is daarvoor iets te zeggen, maar er ontstaat langzamerhand wel een diffuse cumulatie van allerlei eigen bijdragen in de AWBZ en de Wmo, nog los van compensatieregelingen, zorgtoeslagen en zak- en kleedgeldregelingen. Wie heeft hierover nog het overzicht? De cliënt in het minst, denk ik. Temeer niet als de cliënt of patiënt zijn of haar zorg gelijktijdig ontvangt uit drie verschillende wetten, te weten de Wmo, AWBZ en ZVW. Is het kabinet in staat dit allemaal eens

op een rijtje te zetten? Interessant zou zijn om ook de uitvoeringskosten van deze regelingen er tegenover te zetten. Onze fractie vraagt zich wel eens af of de opbrengsten van al deze eigenbijdrageregelingen wel in verhouding staan tot de uitvoeringskosten. Dient dit niet per saldo alleen de bureaucratie?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Interessant. Als men het betoog van de heer Klein Breteler aanhoort of leest, luidt de conclusie bijna dat de CDA-fractie niet voor een eigen bijdrage is. Eigen bijdragen hadden toch niet alleen het praktische doel dat zij geld moesten opbrengen, maar ook een andere achtergrond, namelijk dat zij iets zouden moeten remmen? Hoe kijkt de heer Klein Breteler daar nu tegenaan? Hoe slaat voor hem in dit geval de balans door?

De heer **Klein Breteler** (CDA): Ik heb onder andere gezegd dat bij het scheiden van wonen en zorg het wonen uit de AWBZ gaat. In dat geval zou het naar het oordeel van de CDA-fractie niet langer nodig moeten zijn om daarvoor in de eigen bijdrage kosten op te nemen. Immers, in een intramurale instelling wordt de eigen bijdrage die men daarvoor betaalt, ook in hoge mate onderbouwd door het feit dat men een besparing heeft ten opzichte van een eigen woonsituatie. Als men een eigen woonsituatie heeft, moet de eigen bijdrage anders zijn.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De heer Klein Breteler bedoelde dus dat de eigen bijdrage alleen moet worden afgeschafte als wonen en zorg worden gescheiden, maar hij spreekt niet over al deze eigenbijdrageregelingen?

De heer **Klein Breteler** (CDA): Nee, men kan spreken over de hoogte en de beschikbaarheid. Overigens moeten wij via de AWBZ geen inkomenspolitiek bedrijven. Dat van een eigen bijdrage sprake is, vinden wij eerlijkheidshalve niet zo zeer goed vanwege het feit dat die op het inkomen moet slaan, maar vooral omdat deze de zelfredzaamheid en het nadenken over het gebruik alleen maar kan stimuleren. In dat kader past een eigen bijdrage, maar niet als onderdeel van inkomenspolitiek. Deze moeten wij in andere wetten regelen.

Overigens toont het voorgaande ook aan, dat er voor de houdbaarheid van de AWBZ meer moet gebeuren dan de thans voorgestelde maatregelen. Alleen dan kan er weer sprake zijn van een AWBZ met heldere polisvoorwaarden en met objectieve criteria.

De heer **Putters** (PvdA): Ik heb goed geluisterd naar het betoog van de heer Klein Breteler. Aan het begin heeft hij hierover ook iets gezegd, namelijk dat hij voor verdere overhevelingen vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet is en ook het voortbestaan van de AWBZ uiteindelijk ter discussie stelt.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Die laatste conclusie deel ik niet.

De heer **Putters** (PvdA): Ik heb in ieder geval twee vragen. Deelt hij mijn mening dat het gaat om dermate kwetsbare groepen dat je heel moeilijk over klanten kunt spreken die ook nog goed kunnen kiezen? Als hij spreekt over die glasheldere polis en het overgaan naar de Zorgverzekeringswet, is er sprake van klanten die kiezen.



Deelt de heer Klein Breteler de mening dat het om groepen gaat bij wie dat vaak niet het geval is? Als het antwoord bevestigend is – ik zie hem knikken – leidt dat dan niet tot de conclusie dat er ook voor de langere termijn een AWBZ moet blijven bestaan met sterke publieke randvoorwaarden, waarvoor de centrale overheid verantwoordelijkheid neemt?

De heer **Klein Breteler** (CDA): Ik ben blij dat de heer Putters goed heeft geluisterd, maar hij zou ook nog goed moeten lezen, want aan het begin van mijn bijdrage heb ik juist gezegd dat voor de meest kwetsbaren de AWBZ moet blijven bestaan, uiteraard met indicatie en alles wat erbij komt. Waarom? Omdat de solidariteit vooral in de AWBZ geregeld moet blijven. Ik ben het ook met de heer Putters eens dat een aantal vormen wel naar de Zorgverzekeringswet kan gaan. Met name de op revalidatie gerichte behandeling zou goed naar de Zorgverzekeringswet kunnen gaan, al was het alleen maar omdat de ketenzorg dan beter valt te organiseren. Die patiënten of cliënten hebben wel een keuze, want die kunnen dat meestal wel doen.

Ik was bij het CVZ. Ik ben er zeker van dat het College voor Zorgverzekeringen met zijn expertise en ervaring in staat is zo'n glasheldere polis, die toekomstbestendig is, te ontwerpen. Dit scheidt de noodzakelijke helderheid voor de cliënt, maar ook voor de zorgaanbieders. Dit voorkomt soms gênante discussies in de directe relatie tussen cliënt en zorgverleners. Dan krijgt de zo noodzakelijke passie bij de zorgverleners weer alle ruimte. Deze is er nog volop. Laten wij deze als samenleving koesteren en waarderen. Daar hebben zij recht op. Tevens werkt dit wervend voor hen die zich op een beroep in zorg en welzijn oriënteren. Wij zullen hen in de toekomst volop nodig hebben.

Er is nog één speler in het veld die ik nog niet heb genoemd: het zorgkantoor. Er gaan wel eens geluiden op om dit af te schaffen. Wij zijn met het kabinet van mening dat men hiermee voorzichtig moet omgaan en dat men het in elk geval tot 2012 moet handhaven. Het lijkt raadzaam, een herziening te koppelen aan de evaluatie van de Zorgverzekeringswet en vooral het oordeel over de zorgverzekeraars. Hebben zij de verwachting al dan niet waargemaakt? Hierna kan besloten worden over de organisatie van de zorginkoop.

Het kabinet heeft enkele stappen gezet om de AWBZ toekomstbestendig te maken. Op langere termijn is dit naar het oordeel van de CDA-fractie overigens niet voldoende, maar alles kan ook niet tegelijkertijd. Wel is noodzakelijk dat wij bezig blijven met verdere studie en onderzoek. Dat zal het kabinet ook doen. Onze fractie wacht dit met belangstelling af. Wij zullen deze en andere voorstellen steeds beoordelen op de vraag of ze bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid, solidariteit en financiële houdbaarheid van de zorg. Wij hopen dat er dan zicht is op een glasheldere AWBZ-polis met voor iedereen heldere polisvoorwaarden, maar ook een AWBZ met ambitie in een vergrijzende samenleving. Ook kan dan de intergenerationele solidariteit overeind blijven, wat in de toekomst van groot belang zal zijn in onze samenleving. Het kabinet formuleert dit zelf in de eerste zin van de brief over het kabinetsstandpunt over het SER-rapport in de brief van 13 juni jongstleden: "De zorg voor kwetsbare mensen is een graadmeter voor de kwaliteit van de samenleving."

□

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. De leden van de commissie voor VWS/JG hadden in maart 2007 in de oude samenstelling en in maart 2008 in de nieuwe samenstelling een kennismakingsgesprek met de staatssecretaris. Het heeft echter, zoals u zelf ook hebt aangegeven, tot vandaag geduurd voordat wij echt met haar in debat kunnen gaan, maar dan wel direct over een zo belangrijk, inhoudelijk onderwerp als de AWBZ. Dat daarbij ook de minister aanwezig is, stel ik erg op prijs.

Als huisarts in een klein dorp bij Groningen heb ik de afgelopen jaren van heel nabij kunnen ervaren wat de gevolgen en risico's van beleidswijzigingen in Den Haag voor gewone, maar kwetsbare burgers kunnen zijn. Ik doel op de invoering van de Wmo per 1 januari 2007, waarbij de aanspraken op huishoudelijke verzorging voor mensen met een chronische ziekte of handicap uit de AWBZ zijn gehaald. Door de bundeling van verschillende wetten in de Wmo werden gemeenten in staat gesteld om een samenhangend beleid op poten te zetten met ruimte voor lokale beleidsvrijheid en individueel maatwerk. Zorgplicht werd compensatieplicht en participatie het kernbegrip.

Met de overheveling van de verantwoordelijkheid voor huishoudelijke verzorging naar de gemeenten deed het fenomeen aanbesteding met marktwerking en concurrentie zijn intrede en helaas ook datgene waarvoor naast mij ook andere partijen tijdens de discussies destijds met staatssecretaris Ross-van Dorp vreesden: langdurige onzekerheid, sociale ellende en imagoschade voor de branche thuiszorg.

Hoewel er mogelijk kanttekeningen zijn te plaatsen bij het gebrek aan vermogen tot anticiperen, het tekortschietend management, de verkeerd ingeschatte aanbestedingstarieven en overigens ook de ondeskundigheid van gemeenten, kan toch ook een conclusie zijn dat overheveling van taken uit de AWBZ risico's met zich brengt en dat een analyse van de fouten die gemaakt zijn ons hopelijk wat kan leren voor het vervolg. Komt die analyse er ook? Met de risico's doel ik dan, naast het persoonlijk leed van al die werkers in de thuiszorg, op het leed van cliënten die te maken kregen met wisseling van aanbieders waarbij de eigen hulp, die precies wist hoe het moest, niet meer kwam of het feit dat er opeens meer zorgaanbieders kwamen als gevolg van splitsing in AWBZ- en Wmo-taken.

De heer **Putters** (PvdA): Voorzitter! Deelt de SP-fractie tenminste de in haar brieven te lezen mening van de staatssecretaris dat er een analyse is gemaakt van hoe de AWBZ zich zal moeten ontwikkelen en wat de overgangen moeten zijn? Of, om enigszins in de rol van mevrouw Slagter te spreken, dat er een begin van een analyse van is gemaakt?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik deel uw conclusie dat er een analyse is gemaakt, maar het gaat mij erom dat er een aantal fouten is gemaakt. Ik betoog dat er van fouten valt te leren en dat ik bang ben dat dit niet gebeurt, maar dat blijkt wel uit de rest van mijn betoog.

De heer **Putters** (PvdA): Oké, maar laten wij hier wel met elkaar vaststellen dat het kabinet een plaatje neerzet met een AWBZ die voor de langere termijn blijft bestaan,

met overgangen waaraan een gedegen analyse ten grondslag ligt, althans voor zover ik dat kan inschatten.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik vind dat u nu een beetje te snel gaat. Luister gewoon naar de rest van mijn betoog, zou ik zeggen. Ik ben het met u eens dat er wel analyses zijn, maar er kleven risico's aan overheveling. En dat laat ik aan de hand van mijn persoonlijke ervaringen op dit moment horen. Ik bouw het wel verder uit. Het gaat niet alleen om mijn persoonlijke verhaal, waarmee ik overigens nu eerst verderga.

Voor mij als huisarts was en is overigens het grootste leed dat door de concurrentie in de thuiszorg mijn vaste overlegpartner, de coördinerend wijkverpleegkundige van "De Thuiszorg", opeens drie verschillende gezichten en telefoonnummers had (waarbij het verloop ook nog eens exponentieel toenam) zodat continuïteit van zorg een leeg ideaal bleek te zijn, dat alleen met veel inspanning, ook van mijn kant (en daar ben ik natuurlijk absoluut niet te beroerd voor) bereikt kan worden. Met als klap op de vuurpijl de wachtlijsten in de zomer en die ene terminale patiënt die er vlak voor mijn vakantie de dupe van dreigde te worden, omdat hij in zijn laatste dagen niet nog medewerkers van de concurrent aan zijn bed wilde hebben, terwijl het budget van zijn zelfgekozen thuiszorgorganisatie op was. Veel getelefoneer op de valreep. Verwerpelijk gedrag van de thuiszorginstelling, maar wel gedrag dat past bij de door de politiek gewenste marktwerking, waarin thuiszorg een vechtmart is geworden.

Met dergelijke ervaringen op het netvlies begrijp ik wel dat de staatssecretaris pleit voor terugkeer van de wijkverpleegkundige in de wijk (aan de borreltafel hebben wij, huisartsen, het ook vaak over die goede oude tijd) maar toch snap ik het ook weer niet, omdat die wijkverpleegkundige haar banden zal hebben met één organisatie, dus zal samenwerken met die organisatie en dus een barrière zal vormen voor concurrentie en marktwerking en keuzevrijheid. Allemaal zaken die de NMa niet goed vindt, zoals vier thuiszorgorganisaties afgelopen week wreed hebben ervaren. Ik voel meer dan ooit mee met onze collega Han Noten, die als voorzitter van Actiz totaal in de war raakte van boetes tot 4 mln. Hij verwoordde het zo: Er worden tegengestelde opdrachten uitgedragen, enerzijds moeten instellingen concurreren, anderzijds met elkaar samenwerken; een "pijnlijke spagaat"!

Opvallend vind ik ook de rol van de NMa in dezen. Kan de staatssecretaris ons uitleggen waarom in dit geval de NMa optrad en niet de NZa, ervan uitgaande dat de laatste mogelijk wel enige verstand van zorg heeft? En kan zij dan mogelijk meteen ook uitleggen hoe zij dat ziet: de terugkeer van de wijkverpleegkundige in de wijk? Wat de schaal betreft, is het trouwens een idee dat naadloos aansluit bij de SP-gedachte van zorg in de buurt. Is die wijkverpleegkundige een kleine zelfstandige die net als de huisarts zijn/haar eigen cliënten heeft of is zij ingebed in een grotere thuiszorgorganisatie? Is de wijkverpleegkundige een private of een publieke voorziening?

Overigens, ik las in de nieuwsbrief van Zorgvisie een redactioneel commentaar van Eric Bassant, die betoogde dat het contrast tussen minister Klink en staatssecretaris Bussemaker groot is. Terwijl de eerste de marktwerking in de cure verder inkleurt, met zijn beslissing tot uitbreiding van vrij onderhandelbare dbc's, laat de

laatste zien dat zij niets in marktwerking in de care ziet. Ik deel de observatie van Bassant eigenlijk wel, maar vraag me af of dat verschil in benadering te maken heeft met een verschil in karakter en politieke idealen van beide bewindslieden of met een verschil in karakter en politieke idealen van beide werkvelden. Graag een reactie van beide bewindslieden, want het is dan wel de vraag wat er gebeurt als cure en care elkaar raken en zaken met elkaar moeten doen.

Zoals ik aan het begin van mijn betoog al zei, maak ik als huisarts van heel nabij mee wat de gevolgen van Haagse beleidswijzigingen kunnen betekenen voor de mensen. Beleidswijzigingen die meestal met de beste bedoelingen en uitgangspunten tot stand komen, maar die toch in hun uitwerking desastreus kunnen zijn. Dat moet ons nederig stemmen en het verplicht tot zorgvuldigheid, én tot luisteren naar het veld dat de snelheid van wijzigingen en de rationaliteit ervan lang niet altijd kan volgen. Terwijl begrijpen zo belangrijk is voor het draagvlak!

De staatssecretaris heeft een zware klus aan het beheersen van de kosten van de AWBZ, dat staat vast. De feiten liegen er niet om: de stijging van kosten is enorm en haar analyse dat de geloofwaardigheid, onbetwistbaarheid en houdbaarheid op lange termijn op de tocht staan, deelt mijn fractie. Opvallend is dat sinds 2003 de zorguitgaven zijn geëxplodeerd volgens een signalement van de RVZ uit die tijd door de openeindfinanciering en het recht op zorg. De staatssecretaris spreekt van onbedoelde groei door te ruime definiëring van de aanspraken. Ook overlapt de AWBZ beleid in andere domeinen en kan door de te ruime aanspraken medicalisering in de hand worden gewerkt. Dat was ook het punt van mevrouw Wolbert aan de overkant.

Dit laatste kan ik uit eigen ervaring beamen. Sinds scholen ontdekt hebben dat kinderen met een psychiatrische diagnose op basis van de AWBZ aanspraak kunnen maken op ondersteuning, heb ik al heel wat ouders met of zonder kind op mijn spreekuur zien verschijnen met het verzoek om verwijzing naar kinderspsychiatrie, met als doel het stellen van een diagnose als ADHD, PPD-NOS of het Syndroom van Asperger om zo de school aan extra geld te helpen om het kind beter te begeleiden. Een van de gevolgen daarvan zijn overigens wachtlijsten tot een halfjaar voor kinderspsychiatrie. Om de kosten in de hand te houden moet er worden gesnoeid. Hoe en waar wordt uiteengezet in twee brieven van de staatssecretaris van 13 juni en 16 september.

Voordat ik op de voorgestelde maatregelen inga, ga ik eerst in op het bestaansrecht van de AWBZ. In de ogen van mijn fractie en ook, naar ik heb begrepen in die van de staatssecretaris, is en was die bedoeld voor de groep mensen met ernstige beperkingen in het dagelijkse leven, voor de langdurige en onverzekerbare zorg voor de complex gehandicapten, zwaar dementerenden en zintuiglijk gehandicapten. De staatssecretaris geeft ook aan dat er naar haar mening altijd een vorm van AWBZ zal blijven bestaan. Kan zij aangeven welke vormen van zorg voor welke groepen volgens haar onbetwistbaar AWBZ zullen blijven?

Want als wij ons bezinnen op wat voor AWBZ en hoe, kun je starten, zoals de laatste jaren steeds is gebeurd en ook nu weer gebeurt met de pakketmaatregelen, bij de constatering van te veel groei door te ruime indicaties en aanspraken, en kun je vervolgens snoeien of schaven om de kosten in de hand te houden. Je kunt echter ook

beginnen met de vraag welke zorg voor welke groepen onbetwistbaar AWBZ moet blijven en van daaruit kijken hoe dat georganiseerd zou moeten worden. Om te kunnen beoordelen of die vorm van AWBZ houdbaar is, hoort daar ook een inventarisatie bij van het beslag dat op het totale budget zal leggen. Want het grootste beslag op de 23 mld. die nu in de AWBZ omgaat, wordt hoe dan ook gelegd door de chronische psychiatrische patiënten in klein- en grootschalige voorzieningen, de vanaf hun geboorte lichamelijk en/of geestelijk gehandicapten en de kwetsbare ouderen.

Beschikt de staatssecretaris over getallen die een indicatie geven van dat beslag en van de groeioprognose van dat beslag? Zij heeft aangegeven dat voor deze kabinetsperiode de groeioprognose van de AWBZ 1% kan/mag zijn. Een optimistische inschatting naar ons oordeel als je kijkt naar de toenemende vergrijzing. Juist door vergrijzing zal er een groter wordende groep ouderen met psychogeriatrische (bijvoorbeeld dementie) en somatische (bijvoorbeeld CVA) aandoeningen komen. Die zullen zeker een beroep op niet te verzekeren zorg doen. Is de staatssecretaris met ons van mening dat ondanks overheveling van taken met de voorgestelde pakketmaatregelen en andere vormen van financiering, waaronder die van scheiden van wonen en zorg, het budget voor AWBZ in de toekomst zal stijgen? En hoe erg is dat nu eigenlijk? Het zal wel een test zijn voor het gehalte en de kwaliteit van solidariteit in ons land; solidariteit met medeburgers die zich gesteld zien tegenover niet te verzekeren zorg, tegenover niet-verzekerbare risico's.

In de genoemde brieven wordt betoogd dat een deel van de groei van de AWBZ van de laatste jaren ongewenst is en daardoor financiële problemen veroorzaakt. Die ongewenste groei is ontstaan doordat steeds meer ondersteuning op basis van een AWBZ-indicatie werd verleend. Het gaat dan om zorg die ook werd verleend omdat de reguliere zorg of andere zorg tekortschoot. Als je daar wat aan wilt doen, en dat wil de staatssecretaris, dan rijzen de volgende vragen. Welk deel van de ondersteuning behoort wel tot AWBZ-zorg en wat zijn daar de criteria voor? Wie financiert als er geen sprake is van AWBZ-verstrekking, dan wel op wiens bordje komt de financiering dan? Deze vragen zijn cruciaal omdat het om veel veelal kwetsbare mensen gaat die mogelijk al per 1 januari 2009 met de wijziging te maken zullen hebben.

De staatssecretaris neemt als startpunt voor de besparingen het beter afbakenen van de aanspraken, waarbij de ernst van de beperking leidend moet zijn. Alle op participatie gerichte aanspraken worden onderdeel van de Wmo. De AWBZ is er voor zelfredzaamheid, want dat is zorg. Door dit uitgangspunt toe te passen zal een glasheldere polis ontstaan, betoogt de staatssecretaris. Dat roept allereerst de vraag op of zij echt denkt dat de begrippen "participatie" en "zelfredzaamheid" strikt te scheiden zijn. Voor mij als praktiserend en overigens ook wel praktisch mens komt dit idee over als een studeerkameroplossing. Dit idee is niet erg werkbaar.

Is het nieuwe CIZ-indicatieprotocol, aan de hand waarvan per 1 januari 2009 nieuwe aanvragen beoordeeld moeten worden, al klaar? Wij denken dat de vorm van begeleiding die wel in de AWBZ kan blijven, zij het met een beperktere toegang en begrensde omvang en met uitsluitend als doel zelfredzaamheid, niet glashelder is te omschrijven en daarom tot veel onrust zal leiden.

Wat betekent het overigens dat in de nieuwe definitie van begeleiding die wel in de AWBZ kan blijven, staat dat die begeleiding door een "een instelling" wordt verleend? Wat voor soort instelling wordt daarmee bedoeld? Nadat de indicatiestellers de ziekte, aandoening of stoornis, oftewel de AWBZ-grondslag hebben vastgesteld, scoren zij de soort beperkingen en de mate van ernst daarvan die de zorgvrager ervaart op maximaal negen onderdelen. Het kenmerk "ernstig regieverlies" dan wel "een ernstige, invaliderende beperking" moet van toepassing zijn. Heeft men alleen matige of zware beperkingen gescoord op de eerste vijf onderdelen, dan zou dit kunnen leiden tot verwaarlozing dan wel ongewenste extramuralisering. Cliënten uit deze groep hebben daarom toegang tot de nieuwe functie begeleiding, die overigens hoe dan ook in omvang wordt beperkt.

Ik voorzie met name problemen bij de glasheldere afbakening van de functies "psychisch functioneren" onder onderdeel 4 – ik neem aan dat het hier vooral gaat om dementerenden – waarbij wel recht op AWBZ-ondersteuning blijft bestaan, en "psychisch welbevinden", onder onderdeel 9, waarbij geen recht meer op AWBZ-ondersteuning zal bestaan. Bij de kenmerken van de laatste groep wordt ook de depressie genoemd. Voor het begrip van de staatssecretaris merk ik op dat echte depressies zo ernstig kunnen zijn dat ze leiden tot verwaarlozing, suicidepogingen en zelfs gedwongen opname. Zelfredzaamheid is er dan niet meer bij. Wij betwijfelen dus of het mogelijk zal zijn de polis glashelder te maken. Graag ontvangen wij een commentaar van de staatssecretaris.

De staatssecretaris geeft aan dat voorzien wordt dat circa een derde van de mensen die nu begeleid worden, die begeleiding bij herindicatie verliezen. Hoe staat het met het overleg met gemeenten die een deel van de taken en dus cliënten zullen overnemen als nieuwe Wmo-taak? Gemeenten hebben aangegeven dat zij onvoldoende tijd krijgen van het kabinet en dat zij nog absoluut onvoldoende duidelijkheid hebben voor welke ondersteunende taken zij verantwoordelijk worden geacht en welke financiering daar tegenover staat. De VNG spreekt zelfs van onbehoorlijk bestuur.

Wat wordt er gedaan met de cliënten die buiten de boot gaan vallen? Zij zijn bekend, want zij hebben nog een indicatie, dus er bestaan dossiers over hen, die over te dragen zijn. Aan wie de taak het hen te vertellen en daarbij alternatieven aan te dragen?

Ook Actiz pleit ervoor meer aandacht te besteden aan enerzijds de consequenties voor de cliënt en anderzijds de consequenties voor de bedrijfsvoering van de zorgondernemers. Gezien de ervaringen die Actiz tot nu toe heeft opgedaan met overheveling van taken, zou ik haar heel serieus nemen. Daar hebben de zorgondernemers toch wel recht op.

Door het wegvallen van de grondslag "psychosociaal" komt de bemoeizorg op de tocht te staan, evenals de opvang voor dak- en thuislozen en de vrouwenopvang. Dit zijn niet de meest weerbare groepen in onze samenleving. De Federatie Opvang vraagt met klem aandacht voor deze groep. Onvoldoende geld en opvang voor deze groepen houdt zowel een gezondheids- als een veiligheidsrisico in. Duidelijkheid en goede communicatie zijn een taak van de staatssecretaris. Laat zij daarbij vooral de vereniging van budgethouders voor hulp en hulpmiddelen Per Saldo niet vergeten. Deze vereniging

vraagt zeer indringend om tijdige en duidelijke voorlichting. Geen wonder, want al die pgb-houders zijn immers ook ondernemers met een eigen risico. Sommigen van hen hebben al jaren hun eigen zorgverleners in dienst, die zij nu misschien moeten ontslaan. Dit leidt tot dubbele onzekerheid, zowel voor de cliënt als voor de ondersteuner.

Het is natuurlijk het allerbelangrijkste dat er heldere afspraken komen met de collegae van de aanpalende terreinen, die het kennelijk tot nu toe hebben laten zitten. Want wie is er nu verantwoordelijk voor het te grote beslag op AWBZ-ondersteuning? Is dat de calculerende burger, zijn dat de calculerende zorgaanbieders, of is het de overheid, in casu de verschillende ministeries, die aanspraken te krap of te ruim definieerden, waardoor er in het ene domein te veel werd gevraagd en in het andere te weinig werd gegeven? In ieder geval zullen de betrokken ministeries en bewindslieden geconfronteerd worden met burgers die in hun eigen ogen terechte aanspraken elders trachten te verzilveren, nu de AWBZ-route voor hen wordt afgesloten. Ik wijs in dit verband op het domein van de jeugdzorg, waar de provincies met de Bureaus Jeugdzorg en de gemeenten met de Centra voor Jeugd en Gezin opereren. Ik wijs ook op het domein van Sociale Zaken, waar de jong-gehandicapte met de terechte vraag om ondersteuning bij arbeidsparticipatie zal komen. Verder wijs ik op het domein van Onderwijs, waar gewerkt wordt aan het voorkomen van uitval uit het reguliere onderwijs, waarbij ondersteuning nodig is. Voorts wijs ik op het domein van BZK/VNG/Wmo. Hoeveel van al die afspraken zijn al tot stand gekomen? Is het totale budget dat daarvoor is gereserveerd – ik meen dat het gaat om een bedrag van 150 mln. – niet een lachertje? En dan heb ik het nog niet eens over de onzekerheden waarmee zorgaanbieders worden geconfronteerd, die naast deze omwenteling ook nog te maken krijgen met zaken als de invoering van de zzp's en de kapitaallasten.

Er is nog zo veel onduidelijk en er moet nog zo veel gebeuren, dat ik mij echt afvraag hoe verantwoord het is om met dit tijdschema door te gaan. Het ministerie van VWS zou toch een lerende organisatie moeten zijn? Ik hoop dat er geleerd wordt van de analyse van de overheveling van taken naar de Wmo, om nog even terug te komen op de vraag van collega Putter.

Onzekere, kwetsbare mensen verdienen onze solidariteit. In de verkiezingsstrijd in 2006 was een slogan van de PvdA dat de AWBZ veilig zou zijn met deze partij in de regering. Dat dit niet zo is, blijkt wel als wij kijken naar de punten die ik heb ingebracht. Graag laat ik mij door de staatssecretaris overtuigen dat ik het verkeerd zie. Maar wij moeten ons wel bewust zijn van het feit dat mensen die geconfronteerd worden met een verandering dan wel flexibilisering van verzekerde risico's, in dit geval in de AWBZ, onzeker worden. Dat heeft als risico dat er een tweedeling kan ontstaan tussen de financieel zekere klasse aan de top en de financieel onzekere onderklasse voor wie gaten in het vangnet vallen.

Onzekerheid bepaalt de stemming van groepen en is daarom een sociale barometer. Ik vond deze stelling in een van de laatste artikelen van Thijs Wöltgens in NRC Handelsblad van 12 april 2008. Hij betoogde dat juist deze klasse zich veilig moet kunnen voelen qua arbeidsperspectief, inkomen en sociale zekerheid. Voor de mensen uit deze klasse is een overheid die zich betrouwbaar en geloofwaardig betoont, extra belangrijk.

Als zij zich niet gehoord voelen en hun vertrouwen verliezen, kan dat het recessief depressiegevoel alleen maar versterken. Laten wij dat met elkaar proberen te voorkomen.

Ik zie uit naar de beantwoording door de staatssecretaris.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Ik heb op zichzelf het verhaal van mevrouw Slagter wel begrepen, op één ding na. Wat is de visie van de SP-fractie op de AWBZ van de toekomst? Het is misschien te kort door de bocht, maar ik vertaal de woorden van mevrouw Slagter als volgt: laten wij de AWBZ houden zoals hij is; hij wordt duurder, maar waarom zou het erg zijn dat de AWBZ duurder wordt; de wet is gebaseerd op het solidariteitsprincipe, dus wij betalen allemaal mee. Heeft de SP-fractie een architectuur voor de AWBZ op de langere termijn? In mijn bijdrage heb ik gezegd dat de AWBZ gereserveerd moet blijven voor de "zware gevallen", de mensen die langdurig op zorg zijn aangewezen, omdat de AWBZ op die manier houdbaar blijft, gelet op de intergenerationele problemen die er kunnen zijn qua solidariteit. Wat is de visie van de SP-fractie op de architectuur van de AWBZ van de toekomst? Wil men daaraan nog iets veranderen of moeten alle afspraken op de AWBZ gewoon behouden blijven?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Het is mooi dat de heer Klein Breteler mijn verhaal begrepen heeft. Volgens mij heb ik gezegd dat de AWBZ in de ogen van mijn fractie en ook die van de staatssecretaris, naar ik heb begrepen, is en was bedoeld voor de groep van mensen met ernstige beperkingen. Dat is het bestaansrecht van de AWBZ. Mijn partij wil dat ook zeker boven water houden. Ik heb hierbij wat kanttekeningen geplaatst, omdat ik de indruk heb dat er in de marge wordt afgeslankt en dat een romp-AWBZ overblijft die hoe dan ook een zwaar beslag zal leggen. Ik wil weten hoe groot dat beslag is. Wij moeten bezien of wij een voorziening in de lucht willen houden voor langdurige risico's en onverzekerbare zorg. Als dat het geval is, moeten wij misschien accepteren dat deze toch meer kosten met zich zal brengen en op een andere manier moet worden gefinancierd.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Dit is iets duidelijker. Ik heb een concrete vraag. Is de SP voor het scheiden van wonen en zorg in de ouderen- en gehandicaptenzorg?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik vraag mij af of dat hier nu zoveel mee te maken heeft.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Dat is zeker het geval, want wonen zit nu in de AWBZ.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik heb gezegd dat wij voor een zorgwet zijn. Ik denk zelf dat het mogelijk is om wonen en zorg te scheiden, maar dat de instituten en andere voorzieningen gedeeltelijk zullen blijven bestaan. Wij hebben aangedrongen op onderzoek. De staatssecretaris heeft een onderzoek naar inkomensgevolgen en de wijze van organiseren toegezegd. Wij zijn niet tegen het scheiden van wonen en zorg.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Ik ben het met u eens.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Verder blijft het heen en weer schuiven met geld. Ik vind het belangrijkste dat er een volksverzekering blijft die verzekert tegen niet te verzekeren zorg. De zorg is voor mij het belangrijkste.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Dan zijn wij het daarover eens.

□

De heer **Putters** (PvdA): Voorzitter. De PvdA-fractie is verheugd dat de Eerste Kamer vandaag met de regering van gedachten wisselt over de stand van zaken bij de uitvoering van de Wmo en de toekomst van de AWBZ. Het is hét moment voor een eerste terugblik op de uitvoering van de Wmo en er liggen veel analyses op tafel over de AWBZ. Het biedt de staatssecretaris de gelegenheid om in haar eerste debat in deze Kamer haar vergezicht te schetsen. Wij hebben dat nodig om komende wetswijzigingen steeds tegen het licht te houden van de visie op mensen met beperkingen en achterstanden in onze samenleving.

Voorzitter, vergeeft u mij even de zelfkritiek naar onze Kamer, maar de titel die wij dit debat gegeven hebben is al meteen fout: "Het functioneren van de Wmo en de toekomst van de AWBZ". Dat is systeemdenken van de bovenste plank. Alvorens de staatssecretaris te bestoken met allerlei systeemvragen moeten wij spreken over onze visie op de hulpvraag van burgers. Waar eindigt de noodzaak tot zorgen en waar begint de oproep tot participatie en zelfredzaamheid? Zijn wij in staat zorg en dienstverlening te leveren waar zij nodig zijn?

Volgens mijn fractie moeten de cliënt en zijn hulpvraag centraal staan. Om duidelijk te maken wat dat betekent, hanteren wij de zogenaamde participatieladder. Aan de basis staat de zorg voor mensen die heel kwetsbaar en afhankelijk zijn, zoals meervoudig gehandicapten, dementerende ouderen, mensen met hersenletsel, verlaafden, psychisch gestoorden en dak- en thuislozen. Dat zijn mensen die langdurig zorg nodig hebben, waarvoor gezorgd moet worden en waarmee wij solidair moeten zijn.

Klimmen wij hoger op de participatieladder, dan komen wij terecht bij mensen voor wie goede ondersteuning en begeleiding in het wonen, werken en leven een wereld van verschil maakt om mee te kunnen doen. Ik heb afgelopen vrijdag nog mogen zien hoe een voormalig welpje van mij – ook dat is onderdeel van de Wmo, het jeugdwerk – met veel verstandelijke beperkingen en achterstand via begeleid wonen en werken in staat is om toch deel te nemen aan het arbeidsproces en een sociaal leven op te bouwen. Goede begeleiding maakte voor hem het verschil tussen zelfstandig kunnen wonen of opgenomen worden in een instelling. Het maakte me trots dat de norm in dit land is dat deze jongen geholpen wordt om zo zelfstandig mogelijk aan het maatschappelijk leven mee te doen. Dat moet zo blijven.

Nog een stapje hoger op de ladder staan de mensen die af en toe begeleiding of ondersteuning nodig hebben en voor wie hulp in de huishouding en welzijnswerk de kwaliteit van leven verbeteren. Bovenaan de ladder staan mensen die wellicht eenzaam zijn en behoefte hebben aan een meer actieve sociale omgeving, een boodschappen dienst of Tafeltje Dekje. Voor die mensen zijn activiteiten nodig die leiden tot zelfredzaamheid. Kortom,

de legitieme hulpvraag van deze burgers en hun mogelijkheden om mee te doen, moeten leidend zijn.

Onze eerste vraag aan de staatssecretaris is of zij die visie op zorg en meedoen in de samenleving deelt en of de participatieladder, alle bezuinigingen ten spijt, het vertrekpunt van haar maatregelen kan zijn en blijven in de komende tijd.

Een visie moet ook concreet aangeven wie waar op de ladder staat. De onzekerheid voor groepen gehandicapten en ouderen over de vraag of en zo ja, welke voorzieningen zij behouden groeit namelijk wel. Dat blijkt ook uit brieven van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Per Saldo en de Federatie Opvang die wij in de afgelopen weken hebben ontvangen. Kan de regering die onzekerheid wegnemen door aan te geven wie valt onder de definitie van langdurige zorg na 2012?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik heb in de brieven heel veel zorg gelezen, ook over de periode na 2012. Er zijn echter ook veel zorgen over de korte termijn. Een visie is natuurlijk belangrijk. Daar kunnen wij echter wat gemakkelijker over freewheelen, terwijl juist de zorgen over de korte termijn zo groot zijn.

De heer **Putters** (PvdA): Misschien is dat nu juist het verschil tussen uw en mijn fractie, namelijk dat de PvdA in deze coalitie is gaan zitten en dit dossier ter hand neemt om ervoor te zorgen dat de AWBZ ook voor de langere termijn behouden blijft en zekerheid biedt voor de doelgroepen. Natuurlijk moeten wij in de transities die plaatsvinden duidelijkheid scheppen. Dat vraag ik de staatssecretaris ook. Ik denk dat wij vandaag spreken over het perspectief voor de langere termijn.

Ik kom nog even terug op de participatieladder. De definitiekwestie is belangrijk. Ik onderschrijf de vraag die mevrouw Slagter hierover heeft gesteld, namelijk die over het onderscheid tussen participatie en zelfredzaamheid. Hoe onderscheidend zijn deze categorieën eigenlijk? Het komt erop aan dat wij scherp zijn over de definities van langdurige zorg, participatie en zelfredzaamheid. Daarover horen wij graag de visie van het kabinet.

Ik heb het nog niet over wetten en systemen gehad. Toch is het van belang te bekijken of de geschetste visie consequent wordt doorgetrokken in de organisatie, financiering en uitvoering. Komen zorg en ondersteuning terecht waar zij nodig zijn? Ondanks veel mooie woorden hierover van achtereenvolgende kabinetten domineert al decennialang een financiële logica. De zorg volgt het geld in plaats van andersom. In alle wetten, van de AWBZ tot de Wmo en de Zorgverzekeringswet, wordt geredeneerd vanuit een financiële logica waardoor de hulpvraag van cliënten snel op de achtergrond raakt, hoewel wij dat niet willen.

De zorglogica moet als uitgangspunt dienen voor de organisatie en financiering. Wij waarderen de inspanningen van het kabinet om te komen tot een glasheldere polis die uitgaat van de behoeften van cliënten, net als de inzet op ruimere mogelijkheden voor cliëntvolgende bekostiging. Toch is onze indruk dat het lastig is om daarin consequent te zijn. De vraag in welke zpp je valt, welke AWBZ-indicatie je hebt of binnen welk Wmo-budget je valt, is sturend en wordt vooral bepaald door iemands beperkingen. Daarmee wordt vaak niet tegemoet gekomen aan de hulpvraag en de mogelijkheden van mensen. De indicatie wordt op te grote afstand

van cliënten en hun directe hulpverleners gesteld, waardoor een integrale benadering van de hulpvraag slecht van de grond komt. De systemen sturen de zorg in plaats van andersom. Ik loop drie voorbeelden langs.

Het eerste voorbeeld betreft een man van pensioengerechtigde leeftijd die een hulpbehoevende vrouw heeft. Mevrouw heeft een AWBZ-indicatie persoonlijke verzorging, maar de man wil heel graag voor zijn vrouw zorgen en is daar ook toe in staat. Om dat mogelijk te maken zou hij echter wat extra huishoudelijke verzorging nodig hebben uit de Wmo. Het uitruilen daarvan zou tegemoetkomen aan de hulpvraag van deze mensen en mogelijk ook nog eens kosten besparen, maar dat kan dus niet tegen elkaar uitgeruild worden. Het systeem redeneert niet vanuit die behoefte, maar vanuit de financiële regimes met indicaties die uitgaan van wat mensen niet meer kunnen.

Het tweede voorbeeld betreft een jong gehandicapte die behoefte heeft aan een passende combinatie van wonen, werken en activering. Zij valt straks echter in een zzp beschermd wonen op basis van haar beperkingen, terwijl volgens haar hulpverleners heel andere begeleiding mogelijk is naar aangepast werk en begeleid wonen. Er is bovendien een link naar de WWB en werkgevers, want de hulpverleners kennen de bedrijven die gepast werk aanbieden. In de systematiek op basis waarvan de indicaties gesteld worden, is dat echter irrelevant. Werkgevers en mensen met beperkingen vinden elkaar via die route slecht, omdat het niet of slecht lukt over de potjes van WWB en AWBZ heen te organiseren. Het systeem redeneert niet sterk vanuit de behoefte, maar vanuit financiële regimes met indicaties die uitgaan van wat mensen niet meer kunnen.

Voorbeeld drie. Voor dementerenden en meervoudig gehandicapten is het belangrijk dat wonen, zorg en begeleiding als een keten werken. Het scheiden van wonen en zorg en het schrappen van delen van ondersteunende begeleiding en bijvoorbeeld de grondslag "psychosociaal" uit de AWBZ zijn dan vanuit financieringslogica wellicht goed te begrijpen, maar geredeneerd vanuit de behoefte van mensen is dat vaak een stuk minder het geval. Een risico is dat de intramuralisering toeneemt – dus opname in verpleging en verzorging – omdat de aansluiting met wat mensen via begeleiding nog wel zouden kunnen niet wordt gemaakt. Dat zou juist leiden tot extramuralisering en meer zelfstandigheid.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Ik wil graag een kleine kanttekening plaatsen bij voorbeeld drie. Daar zegt collega Putters dat het scheiden van wonen en zorg onder andere te begrijpen is vanuit financieringslogica. Ik denk echter dat de heer Putters het met mij eens zal zijn dat het veel meer is, ook vanuit zorgbehoefte. Door het scheiden van wonen en zorg kunnen cliënten immers echt kiezen hoe zij willen wonen. Dat kan met de definitie van de heer Putters van zelfredzaamheid en participatie uiterst belangrijk zijn. Het scheiden van wonen en zorg is niet alleen belangrijk vanuit de financieringslogica, maar ook voor het centraal stellen van de cliënt en het laten maken van keuzen door de cliënt.

De heer **Putters** (PvdA): Ik ben het geheel eens met de heer Klein Breteler. Mijn punt is echter dat wij het financieel wel van elkaar kunnen scheiden, maar dat dit nog niet betekent dat de afstemming in de keten in de

praktijk daadwerkelijk plaatsvindt. Wij zijn vooral bezig met het scheiden van financieringsregimes.

Voorzitter. Het risico is dat het scheiden van wonen en zorg, de introductie van het zzp-systeem en de glasheldere polis nog te sterk vanuit een financiële logica worden ingevoerd en kunnen leiden tot een verkaveling van het zorgaanbod en inperking van de mogelijkheden voor cliënten, terwijl wij juist participatie, kostenbesparing en ketensamenwerking op het oog hebben. Met de staatssecretaris willen wij dat voorkomen. Wij vinden dat de indicatiestelling te ver afstaat van de directe hulpverlener-cliëntrelatie, waar de integrale hulpvraag veel beter kan worden ingeschat en beantwoord. Vandaar de vraag of staatssecretaris op de voorbeelden kan reageren. Hoe wil zij voorkomen dat de zorg vooral het geld volgt?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik wilde collega Putters nog een vraag stellen. Ik hoor hier niets over de mogelijkheid van een pgb. Ik denk dat een van de redenen dat het pgb zo'n vlucht neemt, juist de kwestie is die de heer Putters aanduidt. Is hij dat met mij eens? En als het wel beter geregeld zou zijn, zou er dan ook minder pgb-groei zijn?

De heer **Putters** (PvdA): Ik deel dat wel. Ik denk dat het pgb een belangrijke rol kan spelen. Ik kom daar nog op terug. Als u het goed vindt bewaar ik uw vragen nog even zodat wij er later over kunnen discussiëren.

Voorzitter. Er moet dus voorkomen worden dat de zorg vooral het geld volgt. Kan de regering overzien welke gevolgen de gedeeltelijke overheveling van de ondersteunende en activerende begeleiding en het schrappen van de grondslag "psychosociaal" uit de AWBZ hebben voor het tegemoetkomen aan de integrale hulpvraag en de mogelijkheden van cliënten? Wat is er dan nodig om de financiering, organisatie en uitvoering meer cliëntgericht te maken en de integrale hulpvraag meer centraal te stellen? In onze ogen zou de participatieladder leidend moeten zijn bij de omvorming van de AWBZ. Wij zijn blij dat de regering het scenario uit het SER-advies volgt om een romp-AWBZ te laten bestaan. In de brief "Zeker van zorg" van juni jongstleden schetst de regering die stapsgewijze wijziging van de AWBZ. Deze wordt teruggebracht tot de onbetwistbare en onverzekerbare zorg in een glasheldere polis. Die polis moet dan volgens ons ook glashard zijn en het karakter van een verzekerd recht op zorg hebben, om de zorg voor en solidariteit met de meest kwetsbare en afhankelijke mensen zeker te stellen. Deze collectieve verantwoordelijkheid, zoals ik net ook in een interruptie tegen de heer Klein Breteler heb gezegd, moet in onze ogen publiek geregeld blijven. Alles wat vervolgens met participatie te maken heeft, valt onder de Wmo. Dat kunnen we steunen vanuit de filosofie van de buurt en de participatie. In onze ogen moet daarnaast voor echt cliëntgerichte, integrale zorg en dienstverlening een aantal vraagstukken versneld worden aangepakt.

Allereerst is er aan de voorkant van de zorgverlening een sterk versimpelde en meer integrale indicatiestelling nodig. De indicatiestelling zorgt op dit moment voor veel frustraties bij professionals en cliënten. Niet alleen vanwege de registratiedrift die ermee is gemoeid, maar vooral vanwege de onzinnigheid die deze soms uitstraalt. Wie wil nu die lelijke beugels op het toilet als ze niet echt nodig zijn? En wie wil zijn kont eigenlijk laten wassen

door een hulpverlener als dat niet strikt noodzakelijk is? Een flink aantal zaken waarvoor indicatie gesteld moet worden, kan gemakkelijk overgelaten worden aan de afspraken tussen hulpverlener en cliënt. Daarvoor is geen indicatieorgaan nodig. Simpele indicaties kunnen via een soort apk-keuringsmodel steekproefsgewijs worden gecontroleerd. Wij schatten in dat het al snel om zo'n 80% van de AWBZ-indicaties kan gaan, maar wij horen graag de visie van het kabinet hierop.

Wij steunen het uitgangspunt van de staatssecretaris dat de indicatiestelling zo dicht mogelijk bij de cliënt moet plaatsvinden. Zij experimenteert met de stroomlijning ervan in steden zoals Doetinchem en Leeuwarden. Waarom zou je daarmee niet veel grootschaliger aan de slag gaan? Een versnelde versimpeling levert veel op aan werklust bij en vertrouwen in de hulpverlening. Dat is ook een belangrijke doelstelling in het coalitieakkoord. Het is de ambitie van het kabinet om het vertrouwen in professionals te herstellen en de cliënt meer zelfstandigheid te geven. Voor de indicatie van de complexe gevallen moet vervolgens meer ruimte worden gecreëerd om over kokers en budgetten heen te gaan. Dat betekent meer mogelijkheden scheppen om geldstromen van de Wmo, AWBZ, WWB en Wajong bijeen te brengen en te substitueren. Wat is de stand van zaken bij de experimenten die op dit terrein in gang worden gezet, zoals in de regio Friesland? Wat belet de regering om ook hiermee nu al op grotere schaal te gaan werken?

Met een glasheldere polis en een adequate indicatiestelling kan er vervolgens ook op grotere schaal met cliëntvolgende bekostiging worden gewerkt. De regering wil daarmee experimenteren, maar is in onze ogen nog wat terughoudend. De staatssecretaris houdt vast aan de regionale contracteerruimte met de bewakende rol voor zorgkantoren. Wij begrijpen de angst voor misbruik bij persoonsvolgende financiering en voor mogelijke kostenstijgingen waarover eerdere sprekers ook hebben gesproken. Maar hebben wij enig zicht op de omvang ervan als je de persoonsvolgende financiering verder doorvoert? De zorgkantoren zouden bij persoonsvolgende bekostiging wellicht overbodig kunnen worden en dat scheelt in ieder geval geld en bureaucratie. Is de regering bereid om het effect van de cliëntvolgende bekostiging in een scenario te laten onderzoeken, net als het feitelijke misbruik dat op dit moment van pgb's wordt gemaakt?

Dat inzicht is van belang, omdat anders kansen blijven liggen voor doelgroepen die zo hun eigen zorgproces en leven meer in de hand kunnen krijgen. De groei van het aantal pgb's bij jonggehandicapten, die vaardig zijn met ICT en steeds mondiger worden, duidt erop dat het instrument bijdraagt aan hun zelfredzaamheid. De econoom Bovenberg pleitte voor de invoering van vouchers, zoals ook is genoemd door de heer Klein Breteler, nu het scheiden van wonen en zorg veel meer keuzes vraagt van de individuele cliënten. Een persoonsvolgend budget of voucher leidt dan tot het recht op keuze van zorgverlening, terwijl het geld ook ergens anders wordt beheerd. Zo kan worden geborgd dat het geld aan directe hulpverlening wordt besteed. Het kan bovendien aanbieders prikkelen tot het aanbieden van een integraal aanbod op de hulpvraag van cliënten, waar de beperkte contracteerruimte dat nu ook regelmatig belemmert.

Wij vragen ons af wat de stand van zaken is bij het sociaal aanbesteden is bij de inkoop in de Wmo.

Gemeenten leggen veel nadruk op doelmatige en prijsbewuste zorg, maar blijft dat in balans met de kwaliteit en beschikbaarheid van kleinschalige voorzieningen? De staatssecretaris dringt terecht aan op een meer evenwichtige inkoop, maar de prijs van de huishoudelijke verzorging lijkt toch te domineren. In het Wmo-debat in de Eerste Kamer van twee jaar geleden hebben wij aandacht gevraagd voor het goed formuleren van kwaliteit en keuzemogelijkheden voor cliënten in de bestekken, waarbij welzijnswerk ook een rol moest spelen. Voor zover wij kunnen overzien, komt daar nog weinig van terecht. Ook het groeiend aantal zelfstandigen zonder personeel dat zich moet laten inhuren zonder adequate verzekering en pensioenopbouw baart ons zorgen. Dat is niet alleen voor het personeel slecht, maar kan op termijn ook op de WWB drukken. Kan de staatssecretaris nog eens precies aangeven wat zij aan deze knelpunten doet en wat het sociaal aanbesteden daarbij oplevert? Is zij bereid bij blijvende problemen rond de zzp's het principe "personeel volgt werk" verder te verplichten in de aanbesteding? Wij hadden en houden ernstige twijfels bij de aanbesteding in de Wmo, maar als je het doet, moet de norm tenminste het sociaal aanbesteden zijn. Hoe borgt het kabinet dat?

Bij de plaats van welzijn in de Wmo wil onze fractie nog wat uitgebreider stilstaan. De sleutel tot participatie op de tussenliggende treden op de participatieladder zit hem toch vooral in een steviger welzijnsbeleid nieuwe stijl. De regering refereert daar in haar recente brieven ook aan, en daar zijn wij blij mee, maar ondertussen zijn lokaal veel maatregelen genomen die het karakter van bezuinigingen op het welzijnswerk hebben. Bij afwezigheid van GroenLinks noem ik Jos van der Lans toch maar even, die zich in dit debat zeker geroerd zou hebben. Hij schreef eind juni in Binnenlands Bestuur dat voor het welslagen van de Wmo cruciaal is dat er verbindingen tussen mensen worden gelegd. Dat moet meer centraal worden gesteld. Hij wijst erop dat mensen in de moderne complexe samenleving ook vastlopen in ziekte, schuld en eenzaamheid. In het oude welzijnsdenken werden zij geacht zich bij de "garage" te melden, oftewel het loket. In het nieuwe welzijnsdenken zou eigenlijk de "wegenwacht" langs moeten komen om hen weer een beetje op gang te helpen. Dat vraagt om professionaliteit om verbindingen te leggen tussen kwetsbaar en krachtig, ongezond en gezond, zwak en sterk, arm en rijk, en kansloos en succesvol.

Concreet moet je denken aan de rol van bewonersadviseurs, talentenmakelaars, opbouwwerkers, jeugdwerkers, eigenkrachtcentrales en de opvang van dak- en thuislozen. De staatssecretaris erkent het belang hiervan, wij zijn daar blij mee, maar deelt zij ook de opvatting dat het succes van de Wmo hiervan in hoge mate afhankelijk is? Zo ja, welke gevolgen heeft dat voor de ondersteuning en de investeringen richting gemeenten? Kan het welzijn bijvoorbeeld meer verplichtend in de kaderstelling bij het aanbesteden worden opgenomen? Wij hebben destijds gepleit voor regelingen om goede praktijken op dit gebied te stimuleren. De vorige staatssecretaris, mevrouw Ross, zegde ons in dat debat toe, te bezien of dit op een later moment zou kunnen. Dat latere moment is nu, dus is onze vraag aan deze staatssecretaris of zij daarmee iets kan doen.

Na onze vragen over de indicatiestelling aan de voorkant en de cliëntgerichtheid van de inkoop, is het van belang de integrale hulpverlening in de uitvoering

tegen het licht te houden. Wij zijn blij met de investeringen van het kabinet rond personeel en arbeidsmarkt en de versteviging van de mantelzorg. Een belangrijke vraag is evenwel of wonen, welzijn, zorg en arbeid, na het scheiden in financiële zin, nog ergens samenkomen in de uitvoering en of personeel verbandingen kan leggen. De eerder geschetste voorbeelden laten zien dat men bij soms geneigd is om zich te richten op beperkingen. In de uitvoering leidt het toekennen van een verblijfsindicatie er al snel toe dat verblijf in de verpleging en de verzorging toeneemt, als niet ook gekeken wordt of extramuralisering mogelijk is met begeleiding en activering en dus kansen op zelfredzaamheid in de thuisomgeving. Een scherpere indicatie doet immers niet de hulpvraag veranderen, hooguit de financieringswijze.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Collega Putters spreekt over verschillende indicatievormen. Als je naar dit voorbeeld kijkt, zou je moeten concluderen dat er een soort geïntegreerde Wmo-AWBZ-indicatiestelling zou moeten komen. Heb ik dat goed? Wij hebben in het verleden in ieder geval bepleit dat het ClZ in zou trekken bij het Wmo-loket.

De heer **Putters** (PvdA): Dat is precies de richting waarop ik doel bij de experimenten die gaande zijn en die wellicht op grotere schaal doorgevoerd kunnen worden om te kijken of je op dat punt de geldstromen bij elkaar kunt brengen. Ik heb erop zitten puzzelen hoe dat precies moet, maar ik bedacht dat ik niet de precieze rol van alle partijen moet benoemen. Je moet wel bekijken of je die rollen bij elkaar kunt brengen en of het mogelijk is, over de kokers van zowel de financieringspotjes als de uitvoering heen een integrale indicatie te stellen en in de uitvoering het hulpaanbod integraal aan te bieden. Ik sta achter wat mevrouw Slagter zegt.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Het ingewikkelde is natuurlijk dat je landelijk gezien eenduidig wilt indiceren, terwijl er in de gemeenten met hun eigen beleidsvrijheid ook op een andere manier kan worden geïndiceerd. Dat geeft een zeker spanningsveld.

De heer **Putters** (PvdA): Dat klopt, maar ik denk wel dat er meer ruimte op dat gebied nodig is. Ik heb met voorbeelden aangegeven dat die scherpere indicatie er ook toe kan leiden dat de hulpvraag van mensen niet wordt beantwoord en dat er ruimte nodig is om te bekijken of je met voorzieningen uit de Wmo, of met een combinatie met voorzieningen uit de AWBZ, beter aan de hulpvraag tegemoet kunt komen. Ik begrijp het pleidooi van mevrouw Slagter voor scherpe indicaties, maar die bieden niet altijd een antwoord op de hulpvraag. Daarom pleit ik ervoor om de experimenten goed te bekijken en op grootschalig niveau uit te voeren, om te bekijken wat daaruit kan komen en of je beter op een integrale manier kunt werken als je de potjes bij elkaar brengt. Ik denk dat onze zorg dezelfde is.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dat klopt. Ik schets alleen dat je aan de ene kant de ontwikkeling hebt van landelijk, onafhankelijk en objectief vaststellen. Aan de andere kant hebben wij in het verleden ook wel gezegd dat, als je de indicatie goed wilt doen, je eigenlijk een generalist moet hebben die weet heeft van alle vervolgvoorzieningen, zodat mensen goed te leiden zijn. Dan

heb je echter het spanningsveld dat de aanbieder mee gaat denken welke zorg iemand moet hebben. Het blijft een zeer subtiel proces. De ene keer ligt het evenwicht meer aan de ene kant en de andere keer meer aan de andere kant.

De heer **Putters** (PvdA): Natuurlijk is ook de onafhankelijkheid van de indicatiestelling een belangrijk punt. Ik denk dat wij met elkaar delen dat in deze analyse twee belangrijke knelpunten zitten. De indicatiestelling voldoet op dit moment nog onvoldoende aan de integrale hulpvraag. Je zult meer ruimte moeten creëren om tot afstemming en substitutie tussen potjes te komen. Ik pleit overigens in het verlengde van het laatste advies van de RMO over de ontkokering niet voor een nieuwe structuur of iets dergelijks. Ik denk dat je ook bij bestaande structuren moet zoeken hoe je potjes kunt uitwisselen. Daarnaast moet er in de uitvoering keuze blijven voor cliënten. Ik ben dat met mevrouw Slagter eens. Het kan niet zo zijn dat aanbieders zoveel sturen dat cliënten in de uitvoering niet meer kunnen kiezen.

Een scherpere indicatie moet dus niet de hulpvraag veranderen, maar hooguit de financieringswijze. Hoe gaat de regering met de onbedoelde neveneffecten daarvan om? Kan de staatssecretaris aangeven hoe de veranderingen in onderdelen van de AWBZ met een overgangstraject begeleid worden en hoe daarover met de doelgroepen wordt gecommuniceerd?

Als wij over de uitvoering van deze wetten spreken, wordt de marktwerking steeds relevanter. Het is maar de vraag of marktwerking in het aanbod ertoe bijdraagt dat de integrale hulpvraag beter beantwoord wordt. Aanbieders worden geacht meer te concurreren, maar voor kwaliteit van zorg is samenwerking cruciaal. Zorg, begeleiding en wonen moeten afgestemd worden. Kan marktwerking dat bereiken? Kan de regering overzien wat de consequenties ervan zijn op de ketensamenwerking? Hoe kan in een regime van marktwerking de kleinschaligheid bevorderd worden? Wat betekent het voor de aanbesteding van de Wmo als de persoonsvolgende financiering wordt uitgebreid? Hoe verhoudt dat zich tot elkaar?

Er leven bij ons dus nog enkele vragen over het effect van de marktwerking, die wellicht niet allemaal vandaag beantwoord kunnen worden, gewoonweg omdat wij het niet precies weten. Wie goed naar de Troonrede heeft geluisterd, heeft intussen gehoord dat de regering desondanks al voornemens is om de concurrentie in de markt van het zorgaanbod uit te breiden. Hoewel wij hier vandaag niet over de Zorgverzekeringswet spreken, hangen de veranderingen in de AWBZ en de Wmo daarmee samen. De minister zit er vandaag ook bij. Wij horen graag van hem wat het kabinet precies met die zin in de Troonrede bedoelt.

Wij plaatsen grote reserves bij het doorzetten van de marktwerking zonder bespreking in beide Kamers van een gedegen evaluatie van de eerste fase. Dat betreft zowel de aanbesteding in de Wmo als de vrije prijsvorming in de Zorgverzekeringswet. Met de afspraak in het regeerakkoord dat overgegaan wordt naar 20% vrije prijsvorming is in onze ogen voor de eerste maal de breed gedragen Eerste Kamermotie genegeerd die stelt dat de eerste 10% vrije prijzen geëvalueerd moesten worden voordat verdere stappen gezet zouden worden. Inmiddels heeft het kabinet er al een schep bovenop gedaan en in de Troonrede opnieuw uitbreiding



## Putters

aangekondigd. Onze fractie wil conform de wens van deze Kamer eerst met het kabinet van gedachten wisselen over wat de markt precies oplevert voor de kwaliteit van zorg en dienstverlening. Wij vragen de toezegging van het kabinet, dit op korte termijn te doen, alvorens te overwegen om te vragen om onderzoeken of de instelling van een commissie van wijzen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik steun collega Putters helemaal in dit betoog. Ik stel voor, de minister te vragen dat voor 1 januari 2009 te doen, omdat per 1 januari uitbreiding van de vrije prijzen met 34% al een feit schijnt te zijn.

De heer **Putters** (PvdA): Ik heb de vraag gesteld en ik wacht het antwoord van de minister daarop af.

Wij begonnen met onze visie op zorg en dienstverlening, die wij met de participatieladder schetsten. Als wij daar ook mee willen eindigen is tot slot maar één vraag echt belangrijk: komen de zorg en dienstverlening terecht bij de mensen die het nodig hebben? Het loopt in de praktijk regelmatig mis bij het formuleren en organiseren van een antwoord op de integrale hulpvraag. Het stapsgewijze scenario voor het terugbrengen van de AWBZ naar zijn oorspronkelijke bedoeling van solidariteit met de meest kwetsbare groepen die aangewezen zijn op langdurige en onverzekerbare zorg, biedt voor ons een goed uitgangspunt om dit beter te regelen. Dan moet volgens onze fractie echter wel, kort samengevat, worden ingezet op vier centrale punten, te weten een simpeler en meer integrale indicatiestelling rond de hulpvraag; een betere verankering van het welzijn in het aanbesteden van de Wmo; meer ruimte voor persoonsvolgende financiering en een meer fundamentele bespreking van de betekenis van marktwerking in de uitvoering van de zorg. Wij kijken met belangstelling uit naar de reactie van de regering.

De heer **Klein Breteler** (CDA): U hebt gesproken over het persoonsvolgend budget en het persoonsgebonden budget. Dat spreekt ook wel aan, maar ik heb een vraag over de architectuur van de toekomst. Wat is de bedoeling van de PvdA? Blijft het een subsidieregeling of komen er aanspraken in de wet te staan, zodat er wettelijke aanspraken zijn op pgb en persoonsvolgend budget? Voor welke variant kiest de PvdA?

De heer **Putters** (PvdA): Wij zouden dat in ieder geval graag op een rij gezet zien door de regering, maar ik heb wel heel duidelijk aangegeven dat wat ons betreft de romp-AWBZ die in het eindplaatje blijft bestaan, onder belangrijke publieke randvoorwaarden geregeld moet zijn en dat die glasheldere polis ook het karakter van een verzekerd recht moet hebben.

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Ik voer het woord mede namens de ChristenUnie. Er is nog even overwogen of ik dat ook namens de heer Schouw zou doen van een onder ons welbekende fractie. Maar omdat niet duidelijk werd of er voldoende spanning in het debat zou komen, is daarvan afgezien.

Bijna dagelijks maken de media melding van de gezondheidszorg in ons land. De fracties van de SGP en de ChristenUnie vinden het zo jammer dat dat eigenlijk

alleen gaat over de negatieve aspecten die aan het zorgstelsel kleven. Wanneer wij het over de gezondheidszorg hebben, moeten wij allereerst denken aan de grote plaats die deze zorg in onze samenleving heeft. Met grote liefde en inzet wordt door velen in ons land zorg geboden. Hoewel klachten over grote bureaucratie gemakkelijk de boventoon voeren en hoewel de werkers in de zorg genoeg terechte wensen hebben, mag hun grote inzet en betrokkenheid vandaag niet worden vergeten. Ook zijn er gelukkig zeer veel ouderen of mensen met een handicap die veel waardering hebben voor hun inzet.

Onder die negatieve berichten horen wij ook van de frustraties die de bezuinigingen opleveren voor de medewerkers. Het gevolg is een vershraling van het zorgaanbod. Daarbij komt nog dat de vraag naar zorg in Nederland toeneemt. Een van de belangrijkste oorzaken van de toegenomen vraag naar zorg is de vergrijzing en de hiermee samenhangende toename van chronische aandoeningen. Een tweede belangrijke oorzaak van de toegenomen vraag naar zorg is dat technologische ontwikkelingen leiden tot betere diagnostische mogelijkheden en betere behandeltechnieken, waardoor mensen langer en vaker een beroep doen op de gezondheidszorg. Het gevolg is dat de inrichting van het zorgstelsel telkens wordt aangepast aan deze ontwikkelingen.

Daarnaast is de betaalbaarheid van de zorg een aspect dat van belang is. Vanwege die betaalbaarheid bemoeit de overheid zich al een groot aantal jaren met de gezondheidszorg. Aanvankelijk werd getracht om de kosten te beheersen door het volume van de zorg door middel van wetgeving te beheersen, omdat onder meer de effectiviteit veelal te wensen overliet. Daarom werd in 1983 een krachtig budgetteringssysteem geïntroduceerd, dat met succes de kostenstijging in beheersing bracht. Maar tegelijkertijd resulteerde dit in lange wachtlijsten en in hoge werkdruk. Daarom werden er lijnen uitgezet die zouden moeten resulteren in een geheel andere ordening van de gezondheidszorg. Sinds 1987 gaat het daarbij om de introductie van marktwerking. Zorg en zaken moeten worden gecombineerd, zo was de filosofie.

Naar de mening van onze fracties ging men uit van ideeën die uit Amerika waren overgewaaid en die een ingrijpende wijziging van de historisch gegroeide gezondheidszorg beoogden ten gunste van de marktwerking. Twee hoofdmotieven dienden als uitgangspunt. Ten eerste werd een toename van de autonomie van de patiënt beoogd, met ook de individuele keuzevrijheid van de patiënt, zodat er meer ruimte zou komen voor zorg op maat. Ten tweede zou met de introductie van marktwerking een efficiënte allocatie en een beheerste ontwikkeling van de kosten worden bereikt. Overigens – het zij met ere genoemd – voelde staatssecretaris Simons begin jaren negentig niets voor de beoogde marktwerking. Het plan-Simons hield in dat het ziekenfonds op termijn zou worden opgeheven door de AWBZ als basispakket uit te breiden, ten koste van de toen bestaande Ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekeringen.

Uiteindelijk, na die lange reeks van jaren, is onder leiding van minister Hoogervorst een ingrijpende stelselwijziging doorgevoerd met de Zorgverzekeringwet. De overheid wil met de Zorgverzekeringwet het stelsel weer overzichtelijk maken en een gelijk speelveld creëren. In dit nieuwe stelsel is er meer keuzevrijheid en is de positie van de burger meer

centraal komen te staan. De verzekeraars en de aanbieders moeten hun positie in de markt door betere serviceverlening, contractering en een goede prijs-kwaliteitverhouding zien te behouden of uit te breiden. Dit moet leiden tot meer marktwerking en tot een beperking van de kosten in de gezondheidszorg. De vraag die ik ook bij de minister neerleg, is of deze doelen, die in de loop der jaren zijn gesteld en vooral belichaamd zijn in de Zorgverzekeringswet, zullen worden gerealiseerd. Volgens allerlei onderzoeken, ook recentelijk, lijkt dat nog niet zo erg het geval te zijn.

Nu is de modernisering van de AWBZ aan de orde. In 1968 werd de AWBZ ingesteld om zeer kostbare en langdurige zorgkosten te financieren. Opmerkelijk is dat het aspect van deze onverzekerbare risico's in de loop der jaren naar de achtergrond is verschoven. Daar is de overheid natuurlijk medeschuldig aan. Ik heb het in de loop der jaren meegemaakt dat het ene na het andere moest worden overgeheveld naar de AWBZ. Nu zit diezelfde overheid met dit grote probleem. Het gevolg is dat zo'n 40% van alle uitgaven voor gezondheidszorg voor rekening van de AWBZ komt. Ook zijn er tal van ondoelmatigheden in dit stelsel geslopen en dat is net zo erg. Het gevolg voor de cliënt: een ondoorzichtige toegang, bureaucratie, verschralling van de zorg en geen samenhang tussen cure en care. Bovendien staat nu de betaalbaarheid onder druk. Maar ook de zorgaanbieders zitten klem. Zij hebben te maken met budgetbegrenzing, arbeidsschaarste, voortdurende onzekerheid over het stelsel, een rem op de vernieuwing door gescheiden bekostigingssystemen enzovoort. Samenvattend: het AWBZ-systeem zit op slot, zowel aan de voor- als de achterkant. De cliënt staat hierbij niet centraal. Er is geen optimale kwaliteit. Zorgaanbieders hebben onvoldoende mogelijkheden om goede en innovatieve zorg te leveren en kunnen niet alle zorg leveren die de cliënt vraagt en ook nodig heeft.

Het advies van de SER is helder, zo constateren onze fracties. Het geeft een brede schets van de veelomvattende problematiek van de AWBZ. Het toont ook realiteitszin door de stapsgewijze aanpak en door oog te hebben voor de verworvenheden en transformatieprocessen in de Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ondersteuning. Het reikt ook een oplossingsrichting aan. Het doel is het terugbrengen naar de kern, namelijk verzekering voor langdurige zorg die buiten de AWBZ bijna onverzekerbbaar is. De SER bepleit het scheiden van wonen en zorg, het verbeteren van de indicatiestelling en voorts de overheveling van op herstel gerichte zorg naar de Zorgverzekeringswet, alsmede overheveling van sociale dienstverlening naar de Wet maatschappelijke ondersteuning. Ook wordt nadrukkelijk gesproken over de vraaggestuurde, cliëntgerichte uitvoering. Daarmee zijn wij al een aantal jaren bezig. Veelal blijven de inspanningen beperkt tot goede studies en prima rapporten, maar naar onze mening is de praktijk nog ver verwijderd van hetgeen wij voor ogen hebben.

Het kabinet heeft in de brief "Zeker van zorg nu en straks" zijn visie op de langdurige zorg geschetst. Dat is uitstekend. Ook de stapsgewijze benadering vinden wij prima, maar wij missen een heldere visie op de uitvoering van de AWBZ voor de langere termijn. Dat brengt onzekerheid met zich mee voor het hele veld, terwijl dat al jaren onzekerheid kent. Dat blijkt uit tal van brieven die wij hebben ontvangen. Er moet toch een

antwoord komen op de vraag: wat is het toekomstperspectief? Er moet toch een antwoord komen op de vraag: wat levert de herijking van de verantwoordelijkheden op? Wie, wat en waar? Wie is dus verantwoordelijk?

Naar onze mening moet de overheid namelijk sturen aan de voorkant, dus aan de hand van aanspraken en indicaties en niet op hieraan gekoppelde normbedragen of budgettering. Omdat care en cure lang niet altijd te scheiden zijn, is het nodig dat er een consistente relatie wordt gelegd tussen robuuste indicaties en recht op zorg met middelen en zorgplicht, zodat de keten kan functioneren en de verantwoordelijkheid voor de klant helder is. Mogen we van het kabinet, van de minister en van de staatssecretaris, kortom, van de bewindslieden vernemen wat de visie voor de langere termijn is? De lijnen lopen door elkaar, maar er is altijd eenheid van beleid heb ik geleerd uit de boeken voor staatsrecht, alhoewel... Het zorgstelsel dat tot in 2005 functioneerde, was erg onoverzichtelijk. Met snoei- en hakwerk werd getracht hierin verbetering aan te brengen, wat maar ten dele gelukte. Laten wij daar allen lering uit trekken en de mensen die zorg nodig hebben, nu al duidelijk maken wat de gerechtvaardigde verwachtingen zijn.

De heer **Putters** (PvdA): U hamert nogal op het belang van een visie. Dat hebben wij allemaal gedaan. Naar de mening van mijn fractie is met de keus voor het SER-scenario en hetgeen in de brief van juni staat, ten minste een stevige basis voor een visie gegeven. Graag verneem ik van de fracties van de ChristenUnie en de SGP of zij deze mening delen.

De heer **Van den Berg** (SGP): Die delen wij, maar wij vinden dat er een inkadering moet zijn en dat er uitgangspunten moeten zijn. Meestal komen die aan het eind van een betoog aan de orde. De heer Putters weet misschien niet wat een driepuntenpreek in een protestante kerk is, maar bij een dergelijke preek wordt aan het eind de toepassing verwoord. Ik heb ook iets bewaard voor het onderdeel "toepassing".

De heer **Putters** (PvdA): Ik heb een katholieke moeder.

De heer **Van den Berg** (CDA): In de katholieke kerk geven ze de toepassing meestal aan de voorkant, daarom zijn ze over het algemeen ook wat opgewekter dan de protestanten.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik wil iets zeggen wat geschikt is voor de middenzang. Wat zijn de gerechtvaardigde verwachtingen van de partij van de heer Van den Berg? "Gerechtvaardigd" vind ik overigens een ingewikkeld woord. Misschien kan hij duiden wat hij daarmee bedoelt.

De heer **Van den Berg** (SGP): Dat zal ik doen. Bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet in deze Kamer waren onder meer de SGP en de ChristenUnie er niet gerust op dat de individuele zorgvragers als marktpartij voldoende toegerust zouden zijn in de nieuwe verhoudingen en nu maken wij ons ook zorgen. Wij vragen ons af of de zorgbehoeftigen straks partij zijn in het stelsel van de versobering. Wij vinden dan dat de gerechtvaardigde verwachting moet zijn dat deze mensen goede zorg geboden kan worden, zorg waar zij ook recht op hebben.

Ik zal dat straks nog toelichten, want ik zie mijn collega enigszins ongerust kijken.

Met de nieuwe Zorgverzekeringswet beoogden wij een vraaggerichte omslag in de gezondheidszorg te bereiken. Daar hameren wij ook op bij de discussies over de AWBZ-zorg. Er moet niet geholpen worden via aansturing, maar via zorgvraag. Destijds is gezegd dat bij de marktwerking de kosten lager zouden worden. De marktwerking zou ook leiden tot meer kwaliteit van de zorg. Helaas blijkt dat er nauwelijks invloed is op de kwaliteit bij de zorginkoop. Anders gezegd, hierbij wordt nauwelijks rekening gehouden met de wensen van de verzekerden. Hoezo de derde partij in de hoofdrol? Hoezo marktwerking? Graag vernemen wij de visie van de bewindslieden. Wij vragen vervolgens: hoe voorkomen we dit gebrek aan klantgerichtheid en aan kwaliteit bij de AWBZ-nieuwe stijl? Ik hoop dat ik hiermee de SP-collega volledige helderheid heb geboden.

Voorzitter. Bij de aanpassing van de AWBZ zullen onze fracties de voorstellen beoordelen aan de hand van een aantal principiële uitgangspunten.

- a. De overheid blijft ervoor verantwoordelijk dat de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk blijft en van goede kwaliteit is, een kwaliteit die meetbaar is.
- b. Bij de ombuiging, in het gehele transitieproces, moet ervoor worden gezorgd dat de burgers, de belanghebbenden, passende, kwalitatief goede zorg kunnen krijgen en houden op een zodanige manier dat zij zelf, of geholpen door hen die om hen heen staan, de regie kunnen blijven voeren over hun eigen bestaan.
- c. De ingezette ontwikkeling waarbij de AWBZ in steeds sterkere mate gericht zal zijn op de zwakste burgers – het is terecht dat dat gebeurt – vraagt erom dat de verantwoordelijkheden goed worden vastgelegd.
- d. Wij zien dat ketenzorg een steeds belangrijker begrip wordt. Daarom zullen wij aandacht vragen voor de vraag hoe vormgegeven wordt aan integrale zorgverlening, waarin care en cure met elkaar verbonden zijn.
- e. In verband daarmee zal blijvende aandacht nodig zijn voor de samenwerking tussen de verschillende organisaties die onderdelen in de keten leveren. Dat geeft wel spanning met wat het kabinet beoogt met marktwerking. Het is voor het goed functioneren van de zorgverlening uiterst belangrijk dat de organisaties voor care en cure met dezelfde financiers te maken hebben. Anders geeft dat spanningen, onduidelijkheden en problemen. Graag krijgen wij hierop een reactie van de bewindslieden.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Voorzitter. Ik zie aan de tekst van het betoog van de heer Van den Berg dat hij het gedeelte over de AWBZ nu afsluit en overgaat tot opmerkingen over de WMO. Daarom stel ik hem nu deze vraag. Met wat hij zegt onder de punten a. tot en met e. is natuurlijk niets mis. Ik verwacht dat dat op de instemming van alle partijen hier mag rekenen. De vraag is echter: wat mag het kosten? Daarover heeft de heer Van den Berg zich nog niet uitgelaten. Een aantal partijen zegt: wij moeten de AWBZ reserveren voor de meest kwetsbaren, ook vanwege de solidariteit. Met andere woorden, de premie van 13% staat onder druk, mede vanwege de ontwikkelingen waarop de heer Van den Berg wijst, zoals die van de techniek, de vergrijzing enzovoorts. Hij zegt echter niet wat de visie op de kostenontwikkeling is van de partijen die hij tegenwoordigt. Moeten er keuzen worden gemaakt?

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Toen de heer Klein Breteler nog niet geboren was als politieke collega, is daarover natuurlijk gefilosofeerd en nagedacht. Wij vinden dat je voor de AWBZ-zorg eerst een omslag moet maken. Wat kost goede AWBZ-zorg? Ik denk dan aan een omgekeerde piramide. Op grond daarvan moet je beredeneren wat de andere zorg kost. Als je dat doet, en daar hebben wij al vaker op aangedrongen, kun je keuzes maken. Ik heb geprobeerd in mijn verhaal te laten doorklinken dat wij nu eerst praten over de kosten en dan pas over de zorg. Collega Putters heeft daarover heel goede dingen gezegd. Naar ons idee is dat de omgekeerde wereld. Ik noem geen cijfers, want dat onderzoek is er nog niet geweest, maar dat zou er zeker moeten komen.

Voorzitter. Uitgangspunt van de Wmo is dat iedereen volwaardig aan de samenleving kan deelnemen. SGP en ChristenUnie zien dat veel gemeenten worstelen met de invulling van prestatievelden, bijvoorbeeld het bevorderen van sociale samenhang en leefbaarheid in wijk en buurt. Wil je dat doen, dan moet er zicht zijn op sociale knelpunten, de te mobiliseren sociale krachten en de kwetsbare groepen. Naar onze mening is daarnaar te weinig onderzoek gedaan. Dat zou toch moeten gebeuren, want ik denk dat zo'n prestatieveld anders toch niet tot zijn recht zal komen. Wij vragen de staatssecretaris of dit door gemeenten op een goede wijze wordt opgepakt. Zij zal daarop meer zicht hebben dan wij, maar wij horen veel signalen dat dit niet het geval is.

In vervolg hierop hebben wij nog wel een aantal vragen. Wat vindt de staatssecretaris ervan dat gemeenten de systematiek van de negen prestatievelden loslaten? Behoort dit tot de beleidsvrijheid van gemeenten? Hoe kan nog getoetst worden of gemeenten doen wat ze moeten doen, als de systematiek wordt losgelaten? Wat is de visie van de staatssecretaris op de rol van de kerken? Wij vernemen dat het overleg tussen gemeenten en kerken in nogal wat gemeenten moeizaam is, terwijl er toch een motie van het Kamerlid Rouvoet ligt. Je zou zeggen dat dit de gemeenten tot spoed zou moeten manen om met die kerken in contact te komen.

De staatssecretaris heeft de ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers tot speerpunt gemaakt. Houdt dit niet het risico in dat het sturen van de gemeenten weer door het Rijk wordt overgenomen? Daarover is net al het een en ander gezegd door collega Klein Breteler. Wij kunnen dat niet met zoveel mooie woorden zeggen, wij stippen het alleen maar even aan.

De aanbestedingen voor de huishoudelijke zorg zijn niet vlekkeloos verlopen. Dat weten wij. Enige tijd geleden is gebleken dat een aantal gemeenten nogal wat geld heeft overgehouden. Wat hebben we hiervan geleerd? Heel recent, gisteren nog, hoorden wij opnieuw signalen dat de aanbesteding in de Wmo niet per se nodig was geweest. Voor de nieuwe beleidsplannen moet hiernaar nog eens goed onderzoek gedaan worden. Als het maar even mogelijk is, willen onze fracties die aanbesteding er graag uitgehaald zien, omdat de sociale component waarover de heer Putters sprak, bij veel gemeenten ontbreekt. Verder moet ervoor worden gezorgd dat niet tot aanbesteding wordt overgegaan als er onderdelen uit de AWBZ naar de Wmo worden overgeheveld, want dan vrezten wij het ergste.

Voorzitter. Het gaat over zorg voor mensen. De zorg begint bij de zorgbehoevende en natuurlijk niet bij de

zorgverlener. In de gelijkenis van de barmhartige Samaritaan – ik neem aan dat iedereen in deze Kamer die gelijkenis wel kent – lezen wij dat deze met ontferming bewogen werd toen hij de gewonde man zag liggen, dit in tegenstelling tot zijn beide voorgangers. De grondhouding in de hulpverlening zou dus bij voorkeur het “met ontferming bewogen” moeten zijn. De overheid moet daarvoor de mogelijkheden scheppen en niet weglopen, ook niet als de AWBZ wordt versoberd, en er ook voor zorgen dat de gelden daarvoor op een verantwoorde wijze worden besteed.

Voorzitter. Met belangstelling wachten wij op de beantwoording maar vooral op de visie van de bewindslieden.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

---

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Regels strekkende tot het opleggen van een tijdelijk huisverbod aan personen van wie een ernstige dreiging van huiselijk geweld uitgaat (Wet tijdelijk huisverbod) (30657).**

De **voorzitter**: Ik heet de minister van Justitie en de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van harte welkom.

De beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw **Duthler** (VVD): Mevrouw de voorzitter. Huiselijk geweld past niet in een moderne beschaafde samenleving. Op de lijst van dodelijke slachtoffers als gevolg van een onnatuurlijke oorzaak staat huiselijk geweld na verkeersongevallen op de tweede plaats. Geschat wordt dat zich per jaar zo'n 450.000 incidenten voordoen. Dat is onacceptabel en dermate veel dat overheidsingrijpen gerechtvaardigd lijkt. Het is goed dat er een plan ligt om huiselijk geweld te bestrijden en een wetsvoorstel dat overheidsingrijpen moet legitimeren. De leden van de VVD-fractie hebben echter nog wel hun bedenkingen bij het wetsvoorstel die met name rechtsstatelijk van aard zijn.

Vooropstaat dat inmenging van de overheid in de privésfeer zo veel mogelijk moet worden beperkt. Alleen als er zeer dringende redenen voor zijn, kan de overheid zich ook met burgers tot achter hun voordeur bemoeien. Daarbij moeten democratische en rechtsstatelijke principes in acht worden genomen.

Het onderhavige wetsvoorstel geeft burgemeesters de bevoegdheid om aan verdachten van huiselijk geweld een tijdelijk huisverbod op te leggen. Uithuisplaatsing is een zeer ingrijpende maatregel die inbreuk maakt op de persoonlijke levenssfeer en op het ongestoord genot van de woning. Er is sprake van vrijheidsbeneming of in ieder geval vrijheidsbeperking. Hoort de bevoegdheid tot het opleggen van een dergelijk vergaande maatregel niet in de strafrechtelijke sfeer te blijven, zodat ook de waarborgen van het strafrecht onverkort van toepassing zijn?

De burgemeester krijgt deze bevoegdheid in het kader van lokale veiligheidszorg, zo redeneert de minister. De

minister schrijft letterlijk: Hij krijgt deze bevoegdheid vanwege zijn formele gezagsrol over de politie inzake hulpverlening en de verantwoordelijkheid van de gemeente voor maatschappelijke hulpverlening en welzijn. Past uithuisplaatsing onder deze noemer? Is dat niet een gekunstelde constructie? De burgemeester heeft inderdaad het formele gezag over de politie. Dat betekent echter nog niet dat hij ook de zeggenschap heeft over de politie. Bovendien is de burgemeester bij het maken van een afweging om een tijdelijk huisverbod op te leggen afhankelijk van de informatie die hij van de politie krijgt. Als de politie al 4,5 uur heeft besteed aan het invullen van een risicotaxatieformulier, moet hij van goeden huize komen om daar van af te wijken. Dat zal hij slechts in uitzonderingsgevallen doen. Hij blijft echter wel verantwoordelijk voor het besluit. Ook in andere Europese landen is het opleggen van een huisverbod voorbehouden aan de rechter of de politie. Nederland is het enige Europese land dat er voor gekozen heeft om deze bevoegdheid aan de burgemeester toe te kennen. Daar is ook wel wat voor te zeggen. Het tijdelijk huisverbod is een preventieve maatregel. Er is nog geen sprake van een verdenking van een strafbaar feit. Er is sprake van dreiging van huiselijk geweld. Een tijdelijk huisverbod wordt opgelegd juist ter voorkoming daarvan. De grenzen van het strafrecht zouden juist weer worden opgerekt als de politie ook bevoegdheden zou krijgen ter voorkoming van strafbare feiten. Waarom is overigens gekozen voor mandatering aan de hulpofficier van justitie en niet aan de politie? Mandatering aan de politie past nog enigszins bij de taak van de politie zoals omschreven in artikel 2 van de Politiewet, te weten het verlenen van hulp aan hen die deze behoeven. Een hulpofficier van justitie echter is belast met de opsporing van strafbare feiten en heeft geen hulpverleningstaak. Was mandatering aan de politie niet beter te verdedigen geweest?

Al met al is het een lastige afweging. De leden van de VVD-fractie houden aarzeling bij het toekennen van de bevoegdheid aan de minister. Deze leden vinden het daarom van belang dat de wet de mogelijkheid van rechterlijke controle kent en uithuisgeplaatsten voldoende rechtsbescherming biedt. Weliswaar voorziet het wetsvoorstel in rechterlijke controle maar die is gericht op het treffen van een voorlopige voorziening. Een voorzieningenrechter toetst een besluit van de burgemeester marginaal: heeft de burgemeester in redelijkheid tot het besluit kunnen komen? Het bieden van voldoende rechtsbescherming aan de uithuisgeplaatste is des te klemmender nu het niet naleven van een huisverbod een strafbaar feit oplevert en de uithuisgeplaatste in voorlopige hechtenis kan worden genomen. De duur van de voorlopige hechtenis kan de duur van het huisverbod overschrijden. Is de uithuisgeplaatste eenmaal in het strafrecht beland, dan is een inhoudelijke beoordeling van de maatregel zelf niet meer aan de orde. De juistheid, rechtmatigheid van de maatregel is dan een gegeven. Het is de vraag of met dit wetsvoorstel de voorwaarden van artikel 6 EVRM voldoende worden gerespecteerd. Is er sprake van een eerlijke en openbare beoordeling binnen een redelijke termijn door een onafhankelijke en onpartijdige rechter? De VVD-fractie twijfelt daaraan. Kan de minister mijn fractie overtuigen dat wel degelijk aan de voorwaarden van artikel 6 EVRM is voldaan? Ik heb begrepen dat de minister vaker over dit onderwerp heeft gepubliceerd.