

in het begin een redelijk toezicht op te hebben, onafhankelijk van wat de uit huis gezette wil, allochtoon of autochtoon. Zeker in verband met artikel 6 EVRM is dat helemaal niet onverstandig. Ik sluit daarom af met de vraag aan de regering om een toezegging om deze rechtsbescherming in de nabije toekomst te verhogen via daartoe geëigende regelgeving. Graag verneem ik de reactie van de regering hierop.

Het zal de regering duidelijk zijn dat ons bezwaar tegen de toekenning van de bevoegdheid aan de burgemeester deels, niet geheel, zou kunnen worden ondervangen door de gevraagde verhoging van de rechtsbescherming zoals net bedoeld. Ook mede daarom is de reactie van de regering op het laatste punt voor de eindafweging van de CDA-fractie van groot belang. Wij wachten die reactie uiteraard met belangstelling af.

De heer **Engels** (D66): Mijn fractie wacht de antwoorden op die vragen ook met belangstelling af. U hebt de regering gevraagd of zij bij de aangekondigde evaluatie nog eens wil kijken of een terugkeer van het ingezette pad naar een bestuurlijke bevoegdheid te overwegen valt. Vindt de CDA-fractie dan ook dat er in de tussenliggende tijd pas op de plaats zou moeten worden gemaakt met een toekenning van verdere bevoegdheden aan de burgemeester op het gebied van openbare orde en veiligheid en wellicht ook op het terrein van welzijn en leefbaarheid?

De heer **Dölle** (CDA): Ik begrijp uw vraag, maar ik vind dat een wat andere zaak. Dat geldt ook voor de motie die u hebt ingediend. De discussie over de vraag of het ambt van burgemeester, die steeds meer taken krijgt in het openbare domein, bijvoorbeeld moet leiden tot een aparte wet, tot een stop of tot een wijziging in de aanstellingswijze is een andere discussie dan over de vraag of dit een adequaat middel is om dreigend huiselijk geweld te dempen en tegen te gaan. Ik wil wel toezeggen dat wij in een eventuele tweede instantie op die motie terugkomen.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

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



Minister **Klink**: Mevrouw de voorzitter. Ik realiseer mij dat de meeste vragen en opmerkingen gericht zijn aan het adres van de staatssecretaris. Dat ligt ook besloten in de aard van dit onderwerp. Mijn betoog zal dus betrekkelijk kort zijn. Ik wil wel ingaan op een aantal vragen die aan ons beiden zijn gesteld en die ons beider oriëntatie in dit debat en onze politieke lijnen voor de komende jaren betreffen. Ik heb het, ook als oud lid van deze Kamer, altijd op prijs gesteld om beleidsdebatten te kunnen voeren over de hoofdlijnen en de contouren van wat zich in politiek opzicht aftekent. Zulke debatten bieden ons de kans om alle afzonderlijke maatregelen die vaak in wetten en debatten aan de orde komen, te beoordelen aan de hand van de hoofdlijnen. Daarmee

komen ook de hoofdlijnen beter in beeld. Om die reden vind ik het plezierig om hier samen met de staatssecretaris te kunnen zijn, ook al ligt het zwaartepunt van het debat bij de AWBZ en de Wmo.

Ik ben het zeer eens met wat de heer Klein Breteler zojuist stelde. Wat hij zei was analoog aan wat mevrouw Van Leeuwen in de vorige periode zei, namelijk dat de zorg voor kwetsbare mensen, gehandicapten en ouderen een graadmeter is voor de kwaliteit van de samenleving. Diezelfde opmerking is de geachte afgevaardigde ook tegengekomen in de stukken van de staatssecretaris. Die uitspraak is min of meer een motto. Voor zover in deze Kamer – het doet mijn CDA-hart pijn om dat te melden – het idee leeft dat dit motto is ontleend aan de historie van mevrouw Van Leeuwen, moet ik ons allen teleurstellen, want het is Simone de Beauvoir die deze uitspraak tot motto van haar boek over ouderdom verhieft. Ik geef toe dat Simone de Beauvoir minder impact op deze wereld heeft gehad dan mevrouw Van Leeuwen, maar ik meen dat ons wellicht enige bescheidenheid past. Desalniettemin, het motto kan dan van Simone de Beauvoir komen, maar het moet wel leidend zijn bij onze aanpak van de zorg. Nogmaals, in dit geval heeft succes vele moeders, maar ik meen de echte moeder op het spoor te zijn gekomen.

De invoering van het nieuwe zorgstelsel was dé prioriteit van het vorige kabinet. De heer Van den Berg heeft daar terecht op gewezen. Hij deed ook uit de doeken dat deze stelselwijziging een langere voorgeschiedenis kent en in feite al in de jaren negentig, onder andere tijdens de periode van mevrouw Borst en met name aan het einde van de kabinetten-Kok, haar contouren kreeg met verkenningen. Die verkenningen werden dus aan het eind van die periode gemaakt.

De heer Van den Berg gebruikte in zijn betoog het voorbeeld van de situatie in Amerika. Die lag naar zijn beleving ten grondslag aan in elk geval een aantal verkenningen en wellicht ook aan de herijking van het zorgstelsel in de vorige kabinetsperiode. Ik heb nogal mijn bedenkingen bij het idee om Amerika als een soort referentiepunt te gebruiken. Ik meen dat het ook niet helemaal juist is om dat te doen. Laat ik een paar van mijn bedenkingen verwoorden en, ook in het licht van de discussie over marktwerking die soms wordt gevoerd, een paar kanttekeningen maken.

Behoudens een enkel bezoek heb ik via literatuur kennisgenomen van de situatie in Amerika. Mij valt dan op dat die ontzettend sterk gecollectiviseerd is in weerwil van onze ideeën daarover in Europa. Het lijkt wel of de zorg de financiële markten is voorgedaan, want ze kennen in Amerika Medicare voor de ouderen, Medicaid voor degenen die een zeer laag inkomen hebben of die helemaal geen inkomen hebben en ze kennen ook nog de veteranenautoriteit. Neemt u van mij aan dat daarmee ook miljoenen gemoeid zijn. Als men alles bij elkaar optelt, komt men al gauw uit op een gecollectiviseerd aandeel van de zorg van zo'n 40, 50%. Dat deel van de zorg koopt de overheid dus in feite in. Daar komt nog bij dat er onverzekerden zijn. Zij kunnen van overheidswege aanspraak maken op zorg op het moment dat die acuut nodig is. Als je die groep ook in aanmerking neemt, blijkt dat je de helft van de zorg tot het collectieve stelsel kunt rekenen, althans, dat die helft via de overheid wordt gefinancierd.

Degenen die niet via die collectiviteiten op zorg aanspraak kunnen maken, zijn voor een deel via de

werkgever verzekerd. Ik schat dat dit geldt voor 30, 35% van de Amerikaanse bevolking. Hebben deze mensen keuzevrijheid? Eigenlijk niet. De werkgever verzekert ze en hij doet dat in de regel via een verzekeraar die al langere tijd binding heeft met die werkgever. Vervolgens is heel vaak die verzekeraar verticaal geïntegreerd met zorgaanbieders. Die verzekeraar contracteert verschillende zorgaanbieders. Als patiënt sta je op die manier met lege handen als het om de keuzevrijheid gaat. Die is er namelijk nauwelijks. De werkgever en de verzekeraar bepalen waar de zorg wordt ingekocht. Mij dunkt dat dit een systeem is dat nauwelijks marktprikkels kent. Er zijn wel marktprikkels, maar die zijn er voor de mensen die rijk genoeg zijn om zichzelf te verzekeren. Mijn Canadese collega zei ooit toen tijdens een debat dat wij in Washington hadden werd gevraagd naar de kwalificatie van het Amerikaanse zorgstelsel: Amerika heeft gewoon geen systeem. In dit verband denk ik aan de gelijkenis met de financiële markten. Een goede markt vergt ordening en als die ontbreekt gaat de markt als het ware door haar benen en houd je uiteindelijk heel weinig over. Naar mijn gevoel wordt het Amerikaanse stelsel dan ook ten onrechte gebruikt als men zegt: wij liberaliseren in de richting van datgene wat in Amerika usance is. Let er ook eens op hoe de zorgkosten daar de pan uit rijzen.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Voorzitter. Ik ken het voorbeeld dat de minister geeft. In Nederland zie je echter in toenemende mate dat zorgverzekeraars zogenaamde prefered suppliers contracten afsluiten. Er is verschil tussen de natura en de restitutiepolis. De restitutiepolis wordt in wezen steeds duurder. Krijgen wij op die manier ook niet sluipenderwijs te maken met de situatie die men in Amerika kent, dat de zorgverzekeraar bepaalt naar welke zorginstelling je gaat? De keus van de patiënt of de cliënt komt dan in het geding.

Minister **Klink**: Ja, maar daarbij maak ik uitdrukkelijk de kanttekening dat de verzekerde elk jaar kan wisselen van verzekeraar. Hij kiest zelf voor een bepaalde polis. Je zou kunnen zeggen: je kiest eerder voor de goedkopere polis als je minder middelen hebt. Wij vergen echter van de verzekeraar het betrachten van een grote mate van transparantie. Van tevoren moet duidelijk zijn welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn. Vervolgens zorgen wij met de zorgtoeslag ervoor dat iedereen een reguliere zorgpolis kan kopen. Daarnaast letten wij erop dat de toegankelijkheid van de zorg gewaarborgd is. De verkenningen en de monitoring vinden wij van belang om te vermijden dat de situatie ontstaat waarop de heer Klein Breteler doelt. Dat is ook de reden waarom de NZa rapporteert over de ontwikkelingen, want er is een risico.

Verder wijs ik op een kenmerk van ons stelsel en daarbij denk ik niet zozeer aan de ordening van de markt, maar aan de regulering waarvoor het kabinet heeft gezorgd. Er is altijd een van overheidswege gedefinieerd basispakket, een uniforme premie, een verzekeringsplicht en de mogelijkheid om elk jaar van verzekeraar te wisselen plus een risicoverevening. Met dat laatste zouden de risico's waarop de heer Klein Breteler doelde, moeten worden weggenomen. Hiermee heb ik aangegeven wat in de vorige periode is gebeurd.

Wat de staatssecretaris en ik gemeenschappelijk voor ogen hebben is het volgende. In de vorige periode werd het verzekeringsstelsel hervormd en nu gaat het ons met name om het zorgstelsel. Wij gaan na welke verbeterin-

gen daar mogelijk zijn. Ik wijs in dit verband op iets wat ik van belang vind. Als verzekeraar heb je heel weinig aan je contracteervrijheid als zorgaanbieders geen verschil kunnen maken in de prijs en de kwaliteit. Dan stelt die verzekeringsvrijheid namelijk ook niet heel veel voor. Dat is ook een van de redenen waarom wij willen komen tot vrije prijsvorming en waarom wij de kwaliteit inzichtelijk willen maken.

Er is nog een belangrijker aspect, en daar hoop ik straks iets uitvoeriger bij stil te staan: de herijking van ons zorgstelsel en onze bekostigingssystemen moet ons in staat stellen om de zorg veel dichterbij huis te leveren. Dat is vooral belangrijk voor chronisch zieken. Dit zouden wij kunnen bereiken met substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Op die manier zouden wij daadwerkelijk tegemoet kunnen komen aan dé grote zorgvraag waarmee wij te maken krijgen. Daarbij denk ik aan mensen die lijden aan COPD, hartfalen en diabetes. Bij die ziektes gaat het om dé zorgvraag van de toekomst. Daar zetten wij de komende jaren op in, zowel in de sfeer van de AWBZ en de Wmo als in de sfeer van de Zorgverzekeringswet, zodat wij aan deze zorgvraag tegemoet kunnen komen en de zorg – ik ben dat graag met de heer Puffers eens – als het ware rondom de patiënt kunnen organiseren. Dat moet ons doel zijn. Ik ben mij zeer bewust van het feit dat wij in de sfeer van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ, alsmede op de kruispunten van de verschillende lijnen, te maken hebben met een massieve agenda, maar die betreft datgene waarop wij de komende jaren mikken. Straks zal ik hier iets meer over zeggen.

Natuurlijk is een presterend zorgstelsel ook nodig om de zorg betaalbaar te houden en om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg zeker te stellen. Dat was ook de inzet van het vorige kabinet. Wij weten allemaal dat de vergrijzing op ons afkomt en dat er meer zorgvraag komt. De heer Klein Breteler wees op de dubbele vergrijzing. De extra kosten die uit dit alles voortvloeien zullen wij met elkaar moeten ondervangen. De veronderstelling bij de gereguleerde competitie die wij willen, is dat wij die volumeontwikkeling kunnen opvangen door ervoor te zorgen dat de prijs matig, zo niet lager is dan op dit moment verondersteld mag worden. Prijs maal volume is het aantal verrichtingen. Dat levert in feite de omvang van de totale kosten op. Als het volume stijgt, willen wij dat de prijs daalt. Dat is ook de inzet van de vrije prijsvorming. Wij gaan er de komende jaren ook op monitoren of zich dat daadwerkelijk aftekent. Als dat niet het geval is, gaan wij in feite voorbij aan de doelstellingen van de zorgstelselherijking. Wij zien overigens al wel dat het werkt. Gisteren nog hoorde ik het voorbeeld van cataracten, een aandoening die buitengewoon veel sneller, adequater, met een hogere mate van kwaliteit en goedkoper is te behandelen dan in de afgelopen jaren. PsyQ is een voorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg waarbij je ziet dat er betere resultaten worden bereikt, inclusief een hogere patiënttevredenheid.

Dit zijn de twee doelstellingen die wat mij betreft van belang zijn: de prijs in de hand houden en tegelijkertijd werken aan innovatie. Zoals de heer Klein Breteler terecht stelde, wordt de vraag niet zozeer de betaalbaarheid maar of wij voldoende handen aan het bed hebben in de nabije toekomst. Dat zal ons nog veel hoofdbrekens kosten. Vandaar dat ook innovatie belangrijk is. Daarom is ook het Zorginnovatieplatform in het leven geroepen. Er zijn goede voorbeelden van. Binnenkort zullen wij in

Klink

een brief aan de Kamer die voorbeelden illustreren en zullen wij aangeven dat wij op een aantal terreinen tot experimenten overgaan. Er moet voor worden gezorgd dat er voldoende personeel is, dat de prijzen niet uit de hand lopen en dat zorg van de tweede naar de eerste lijn wordt gebracht.

De heer **Putters** (PvdA): Mag ik de woorden van de minister ook zo interpreteren dat bij het monitoren van de zaken die hij nu noemt, ook nadrukkelijk wordt gekeken naar de effecten van de vrije prijsvorming op de kwaliteit? Ik heb het dan ook over grootschaligheid en kleinschaligheid en over de tevredenheid van cliënten.

Minister **Klink**: De motie-Schouw vraagt in feite om die punten mee te nemen in de evaluaties. De NZa brengt elk jaar een monitor uit waarin met name naar het B-segment gekeken wordt. Dan zijn in feite de punten die ook terugkomen in de motie-Schouw, te weten de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg en de prijsontwikkeling. Op grond van de afgelopen jaren komt de NZa tot de weliswaar voorzichtige maar wel eenduidige conclusie dat de kwaliteit licht verbetert. Dat is ook terug te zien in de prestatie-indicatoren. Ook concludereet de NZa dat de prijsontwikkeling in 2006 vrij gunstig was en dat die in 2007 min of meer parallel liep aan de prijsontwikkeling in het A-segment. Je zou kunnen zeggen dat er toen in termen van de prijs niet zo veel winst is geboekt. Volgens de huidige inschattingen en cijfers zitten wij dit jaar ongeveer 0,2 onder de reële prijsontwikkeling. Wat betreft het volume zie je in 2007 gerelateerd aan 2006 een behoorlijke stijging, die echter te maken heeft met de manier van registreren in 2005. De maand januari werd toen niet meegenomen. Er was bovendien nog sprake van een overloop ten aanzien van dbc's. Als je de ontwikkeling van die punten schoont, zie je dus een gunstige volumeontwikkeling in 2007 en 2008.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Denkt de minister ook nog aan de eigen bijdrage bij het betaalbaar houden van het geheel? Wat is de rol van de eigen bijdrage in dit geheel?

Minister **Klink**: Daar kom ik zo meteen nog even op terug.

Drie punten zijn belangrijk: de beheersing van de prijzen, de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en de inspanningen om de zorg van de tweede naar de eerste lijn te brengen. Dat is onze inzet.

De volgende instrumenten kunnen daarbij van betekenis zijn. Ten eerste is er de vrije prijsvorming. Dan gaat het over naar 33 of 34% om vrij over te onderhandelen. Daarbij worden ook aandoeningen en dbc's betrokken die onder de eerste lijn vallen. Bij het schonen van het A-segment, waarbij zaken in de richting van het B-segment zijn gegaan, is daarop gelet. Onder andere fysiotherapie en diëtiëk kunnen in de eerste lijn worden aangeboden. Dat geeft dus de mogelijkheid om op die terreinen de prijs te vergelijken en ze over te hevelen naar de eerste lijn. Wij vinden de vrije prijsvorming van betekenis teneinde de prijs in de hand te houden.

Ten tweede moet er gesleuteld worden aan de risicodragendheid van de verzekeraars. Op dit moment loopt men namelijk nauwelijks risico in de tweede lijn, in tegenstelling tot de eerste lijn. Uit het feit dat wij daar aandacht voor hebben, kan worden afgeleid dat wij die zorg naar de eerste lijn willen overhevelen.

Ten derde moeten wij met het oog op de substitutie naar een nieuw bekostigingsstelsel voor de eerste en tweede lijn toe. Laat ik dat kort toelichten. In de tweede lijn kennen wij op dit moment de functionele budgettering. Als zorg uit het ziekenhuis naar de eerste lijn gaat, wordt het aan het einde van het jaar via verrekenregels weer opgeplust naar de FB-budgetten door afspraken daaromtrent. Hierdoor maakt een verzekeraar twee keer kosten: zowel in de eerste lijn als in de tweede lijn. Om die reden willen wij van die FB-systematiek af en willen wij naar prestatiebekostiging gaan. Maar in de eerste lijn worden huisartsen bekostigd op basis van consulten en inschrijftarieven. Vooral voor substitutie van zorg aan chronisch zieken biedt het bekostigingsstelsel nu weinig handvatten. Wij zijn nu aan het verkennen hoe wij in de eerste lijn naar een meer functionele bekostiging toe kunnen gaan. Hierdoor kunnen modules die ontwikkeld zijn voor de grote zes chronische aandoeningen, van de tweede naar de eerste lijn gaan, en zitten er in de bekostigingssystematiek van de eerste lijn voldoende aanknopingspunten voor contractering door de zorgverzekeraar, maar wel onder bepaalde voorwaarden. Zo moeten die modules voldoen aan de standaarden die daar voor staan, zodat er samenhangende zorg geboden wordt.

Ik noem een voorbeeld uit de diëtiëk. Bij diabetes gaat het om de huisarts, de diëtist, de internist, et cetera. Dat moet wel een samenhangend geheel zijn. Dat is dus zorg die over de verschillende echelons heen aan elkaar geknoopt is in de vorm van netwerkzorg. Dat vind ik buitengewoon wezenlijk. De vrije prijsvorming is ook van belang om die ontwikkeling mogelijk te maken en de zorg voor mensen die aan chronische aandoeningen lijden, dicht bij huis te brengen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik aarzelde een beetje of ik de vraag zou stellen maar ik ben nieuwsgierig of de minister criteria heeft om te bepalen welke zorg wel en welke niet in zo'n omvattend product omschreven kan worden. Dat vraag ik vooral omdat ik hoorde dat ook CVA-zorg daaronder kon vallen. Er is gezegd dat acute zorg daar ook een onderdeel van is. Acute zorg is net dat stuk waarvan wij altijd gezegd hebben dat het niet vrij onderhandelbaar moet zijn, maar dat het altijd gewoon aanwezig moet zijn. Als je daar over doordenkt, krijg je weer van die afbakeningsproblemen die onder andere in de AWBZ spelen. Nu wij toch een beetje aan het filosoferen zijn, ben ik benieuwd hoe de minister daar tegenaan kijkt.

Minister **Klink**: Het is meer dan filosoferen alleen. Net over de grens, in Duitsland, is er al vanaf 2002 sprake is van "integrierte Versorgung" ofwel geïntegreerde verzorging. Daarbij gaat het overigens ook om zorgstandaarden die op dit moment door ZonMw en andere instanties ontwikkeld worden. Daar vindt die geïntegreerde zorg al plaats. De winsten die geboekt zijn met het oog op het vermijden van gezondheidsschade lopen behoorlijk op: minder hartinfarcten, minder mensen met angina pectoris en betere bloedwaarden en bloeddrukken. Over de hele linie van de zorginhoud brengt dat goede resultaten met zich. Dat geldt ook voor zorgprijzen maar dat is een afgeleide van het feit dat de zorg inhoudelijk echt vele malen verbetert. Daarom is het niet zomaar een loze operatie. De bekostigingsherijking van

eerste en tweede lijn en die vrije prijsvorming staan in dienst van de zorgverbetering.

In die geïntegreerde zorg is ook de acute zorg geborgd, in die zin dat die altijd toegankelijk moet zijn. Natuurlijk zullen wij er via bereikbaarheidsstoelagen voor zorgen dat er altijd een SEH en altijd een IC beschikbaar is binnen de bestaande veldnormen. Dat is overigens een punt dat bij de discussie over vrije prijsvorming en de prestatiebekostiging in de tweede lijn aan bod komt. Het kan best zijn dat binnen die geïntegreerde zorg modules voor bijvoorbeeld hartfalen of CVA vrij onderhandelbaar worden voor zorgaanbieders en de verzekeraars, maar altijd onder drie condities: de zorg moet samenhangend zijn, acute zorg moet altijd bereikbaar zijn en de kwaliteit dient inzichtelijk en transparant te zijn. Achter die standaarden komen ook weer prestatie-indicatoren naar voren die niet alleen van belang zijn voor de patiënt en de verzekeraar, maar ook voor de zorgaanbieder, want die zal zich daaraan spiegelen.

Ik sta hier zo lang bij stil om twee dingen aan te geven. In de eerste plaats is die hervorming van de zorg niet ingegeven door prijskaartjes of de arbeidsmarkt. Zij is zorginhoudelijk gemotiveerd. In de tweede plaats tekent zich daarbij de samenloop af met datgene waarmee de staatssecretaris bezig is in de sfeer van de AWBZ, namelijk het afstemmen van zorg op de behoefte van de patiënt. Voorbeelden hiervan zijn het scheiden van wonen en zorg, de zorgzwaartepakketten en de cliëntvolgende budgetten. Nogmaals, dat levert echt wel een agenda op met betrekking tot de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de Wmo. Daar moeten wij goed naar kijken. Dit is echter wel onze gezamenlijke ambitie. Dat zeg ik maar even preludeerend op de opmerkingen die ik nu zal plaatsen bij het artikel in Zorgvisie, waaraan zojuist werd gerefereerd.

In dat artikel stond iets over het verschil tussen care en cure. Er werd niet alleen gezegd dat er een verschil in oriëntatie bestaat inzake de marktwerking, maar ook in termen van ambitie en aanpak. Ik heb het artikel zelf niet gelezen en weet dus niet wie meer ambitie werd toegedicht: de staatssecretaris of mij. Dat maakt ook niet zo veel uit, want ik heb die ambitie zojuist al inhoudelijk gemotiveerd en qua inzet is er naar mijn stellige overtuiging in elk geval geen verschil.

Sterker nog, op een aantal fronten trekken wij absoluut gezamenlijk op, bijvoorbeeld op het gebied van het inzichtelijk maken van de kwaliteit. Onlangs heeft de staatssecretaris daarover een presentatie gegeven in de sfeer van de AWBZ. In de langdurige zorg loopt men voor op de curatieve zorg, maar wij hebben wel een gemeenschappelijk doel en een gemeenschappelijke agenda. Verder trekken wij gezamenlijk op als het gaat om de arbeidsmarkt en het Zorginnovatieplatform. Hetzelfde geldt voor de ambitie voor persoonsgerichte zorg, die ik zojuist noemde.

Er is wel een verschil in tempo. De Zorgverzekeringswet is in de vorige periode hervormd. Ik keek op van de cijfers die zojuist werden genoemd: van 1,8% toen de AWBZ van start ging tegen 13% nu. Dat is natuurlijk nogal een verschil. Dat heeft ook te maken met het feit dat de AWBZ erg gevuld geraakt is met aandoeningen waarvan men zich tegen de achtergrond van een glasheldere polis kan afvragen: is dat nu wel noodzakelijk geweest en moeten wij daaraan niet een nadere precisering geven? Daarop gaat de staatssecretaris in. Ik zeg alleen maar dat in deze kabinetsperiode de AWBZ

aan de beurt is als het gaat om pijnlijke ingrepen in het pakket met het oog op een cliëntgerichte uitvoering.

Het is wel zo dat de monitoring en de evaluaties zowel bij de Zorgverzekeringswet als bij de AWBZ en de Wmo in 2009 plaatsvinden. Wellicht kan tegen die achtergrond worden gekeken naar waar die systemen elkaar nu precies in de weg zitten. Ik heb daar wel ideeën over, maar ik zou te veel speculeren als ik daar nu al te veel op inga.

Er is gevraagd naar de eigen betalingen. Ik kan daar uitvoerig bij stilstaan, maar misschien moet ik het kort houden en refereren aan het verzoek dat de heer Putters onlangs gedaan heeft om toch in 2010 de eigen betalingen te evalueren. Dat hebben wij ook toegezegd. Dit betreft de eigen bijdrage van mensen en het eigen risico in de Zorgverzekeringswet. Wij willen daar nog eens heel goed naar kijken en dit meenemen in de evaluatie, waarvan ik inmiddels ook het Centraal Planbureau heb gevraagd om ernaar te kijken, zodat wij goede afwegingen kunnen maken.

Er zijn verschillende argumenten die pleiten voor eigen betalingen. Zojuist werd al het besparingsmotief genoemd. Mevrouw Dupuis sprak over het remgeld. Het zogenaamde "medefinancieringsmotief" werd ook genoemd. Dit betekent simpelweg dat daar waar er geen besparing is op grond van het feit dat mensen ook normaal schoeisel moeten kopen maar soms met extra kosten te maken krijgen, je die normale kosten dan wel in rekening brengt. Bij het remgeldeffect ga je ervan uit dat het zorgvraagremmende werking heeft. Medefinanciering betreft simpelweg het gezamenlijk delen van kosten. Dat zijn drie motieven die een rol spelen, maar elkaar soms ook een beetje in de weg zitten. Daar moeten wij naar kijken bij die evaluatie.

De heer **Putters** (PvdA): Ik ben blij dit te horen van de minister. Hij doelt volgens mij op de motie die ik bij de behandeling van het eigen risico heb ingediend en op de alternatieven waarnaar wij hebben gevraagd. Ik begrijp dat het Centraal Planbureau daar nog eens naar gaat kijken. Heeft de minister enig idee wanneer het CPB op dat punt met resultaten zal komen?

Minister **Klink**: Ik meen mij te herinneren dat wij "2010" hebben gezegd. Laat ik daar maar consistent in blijven: in 2010 krijgt u een rapportage.

De heer **Putters** (PvdA): Dat betekent dat mogelijke alternatieven met voors en tegens nog in deze kabinetsperiode op tafel komen en besproken kunnen worden.

Minister **Klink**: Laat ik een alternatief noemen dat mij intrigeert. Dat betreft de eigenbijdrageregeling van € 155. De zorg voor chronisch zieken vraagt drie dingen, ten eerste zorg dichtbij huis, want je hebt bestendig en voortdurend zorg nodig, over de echelons heen, liefst in de zojuist genoemde netwerken. De zorg voor chronisch zieken vergt ook dat wij wellicht meer met ICT zullen gaan doen om mensen echt te begeleiden. Dat is niet vervreemdend voor mensen. Daar zijn goede voorbeelden van. Iedereen die daarmee te maken heeft, ervaart dat eerder als geborgenheid en als een garantie dat er aandacht voor je is dan dat dit digitaliserend en vervreemdend zou werken. Dat zijn dus de eerste twee punten: dichtbij huis, zo mogelijk in netwerken, en digitaal een beetje inbedden. Het derde punt is het

zelfmanagement van mensen, bijvoorbeeld door meer aan beweging te doen via fitnessapparaten of anderszins. Als je wilt dat mensen daaraan meedoen en als je daar tegelijkertijd een prijskaartje bij legt van € 155, span je het paard achter de wagen; dat geldt in bredere zin voor preventie. Je moet je dus afvragen in hoeverre je voor bepaalde zorgvormen simpelweg die € 155 moet kwijtschelden. Dat kunnen nieuwe verzekeraars al doen; die mogelijkheid hebben wij nu wettelijk gecreëerd. Het is echter best mogelijk dat wij op een gegeven moment tot de conclusie komen dat aan bepaalde zorgvormen het eigen risico gewoon onthouden dient te worden om onszelf daarin niet te blokkeren. Dat is typisch zo'n vraag die wij in 2010 moeten meenemen bij de evaluatie van de eigen betalingen. Aan de ene kant veronderstellen wij dat remgeld uiteindelijk een kostendekkend effect heeft, maar als je dat introduceert rondom preventie of zelfmanagement, heeft het geen kostendempend effect. Omdat mensen zich daardoor van de zorg vervreemden, zou dat alleen maar tot extra zorgkosten leiden. In Duitsland zie je met de "Integrierte Versorgung" nu al dat het een enorm zorgprijstdempend effect heeft als je mensen in staat stelt om zich de zorg te verwerven.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik vind dat de minister een merkwaardig mensbeeld hanteert, alsof er niet een belang voor mensen is om ervoor te zorgen dat zij niet ziek zijn. Dat hangt toch niet alleen van geld af? Het is toch normaal dat iedereen ernaar streeft om gezond te blijven of gezond te worden? Ik vind het heel cynisch om ervan uit te gaan dat dit door geld zou worden doorkruist.

Minister **Klink**: Dat zou betekenen dat hetzelfde cynische motief aan het remgeld ten grondslag ligt, want je veronderstelt dat mensen daar iets mee doen. Bovendien hebben wij ook de huisarts uitgezonderd van de € 155 eigen bijdrage om geen drempel op te werpen voor mensen die uiteindelijk naar hun huisarts willen gaan. Dat idee speelt dus wel degelijk, maar wij hebben het nu heel grofmazig gedaan: de eerste lijn niet, de tweede lijn wel. Kijkend naar de zorginhoud is het soms noodzakelijk dat je juist geen drempel opwerpt om in preventieve zin ervoor te zorgen dat de zorgkosten gedempt worden. Dat is immers uiteindelijk het hoofdoel. Vandaar dat het "remgeld" is. Als dat zichzelf in de staart bijt, moet je zo verstandig zijn om te zeggen: daar dan maar niet. Wij komen daarop terug in 2010.

Ik geloof dat ik het hierbij moet laten, want anders ben ik alweer veel te lang bezig. De zorgsector is een dynamische sector. Een ding staat voor mij voorop, namelijk het zorginhoudelijke doel. Ik ben ervan overtuigd dat, als dat voorop staat, uiteindelijk ook de professional en de mensen die in de verpleging en verzorging werken, met meer plezier naar het werk zullen gaan. Uiteindelijk dient dat ook weer het arbeidsmarkt-motief dat ik zojuist noemde.

De heer **Putters** (PvdA): Ik begrijp dat de minister in antwoord op mijn vragen over de motie-Schouw en de evaluatie van de effecten van de eerste periode van marktwerking op kwaliteit, toegankelijkheid en dat soort zaken aangeeft dat dit in feite in de monitors van de NZa en de voortgangsrapportages gebeurt. Heb ik dat goed begrepen?

Minister **Klink**: De brief die ik vorig jaar in de zomer naar u heb verzonden, ging over de 20%, dus over de uitbreiding van 10% naar 20%, die in feite al in het regeerakkoord besloten lag. In een eerste ontmoeting, waar mevrouw Van Leeuwen nog bij was – dat moet nog voor de verkiezingen zijn geweest, in het voorjaar van 2007 – en daarna per brief in de zomer heb ik toegelicht dat wij die elementen van de motie-Schouw hebben meegenomen bij de evaluatie van 120%. Er bestonden aarzelingen bij de Kamer in hoeverre dit krachtig en gericht genoeg was gedaan. Ik kan in ieder geval over de besluitvorming over de 33% en 34% melden dat al die elementen uitdrukkelijk door de NZa zijn meegenomen en ook volgend jaar zullen worden meegenomen bij de evaluatie van die 33%. Die evaluatie van volgend jaar heeft mede ten doel om te bekijken in hoeverre in 2010 eventueel alsnog met een instrumentarium voor prijsbeheersing moet worden gewerkt. In 2007 gingen wij naar 20%. Laten wij het eens heel bondig stellen: als het daar was ontspoord in termen van prijs en volume, dan hadden wij geen mechanisme gehad om het daar te ondervangen. Wij hebben ons nu voorzien van de mogelijkheid om dat in 2010 wel te doen rond de 34%. Dat is een extra waarborg die wij hebben ingebouwd. In 2009 komt er opnieuw een evaluatie van de NZa over die 34%. Gedurende 2009 zullen wij voortdurend monitoren wat de prijs- en volumeontwikkeling is geweest.

De heer **Putters** (PvdA): Ik begrijp wat de minister zegt. Het punt is dat de Kamer daarover heel graag met minister in gesprek zal gaan. Ik meen mij te herinneren dat in dat debat juist centraal heeft gestaan dat wij met de regering van gedachten wilden wisselen over die effecten van de eerste fase marktwerking, alvorens wij tot verdere uitbreiding zouden overgaan. Niets belet ons natuurlijk om al die monitors op de agenda te zetten en de minister uit te nodigen daarover te spreken, dus wij kunnen het ook omdraaien, maar ons kernpunt was wel dat wij wilden spreken over precies de punten die de minister heeft genoemd, voordat wij verder wilden gaan met die vrije prijsvorming.

Minister **Klink**: Ik heb als kernpunt van de motie gezien dat er zou worden geëvalueerd en dat de criteria die erin stonden daarin zouden worden meegenomen, maar ik loop natuurlijk allerminst weg van een gesprek met de Kamer over de resultaten daarvan. Ik realiseer mij dat de Kamer mij altijd kan uitnodigen als ik dat wel zou willen doen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Wij dragen de minister allemaal een warm hart toe, dus wij zullen hem vast uitnodigen.

Minister **Klink**: Ik ben blij dat ik het motief ken.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik heb ook een vraag, nog een beetje doordenkend over zorg dicht bij de mensen. Dat is een thema dat mij ook heel sterk aanspreekt. In de ontwikkeling van de tweedelijnszorg zie je juist concentratie en zorg die verder van de mensen weg is. Wat ziet de minister als zijn rol, als rol van de regering bij het ervoor zorgen dat die zorg toch dichterbij mensen beschikbaar blijft? Een pregnant voorbeeld vormen natuurlijk de IJsselmeerziekenhuizen, die om lijken te vallen. De minister sprak zelf net over kleinscha-

Klink

ligheidstoelage of bereikbaarheidstoelage. Dat zijn toch ingewikkelde zaken, als je daartegenover het fenomeen marktwerking zet.

Minister **Klink**: Ik zie daar wel dubbele bewegingen. Voor ik bij het voorbeeld van mevrouw Slagter kom, noem ik de andere beweging. Ik was bij een werkbezoek in Dordrecht. Specialisten gaven aan hoe bij hen de vrije prijsvorming uitpakt. Zij melden mij: tien tot vijftien jaar geleden kreeg je ons specialisten echt het ziekenhuis niet uit, dat kon je vergeten. Dat was het oude Schweizerziekenhuis, dat bezig was het aanbod van zorg te vertakken in de richting van Ridderkerk. Het aanbod was gekomen vanuit Ridderkerk. Men heeft in Dordrecht gerealiseerd dat men gezamenlijk met de huisartsen optrekt in een gezondheidscentrum. Nu zie je de specialisten naar Strijen en Ridderkerk gaan. Daar vangen zij de eerste zorg op voor mensen die dat nodig hebben. De patiënten zeggen daar: ik hoef nu niet meer naar Dordrecht, ik kan bij wijze van spreken om de hoek mijn zorg halen. Je ziet dat de zorg zich ook naar mensen toe beweegt. Dat is ook een implicatie van de marktwerking, namelijk dat men zich meer bewust wordt van het feit dat de bejegening van patiënten en de nabijheid van de zorg die wordt geboden, een asset is voor het ziekenhuis. Die ontwikkeling zie je.

Ik heb zo-even aangegeven dat ik die substitutie van de zorg nogal belangrijk vind en dat marktwerking er zonder meer toe zal leiden dat verzekeraars gaan kijken waar de zorg beter kan worden geboden, in de tweede of in de eerste lijn. In de eerste lijn is hij in regel simpelweg goedkoper, maar ook beter en meer nabij, althans voor sommige onderdelen van de zorg voor chronisch zieken.

Daarnaast zie je ook een ontwikkeling van concentratie. Die vind ik niet altijd erg. Als ik bij de behandeling van eierstokkanker, borstkanker en slokdarmkanker zie dat volume, routine en subspecialisatie ertoe leiden dat de zorg aanmerkelijk verbetert en de sterftcijfers aanmerkelijk afnemen, dan denk ik dat de concentratie soms uit het oogpunt van kwaliteit en veiligheid strikt genomen echt noodzakelijk is. Je ziet die ontwikkelingen ook in Zeeland. Ik ben mij bewust van de problematiek die er speelt, maar daar speelt ook de kwaliteit van de zorg een rol, op dit moment heel simpel ook rond verloskunde. Dan is concentratie niet altijd verkeerd, mits het maar die dubbele beweging is en mits er maar één punt centraal staat, namelijk de kwaliteit van de zorg. Uit hoofde van de kwaliteit zie je ook een andere beweging naar de eerste lijn. Die zullen wij dus aanmoedigen, ook door ons bekostigingsstelsel te herijken.

Dat neemt niet weg dat concentratie ook in die zin in de gaten moet worden gehouden dat altijd de 45-minutennorm gehandhaafd zal dienen te blijven. Dat speelt op dit moment ook heel actueel in bijvoorbeeld Zeeland. Daarvoor zal ik vervolgens arrangementen moeten treffen, bijvoorbeeld via extra ambulances.

□

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Ik ben blij vandaag met de Kamer het debat te kunnen voeren. Het is voor mij inderdaad het eerste debat met de Kamer. Niet helemaal, want ik heb een aantal jaren geleden een initiatiefwet mogen verdedigen en ik heb tweemaal een kennismakingsgesprek met de Kamer gevoerd. Ik ben toch blij dat ik hier met de Kamer mag spreken over zo'n

belangrijk thema, de toekomst van de gezondheidszorg en de AWBZ en de Wmo meer in het bijzonder. Er zijn veel indringende vragen gesteld over de aard van het stelsel, naar de betekenis van de AWBZ en de Wmo, de achtergrond ervan en de toekomst. Dat zijn vragen die betrekking hebben op zeer verschillende elementen, vragen die zowel betrekking hebben op de structuur als de afstemming tussen de verschillende systemen, maar ook op organisatorische vraagstukken, indicatievraagstukken, financiële vraagstukken en zelfs ethische en morele vraagstukken. Mevrouw Dupuis heeft daaraan nadrukkelijk gerefereerd.

Ik was het zeer met de heer Putters eens, die zijn betoeg ermee begon dat wij hier gewend zijn om over systemen en structuren te spreken. Helaas kan ik daar vandaag ook niet onderuit komen, maar wij moeten hier wel steeds in gedachten houden dat wij over mensen spreken en dat wij over kwetsbare mensen spreken, voor wie veranderingen hard kunnen aankomen en grote gevolgen kunnen hebben. Wij zitten echter wel in een situatie waarin die veranderingen absoluut nodig zijn.

Ik begin met terug te kijken op de geschiedenis van de AWBZ en de Wmo om van daaruit mijn toekomstvisie te geven, want die zaken hangen nauw met elkaar samen. Vervolgens wil ik ingaan op een aantal meer specifieke thema's. Ik zal achtereenvolgens de pakketmaatregelen behandelen, de relatie tussen Zorgverzekeringswet, AWBZ en Wmo, de vraag of sprake is van nog meer overhevelingen, het pgb, de relatie tussen wonen en zorg, de positie van de NMa en ketenzorg, de eigen bijdrage, de financiën en de contracteerruimte en de bureaucratie. Vervolgens zal ik de vragen die ik dan nog over heb over de Wmo en nog enkele incidentele vragen beantwoorden.

Ik zal eerst even terugkijken. Waar komen wij vandaan? De heer Klein Breteler heeft het heel goed geformuleerd toen hij verwoordde waarom de AWBZ in 1968 tot stand is gekomen, namelijk omdat er nauwelijks voorzieningen waren die mensen met onverzekerbare zorgvragen behandelden. Zij waren overgeleverd aan de goedwillendheid van anderen. De kwaliteit was niet goed geregeld en het geld moest bij elkaar worden gesprokkeld uit allemaal kleine geldpotjes. Een collectieve verzekering ontbrak en die was nodig in de ontwikkeling van de Nederlandse verzorgingsstaat. Een voorziening die overigens ook tot stand is gekomen na een advies van destijds de SER en waarvan solidariteit de belangrijkste basis is. Ik denk dat dit iets is waarop wij trots kunnen zijn. Solidariteit kent echter wel een grens en moet door ons allen betaald worden. Op deze vraag zal ik later in mijn betoeg nog terugkomen.

De AWBZ werd destijds ingevoerd voor de financiering van de intramurale zorg in verpleeginrichtingen, in "zwakzinnigeninrichtingen" – zo werden ze toen genoemd – en inrichtingen voor "lichamelijk en zintuigelijk gebrekkigen, zoals debielen en imbecielen". Gelukkig is er sindsdien veel veranderd, in ieder geval in de bejegening en in het taalgebruik waarmee wij groepen mensen met een zware beperking aanduiden die zorg nodig hebben. De kern van de gedachte van solidariteit met mensen die zware beperkingen hebben en die hulp en zorg nodig hebben, staat wat mij betreft nog steeds als een huis. De kern van de AWBZ is wel dat het een verzekering is en daarmee een afdwingbaar recht. Mensen die zorg nodig hebben, kunnen een beroep doen op de AWBZ. Mits zij aan de voorwaarden

voldoen, is de overheid ook verplicht om deze zorg te bieden. Er is dus ook sprake van een zorgplicht. Vandaag de dag zijn het de zorgkantoren die de verplichting hebben om geïnitieerde zorg te leveren. Het recht op zorg geeft kwetsbare mensen in de AWBZ de garantie dat zij de zorg krijgen die zij nodig hebben.

Als je kijkt naar de ontwikkelingen sindsdien, dan zie je dat in de eerste periode vooral is gezorgd voor meer inrichtingen: verpleeginrichtingen en inrichtingen voor behandeling of verpleging van zwakzinnigen. Deze werden gesaneerd en op een kwalitatief verantwoord peil gebracht. In de loop van de tijd zijn er tal van voorzieningen bijgekomen. De uiteindelijke AWBZ-voorziening is fors uitgebreid. De heer Klein Breteler gaf dit al aan door de premie van die tijd van 1,3% te noemen. Er kwam van alles bij: bejaardenzorg en medische kindertehuizen in 1970, medische kleuterdagverblijven in 1971, dagverblijven voor gehandicapten in 1973, preventie in 1974, gezinsvervangende tehuizen in 1976 en hulp door de Riagg in 1982. Met deze groei van voorzieningen nam ook het aandeel van de AWBZ in de totale uitgaven voor de gezondheidszorg toe, van 21% in 1972 naar bijna 40% in 1998 en nog ruim 40% nu. Iedereen die werkt, betaalt momenteel een premie van € 320 per maand voor de AWBZ, in ieder geval iedereen met een modaal inkomen. Dat is nogal wat. Heel veel mensen beseffen dit niet.

Aan de premie die wij betalen en de middelen die wij blijkbaar nodig hebben, laat zich de ontwikkeling aflezen dat er met name in de eerste 25 tot 30 jaar – ik schetste dit zo-even al – tal van elementen zijn bijgekomen, waardoor de AWBZ een lappendeken is geworden. Vandaag werd gerefereerd aan staatssecretaris Simons. Hij was een van degenen die nog echt overhevelingen heeft gemaakt richting de AWBZ. Nu zien wij dat wij op onderdelen een beweging terug maken om de AWBZ op te schonen, opdat echt onverzekerbare langdurige zorg overblijft.

Wat ook is veranderd in de loop van de tijd, is de visie op cliënten. Gelukkig spreken wij nu van mensen met een beperking en niet van debielen en imbecielen. Ook de visie op cliënten in het algemeen is veranderd. Cliënten zijn mondiger en kritischer geworden. Als gevolg daarvan is ook het persoonsgebonden budget in de jaren negentig ingevoerd. Mensen hebben meer wensen, laten minder gemakkelijk anderen bepalen wat goed voor hen is. Daarnaast is de idee over de menselijke maat veranderd. Ook op dit punt zien wij een beweging. Was bij de eerste 30 jaar sprake van een beweging naar grote instellingen buiten de samenleving, aan de rand van de stad, waar mensen met beperkingen samenwoonden, nu zien wij een beweging terug om mensen zo veel mogelijk te laten participeren in de samenleving en het leven van alledag ook in de zorg een plek te geven. Dit kan zijn door middel van kleinschalige voorzieningen voor dementerenden in de wijk, projecten met begeleid wonen voor gehandicapten en alle manieren om keuzevrijheid of zelfstandig wonen te bevorderen en te investeren in kwaliteit.

Binnen deze twee grote bewegingen zien wij met name op het punt van financiën momenten van explosie. Volgens mij verwees mevrouw Dupuis daarnaar. Wij zien dat de AWBZ met name in 2003, toen wij de functiegerichte omschrijvingen in zeven functies hebben veranderd, te weten: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en

verblijf, als onbedoeld effect een enorme groei heeft doorgemaakt. Immers, deze functies waren eigenlijk alleen voor gehandicapten bedoeld. Daar ligt een van de oorzaken dat wij een en ander niet meer goed in de hand hebben.

Wij moeten de AWBZ dus opschonen. Dit is in ieder geval een taak die ik mijzelf heb gesteld. De menselijke maat, het gewone leven, moeten wij meer in de zorg laten binnenkomen. Dit heeft alles met kleinschaligheid te maken. Als je kijkt hoe Nederland het internationaal doet, zie je dat wij een redelijk goede middenmoter zijn. Wij doen het niet heel erg goed – wij geven wel heel veel geld uit, wat dat betreft staan wij aan de top – maar wij scoren gemiddeld. Het is mijn ambitie om deze normering omhoog te brengen en dus ook de kwaliteit in de langdurige zorg te verbeteren.

De heer **Putters** (PvdA): Ik steun de redenering van de staatssecretaris en ook de noodzaak tot opschoning van de AWBZ. Onze fractie vindt het wel belangrijk dat hiermee niet de indruk ontstaat alsof deze zaken die er in de loop der tijd zijn ingekomen en er nu wellicht uit moeten, onbelangrijk, onnodig of onzinnig zijn. Het lijkt mij dat dit nadrukkelijk niet het geval is. Ik wil een pleidooi houden voor een goede communicatie over de reden van het verwijderen van deze zaken uit de AWBZ en over de wijze waarop dit wordt opgevangen: moeten burgers hiervoor zelf betalen of gebeurt dit via de Wmo? Dit lijkt mij wel heel erg belangrijk, omdat de term "opschoning" naar buiten toe al gauw de indruk wekt van "onnodig", "onbelangrijk".

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik ben het geheel met de heer Putters eens. Het idee mag niet ontstaan dat wij er maar wat uithalen en dat mensen zelf maar moeten zien hoe zij dit oplossen. Bij de bespreking van de pakketmaatregelen kom ik hierop terug. Ouders van kinderen met gedragsproblemen hebben een probleem. Het kan hen voor heel grote problemen stellen om een kind te hebben met bijvoorbeeld ADHD of PDD-NOS. De vraag is alleen of dit geregeld moet worden vanuit de AWBZ en of dit altijd vanuit dit verzekeringssysteem moet. Ik kom hier nog uitgebreid over te spreken.

Ook internationaal gezien hebben wij hoge uitgaven. Dit heeft veel te maken met het feit dat wij veel intramurale zorg hebben; veel formele zorg en weinig informele zorg. Ook op dit punt moeten wij misschien een beweging terug maken. Wij hebben heel veel mantelzorg laten overnemen door professionals. Ook als je kijkt naar de toekomstverkenningen met de behoefte aan zorg en de arbeidsmarktperspectieven, zijn er goede redenen om een deel daarvan weer binnen sociale netwerken te laten uitvoeren. Dit deel van de mantelzorg moet niet altijd terug naar het kerngezin, maar wel naar de kring om de cliënt heen.

Kortom, er is een aantal redenen waarom de AWBZ moet veranderen. Laten wij vervolgens vanuit een andere insteek kijken naar waar de Wmo ook alweer vandaan komt. In de loop der jaren is participatie een belangrijk onderdeel van de AWBZ geworden. Dit heeft bijgedragen aan de grote groei van de AWBZ. In de jaren negentig en in het begin van deze eeuw is het besef gegroeid dat een sterke, afzonderlijke wet naast de AWBZ nodig kan zijn om deze participatie daadwerkelijk gestalte te kunnen geven. Daar is de Wmo, die op 1 januari 2007 in werking trad, een gevolg van. Voor de

Wmo hadden wij natuurlijk al wel het welzijnswerk en de Welzijnswet uit 1994. Deze heeft helaas niet het nieuwe elan gebracht waarop velen hoopten. De Welzijnswet was een decentrale wet waarbij aan de gemeenten nauwelijks prestatie-eisen werden gesteld. Volgens mij zei mevrouw Slagter dat hierop ook wel ruim is bezuinigd door veel gemeenten. In de Welzijnswet werden wel doelgroepen genoemd waarvoor de gemeente welzijnsbeleid moest ontwikkelen. De Welzijnswet kende echter geen expliciete bepalingen over cliëntenparticipatie of het betrekken van burgers bij de totstandkoming van beleid. De decentralisering en de gemeentelijke zeggenschap van de Wmo worden vaak benadrukt. Ontegenzeggelijk is hiervan ook sprake, maar tegelijkertijd draaien wij de slinger terug. Immers, de systeemverantwoordelijkheid in de Wmo is groter dan in de Welzijnswet zodat wij, weliswaar niet op specifieke onderdelen, maar wel in algemene zin, via de systeemverantwoordelijkheid vanuit het Rijk kunnen sturen op wat de gemeenten doen. De gemeente kan eraan bijdragen dat mensen veel meer op eigen kracht kunnen participeren. Soms is hiervoor een klein zetje nodig, soms is hier veel meer voor nodig. De Wmo is echter heel nadrukkelijk een participatiewet en geen zorgwet.

Zoals gezegd, is Wmo per 1 januari 2007 in werking getreden als voorziening. Hierin zien wij heel goed het verschil. De heer Putters en anderen vroegen zich af wat precies het verschil is tussen verzekering en voorziening en het verschil tussen zorg en participatie; waar houdt het een op en begint het ander? De zorgvraag die mensen hebben, kan beantwoord worden vanuit de Zorgverzekeringswet, vanuit de AWBZ of vanuit de Wmo. De Zorgverzekeringswet en de AWBZ zijn verzekeringen. De Wmo is een voorziening en hierbij geldt dus ook een ander sturingsprincipe. Mensen met ernstige beperkingen en aandoeningen die behoefte hebben aan langdurige zorg, moeten ook het recht hebben om deze zorg te kunnen afdwingen. Hier is de AWBZ voor bedoeld als collectieve verzekering. Het gaat hierbij dus ook om een individueel recht met een individuele verzekeringsaanspraak. Het is mijn stelling dat ingeval van ondersteunen en laten participeren van mensen voor de sturing en uitvoering, bij participatie dus, de gemeente eerder aan zet is. Deze zit immers dicht bij de burger en kan veel gemakkelijker verbanden leggen tussen mensen en sociale netwerken, met meer ruimte voor lokaal maatwerk. De gemeente kan hieraan ook met een collectieve voorziening invulling geven. Het hoeft niet altijd te gaan om een individueel recht; het kan ook gaan om een lokale, collectieve voorziening waarvan meer mensen gebruik kunnen maken. Waar het onderscheid precies ligt, is een ingewikkelde kwestie. Dit valt niet met een schaarste te knippen. Bij de pakketmaatregelen kom ik hierop terug.

Bij mijn aantreden trof ik een AWBZ aan die een lappendeken bleek te zijn. Bovendien lagen er veel problemen op tafel. Ik was nog geen halfuur staatssecretaris of ik werd voor spoedberaad weggeroepen omdat de middelen voor het persoonsgebonden budget op waren. Ik kan de Kamer vertellen dat het sindsdien tenminste de eerste maanden niet veel anders is gegaan. Ik trof een Wmo aan die anderhalve maand daarvoor was ingegaan. Wij waren nog maar net begonnen om de praktijkeffecten te leren zien. Kortom, er lagen er nogal wat problemen op tafel. Ik zeg dit in het bijzonder tegen mevrouw Dupuis. Deze problemen zijn

dus ook niet nieuw; ze zijn in de loop der tijd ontstaan. Anderen zeggen wel eens: er is veel achterstallig onderhoud bij de AWBZ. Dat achterstallige onderhoud heb ik aangetroffen en er restte mij geen andere keus dan dit snel aan te pakken. Daarom heb ik destijds zelf het initiatief genomen om de Sociaal-Economische Raad om advies te vragen. Ik wilde namelijk een breder draagvlak dan de adviezen die er lagen.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Ik denk dat de staatssecretaris zo-even een zeer helder betoog heeft gehouden, waarmee ik het volstrekt eens ben. Het is juist dat er een principiële verschil is tussen een verzekering en een voorziening. De AWBZ is een verzekering, waarbij de rechten wettelijk geborgd en te verkrijgen zijn. Bij een voorziening, de Wmo, ligt dit anders. Ik weet niet of de staatssecretaris hierover nog komt te spreken, maar ik heb de volgende vraag. De CDA-fractie deelt de definitie. Moet het persoonsgebonden budget, en in de toekomst wellicht een persoonsvolgend budget, met het oog hierop inderdaad principiële niet meer in een subsidie-regeling geregeld worden, maar in plaats daarvan een wettelijke aanspraak zijn? Hierin worden immers rechten uit de AWBZ bekostigd. Het zou, gelet op de uitleg van de staatssecretaris, toch voor de hand liggen dat het persoonsgebonden budget inderdaad een afdwingbaar recht is?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik kom straks nog uitgebreid te spreken over het persoonsgebonden budget. U hebt gelijk, mijnheer Klein Breteler, ik ben zelf begonnen met het noemen van het persoonsgebonden budget. Een van de redenen dat ik nu de maatregelen neem die ik neem, is dat ik niet aan het persoonsgebonden budget als zodanig wilde sleutelen. De gemakkelijkste oplossing die ik al direct bij mijn aantreden had kunnen nemen, was het stopzetten van het pgb, omdat het hierbij om een subsidieregeling gaat en geen afdwingbaar recht. Uit het feit dat dit sindsdien niet is gebeurd, hoewel er het afgelopen halfjaar talloze momenten zijn geweest waarop dit wel had kunnen gebeuren, mag men in ieder geval afleiden dat ik het pgb een warm hart toedraag. Ik kom hier straks nog op terug.

Ik wil langzaam de overstap maken naar de toekomst door nog even in te gaan op de uitdagingen die ik binnen de AWBZ zie. Vaak wordt de financiële kant benadrukt. Deze is ook belangrijk, maar wat mij betreft gaat het verder. Het gaat ook over de vraag of je deze individuele aanspraken wel wenselijk vindt voor alle AWBZ-gelden waarop aanspraak gemaakt kan worden. Bij de langdurige zorg hebben wij aan de ene kant te maken met te weinig cliëntgerichtheid, te weinig kwaliteit en te veel bureaucratie. Daarnaast hebben wij te maken met een maatschappelijke tendens. Immers, de AWBZ is in aard en omvang veranderd door al deze aanvullende regelgeving, deze lappendeken van aanspraken.

Ik zie dit met name terug bij de functie ondersteunende begeleiding. Mensen maken hier enorm veel gebruik van. Vanaf 2003 zit hier een enorme groei in, overigens vooral in de vraag van mensen met pgb's. De groei van het gebruik van de AWBZ zit inderdaad veel meer bij jongeren dan bij ouderen. In dit geval gaat het dus om individuele rechtsaanspraken en daarmee om individuele begeleiding. Mijn vraag is of wij het met name ingeval van mensen met gedragsproblemen, zeker ingeval van jongeren, wenselijk vinden dat iedereen

daaruit individuele begeleiding vergoed krijgt bij gedragsproblemen. Mevrouw Dupuis gaf daarvan voorbeelden die ik zelf in eerdere brieven heb genoemd, zoals individuele begeleiding bij school, individuele begeleiding bij de voetbalclub. De vraag is wat je doet met de samenleving en wat je doet met jongeren die al vanaf hun tiende jaar een individueel ondersteunings-traject vanuit de AWBZ krijgen. De vraag is of zij hier ooit nog vanaf komen. Dit werkt niet alleen individualiserend, maar ook medicaliserend. Ik heb hier bezwaar tegen, want ik vind dat in dit geval geen sprake is van langdurige, onverzekerbare zorg. Ik vind dit bij uitstek iets wat ondersteund zou moeten worden vanuit het participatieperspectief waarin je zegt: zouden wij scholen en sportclubs niet beter moeten toerusten om te kunnen omgaan met jongeren met gedragsproblemen? Je moet het dan op een andere manier aanpakken: in de buurt, in samenwerking met mensen en niet als een individuele aanspraak.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik kan het eens zijn met de staatssecretaris. Een ander probleem – wellicht komt zij hier nog over te spreken – is hoe je de kwaliteit kunt controleren van al deze individuele begeleiding.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dat is ingewikkeld, met name bij het pgb. Mensen kunnen het pgb immers vrij besteden. Ik vind dit wel een heel ingewikkelde kwestie. De grote waarde van het pgb is juist dat mensen zelf kunnen vragen om zorg te leveren. Ik denk dat de toename van de ondersteunende begeleiding en met name het gebruik bij het pgb wellicht in een combinatie van factoren ligt. Mensen kunnen deze aanspraak vrij gemakkelijk krijgen. U was het, mevrouw Slagter, die zei: ik kom in mijn huisartsenpraktijk mensen tegen die graag een verwijzing willen voor de jeugd-GGZ of een kinderpsychiater. Zo weet ik dat mensen bijna vanzelfsprekend aanspraak kunnen maken op AWBZ-middelen, als men in de jeugdzorg zegt dat er een psychiatrische aanpak moet komen. De vraag is of dit terecht is. Ingeval van de pgb-constructie is het de vraag of je hiermee wellicht een ander doel dient. Ook in dit geval weer een respectabel probleem. Ik zeg dit met name tegen de heer Putters. Misschien overbelaste ouders die niet alleen met dit kind te maken hebben, maar ook met carrières die zij willen maken, met opleidingen die zij willen volgen, met andere kinderen die allerlei wensen hebben. Ook in dat geval is het de vraag of de AWBZ hiervoor bedoeld is. Is het wenselijk dat hierop aanspraak gemaakt kan worden via een individueel afdwingbaar recht?

Ik zie in de praktijk ook heel goede voorbeelden waarin dit soort ondersteuning op een andere manier vorm krijgt. Dit zijn de mooie, positieve voorbeelden uit de Wmo, bijvoorbeeld het project "Sociaal vangnet in de buurt". Dit project is erop gericht om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig in de buurt te laten wonen, vereenzaming tegen te gaan en ook nog iets van waarde in de buurt mee te geven. Dit kan met behulp van inzet van jongeren en vrijwilligers of met andere projecten uit de buurt. Een ander voorbeeld, dat ik zelf vaak heb genoemd, is de boodschappenservice. Deze wordt betaald uit de AWBZ, een individueel afdwingbaar recht. De AWBZ-vergoeding hiervoor was € 45 per uur. Deze hebben wij met ingang van dit jaar teruggebracht naar € 35 per uur. Ook in dit geval is het de vraag of het wenselijk is dat wij een professional boodschappen langs

laten brengen of dat wij beter een boodschappenbuurtbus kunnen instellen waardoor mensen niet alleen nog zo veel mogelijk zelf hun boodschappen kunnen doen, maar ook anderen tegenkomen, waarmee eenzaamheid bestreden wordt. Of waarom gaan wij niet bij een gemeente in combinatie met de WWB en de Wmo dienstencentra instellen, klussendiensten waarmee mensen iets kunnen betekenen voor anderen? Dit kan gaan om het doen van boodschappen, het indraaien van een lampje of andere kleine klussen in huis. Of maatjesprojecten met kinderen uit de klas die als mentor optreden voor een ander kind met problemen. Ik spreek psychiaters die zeggen dat deze kinderen, als je het zo organiseert, aan het einde van het schooljaar zeggen: wij zijn helemaal geen hulpverleners meer voor dat ene meisje uit de klas met gedragsproblemen; zij is onze vriendin geworden.

Dit is misschien een idealistisch verhaal. Het vergt veel inzet en dit gaat met vallen en opstaan, maar het is mijn vaste overtuiging dat wij deze kant op moeten. Wij moeten de beweging maken van ondersteunende participatie naar lokale sociale netwerken. De AWBZ moeten wij houden voor mensen die werkelijk te maken hebben met complexe zorg.

Mijn toekomstvisie ligt wat dat betreft heel erg in het op een heel andere manier dan nu gebeurt afstemmen van participatie en zorg. Voorop moet staan dat mensen niet buiten de boot mogen vallen, dat iedereen mee moet kunnen doen, ongeacht beperkingen. Maar wij constateren ook dat participatie en zorg vaak in elkaars verlengde liggen, en dat beide belangrijk zijn. Ze moeten wel van elkaar worden onderscheiden, zodat er andere systemen voor kunnen gelden, maar in de praktijk zal, net als bij de Zorgverzekeringswet, op lokaal niveau samengewerkt moeten worden. Daar spelen de huisartsen, de verpleegkundigen en de opbouwwerkers een rol.

Bij het woord "participatie" denk ik vooral aan passende voorzieningen, waarbij van onderop wordt geprobeerd netwerken op te bouwen, en dus geen verzekeringssysteem. Bij de Wmo staan daarom verbinden, integraliteit en lokaal maatwerk centraal. Daarin zie je dat de Wmo vernieuwend kan zijn door verbindingen te leggen tussen zorg en participatie, tussen wonen en participatie en tussen werk en inkomen. Dat doen wij met de prestatievelden. Veel gemeenten zijn op een heel innovatieve manier bezig vorm te geven aan beleidsplannen in de Wmo. Met initiatieven zoals ik ze net noemde wordt het welzijnswerk opnieuw uitgevonden.

De heer **Putters** (PvdA): Ik steun u heel erg. In mijn inbreng heb ik aangegeven dat het dan wel van belang is om vanuit die verschillende geldstromen wat makkelijker over en weer te kunnen uitwisselen. Komt dat nog?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik ben het met u eens dat je die geldstromen moet kunnen uitwisselen, althans dat die goed afgestemd moeten worden. Tegelijkertijd willen wij ook die glasheldere polis. Nu was het ook uitwisselbaar, maar altijd maar één kant op, namelijk door het bij de AWBZ te claimen. Die route ga ik echt definitief afsnijden. Dat neemt niet weg dat op lokaal niveau een aantal pilots loopt, waaruit blijkt dat uitwisselbaarheid en afstemming nog beter kunnen dan nu het geval is. Dat is een continue uitdaging voor de komende jaren.

Bussemaker

De heer **Putters** (PvdA): Bent u voornemens dat soort experimenten op wat grotere schaal te gaan doen? Volgens mij zijn daar namelijk vrij snel grote slagen te maken in de uitvoering.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Daar kom ik nog op. U hebt zelf het Frieslab genoemd, een pilot die daarvan een voorbeeld is. Het gaat hierbij om kwetsbare groepen, terwijl je altijd met niet-voorzien effecten zit. Bij de Wmo had niemand voorspeld dat in een mum van tijd een hele omkering zou plaatsvinden. Experimenteer en leer daarvan.

Ik zie het welzijnswerk zich in de praktijk ontwikkelen, waarbij de participatiedoelstelling voorop staat. In mijn derde voortgangsrapportage, die ik naar de Tweede Kamer heb gestuurd, heb ik daaraan veel aandacht besteed. Het welzijnswerk moet namelijk wel echt veranderen, want het is van oudsher nog veel te veel aanbodgestuurd. Veel te veel wordt door anderen bedacht wat goed is voor mensen, en er wordt veel te weinig van onderop samen met mensen georganiseerd. De kracht van de Wmo ligt niet in het dwingend voorschrijven, maar in het creatief zoeken naar nieuwe samenwerkingsvormen. Mensen moeten veel meer vanuit de vraagkant, en minder vanuit het aanbod opereren, wat voor gemeenten een heel andere opstelling vraagt. Geen lange beleidsnota's en grote kantoren, maar naar mensen toegaan en in hun netwerken vragen wat zij nodig hebben. De indicatiestelling door de gemeenten kan op een heel andere manier. Heel veel gemeenten hebben een beetje voor de makkelijkste weg gekozen: indicatie door het CIZ voor de huishoudelijke hulp. Maar als je mijn lijn doortrekt, zou je veel meer moeten gaan naar wat de VNG een keukentafelgesprek noemt. Daarbij kijk je niet alleen of ze huishoudelijke hulp nodig hebben, maar ook of er nog meer zaken zijn die hen bezig houden en of zij nog iets kunnen doen voor de samenleving. Ik vind het heel jammer dat de discussie die nu wordt gevoerd over de Wmo nog steeds gaat over de huishoudelijke hulp, terwijl in de praktijk heel veel voorbeelden zichtbaar zijn waarbij van onderop wordt gewerkt, en waarbij wordt geprobeerd mensen in de buurt te laten wonen, zoals minister Vogelaar en ik met Thuis in de buurt proberen vorm te geven.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Ik vind het jammer dat de problemen rond de Wmo, die er hier en daar wel zijn, te veel op het Binnenhof worden besproken en te weinig in de gemeenteraden. Mij valt op dat wij hierover praten – ook de heer Putters deed dat in zijn bijdrage – maar ik maak mij er zorgen over dat in de raden veel te weinig wordt gesproken over de mogelijkheden van de Wmo. Ik heb daarvoor aandacht gevraagd, gezien de reikwijdte van de Wmo. Is de staatssecretaris dat met mij eens?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ja. Steeds vaker beantwoord ik schriftelijke vragen van de overkant met een verwijzing naar de lokale wethouders, die de regie voeren. Tegelijkertijd zeg ik tegen wethouders: pas op dat jullie de AWBZ niet overplanten op de Wmo of het lokale niveau. Dan is het van het allergrootste belang dat iemand in Groningen hetzelfde krijgt als iemand in Maastricht. Bij die ondersteuning hebben gemeenten veel meer mogelijkheden om zelf te sturen, bijvoorbeeld als het gaat om aanbesteden. Ik heb mij eerlijk gezegd

wel verbaasd – dat zal wel iets met de korte invoeringstijd te maken hebben gehad – dat heel veel gemeenten de aanbesteding van de huishoudelijke hulp aan ambtenaren of derden hebben overgedragen. Mijn stelling is dat wethouders politieke keuzes moeten maken over wat zij belangrijk vinden in de Wmo en waarop zij door de raad afgerekend willen worden.

De heer **Putters** (PvdA): Het laatste is mij uit het hart gegrepen. In deze Kamer heeft uw voorganger met ons het debat over de Wmo gevoerd, waarbij is gezegd dat gemeenten het hele jaar 2007 over de invoering van de Wmo konden doen, omdat zij dan dit soort dingen goed konden regelen. Maar het is volgens mij ook heel slecht gecommuniceerd met gemeenten dat dat kon en dat dat niet meteen allerlei negatieve consequenties had op financieel gebied. Daarover hebben wij als Kamer onze bezwaren geuit.

Wij zitten hier inderdaad niet in de gemeenteraad. Maar als welzijn echt belangrijk wordt gevonden, ben ik wel benieuwd naar de opvatting van de staatssecretaris over hoe dat in de kaderstelling een plek moet krijgen. Wij moeten hier niet bepalen wat dat moet zijn, maar wel dat dat onderdeel moet zijn van het gehele pakket van een gemeente. Hetzelfde geldt eigenlijk voor de indicatiestelling. Volledig eens met wat de staatssecretaris zegt, maar hoe gaan wij ervoor zorgen dat dat lokaal op een andere manier gebeurt?

De heer **Van den Berg** (SGP): Het probleem bij veel gemeenten is dat zij geen goed opgeleide ambtenaren hebben. Een ambtenaar die verantwoordelijk is voor de aanbesteding, wordt tot nu toe niet opgeleid. Het is een kwestie van met vallen en opstaan praktijkervaring opdoen, en dat loopt lang niet altijd. Verder zijn er heel goede voorbeelden van een sociaal vangnet, maar ook daar loopt men tegen regelgeving van de rijksoverheid aan waar ze niet doorheen komen. Ik noem problemen rondom gezinnen, waartegen vaak niet kan worden opgetreden, gelet op allerlei regeltjes waar men niet doorheen komt. Voordat gemeenten "op stoom" zijn, moet er nog heel veel gebeuren. Onze zorg is dat dat steeds meer uit elkaar gaat lopen, dus dat delen van de AWBZ wellicht naar gemeenten gaan die dat helemaal niet meer aankunnen. Dat zou een ramp kunnen zijn voor mensen die dat allemaal nodig hebben.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Er is zonder meer een groot verschil tussen de slagkracht van gemeenten. Grotere gemeenten kunnen dit soort overhevelingen makkelijker aan dan kleinere gemeenten. Zij hebben meer mens- en denkkraft om dat te doen. Maar ik blijf erbij dat niet de kernvraag is of er medewerkers zitten die de techniek beheersen, maar of er een lokale wethouder is die bereid is politiek te worden afgerekend op lokale doelen die hij of zij stelt. Als iemand dat doet en daarvoor iedereen die daarbij op lokaal niveau een rol heeft weet te mobiliseren, ben ik ervan overtuigd dat je dan heel ver komt. Daarvan zie je in de praktijk goede voorbeelden. Ik probeer daarbij te helpen. Ik hoor van heel veel individuele wethouders dat zij vinden dat zij meer ondersteuning en sturing nodig hebben. Niet dat ik voor moet schrijven wat zij moeten doen, maar ik moet ze helpen hoe ze iets kunnen doen. Dus hebben wij bij de huishoudelijke hulp het boekje "Sociaal verantwoord aanbesteden" gemaakt, want dat is geen marktwerking

in die zin dat je bij de Wmo alleen op de prijs moet letten: je kunt werkelijk alles bedenken. Toevallig was ik vanmorgen in Arnhem en Nijmegen. In die laatste stad had men als goed links collegebestuur de Balkenende-norm erin willen zetten, maar dat kon nu net niet, want dat mag niet van Europa. Maar verder kun je het zo gek niet bedenken of de gemeente kan aangeven wat de eisen zijn bij de aanbesteding en bij de thuiszorg-organisaties die de huishoudelijke hulp leveren. Ook op andere terreinen, bijvoorbeeld op dat van de mantelzorg, heb ik kaderstellend beleid geformuleerd, waarin ik aangeef wat ik verwacht dat gemeenten doen. Verder geef ik aan dat ik ga kijken of de helft van de gemeenten over twee jaar echt een beleidsplan heeft op het terrein van mantelzorgondersteuning. Dan moeten de gemeenten zelf bedenken hoe zij dat in hun geval het beste willen doen. Om die reden heb ik in mijn derde voortgangsrapportage het welzijnswerk centraal gesteld. Daar houd ik niet mee op. Wel wil ik met een aantal deskundigen en voorlopers aangeven wat anderen daarvan kunnen leren. Dat kan niet allemaal van het ene op het andere jaar.

De VNG is samen met cliëntenorganisaties heel actief bezig met de indicatiestelling. Zij is bezig een modelverordening te maken, juist om duidelijker te maken wat gemeenten zouden kunnen doen om tot goede afspraken en een integrale benadering te komen. Er gebeurt dus echt ontzettend veel op dat terrein. Ik ben het eens met de heer Van den Berg dat dat allemaal eerst moet worden geregeld voordat wij nog meer overhevelen naar de gemeenten. Dat is één van de redenen, waarom ik naar aanleiding van het SER-advies heb gezegd – de SER adviseerde dat niet – dat ik het te vroeg vind om nog verder onderdelen over te hevelen. Ik hevel niets over bij de ondersteunende begeleiding, ik schoon de AWBZ op. Dat taken dan bij de gemeenten komen die eigenlijk al bij het welzijnswerk hoorden en toch al op participatie zijn gericht, is een ander verhaal.

De heer Putters sprak over de participatieladder. Ik vind dat een mooi voorbeeld, omdat het aangeeft dat mensen soms meer en minder ondersteuning nodig kunnen hebben. Maar ik ben het in één opzicht niet met hem eens, namelijk dat die ladder er steeds vanuit gaat dat mensen meer of minder ondersteuning nodig hebben. Maar die ladder klimt op. Mijn beeld van de Wmo is niet alleen dat de gemeente iets voor jou moet doen, maar dat ook heel veel mensen iets voor anderen terug kunnen doen. Mijn metafoor is een klimrek, met dwarsverbanden, waarbij in het geval van een integrale indicatiestelling niet alleen wordt gevraagd of iemand een scootmobiel of huishoudelijke hulp nodig heeft, maar ook of iemand iets voor anderen wil doen. Dan blijken mensen van 60 en 70 jaar de meest fantastische vrijwilligers in de verpleeghuizen te kunnen zijn, waar de bewoners tegenwoordig 80 jaar en ouder zijn.

Er is een vraag gesteld over mijn visie op de langere termijn van de AWBZ. Ik denk dat ik daarover al het een en ander heb gezegd. Duidelijk is dat de AWBZ in ieder geval een publieke verantwoordelijkheid blijft, dat er geen groepen uit de AWBZ gaan, maar dat alleen van mensen met lichte beperkingen wordt gezegd dat zij niet vallen onder de AWBZ. Ik had ook de keuze kunnen maken voor privatisering van de ouderenzorg, maar dat hebben wij heel nadrukkelijk niet gedaan. De AWBZ blijft er voor iedereen, jong of oud, gehandicapt, dementerend of met psychiatrische problemen met matige tot zware

beperkingen. Er komt dus geen marktwerking in de AWBZ, omdat deze sector zich daarvoor in ieder geval voorlopig niet goed leent. De AWBZ moet daarop ook op langere termijn gericht zijn op kwalitatief goede zorg voor mensen met ernstig regieverlies of met aandoeningen, en een garantie van kwalitatief hoogwaardige zorg in de toekomst. Juist om dit voor mensen met ernstige en matige beperkingen te kunnen blijven leveren, zijn aanpassingen nodig. Mijn visie op lange termijn verschilt daarom niet veel van die op korte termijn. Ik werd geconfronteerd met veel achterstallig onderhoud, wat sowieso eerst moet gebeuren, welke keuze verder ook wordt gemaakt. Er kunnen straks verdere keuzes worden gemaakt over cliëntvolgende budgetten en het al dan niet afschaffen van zorgkantoren, maar mijn stelling is dat wij voordat wij dat doen eerst enkele eerste stappen moeten zetten. Ik wil geen onduidelijkheid laten bestaan over mijn eindperspectief: dat is gericht op de langere termijn. De AWBZ is er voor langdurig onverzekerbare zorg, en die moet worden opgeschoond. De Wmo moet worden doorontwikkeld op participatiegerichtheid en sociale netwerkvorming op lokaal niveau. Waar wij de AWBZ herijken, is mijn doelstelling de Wmo door te ontwikkelen en als het gaat om de AWBZ vooral niet alleen naar de financiën te kijken, maar ook naar het versterken van de positie van de cliënt, het bevorderen van kwaliteit, het vergroten van keuzevrijheid en diversiteit, het verminderen van bureaucratie en vooral voldoende menskracht voor de toekomst.

De pakketmaatregelen houden nauw verband met het onderscheid tussen zorg en participatie. De heer Putters en mevrouw Slagter hebben gevraagd waar ik de grens trek tussen ondersteuning en zorg, of tussen participatie en zorg. De zorg hoort bij de AWBZ, de participatie bij de Wmo, maar ik ben het ermee eens dat die grens niet altijd met een schaarje is te knippen. Het zal heel wat werk kosten om dat goed scherp te krijgen. Maar ik koppel de begeleiding aan de ernst van de beperking. Voor mensen met matige en zware beperkingen is begeleiding van belang voor zelfredzaamheid. Een voorbeeld hiervan is een jongen die dankzij de begeleiding niet in een sociaal element is geraakt. Daar ligt een grens. Als mensen zonder die begeleiding moeten worden opgenomen in een intramurale instelling, krijgen zij die begeleiding. Maar als zij die begeleiding nodig hebben omdat het makkelijk is extra geld voor de school te financieren, krijgen ze die niet. Daar moeten wij helder over zijn. Maar in de praktijk lopen participatie en zorg natuurlijk wel in elkaar over, vooral in de groep van de meer zware beperkingen. Vandaar dat wij daar de begeleiding in stand houden.

Wij moeten goed beseffen dat wij er geen groep uithalen, maar dat wij het over de zorgzwaarte hebben, en over de mate van beperkingen. Binnen de bandbreedte van de verschillende klassen die voor de begeleiding binnen de AWBZ worden gegeven, zijn er voldoende mogelijkheden om dat maatwerk te leveren, afhankelijk van de ernst van de beperking. Ik hoop dat deze verduidelijking de heer Putters gerust stelt en dat de voorbeelden die hij heeft genoemd ten goede keren, ofte wel dat er nog wel degelijk goed en integraal wordt gekeken naar wat mensen met matige en zware beperkingen nodig hebben aan begeleiding vanuit de AWBZ. Maar participatie als doelstelling wordt geschrapt. Het zou heel raar zijn als wij dat zouden laten staan, want wij hebben net een wet van start laten gaan, de

Wmo, waarin de participatie centraal staat. Zolang je participatie nog uit de AWBZ kunt krijgen, is dat voor veel aanbieders een aantrekkelijke weg. Maar de vraag is of het ook maatschappelijk gezien de meest wenselijke weg is. De vraag stellen is haar beantwoorden.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Bent u klaar met de pakketmaatregelen? Zelf was ik daar zeer terughoudend over, al was het maar omdat ik vind dat de brief van 16 september eerst in de Tweede Kamer moet worden besproken, alvorens dat hier gebeurt. Maar nu collega's dat toch hebben gedaan, heb ik eerst een andere zorg, namelijk de uitvoerbaarheid van de maatregelen. Gaat u daar nog op in?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ja. Ik heb in juni met de Tweede Kamer een hoofdlijnen debat gevoerd, en over deze brief heb ik binnenkort een debat met de Tweede Kamer. Maar nu verschillende sprekers daarover vragen hebben gesteld, leek het mij wel netjes die te beantwoorden. Mevrouw Slagter vroeg of de begeleiding door een instelling moet worden gegeven. Daarin verandert niets, dat blijft hetzelfde. Sinds 2003 is uitgangspunt dat begeleiding door een instelling moet worden geboden. De eis van toelating met daaraan verbonden eisen zijn dus vooralsnog van toepassing. Daarbij hoeft het niet te gaan om grote instellingen, het kan ook om heel kleine instellingen gaan, of om twee of drie zorgverleners die in organisatorisch verband samenwerken en daarvoor een toelating aanvragen. Als het gaat om een pgb, kan de klant zelf kiezen of hij of zij gebruikt maakt van een instelling of van een individuele zorgverlener.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Wij hebben gevraagd of een glasheldere polis wel glashelder kan zijn. In het verleden is gebleken dat dat niet duidelijk was, en daarom is nu de lijst van negen punten gekomen. Ik denk dat ook die lijst niet voldoende duidelijkheid zal geven. Kunt u daar nog op ingaan, of komt u daar nog op?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Daar wil ik niet uitgebreid ingaan, omdat wij daar nog hard mee bezig zijn. Maar bij de glasheldere polis gaat het om de aanspraken en het onderscheid tussen AWBZ en Wmo. Maar bij indicaties blijft een menselijk oordeel altijd een rol spelen. Wij zouden niet toe moeten willen naar een systeem waarin daarvoor helemaal geen ruimte meer is. Maar het moet wel veel duidelijker zijn dan nu, waarbij ook de financiering moet worden betrokken. Op de onderdelen die niet bij de AWBZ horen, maar bij de Wmo, kan geen aanspraak meer worden gedaan.

De heer Klein Breteler vroeg welk bedrag precies wordt bezuinigd, waarbij hij sprak over 250 mln. Dit bedrag klopt niet helemaal. Tussen juni en september zijn wij hard bezig geweest om de maatregelen verder te ontwikkelen. Het resultaat daarvan is de brief van 16 september. Ik ben blij dat hij heeft aangegeven dat hij de hoofdlijnen daarvan steunt. 2009 is daarmee nog een overgangsjaar, waarin de ombuigingen zijn beperkt tot 220 mln., het bedrag dat het CDA in gedachten had. Vanaf 2010 loopt dat bedrag op tot 0,8 mld., waaraan een besparing van 0,3 mld. wordt toegevoegd, die reeds dit jaar was afgesproken, met betrekking tot de functie-begeleiding.

De heer **Klein Breteler** (CDA): De CDA-fractie had zelf

geen bedrag in gedachten, zij wacht af wat u daarover zegt. Wij maken ons wel zorgen over het volgende. U zegt dat er een overgangsregeling is, maar die biedt soelaas voor mensen met een indicatie tot en met 2009. Hoewel die zaak eigenlijk eerst aan de overzijde moet worden besproken, onderstreep ik wel dat veel jongeren hiermee te maken zullen krijgen, die vaak kortlopende indicaties hebben. Dat kan betekenen dat de overgangsregel vooral voor jongeren minder soelaas biedt in 2009, omdat die indicaties veel sneller aflopen. Kan daarvoor geen halfjaartermijn worden gesteld, bij wijze van overgang?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik weet niet of het specifiek jongeren zijn die kortlopende indicaties hebben. Het is een van de kwesties die wij uitzoeken. Ik hoorde toevallig vorige week uit een regio: dit zorgkantoor geeft alleen kortlopende indicaties. Dat zijn kwesties waarnaar wij nog goed moeten kijken. Het betekent in ieder geval dat alleen mensen die nieuw instromen of mensen wier indicatie afloopt in 2009 met deze maatregel worden geconfronteerd, zodat wij ook nog na 1 januari groepen zullen hebben waarvoor wij wat extra's moeten doen. Ik meen dat wij dat niet anders dan in de praktijk kunnen uitvinden. Het kan zijn dat wij tegen gemeenten zeggen: dit hoort echt bij jullie traditionele welzijnstaken, sommige gemeenten doen dat al, dus nu moeten jullie dat ook doen. Het is ook mogelijk dat er financiële compensatie nodig is. Daarvoor hebben wij vanaf 2010 een bedrag van 150 mln. uitgetrokken. Daarover moet ik overleggen met andere departementen, maar ik verwacht dat dergelijke maatregelen vooral nodig zullen zijn bij gemeenten en jeugdzorg.

Richting de uitvoering zijn wij nog in zeer intensief overleg met cliënten- en patiëntenorganisaties en ketenpartners om de voorbereidingen voor 1 januari 2009 zo goed mogelijk te kunnen treffen. Ik denk dat het helpt dat wij al met al een gedeeld probleembesef hebben. Ik merk althans bij de discussies die ik heb wel veel zorgen van organisaties die zich afvragen of ze dat wel allemaal kunnen overnemen, maar ik merk ook dat de algemene analyse dat het niet goed is dat de participatie bij de AWBZ zit, over het algemeen wordt gedeeld. Ik zeg er ook bij dat wij van VWS uit zeer nadrukkelijk veel aandacht moeten besteden aan het communicatietraject. Dat doen wij samen met cliëntenorganisaties, ook met Per Saldo, en met aanbieders en uitkeringsorganisaties.

Er hoort ook bij dat wij heel duidelijk aangegeven dat er nu aanspraken in de AWBZ zitten die eigenlijk niet tot de collectieve verantwoordelijkheid gerekend kunnen worden, maar tot de individuele verantwoordelijkheid van mensen behoren. Dat is stap een. Wij gaan zeggen dat mensen met een lichte beperking heel veel dingen nog zelf kunnen doen en dat wij ook van hen mogen vragen om dat te doen. Als het een collectieve verantwoordelijkheid is, is de vraag of het een AWBZ-verantwoordelijkheid blijft dan wel logischerwijs thuishoort bij de jeugdzorg, de gemeente, de Zorgverzekeringwet of bijvoorbeeld Sociale Zaken als het om Wajongers of WIA gaat. Die stap moeten wij met elkaar zetten. Ik vind dat het mijn plicht is om zo veel mogelijk helderheid te verschaffen over wat collectieve en wat individuele verantwoordelijkheid is. Ik zeg er maar eerlijk bij dat ik niet de gemakkelijkste weg heb gekozen door geen groepen uit te zonderen, maar elke groep in principe aanspraak te laten maken, zij het met het eruit

halen van lichte beperkingen. Dat maakt het moeilijker om klip en klaar te zeggen: u blijft erin, en u niet. Dat kan namelijk van de individuele situatie afhangen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik ben blij van de staatssecretaris te horen dat zij heel zorgvuldig naar het traject kijkt. Dat is mijns inziens heel erg belangrijk. Een van de boodschappen die ik wilde overbrengen was: kijk goed naar welke mensen hiervan de dupe zouden kunnen worden en probeer mee te denken over hoe deze mensen kunnen worden voorgelicht. De staatssecretaris zegt dat zij overleg heeft met cliëntenorganisaties, met Per Saldo, met de gemeenten. Ik heb tot nu toe gelezen dat die alle aangeven dat het onduidelijk is en dat men onzeker is over hoe het allemaal moet.

Het verhaal van de staatssecretaris geeft mij enigszins het idee dat zij enige ruimte biedt in de volgorde van de dingen en dat het niet allemaal harde data zijn waarop het geregeld moet worden. Ik krijg de indruk, dat er ook oog voor is dat er overgangstrajecten nodig zijn. Klopt dat?

Staatssecretaris **Bussemaker**: In die zin dat 2009 een overgangsjaar is, maar dat wij deze maatregel wel per 1 januari 2009 invoeren. Ik zal u ook zeggen waarom. Ik weet dat als wij dat niet doen iedereen naar een volgend tijdstip gaat kijken en dat er niet veel gebeurt, ik zeg wel dat ik volledig bereid ben om met de aanbieders, met de cliëntenorganisaties en alle andere betrokkenen een en ander zo goed mogelijk voor te bereiden. Wij zijn daar hard mee bezig. Ook na 1 januari 2009 zal ik niet mijn ogen sluiten voor eventuele problemen die ontstaan. Wij zullen moeten bezien hoe wij die met de betrokkenen zo goed mogelijk kunnen oplossen. Ik weet dat u onder andere van de VNG een kritische brief hebt gehad waarin staat dat het niet uitvoerbaar is, maar ik spreek veel individuele wethouders die veel kansen zien. Zij zeggen dat zij beter lokaal het beleid kunnen vormgeven als niet steeds onderdelen van de ondersteuning uit de AWBZ komen. Voor een deel zit daar een financiële compensatie bij. De hele aanpak ondersteunende begeleiding is geen overheveling naar de gemeenten, maar is een herstructurering in die zin dat wij zeggen: als mensen nog boodschappen doen, kunnen ze misschien ook een boodschappenservice van de supermarkt langs laten komen en is het maar de vraag of dat collectief moet worden georganiseerd en helemaal of dat voor € 45 per uur uit de AWBZ moet worden betaald. Daarin ben ik hard en klip en klaar. Dat betekent niet dat ik mijn ogen sluit voor problemen die zich kunnen en zullen voordoen. Juist omdat wij het niet met een schaarltje kunnen knippen, zal er ook nog wel eens wat nodig zijn.

Verskillende fracties hebben gevraagd of er een overheveling is naar de Wmo. Dat is niet het geval. Wij brengen een aantal zaken over naar de verantwoordelijkheid van de gemeente, maar het is geen een op een overheveling van AWBZ-zorg naar andere domeinen, of dat nu de Wmo of de jeugdzorg is.

Op het overleg met de gemeenten ben ik ook al ingegaan. Wij zijn daar zeer nadrukkelijk mee bezig. Ik heb zeer binnenkort een bestuurlijk overleg met de VNG onder andere over de uitvoeringsproblemen.

Gevraagd is naar de grondslag psychosociaal, omdat die ook zit bij de pakketmaatregelen. Ik denk dat het goed is om te benadrukken dat de grondslag psychosociaal wel een overheveling inhoudt. De ondersteunende

begeleiding niet, maar psychosociaal wel. In 2008 zijn al de voorbereidingen getroffen om met ingang van 1 januari 2009 de algemene begeleiding voor de grondslag psychosociaal over te hevelen naar de gemeenten. Er is samen met gemeenten een voorlichtingsbrochure gemaakt. Er is al 53 mln. overgeheveld naar gemeenten. Het gemeentelijke kompas is gepresenteerd. Daarmee kan de ondersteuning, ook in het kader van de maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en opvang ontregelde gezinnen, door gemeenten worden gecontinueerd. Ik zeg aan het adres van mevrouw Slagter, dat dit losstaat van de bemoeizorg die in 2007 via de OGGZ naar de gemeenten is overgeheveld. Vorig jaar is er een rapport verschenen dat aangeeft dat gemeenten ook dit jaar tevreden zijn en dat zowel GGZ als gemeenten dit goed hebben opgepakt. Ook hier biedt het voor gemeenten een goede manier om regie te kunnen voeren bij de maatschappelijke opvang. Dat betekent dat de middelen psychosociaal daarbinnen niet worden beperkt.

Ik stap nu over naar een volgend thema, te weten de relatie tussen Zorgverzekeringswet, AWBZ en Wmo, vooral in de vorm van ketenafstemming en mogelijke ketenoverhevelingen. Ik heb in mijn brief van 13 juni aan de Tweede Kamer aangegeven dat ik de visie van de SER deel dat er delen van de zorg die nu uit hoofde van de AWBZ worden geleverd in de nabije toekomst uit hoofde van de Zorgverzekeringswet zouden kunnen worden geleverd, niet alleen omdat er problemen zijn bij de AWBZ, maar ook en in de eerste plaats omdat het een meerwaarde voor de cliënt kan betekenen alsook voor de professional. Immers, die zorgketen gaat dan een geheel vormen. Dat kan betekenen dat er een vermindering plaatsvindt van het aantal ligdagen, dat er minder sprake is van verkeerdebeddenproblematiek en dat er sprake is van verbeterde ketenzorg. Het plan is dat wij beginnen met de overheveling van de reactiveringszorg per 2010. Een voorbeeld daarvan is de revalidatiezorg in een verpleeghuis, nu bekostigd uit de AWBZ, die nodig is na een heupoperatie, die nu wordt betaald via de Zorgverzekeringswet. Door die onderdelen vanuit verschillende systemen bij elkaar te brengen, is er winst te boeken in termen van kwaliteit, samenhang en doelmatigheid. De SER legt in deze discussie de cesuur bij kortdurende en op herstel gerichte zorg. Ik denk dat het goed is om daar te beginnen, maar ik zie aanleiding om de grenzen van de naar de Zorgverzekeringswet over te hevelen zorg ruimer te nemen. Onder de Zorgverzekeringswet wordt immers ook chronische of langdurige zorg geleverd die noodzakelijk tot herstel leidt. Ik denk in dit verband aan chronische fysiotherapie, langdurig of zelfs levenslang medicijngebruik, dialyses, diabeteszorg et cetera.

Parallel aan de overheveling van de reactiveringszorg onderzoeken wij ook welke andere onderdelen van de AWBZ voor overheveling in aanmerking komen. Dat doen wij onder meer door te bezien of het voortgezet verblijf binnen de GGZ overgeheveld zou kunnen worden naar de Zorgverzekeringswet. Aan het eind van dit jaar zal ik de Tweede Kamer berichten over de voortgang van die overheveling.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Ik heb gezegd dat het voor de CDA-fractie een goed bewandelbaar pad is als bepaalde zaken die helder zijn – vaak gaat het om reactiveringsgerichte zorg – overgaan naar de Zorg-

verzekeringwet. Daar kunnen goede inhoudelijke redenen voor zijn. Ik heb echter ook opgemerkt dat de overheveling van AWBZ naar Zorgverzekeringswet ook belangrijke inkomenseffecten heeft, vooral ook voor ouderen. Ik verzoek de staatssecretaris om ook daar iets over te zeggen.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Daar kan ik nu niet zo veel over zeggen, behalve dan dat dit punt nadrukkelijk wordt meegenomen. Het overhevelen van zaken van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet klinkt heel mooi en heel simpel, maar er zitten tal van ingewikkelde vragen aan vast, niet alleen op het vlak van inkomens, maar ook op het vlak van bekostiging en premies voor de Zorgverzekeringswet. Dat heeft ertoe geleid dat ook mijn enthousiasme iets getemperd is, na alle details en technische gegevens die ik van medewerkers heb doorgekregen. Zij hebben gezegd dat wij wel willen dat die overheveling in 2011 geregeld is, maar dat dit buitengewoon optimistisch gedacht is, mede omdat wij de tijd nodig hebben om de zaken goed in kaart te brengen. Iets soortgelijks speelt overigens bij het scheiden van wonen en zorg. Ik kom daar aanstonds nog op terug.

Mogelijk zullen delen van de AWBZ worden overgeheveld naar de Wmo, zoals de RVZ beargumenteerd heeft. Ik neem op dit punt het SER-advies over om nader te onderzoeken welke onderdelen zich lenen voor overheveling naar de Wmo en onder welke voorwaarden dat kan gebeuren. Juist met op welzijn gerichte elementen, zoals onderdelen van de functie begeleiding, zou dat kunnen. Op dat punt is er een nauwe samenhang met de Wmo, waardoor overheveling ook een meerwaarde voor de burger kan opleveren. Mijn idee is dat wij eerst leren van de Wmo. Die is er nog maar net. Ten aanzien van de Wmo hebben wij in de afgelopen tijd al tal van uitdagingen gehad en nog te gaan, dus laten wij gemeenten ook de kans geven om de uitvoering van de Wmo verder te ontwikkelen. Daarnaast hebben wij geconstateerd dat de ondersteunende begeleiding dusdanig vervuild is, dat ik vind dat ik dit probleem eerst zelf moet oplossen, voordat ik tegen gemeenten kan zeggen dat zij de ondersteunende begeleiding maar op zich moeten nemen, waar dan wel 1,1 mld. vanaf gehaald moet worden. Als ik dat laatste zou doen, dan weten wij zeker dat wij heel grote problemen krijgen.

Bij de mogelijke verkenning betrekken wij de VNG zeer nauw, evenals het SER-advies. Wij moeten ons er echt van vergewissen of er binnen de Wmo ook voldoende duidelijke aanspraken voor cliënten gemaakt kunnen worden, want naarmate wij meer overhevelen, komen wij dichterbij de zorg, dus wordt de vraag relevanter of wij toch niet iets meer afdwingbaarheid moeten creëren. Dat zijn allemaal vragen die daarbij een rol spelen.

Ik heb mijn handen vol aan de maatregelen waar ik thans mee bezig ben, dus ik denk dat ik over de overheveling misschien op een later tijdstip nog terugkom, maar voorlopig laat ik het hier bij.

Verschillende sprekers hebben aandacht gevraagd voor het belang van het persoonsgebonden budget. Ik deel dat met hen. Het persoonsgebonden budget in de zorg heeft naar mijn mening een enorme emancipatoire kracht gehad, doordat niet langer de aanbieders bepaalden wat goed is, maar de mensen dat voortaan zelf konden bepalen. Daardoor kon er ook zorg ingekocht worden waar aanbieders vaak nog niet op gericht waren

of die nog niet geleverd werd, maar die de mensen zelf op een creatieve manier konden verkrijgen. Ik heb al gezegd dat ik zeer hecht aan het pgb. Mensen krijgen een indicatie en vervolgens is het aan hen om te beslissen of zij zorg in natura, dan wel een persoonsgebonden budget willen. In de richting van mevrouw Dupuis merk ik op dat er dus geen ongelijkheid in de indicatie zit. Er moet een objectieve en uniforme indicatiestelling zijn. Zo gaat het ook, want pas na de indicatiestelling kunnen mensen de keuze maken voor zorg in natura of een pgb.

Mevrouw Dupuis heeft, net als de PvdA-woordvoerder, gewezen op de fraudegevoeligheid van het pgb. Zij vraagt aandacht voor het toezicht op de zorgkantoren en de herstructurering van het pgb. Met haar opmerkingen ben ik het eens. Wij moeten de problemen op dit punt onder ogen zien, want wij lopen anders het risico dat het pgb aan zijn eigen succes ten onder gaat, omdat het pgb niet alleen meer wordt gebruikt door mensen die daar emancipatoire kracht aan kunnen ontlenen, maar ook door mensen voor wie het een makkelijke manier kan zijn om anderen zogenaamd te laten zorgen, maar het geld voor iets anders te gebruiken. Dat gebeurt overigens zeer beperkt, zeg ik zeer nadrukkelijk, want iedereen moet wel verantwoordelijk wat hij met de middelen doet. Mede naar aanleiding van het oneigenlijk gebruik van het pgb en de grote groei bij pgb-budgetten die ik niet kon verklaren, heb ik de verantwoordingsvrije voet in het pgb verlaagd tot 1,5% van het budget, oftewel maximaal € 1250 per jaar. Dat bedrag was veel hoger.

Budgethouders hebben wel de vrijheid om zelf te beslissen wie zij inhuren, maar zijn dan zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Dat is de kern van de pgb-regeling. Daar zitten voor- en nadelen aan vast. Het betekent enerzijds meer keuzevrijheid en sturing door de cliënt. Anderzijds is het de vraag – die discussie heb ik ook met de IGZ gevoerd – of de IGZ moet gaan controleren bij mensen die een pgb hebben. Vooralnog hebben wij de keuze gemaakt om dat niet te doen, maar wel de instellingen te controleren die gebruik maken van pgb's. Dat zijn er heel veel. Die instellingen verzamelen het geld dat mensen op basis van een pgb ontvangen en daarmee bekostigen zij gezamenlijke zorg. Deze instellingen moeten wel aan de kwaliteitseisen van de IGZ voldoen. Als wij echter de burgers de vrijheid willen geven om vrij met hun pgb om te gaan – en dat is een groot goed – dan moeten wij er ons ook bij neerleggen dat wij niet alles daarin altijd kunnen controleren. Fraude, waar wij een enkel voorbeeld van hebben, wordt hard aangepakt. Het kan immers op geen enkele manier de bedoeling zijn dat de middelen daarvoor gebruikt worden.

De heer **Putters** (PvdA): Is er zicht op de omvang van de fraude?

Ik deel dat de indicatiestelling zo onafhankelijk mogelijk moet plaatsvinden. Ik heb echter aangegeven dat er volgens mij wel een lijst met vrij simpele indicaties te maken is, die wij daarmee wellicht uit het hele circus van de indicatiestelling zouden kunnen halen.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Op het laatste punt kom ik nog terug.

Op dit moment kan ik geen antwoord geven op de vraag hoe groot de fraude met het pgb is. In algemene

zin kan ik wel zeggen dat de NZa in het recente "Algemeen rapport uitvoering AWBZ 2006" constateert dat er slechts zeer incidenteel sprake was van fraude. Bij drie concessiehouders en dertien zorgkantoren is daadwerkelijk fraude geconstateerd. Het vermoeden van misbruik of oneigenlijk gebruik van het pgb kwam volgens de NZa relatief het meest voor. Dat is ook een van de redenen geweest om de verantwoordingsvrije voet te verlagen. Dit leidt wel weer tot iets meer bureaucratie voor cliënten. Zo blijft het altijd een wikken en wegen tussen enerzijds het verminderen van de bureaucratie en anderzijds het zo veel mogelijk willen tegengaan van fraude.

Er zijn vragen gesteld over het zzp en het rondrekenen. De invoering van de zzp's en de zorgzwaartebekostiging zijn belangrijke verbeteringen, die erop gericht zijn om de budgetten meer cliëntvolgend te maken en te laten aansluiten op de zorgzwaarte en niet op het aantal bedden van een instelling. Daarmee wordt het beschikbare geld beter en eerlijker verdeeld. In de huidige bekostiging staan ook de kenmerken van instellingen niet meer centraal. Ik ben het ermee eens dat voor elk zorgzwaartepakket een goede prijs moet gelden, waarmee het voor een zorgverlener mogelijk is om verantwoorde zorg te bieden aan de cliënt. Bij de techniek op basis waarvan de prijs wordt berekend, wil ik hier niet al te uitgebreid stilstaan. Er is uiteindelijk maar één criterium, namelijk of de prijs van een zorgzwaartepakket voldoende is voor het kunnen leveren van verantwoorde zorg aan de betreffende cliëntgroep. De zzp-prijzen zijn op dit moment maximumprijzen. Afhankelijk van de kwaliteit en de doelmatigheid van de te leveren zorg, maken de zorgaanbieder en het zorgkantoor afspraken over de prijs van het pakket. Die prikkel wil ik voorlopig in het systeem houden. Ik heb gemerkt dat wat betreft de zzp's een belangrijke communicatieslag te maken is om iedereen te laten weten wat de bedoeling ervan is en dat het niet met meer bureaucratie, maar met minder gepaard kan gaan. Men heeft immers een vast bedrag en hoeft niet meer voor ieder uurtje een factuurtje te schrijven.

Ik kom nu bij de vragen die zijn gesteld over de relatie tussen en wonen en zorg. Daar zit het Volledig Pakket Thuis in en ook het scheiden van wonen en zorg. De filosofie hierachter gaat met name uit van meer vraagsturing, meer aandacht voor de cliënt, meer zeggenschap voor de cliënt en de bezinning op wat goede huisvesting is. Er zijn steeds meer mensen met een toenemende zorgvraag die goede huisvesting zoeken en die vaak ook graag thuis in hun vertrouwde omgeving blijven wonen. De mogelijkheden van aanbieders om hun zorg op minder traditionele plaatsen aan te bieden, worden verruimd. De zorgverlening en de plek waar die plaatsvindt worden langzaam maar zeker losgeweekt van de zorg. Het is geen nieuws dat mensen die al dan niet zeer langdurig van zorg afhankelijk zijn het liefst in een niet-institutionele omgeving wonen. Er wordt door tal van actoren actief op ingespeeld. Er zijn steeds meer woningtypen en woonvormen ontwikkeld die mensen in staat stellen zelfstandig te wonen, ook als veel zorg noodzakelijk is.

De institutionele huisvesting heeft onder invloed van de trend van meer aandacht voor de cliënt en diens voorkeuren en leefstijlen een snelle gedaantewisseling ondergaan. Het zijn geen grootschalige instellingen meer aan de rand van de stad, maar vaak kleinschalige

woonvormen, soms ook in de oude vertrouwde buurt. Vaak zijn er ook meer mogelijkheden voor partners waarvan er een zorg nodig heeft om bij elkaar te blijven wonen. Vaak wordt rekening gehouden met individuele wensen van bewoners. Ik vind dat heel sympathiek, want ik vind het raar dat iedereen zijn hele leven lang mag beslissen waar hij wil wonen en hoe groot en ruim hij wil wonen, maar dat iedereen die intensieve zorg nodig heeft een vast aantal vierkante meters tot zijn beschikking krijgt.

De voorlopers, die vaak gebruik maken van een pgb, hebben onderscheid en diversiteit in woningen. Ik heb onlangs in Limburg een heel mooi voorbeeld gezien. Er wordt onderscheid gemaakt afhankelijk van wat mensen kunnen en willen besteden aan hun woning. Er zijn geen gelijke rechten, maar elke bewoner krijgt precies dezelfde zorg. Als iemand veel wil en kan besteden, kan hij daar een dure koopwoning kopen. Voor mensen met een beperkt budget die dat niet kunnen, bestaat de mogelijkheid om een woning te huren en om op die manier van dezelfde zorg gebruik te maken. Door domotica en ICT kan veel meer zorg aan huis worden geleverd. Die ontwikkeling gaat zeer snel.

Mevrouw Dupuis vroeg naar de mogelijkheid om een bedrag voor zorg in een instelling aan mensen die thuis wonen ter beschikking te stellen. Met het zzp-systeem komt er een vergoeding per cliënt die is gebaseerd op zorgzwaarte. Wat mevrouw Dupuis voorstelt, namelijk om de kosten per persoon per dag in een instelling uit te keren aan mensen die liever thuis blijven, is al een tijdje mogelijk met een pgb. Met de introductie van het Volledig Pakket Thuis, waar wij begin dit jaar een eerste stap voor hebben gezet en wat wij vanaf 1 januari 2009 verder gaan verruimen, kan dat al. Dat gebeurt niet door dat bedrag in handen te geven, maar door met dat bedrag de zorg thuis te laten verlenen die anders in het verpleeghuis zou worden verleend.

Bij het scheiden van wonen en zorg staat voorop dat meer rekening wordt gehouden met individuele wensen van cliënten en dat er meer keuzes zijn in het woonaanbod, zonder dat daardoor in tweedeling in de zorg wordt gecreëerd. Er zijn corporaties bij betrokken. Ik trek op dit gebied op met de minister voor WWI. Er zijn veel woningcorporaties die bezig zijn met het ontwikkelen van vernieuwende en gevarieerde alternatieven. Ik wil beginnen met de invoering van het scheiden van wonen en zorg voor mensen die nog regie over hun eigen leven kunnen voeren, zoals ouderen met somatische beperkingen en lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten. Ik verwacht voor hen echt voordelen van het scheiden van wonen en zorg. Voor andere groepen, zoals zwaar dementerenden, is het de vraag of wij niet vooral geld gaan rondpompen en heel veel meer bureaucratie creëren als wij overgaan tot het scheiden van wonen en zorg. Wij voeren het stap voor stap in, juist omdat het om kwetsbare mensen gaat, en beginnen met de groep die er voordeel bij kan hebben.

Er zitten veel inkomenseffecten aan het scheiden van wonen en zorg. Het is heel goed om de woonkosten uit de AWBZ te halen, maar het moet wel vaststaan dat mensen die het niet kunnen betalen recht hebben op huursubsidie en dat de inkomensgevolgen niet, heel ongewenst, bij de lagere inkomens terecht komen. Wij zijn er mee bezig. Ik hoop nog dit jaar verdere gegevens te ontvangen over de consequenties van het scheiden van wonen en zorg.

Ik ga over naar het thema inkomenseffecten en eigen bijdragen. De fracties van de VVD en het CDA hebben daar vragen over gesteld. Er zijn ook vragen gesteld over de inkomenseffecten van de afschaffing van de BU en de invoering van de Wtcg. In de brief over koopkracht bij de algemene politieke beschouwingen 2008 die op Prinsjesdag naar de Kamer is gestuurd, heeft het kabinet opgemerkt dat de inkomenseffecten van de hervorming van de BU nog niet vaststaan. Daar zijn wij ook nu nog mee bezig. De Kamer wordt hier binnenkort nader over geïnformeerd. De inkomenseffecten moeten nog worden doorgerekend op huishoudniveau.

Wij zoeken naar mogelijkheden om de vergoedingen in de nieuwe situatie beter aan te laten sluiten bij de beoogde doelgroep. Dat doen wij deels middels een forfaitaire tegemoetkoming, een beperkte fiscale aftrek en, voor dit debat in het bijzonder relevant, een korting op de eigen bijdrage. Dat betekent niet dat mensen minder eigen bijdrage hoeven te betalen. Het is de bedoeling dat wij iedereen kunnen bereiken, anders dan nu het geval is. Nu bereiken wij 50% van de chronisch zieken en gehandicapten niet. Daarnaast moeten wij ook op dit terrein minder met bureaucratie en het rondpompen van geld bezig zijn.

Mevrouw Dupuis vroeg naar de verdeling van de AWBZ-kosten over de bevolking. De AWBZ is een volksverzekering die bestaat uit recht op zorg ongeacht de hoogte van de premiebetaling. De zorgbehoefte van de cliënt is bepalend. Deze wendt zich tot het CIZ voor indicatiestelling. De premie voor de AWBZ wordt uit de eerste twee belastinglagen betaald.

De heer Klein Breteler vroeg naar de overheveling van bepaalde zaken van de Zorgverzekeringswet en de Wmo. Wat betreft de Wtcg nemen wij dat mee. Voor de Zorgverzekeringswet wordt een plan van aanpak opgesteld voor dat hele technische traject.

Mevrouw Dupuis vroeg mij of ik wist dat een weduwe van negentig jaar met een pensioen van in totaal € 1900, € 1800 eigen bijdrage moet betalen. Ik weet dat de eigen bijdrage zeer hoog kan zijn. Dat komt door de solidaire grondslag die de AWBZ kent en ook doordat vooralsnog de woonfunctie in de AWBZ zit en wij er dus vanuit gaan dat mensen geen andere woonkosten hebben. Slechts € 100 overhouden, zoals mevrouw Dupuis schetst, kan niet. Als dat wel het geval is, moet het bedrag worden aangepast. Er bestaat een zak- en kleedgeldregeling. Voor alleenstaanden is die € 282 per maand en voor paren € 436,50. Als de verzekerde na het betalen van de eigen bijdrage en de nominale premie minder dan € 100 overhoudt, kan hij of zij het CAK verzoeken de eigen bijdrage op het actuele inkomen vast te stellen. Men moet altijd recht houden op zak- en kleedgeld.

Er werd gevraagd of het CAK goed functioneert. Het onderzoek naar het functioneren van het CAK dat ik begin dit jaar in een spoeddebat met de Tweede Kamer heb toegezegd, is deze week afgerond. Het wordt zeer spoedig aan de Tweede Kamer gezonden. Ik zeg graag toe dat ik het ook direct naar de Eerste Kamer stuur.

De **voorzitter**: Mag ik de staatssecretaris vragen hoeveel tijd zij ongeveer nog nodig denkt te hebben?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik zal proberen om alleen de meest belangrijke vragen nog te beantwoorden.

De **voorzitter**: Als dat er te weinig zijn krijgt u het ongetwijfeld te horen.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Laat ik dan de vragen van het CDA over de financiën en de contracteerruimte nog kort beantwoorden. Er is hier uitvoerig gesproken over de kosten die gemoeid zijn met de AWBZ. In 2008 bedragen die 20,9 mld. Ik zeg u ook dat de uitgaven voor de AWBZ in de afgelopen tien jaar verdubbeld zijn. Er is dus heel erg veel geld bijgekomen. De komende jaren wordt rekening gehouden met een groei van 3%. Daarom zullen de middelen de komende jaren toenemen van 20,9 naar 22,8 mld. Ik zeg dus ook dat er, ondanks de maatregelen die ik moet nemen, nog veel extra middelen voor de AWBZ bijkomen.

De heer Klein Breteler stelt dat het binnen de huidige AWBZ voorkomt dat door gebrek aan regionale contracteerruimte geen zorg geboden kan worden. Er moet zorg geboden worden binnen de regio; dat is een afdwingbaar recht. Mocht men daar aan de contracteerruimte zitten, dan hebben wij met betrekking tot knelpuntenprocedures goede afspraken met de NZa. Het kan ook betekenen dat er geld tussen regio's wordt overgeheveld en dat de financieringsruimte voor zorgkantoren wordt opgehoogd. In 2008 mag men afspraken maken tot een niveau van meer dan 100%, namelijk 100,5%. Dat is omdat er in de afgelopen jaren uiteindelijk geld overbleef, wat zonde is.

Ik wil nog kort ingaan op de indicatiestelling. De glasheldere polis is hier door velen genoemd. De glasheldere polis is van groot belang om de aanspraken helder te krijgen, zoals u in mijn brief heeft kunnen lezen die op 16 september is verstuurd. In de brief worden grenzen gesteld aan de ondersteunende begeleiding. Tegelijkertijd moet de indicatiestelling ook herkenbaar zijn voor cliënten en gepaard gaan met minder bureaucratie dan nu het geval is.

Richting de heer Putters zeg ik dat wij inderdaad een aantal pilots hebben lopen over de indicatiestelling. Tegen het CDA zeg ik dat ik daarbij wil uitgaan van vertrouwen en minder van wantrouwen. Waar dat vertrouwen geschaad wordt, moeten er echter harde maatregelen worden genomen. Dat betekent dat er, al dan niet steekproefsgewijs, achteraf gecontroleerd moet worden. Van de ene pilot leren wij meer en positievere dingen dan van de andere. Ik ben vooral heel enthousiast over het veel meer laten indiceren door wijkverpleegkundigen. Die hebben vaak een spilfunctie in de buurt. Zij kennen de cliënten, bewoners en de contacten met de eerste en soms ook de tweede lijn. Zij zijn een spin in het web. Ik wil het eigenlijk niet bij de pilots laten, maar een grotere beweging maken om de wijkverpleegkundigen een actieve rol te geven in het proces van indicatiestelling.

Bij andere pilots loopt het wat minder gezwind. De huisartsen willen vaak sowieso niet indiceren, met name niet voor meervoudige en complexe situaties. Dat snap ik ook goed. Ik vind dat het CJZ dat altijd moet blijven doen. Soms kunnen echter procedures voor spoedzorg en standaardindicaties verbeterd en versneld worden. Dat gaan wij ook doen, waarbij meer ruimte wordt gecreëerd voor integrale indicatiestelling. Daarop lopen pilots die wij verder willen ontwikkelen. Los daarvan hebben wij ook al de regelhulp, waar mensen met complexe problematiek AWBZ, Wbb, WIA en Wajong via één loket kunnen aanvragen.

De heer **Putters** (PvdA): Mag ik ervan uitgaan dat de resultaten die op dat gebied in de pilots geboekt worden, op een snelle manier doorgevoerd worden? Ik denk dat dat veel frustraties in het veld en bij cliënten snel weg kan nemen.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik wil niets liever. Als blijkt dat wij het snel uit kunnen leggen aan meerdere professionals en het niet bij de pilots kunnen laten, is mij dat een lief ding waard. Dat helpt niet alleen cliënten, maar ook – zoals verschillende mensen zeiden – de professionals, die dan niet meer afhankelijk zijn van een bureaucratisch orgaan, ook al kunnen zij nu indiceren en moet de zorg al geleverd worden. Ook dat weten heel veel mensen niet en daardoor ontstaat veel verwarring. Als wij daaraan iets zouden kunnen doen, kan echt een slag geslagen worden in het verminderen van de bureaucratie en het stroomlijnen van indicatieprocessen, zoals wij ook op andere terreinen en onderdelen doen. Daarbij kan gedacht worden aan de concessies naar de zorgkantoren.

Dan wil ik nog op een paar specifieke vragen over de Wmo ingaan. Over de aanbesteding heb ik al het nodige gezegd. Ik wil nog iets zeggen over mantelzorg, waarover door de SGP-fractie en ook anderen vragen zijn gesteld. Ik heb al gezegd dat ik richtinggevende kaders heb ontwikkeld, omdat ik de mantelzorg van buitengewoon belang vind. Ik constateer dat het niet vanzelfsprekend op lokaal niveau wordt opgepakt, terwijl wij de mantelzorgers niet alleen nu maar ook in de toekomst – met een toenemende zorgvraag – meer dan ooit nodig zullen hebben. Van veel gemeenten en mantelzorgorganisaties hoor ik dat er overbelasting dreigt. Daarom heb ik mijn brief "Voor elkaar" van oktober vorig jaar een aantal speerpunten benoemd, om de positie van mantelzorgers te verbeteren. Daarom wil ik ook dat in 2011 in 75% van alle Wmo-plannen van gemeenten, op de een of andere manier iets is terug te vinden over de ondersteuning van mantelzorgers. Hoe zij dat willen doen, kan van het lokale maatwerk afhangen. Men moet echter wel iets doen.

De heer Klein Breteler heeft ook nog verwezen naar het mantelzorgcompliment van € 250. Hij vroeg waarom de sociale verzekeringsbank dat moest uitvoeren. De aanleiding hiervan was een amendement van de heer Van der Vlies van de SGP-fractie uit de Tweede Kamer. Die wilde eerst een fiscale route bewandelen. Dat bleek uitvoeringstechnisch onhaalbaar. Toen zijn er veel varianten aan de orde geweest. Omdat men iedereen in gelijke mate dat compliment wilde geven, is het via de sociale verzekeringsbank gegaan. Het eerste jaar hebben er maar weinig mensen gebruik van gemaakt. Toen bleef er geld over. Daarvan is 32 mln. alsnog naar de gemeenten gegaan. Wij dachten dat zij daarmee in ieder geval iets konden doen. Ik deel echter niet het optimisme van de heer Klein Breteler, dat het dan ook altijd gaat zoals wij willen. Ik heb onlangs gehoord dat van die 32 mln., 5 mln. besteed is aan mantelzorg. Voor 19 mln. zijn wel plannen, maar dat kunnen ook plannen betreffen die niets met mantelzorg te maken hebben. 8 mln. is onduidelijk. Kortom, een aantal gemeenten heeft er heel veel werk van gemaakt. Een zorg is wel dat veel gemeenten dat geld niet hebben besteed, waarmee ik niet tegemoet kom aan de wens van de Tweede Kamer, die zei dat het geld heel gericht bij de mantelzorgers moest terechtkomen.

Ik denk dat de meeste vragen over de Wmo, direct of indirect aan de orde zijn gekomen. Er werd nog gevraagd of de middelen die op basis van de motie-Van Geel zijn uitgetrokken zijn, genoeg zijn voor de thuiszorg-medewerkers. Tot nu toe blijkt dat die middelen voldoende zijn. Met name zijn er aanvragen om de scholing voor thuiszorgmedewerkers te verhogen. Daarover ben ik enthousiast; ik denk dus dat het goed gaat. In algemene zin heb ik al gezegd dat het ontzettend belangrijk is dat vormgegeven wordt aan de integrale betrokkenheid van cliënten en burgers, en dat cliënten en Wmo-raden al volop draaien.

Mevrouw Dupuis had het over de doorzettingsmacht bij het grensconflict Wmo-AWBZ. Gemeenten indiceren niet of nauwelijks anders dan het CJZ. Ik zie dat er af en toe een afstemmingsprobleem is, maar niet dat er een gebrek aan doorzettingsmacht is. Wij moeten ervoor zorgen dat de indicatiestelling beter wordt afgestemd. Het Frieslab, het experiment in ontwikkeling waarbij middelen uit de zorgverzekeringswet, AWBZ en Wmo gebruikt worden, loopt in Friesland. Overigens gaat er ook nog een ander experiment lopen, waarbij de gemeenten de inkoopregie hebben met betrekking tot de Wmo, de AWBZ en andere relevante financieringsbronnen. Dat gaat plaatsvinden in Rotterdam. Wij zullen kijken wat ervan geleerd kan worden voor de toekomst.

De heer Klein Breteler zei dat er een heleboel problemen zijn in de AWBZ, maar dat het grootste probleem misschien wel de menskracht is. Ik ben dat van harte met hem eens. De kwaliteit in de zorg hangt af van de medewerkers die deze zorg verlenen, van de tevredenheid die zij kunnen vinden in hun werk, van de passie die zij hebben voor hun werk, maar waarvan zij niet altijd vinden dat zij die tot uitdrukking kunnen brengen en waarvoor zij maatschappelijk gezien ook niet altijd waardering krijgen.

Al deze beleidslijnen zijn er vooral op gericht hun de ruimte en de waardering te geven die zij verdienen. Met name in de langdurige zorg zijn zij degenen die de kwaliteit van het bestaan bepalen en dus ook de vraag hoe mensen in Nederland oud kunnen worden en hoe mensen die anderszins zware zorg nodig hebben, door ons en de samenleving als geheel bejegend worden.

De voorzitter: Ik dank de regering voor de uitgebreide reactie in eerste termijn, die mij doet veronderstellen dat de tweede termijn navenant kan worden ingekort.

De beraadslaging wordt geschorst.

De voorzitter: Ik dank de regering voor de uitgebreide reactie in eerste termijn, die mij doet veronderstellen dat de tweede termijn navenant kan worden ingekort.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Voorzitter: Werner

Aan de orde is de voortzetting van 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 beraadslaging wordt hervat.