

Vergaderjaar 2013–2014

33 891

Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)

Nr. 7

VERSLAG VAN EEN RONDETAfelGESPREK

Vastgesteld 2 juni 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op maandag 14 april 2014 gesprekken gevoerd over **Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg) (Kamerstuk 33 891)**.

Van deze gesprekken brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Neppérus

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

Voorzitter: Neppérus
Griffier: Clemens

Aanwezige leden: Baay-Timmerman, Bergkamp, Otwin van Dijk, Dik-Faber, Keijzer, Neppérus, Siderius en Van 't Wout.

Blok I Cliënten/ervaringsdeskundigen
Alzheimer Nederland, mevrouw J. Meerveld
KansPlus, de heer J. Terlouw
Vereniging Ypsilon, de heer B. Stavenuiter
leder(in) (voorheen CG-Raad/Platform VG), mevrouw D. Kloosterman
NPCF, mevrouw W. Wind
Landelijk Platform GGz, de heer N. Vos de Wael
LFB, mevrouw C. Kooijman, directeur
LOC Zeggenschap in zorg, de heer M. Laterveer

Blok II Professionals in de zorg
Opella, de heer K. Hazelaar
Arduin, Zeeland, de heer J. van Loon
St. Franciscus, Gilze, de heer A. Schots
Fatima Zorg, de heer E. van Drumpt
Federatie Opvang, de heer J. Laurier
De Vierstroom, Zoetermeer, mevrouw V. Broex, directeur Wonen met zorg
Thomashuis De Drie Notenboomen, de heer H. van Putten
Verenso, mevrouw N. Nieuwenhuizen
RIBW Alliantie, de heer A. van Tuijn, voorzitter

Blok III Overig
VGN, de heer H. Schirmbeck, directeur
Abvakabo FNV, mevrouw L. Marijnissen
Buurtzorg Nederland, de heer J. de Blok
V&VN, mevrouw F. Bolle
Per Saldo, mevrouw A. Saers
LHV, de heer S. van Eijck, voorzitter
Vilans, de heer H. Nies
Gezondheidsrecht Erasmus Universiteit, de heer M. Buijsen
ANBO, de heer A. van Scherpenzeel,
ActiZ, de heer A. Koster
Mezzo, mevrouw L. Hoogendijk
VNG, mevrouw J. Kriens, voorzitter directieraad
VRZ Zorgverzekeraars (Eno, ONVZ en Zorg en Zekerheid), de heer A.M. van Houten, voorzitter raad van bestuur Zorg en Zekerheid.

Aanvang 13.00 uur.

Blok I Cliënten/ervaringsdeskundigen

De **voorzitter**: Ik heet onze gasten van harte welkom. We hebben drie blokken en beginnen met de cliënten en ervaringsdeskundigen. U krijgt allemaal van mij twee minuten om even een paar essentiële punten te noemen. De stellingnames – de position papers in slecht Nederlands – zijn door heel wat organisaties al opgestuurd. Het gaat er dus echt om, uw punten nog even kernachtig te noemen. Een paar seconden langer mag, maar op een gegeven ogenblik ga ik toch streng kijken.

Ik stel mijn collega's aan u voor: de heer Van 't Wout van de VVD, mevrouw Bergkamp van D66, mevrouw Baay van 50PLUS, mevrouw Keijzer van het CDA en mevrouw Siderius van de SP.

Tegen mijn collega's zeg ik: om vijf over half één is het verzoek binnengekomen van mevrouw Agema om dit rondetafelgesprek uit te stellen, omdat de wijzigingen die eventueel uit de onderhandelingen voortkomen, nog niet allemaal duidelijk zijn. Zij zou dit graag op een ander moment willen doen. Wij hebben echter iedereen uitgenodigd en men komt uit alle hoeken van het land. Ik neig er daarom toe om onze kennis nu te vergaren en het gesprek toch te laten plaatsvinden. Maar ik ben eenvoudig voorzitter en u bent de woordvoerders.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Inhoudelijk heeft mevrouw Agema een punt. Er wordt op dit moment onderhandeld, terwijl over minder dan negen maanden al deze wetten moeten ingaan, met grote consequenties voor kwetsbare mensen. Ik ben het echter volledig met u eens dat het verzoek wel erg laat is binnengekomen. Onze gasten zijn aanwezig of onderweg. Ook zijn er al mensen op de publieke tribune. Het zou niet zo netjes zijn tegenover al deze mensen om nu te besluiten deze hoorzitting te verplaatsen.

De **voorzitter**: Ik heet ook de mensen op de publieke tribune van harte welkom, en de mensen die dit thuis volgen. Wij besluiten bij dezen om het gesprek gewoon te laten doorgaan. Dat nog niet alles duidelijk is, is vervelend. U ben hier echter om ons te informeren, zeg ik tegen onze gasten, en u kunt ons nu ook goed uw wensen kenbaar maken. Wat dat betreft hebt u een extra mogelijkheid.

In blok 1 hebben wij als gasten mevrouw Meerveld voor Alzheimer Nederland, de heer Terlouw van KansPlus, de heer Stavenuiter namens de Vereniging Ypsilon, mevrouw Kloosterman voor Ieder(in), voorheen de CG-Raad, mevrouw Wind van NPCF, de heer Vos de Wael van het Landelijk Platform GGZ, mevrouw Kooijman van LFB en de heer Laterveer voor LOC Zeggenschap in zorg.

Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Meerveld.

Mevrouw **Meerveld**: Voorzitter. Ik ga graag in op de situatie van mensen met dementie. Wij verwachten dat de Wlz op deze mensen een enorme impact zal hebben, om twee redenen. Als de Wlz per 1 januari 2015 doorgaat, betekent dat heel veel, ten eerste voor alle mensen die op dit moment een intramurale indicatie hebben voor verpleeghuiszorg. Dat zijn zo'n 80.000 mensen. Dit is een groep die de afgelopen jaren alleen maar groter is geworden, absoluut en relatief. Steeds meer mensen met dementie komen daar dus terecht. Bovendien is de Wlz heel ingrijpend, omdat – hoe akelig het ook is voor iedereen met dementie – dat uiteindelijk ook het laatste traject is; het laatste stukje van de fase. Deze wetwijziging is dus van belang voor een heel grote groep mensen. Voor deze heel grote groep is het volstrekt onduidelijk wat er nu gaat gebeuren. Dat op de eerste plaats.

De Wmo wordt herzien voor een groep mensen met dementie, de Zvw, de Zorgverzekeringswet, wordt herzien voor een groep mensen met dementie en de Wlz wordt herzien voor een groep mensen met dementie, alsof het drie verschillende groepen zijn. Dat is natuurlijk niet zo. Het gaat om één groep, die op wisselende momenten in de ziekte vanuit deze verschillende wetten, sectoren en domeinen een beroep doet op hulp en ondersteuning. Wat is dan onze grootste zorg? Wij denken dat onvoldoende doordacht is dat het om één groep mensen gaat, die op verschillende momenten van verschillende domeinen gebruikmaakt. Daardoor ontstaat er een tweedeling, waardoor mantelzorgers onvoldoende worden ondersteund. Dat is heel belangrijk, want de reden voor opname is toch vaak dat de mantelzorger overbelast is en er niet meer tegen kan. De tweede reden is dat dit tot tweedeling leidt in het aanbod aan respijtzorg, dagbesteding of casemanagement. Wat nodig is, is dat de patiënt meer tot

het uitgangspunt wordt gemaakt van het hele traject van de hervorming van de drie verschillende wetten.

Als voorbeeld noem ik de casemanager. Wie nu thuis woont, krijgt straks recht op casemanagement. Dat komt in de aanspraak op wijkverpleging. Het Ziet ernaar uit dat dit goed geregeld gaat worden, en dat is ook heel belangrijk. Als mensen echter niet meer thuis willen of kunnen wonen en naar het verpleeghuis moeten, met een volledig pakket thuis of met een pgb, staat er niets over casemanagement in de Wet langdurige zorg. Er is dus sprake van een tweedeling, en dat is niet goed voor mensen met dementie. De patiënt is niet als vertrekpunt genomen. Wij zijn bang dat mensen dan tussen de wal en het schip gaan vallen.

Uit mijn position paper wil ik nog twee punten noemen. Het ene is dat die verschillende wetten die ik zojuist heb genoemd, niet op elkaar aansluiten. Dat geldt bijvoorbeeld voor de afstemming van kwaliteitskaders. Eerder in een rondetafelgesprek over de Wmo heb ik al gezegd: neem nu alsjeblijft de zorgstandaard dementie als uitgangspunt. Die is opgesteld door patiënten en professionals. Gebruik die als routekaart voor kwaliteit. Dan is het eenduidig en kan het geborgd worden. Laat niet iedereen opnieuw het wiel uitvinden.

Verder zijn wij van mening dat het belangrijk is om de aansluiting en samenwerking tussen verschillende disciplines te stimuleren. Ik denk dan aan de specialist ouderengeneeskunde, de huisarts, de wijkverpleegkundige of de geriater. Daarvoor zijn samenwerking en integrale bekostiging nodig. Dat wordt op basis van deze wet nog niet voldoende gestimuleerd. Namens Verenso zal hierop in een volgende ronde nader worden ingegaan.

Kortom, wij willen tweedeling voorkomen en zetten in op drie punten: neem de patiënt als vertrekpunt, werk aan casemanagement, respijtzorg en dagbesteding, zorg ervoor dat de zorgstandaard gebruikt wordt in alle drie de trajecten en borg integrale samenwerking.

De **voorzitter**: Inmiddels zijn ook binnengekomen de heer Otwin van Dijk van de PvdA en mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie. Zij zijn ook geïnformeerd over het besluit om deze bijeenkomst toch te laten doorgaan: wegens onze gasten die de reis al hebben gemaakt en ook om te horen wat hun punten en wensen zijn. Dan geef ik nu het woord aan de heer Terlouw voor KansPlus.

De heer **Terlouw**: Voorzitter. Dank voor de uitnodiging. KansPlus is voorstander van de AWBZ en heeft derhalve heel veel moeite met de decentralisatie en het overhevelen van een deel van de AWBZ naar de gemeenten. Wij hebben daarvoor twee argumenten: het recht op aanspraak vervalt en de opgelegde bezuinigingen spelen parten. Kortom: dit wetsvoorstel zal van de zijde van KansPlus geen steun ondervinden. Worden de doelen gehaald met dit wetsvoorstel? Naar ons idee is een argument dat te weinig op tafel komt, dat een gedegen analyse van de werking van het hele beheers- en bekostigingssysteem ontbreekt. Ook ontbreekt een filosofie voor de organisatie van de zorg. Denk bijvoorbeeld aan alle bestuurslagen, aan alle onafhankelijke bestuursorganen, de NZA enzovoort. Daar wordt totaal niet naar gekeken. Wat is daarvan het bezwaar? Welnu, het bezwaar is dat de prijs uiteindelijk wordt betaald in het primaire proces, in het werkveld. Die doelstelling zou in onze optiek nog eens stevig tegen het licht gehouden moeten worden, vanuit een volstrekt andere aanvliegroute.

De tweede doelstelling is de kwaliteit van leven. Het wordt voorgesteld alsof die zou verbeteren, maar daar hebben wij zeer onze bedenkingen bij. Er wordt veel te veel nadruk gelegd op protocollen, procedures enzovoort. Wij hebben via onze notitie aan u een brochure toegestuurd, «Kwaliteit van leven», waarbij de individuele persoon veel meer het vertrekpunt is. Daar vragen wij graag aandacht voor, evenals voor de rol van de

cliëntenorganisaties in het tripartiteoverleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten.

Het derde belangrijke doel is dat er meer voor elkaar gezorgd zou moeten worden. Als het gaat om de zorg voor verstandelijk gehandicapten, vinden wij dat een misvatting. Er wordt meer dan voldoende vrijwillige zorg, mantelzorg, geleverd; het rapport «Bijzondere Mantelzorg» van het Sociaal en Cultureel Planbureau, duidt dat duidelijk aan.

Vervolgens heeft mevrouw Tonkens in hetzelfde verband betoogd dat de ontvankelijkheid van de maatschappij zeer betrekkelijk is. Wellicht heeft dat te maken met de relatieve onbekendheid van de sector verstandelijk gehandicapten in relatie tot andere doelgroepen. Ik hoop dat maar, en ik hoop ook dat niet de bezuiniging de boventoon voert.

Hoe zou het dan wel moeten? Duidelijk is dat wij een volstrekt andere benadering voorstaan. Gegeven de koers die de regering heeft uitgezet en veronderstellend dat dit door zal gaan, vinden wij dat er minimaal getemporiseerd moet worden. Er zou op zijn vroegst in 2016 gestart moeten worden met deze wet.

Ik wil nog twee punten onder uw aandacht brengen. ZZP VG3 moet, wat ons betreft, binnen de Wlz blijven. En ten slotte: zorgkantoren een uniform inkoopbeleid.

De heer **Stavenuiter**: Voorzitter. Voldoet de Wlz of kan die beter? Die vragen zijn lastig te beantwoorden als de ggz nog met geen woord in het wetsontwerp staat. Des te belangrijker is het dat u met ons meekijkt hoe de nota van wijziging er straks uit gaat zien. Het Landelijk Platform GGz neemt zo dadelijk de vraag voor zijn rekening of de wet beter kan, en zo ja, hoe. Verder verwijs ik naar ons gezamenlijk position paper. Ik beperk mij tot de vraag of de wet voldoet. Voor die vraag wil ik u kennis laten maken met vier prachtvrouwen van vlees en bloed en de mensen die hen zijn toevertrouwd. Met het oog op de tijd kom ik waarschijnlijk niet aan ieder van hen toe. Als u straks nog over anderen wilt horen, laat het mij weten. Ik begin met Marijke. Drie jaar terug schreef zij de instelling waarin haar zoon verblijft, een brief. Haar zoon is ernstig ziek, suïcidaal en bij een eerdere suïcidepoging gehandicapt geraakt. Ik citeer: «bijkomende complicatie is dat hij juist als hij er slecht aan toe is, geen hulp inroept. Hij is daarom afhankelijk van verpleegkundigen die regelmatig contact met hem zoeken over hoe het met hem is, maar het komt regelmatig voor dat er op de afdeling helemaal geen verpleegkundige aanwezig is». Op die brief heeft Marijke nooit antwoord gehad en extra hulp bleef uit. Sindsdien verbleef haar zoon voor een groot gedeelte van de week bij zijn moeder. De rest van de tijd bracht hij op eigen verzoek door in de separeer. De afdeling waar haar zoon verblijft, wordt nu echter wegbezuinigd. Er is geen goed alternatief, behalve thuis. Beide ouders zijn 70 plus. Afgelopen vrijdag hebben zij ten einde raad besloten om hem de volle week in huis te nemen, een half jaar te vroeg om straks voor de Wlz in aanmerking te komen.

En dan Heleen. Jarenlang kreeg de instelling voor mensen als haar zoon, een langverblijfpatiënt, het meeste geld. Omdat ze de meeste zorg behoeften en nog steeds de meeste zorg behoeven. Nu slaapt haar zoon vooral en hij krijgt pillen. Daarmee hebben we de twee meest belangrijke activiteiten meteen gehad. Dagbesteding, therapieën: bijna alles is door de jaren heen wegbezuinigd. Heleen en haar zoon staan voor de groep die aan den lijve merkt hoe de kwaliteit in de langdurige ggz is gekelderd tot ver onder het gewenste niveau.

Als derde noem ik graag Ria. De dochter van Ria is chronisch psychotisch. Jarenlang zat ze op een verblijfsafdeling, maar twee weken terug is ze zelfstandiger gaan wonen. De verblijfsafdeling is wegbezuinigd en net nu ze er aan toe is, heeft ze een appartementje aangeboden gekregen. Het was de eerste verhuizing die ze meemaakte. Het is spannend voor hen beiden, maar ze hebben goede hoop dat het lukt. Ria en haar dochter

staan voor de groep voor wie herstel een jarenlange, maar niet verloren strijd is, en die straks ook uit de Wlz wil kunnen als dat beter voor hen is. Kan ik de vierde nog noemen?

De **voorzitter**: De vierde en laatste.

De heer **Stavenuiter**: Tot slot Elvira, een gepassioneerd ggz-hulpverlener op een afdeling die nota bene LIZ heet. Vera Bergkamp en ik ontmoetten haar tijdens een werkbezoek. Elvira brengt ons naar een van de bewoners. Ooit was hij haar eerste patiënt en nu, twintig jaar later, zit hij weer bij haar. Van een gesprek komt het echter niet. De jongen in kwestie raadt haar aan om niet zijn kamer te betreden. Hij voelt zich niet veilig en even later zit hij op eigen verzoek in de separeer. «We geven nooit op», zegt Elvira's collega vastberaden, «maar tussen twintig jaar terug en nu is de patiënt in kwestie alleen maar achteruit gegaan». Voor hem is de Wlz de enige juiste plek, dus dank dat u met een Kamerbreed gesteunde motie de Staatssecretaris wist over te halen.

Mevrouw **Kloosterman**: Voorzitter. Het is nog even wennen, maar leder(in) is sinds 1 januari de fusieorganisatie van de CG-Raad en Platform VG. Wij delen de zorgen van de vorige sprekers en de sprekers die nog gaan komen. Een aantal van hun inbrengen hebben wij natuurlijk ook al gezien.

Bij twijfel niet inhalen, lijkt ons de komende periode een belangrijk ijkpunt voor deze koers. De uitgangspunten van het voorstel van wet langdurige zorg, namelijk passende zorg met aandacht voor het individuele welzijn, regie naar vermogen, maatwerk, keuzevrijheid en zeggenschap, klinken heel goed. Echter nadere bestudering van het wetsvoorstel en de memorie van toelichting doet bij ons toch de vraag rijzen of die eigen regie naar aanleiding van dit wetsvoorstel wordt vergroot of juist wordt ingeperkt.

Ik noem een paar belangrijke zorgpunten. We hebben er veel meer, maar die krijgt de Kamer op een andere manier van ons. Een zorgpunt dat meteen naar voren komt: het is mogelijk om een pgb te krijgen, ook binnen de Wlz, maar pgb en zorg in natura kunnen niet gecombineerd worden, terwijl er zeker 5.000 mensen zijn met een verstandelijke en lichamelijke beperking. Zij gebruiken bijvoorbeeld het pgb voor het wonen, de begeleiding bij het wonen in een ouderinitiatief of een Thomashuis. De dagbesteding hebben ze via zorg in natura geregeld bij een erkende aanbieder. Het kan toch niet de bedoeling zijn dat de levens van deze mensen overhoop gehaald worden.

Er zijn vragen over het mogen gebruiken van het logeerhuis. Natuurlijk, het is mogelijk om te logeren, ook wanneer je een Wlz-indicatie hebt en nog thuis woont, maar de kosten voor een logeerhuis, het verblijf daar, leveren problemen op. Dat is nu al zo, maar het is zeer zeker zo in de toekomst. Hetzelfde geldt voor de pgb-tarieven waar het gaat om dagbesteding. De pgb-tarieven worden afgeleid van de werkelijke VPT-tarieven. Bij dagbesteding moet echter ook nog een gebouw betaald worden en er zijn allerlei andere kosten, en dat is meer dan de directe zorgkosten. Het is ons onduidelijk wat er gebeurt wanneer mensen niet helemaal in het profiel passen waar zij straks door het CIZ in geplaatst worden. Nu kunnen mensen gebruikmaken van bijvoorbeeld meer zorg, nadat het Centrum voor Consultatie en Expertise is geconsulteerd. Hoe gaat dat straks? Blijft die mogelijkheid bestaan? Mensen die gebruikmaken van de Wlz en thuis blijven wonen, hebben boven hun 18de geen recht op woningaanpassingen of vergoeding bij verhuizingen. Zij moeten die kosten zelf maar voor hun rekening nemen. Iedereen is van mening dat het wel mogelijk moet zijn om die woningaanpassingen te bekostigen, wanneer er geen adequate zorg in een instelling kan worden geleverd.

Immers, je moet wel heel wat doen om überhaupt nog een pgb te krijgen dan wel een VPT.

Tot slot. De centrale vraag is of de invoering van de wet wel per 1 januari 2015 haalbaar is. Wij vragen ons werkelijk af of het mogelijk is om alle vragen die er nu nog zijn, voor 1 juli beantwoord te krijgen en dat alles ook in samenhang met zowel de Wmo, de Participatiewet – daar zijn ook veel raakvlakken mee – en de Jeugdwet. Kortom, als er onvoldoende geld is om het overgangsrecht van AWBZ naar Wmo en Jeugdwet te borgen – u weet dat wij de Kamer daarover een brandbrief gestuurd hebben – en er geen passende mogelijkheden in de Wlz komen voor mensen die nu een extramurale AWBZ-indicatie hebben, dan moet serieus overwogen worden om de invoering van de Wlz uit te stellen tot ten minste 1 januari 2016. Dat geeft gemeenten meer tijd om zich goed voor te bereiden op de groep mensen met een intensievere zorgbehoefte, en het geeft de Wlz de gelegenheid om ook op een goede manier deze hele regelgeving in te voeren.

Mevrouw **Wind**: Voorzitter. De Kamer heeft ons position paper gekregen. Ik wil graag een paar punten maken.

Wij zijn wel overtuigd van de noodzaak tot verandering van het hele systeem. Wij denken dat het veel beter kan. Ik weet dat veel mensen van mijn generatie – en sommige mensen aan de andere kant van de tafel zijn nog jonger – het later echt graag anders en beter willen. Dan staan woorden als «eigen regie» centraal, maar ook betaalbaarheid en het zelf kunnen kiezen. De eenheidsworst die je nu vaak ziet in de ouderenzorg, willen wij niet meer. Dus ja, het moet anders en wij willen dan ook altijd dat het beter gaat. Daar zit een stuk van onze zorg: bekijk in ieder geval al die wetten bij elkaar. De brief van de Staatssecretaris had als titel: van systemen naar mensen. Zet dan ook de mensen centraal, want aan die systemen hebben mensen geen boodschap.

Ik kom bij de invoering. Wij hebben geen punt willen maken van de invoeringsdatum, omdat het voor ons een middel en geen doel is. Nu de zorgverzekeraars hebben gezegd dat zij het niet rondgebreed kunnen krijgen, nemen wij daar toch wat harder stelling in. Als mensen naast de gigantische verandering ook nog tussen wal en schip vallen omdat de verzekeraars en aanbieders de bonnetjes niet goed regelen, zeggen wij: ga maar over tot uitstel, want ik zie er geen gat meer in.

Er schijnt ergens 200 miljoen rond te vliegen. Dat is veel te weinig, maar het is toch fijn dat het vliegt. Leg die 200 miljoen nou niet op de grote stapel bij de gemeenten, maar zet ze gericht in voor zzp 4. Daar zit onze grote zorg. Kijk naar onze meldactie over het aantal plekken in verpleeghuizen dat in heel hoog tempo wordt afgebroken. Het gaat allemaal heel erg hard. De nieuwe voorzieningen waardoor mensen thuis kunnen blijven wonen, zijn nog niet op orde. Zet dat geld dus gericht in en maak er wat meer van voor zzp 4.

Omdat de voorzitter zo streng is, heb ik met mijn collega Aline Saers, die later op de middag komt, afgesproken dat zij zich met name druk gaat maken over de indicatiestelling en over het pgb.

Wij kunnen niet alles van tevoren regelen en u kunt niet alles van tevoren regelen. Op een gegeven moment zal het gaan gebeuren – wij kunnen ook zetels tellen – maar zet er een autoriteit op, net als in de jeugd-ggz. Wij weten dat niet alles goed zal gaan, maar regel het dan in ieder geval zodanig dat de last die daardoor wordt veroorzaakt niet bij de mensen terecht komt, maar bij degenen die de wetten maken en bij de organisaties die geacht worden voor die mensen op te komen. Dat zijn wij zoals wij hier zitten.

De heer **Vos de Wael**: Het is goed dat er een aparte wet komt die de zorg regelt voor de kwetsbaarste groep cliënten. Het is goed dat ook ggz-cliënten daarin een plek krijgen. Ik wil u nogmaals bedanken voor de

steun die u allemaal hebt verleend aan de motie om dat te regelen. Hoe de ggz erin komt, is nog onduidelijk. Het wachten is nog op de nota van wijziging. U hebt wel al werkafspraken ontvangen die gemaakt zijn tussen de verschillende partijen. Die bieden een goede basis voor de transitie. Het zijn onder meer werkafspraken over kwaliteit en over een goede borging van de positie van cliënten.

De overgang van de oude situatie naar de nieuwe situatie baart ons wel grote zorgen. Er moeten nog toetsingscriteria komen en er moet nog een screeningsinstrument komen. Die zijn er nog niet. Het ziet er nu naar uit dat mensen straks vanuit de AWBZ tijdelijk in de Zorgverzekeringswet of de Wmo geplaatst zullen worden en dat zij vervolgens moeten afwachten of zij weer teruggaan naar de Wlz. Dat is heel moeilijk uit te leggen en het veroorzaakt ook veel onrust bij cliënten en familie. Als uitstel van de Wlz toch onvermijdelijk is – dat denken wij ook – dan zou die tijd gebruikt kunnen worden om met haast heldere criteria en het screeningsinstrument voor ggz-cliënten te krijgen, zodat mensen vloeiend kunnen overgaan.

De Wlz is bedoeld voor mensen die blijvend 24 uur zorg nodig hebben. Zo staat het nu in het wetsvoorstel. Dat is bij de ggz soms lastig te zeggen, omdat herstel nooit is uit te sluiten. Wij denken dat het noodzakelijk is om dat iets aan te passen: mensen die waarschijnlijk zeer langdurig of blijvend 24 uur zorg nodig hebben.

Wij verwachten dat de Wlz ook een kwaliteitsslag betekent. Op het moment wordt verblijf binnen een instelling voor langdurige zorg vaak gekenmerkt door verveling, overdaad van medicatie, gebrek aan beweging en gebrek aan activiteiten. In plaats daarvan moeten kwaliteit van leven en persoonlijk herstel centraal staan. Dagbesteding is daarbij erg belangrijk. Mensen moeten kunnen kijken waar zij hun dagbesteding willen krijgen en daarbij niet afhankelijk zijn van de aanbieder waar zij verblijven. Dat betekent dat ook een combinatie van zorg in natura en persoonsgebonden budget mogelijk moet zijn.

Ik heb nog twee punten.

De **voorzitter**: Kort, want u bent al bijna door uw tijd heen.

De heer **Vos de Wael**: Wij begrijpen niet zo goed waarom de cliëntenondersteuning wordt toevertrouwd aan de zorgkantoren. Voor onafhankelijke cliëntenondersteuning kun je beter aansluiten bij de cliëntenondersteuning in de Wmo en bij het vertrouwenswerk zoals patiëntenvertrouwenspersonen en familievertrouwenspersonen dat geven.

Zorgaanbieders worden verantwoordelijk voor het betrekken van mantelzorgers bij de zorg. Wij vinden dat onvoldoende duidelijk is wie verantwoordelijk is voor de ondersteuning van de mantelzorgers en voor de jaarlijkse blijk van waardering.

Mevrouw **Kooijman**: Ik ben Conny Kooijman, directeur van de vereniging LFB, de enige echte ervaringsdeskundige, zelf geboren met een verstandelijke beperking. Het gaat nu natuurlijk om de uitvoering. Ik zeg gewoon wat belangrijk is voor die cliënt met een verstandelijke beperking. Kijk en overleg wat de cliënt wat hij nodig heeft, zodat hij dan gelukkig is. Dan heeft hij ook minder ondersteuning nodig. Dat is goedkoper, het scheelt geld.

Wij vinden het heel belangrijk dat er goed wordt gekeken naar de hulpvraag van de persoon. Dat moet gewoon. De mensen moeten naar gepaste en prettige dagbesteding kunnen gaan waar zij zich gelukkig en prettig bij voelen. De meesten hebben ook vervoer nodig. Dagbesteding, zo vinden wij, moet niet thuis bij de cliënt worden gegeven zoals vroeger, want wonen, werken en dagbesteding moeten gewoon

gescheiden blijven. Je moet de deur uit kunnen net als iedereen die naar het werk gaat.

Wij hebben er lang voor gezorgd dat alle cliënten in de gehandicaptenzorg externe dagbesteding krijgen, dus midden in de samenleving. Nu wordt dat door onder andere de bezuiniging op vervoer weer allemaal afgebroken. Wij vragen de Kamer erop toe te zien dat externe dagbesteding in de samenleving beschikbaar blijft. Veel mensen wonen immers al hun hele leven in een instelling. Wonen, werken en dagbesteding moet je niet op hetzelfde adres, in dezelfde kamer, in hetzelfde gebouw doen. Dat doen wij toch ook niet? Wij doen ook niet alles in ons eigen huis. Als je in de Tweede Kamer werkt, moet je naar de Tweede Kamer toe. Dat doe je toch niet in je eigen huiskamer? Met het nieuwe flexwerk misschien wel, maar dan heb je dit ook niet meer nodig.

Ik hoor dat instellingen waar oude gebouwen afgebroken zijn en waar plannen waren voor nieuwbouw en reguliere woningbouw meer woningen en dagbesteding en werkplaatsen voor cliënten op hetzelfde terrein aan het bouwen zijn. Dat betekent dus weer terug bij elkaar. Dan is er geen vervoer meer nodig, maar het betekent wel weer terug naar de oude situatie in de jaren zeventig en tachtig: geen integratie, maar allemaal weer op het eigen terrein.

Er is te weinig geld en er moet bezuinigd worden, maar je kunt niet altijd burens, familie en anderen inschakelen voor hulp, ondersteuning of mantelzorg. De ene heeft goede familie, de andere minder goede familie; de ene heeft prettige burens, de andere minder prettige burens. Het is vrijblijvend, zoals wij ook merken met mantelzorgers. Zij moeten er wel zijn en er ook tijd voor hebben. Ik hoor nu alweer van cliënten die in de samenleving wonen dat burens geen contacten met hen willen en ook niets om mensen met beperkingen geven, omdat zij het druk hebben met hun eigen leven. Mensen moeten kunnen kiezen waar zij willen wonen en waar zij naar dagbesteding of werk willen gaan.

De **voorzitter**: Goed. Tot slot.

Mevrouw **Kooijman**: Als mensen niet kunnen kiezen, als zij met de Wmo te maken krijgen en als de zorg voor mensen met een beperking thuis geregeld moet worden met een pgb en een zzp, vind ik dat niet goed. Ik weet uit eigen ervaring dat het nu al zeer moeilijk is geworden om een Wmo-aanvraag te doen...

De **voorzitter**: Goed...

Mevrouw **Kooijman**: Je kunt zeer moeilijk via de Wmo huishoudelijke hulp, regiotaxi en een aanpassing van je woning aanvragen. In mijn gemeente duurt dat een halfjaar. Omdat ik bekend ben bij de gemeente, heb ik het in drie maanden kunnen regelen. Als mensen toch thuis willen blijven wonen en een aanpassing nodig hebben, moeten zij dat straks helaas ook zelf gaan betalen en dat willen ze niet. Tot slot vraag ik aandacht voor mensen met een onzichtbare beperking om te voorkomen dat zij tussen de wal en het schip vallen, zoals een groot gedeelte van de mensen met een verstandelijke beperking in de ggz. Dag!

De **voorzitter**: Ook goede dag en dank u wel! Wij zullen het voortaan met nog grotere letters in de uitnodigingsbrief zetten: twee minuten. Dat moeten wij blijkbaar nog duidelijker doen, maar uw verhaal was helder.

De heer **Laterveer**: We hebben al heel wat jaren de AWBZ, die als voordeel heeft dat mensen een totaalpakket kunnen krijgen. Maar die AWBZ heeft ook zijn schaduwzijde. We zien dat er heel veel instellingsdenken door ontstaat. Mensen die met een zorgzwaartepakket ergens komen wonen, kunnen bijvoorbeeld niet zeggen: ik wil drie keer per week

voor mijn eigen eten zorgen en dat stukje van het budget wil ik aan wat anders besteden. We zien dan ook een worsteling, ook bij zorginstellingen, als het gaat om de vraag hoe je van aanbod naar vraag komt. Er komt nu een nieuwe wet en we hoopten dat die wet ervoor zou zorgen dat er meer vraagsturing zou komen. Helaas moeten we constateren dat dat niet het geval is en dat eigenlijk alle fouten van de AWBZ en ook de bureaucratie, en soms nog wat meer, geëxporteerd zijn naar de Wlz. Ik denk dan aan de wijze waarop de inkoop tot stand komt. Er komen straks zorgkantoren en wie betaalt, bepaalt. Ook met de nieuwe wet kun je, tenzij je voor een pgb kiest, niet zelf bepalen hoe je dat budget in wilt zetten. Ik zie dan ook niet dat er een cultuurverandering tot stand wordt gebracht, terwijl die naar mijn idee wel keihard nodig is.

Als het gaat om eigenaarschap, is het toch wel heel apart dat als een zorgaanbieder geen goede zorg levert, de cliënt moet verhuizen. Dat is niet bepaald vraagsturing. In het nieuwe denken over maatschappelijk verantwoord ondernemen zie je steeds meer de term licence to operate opduiken, waarbij de instelling moet aangeven waartoe zij op aarde is en moet bewijzen dat ze het goede doen voor hun klanten, want anders kunnen ze niet verder. Daar is niets van terug te vinden in de Wlz. Dat is nog steeds een aanbodwet.

De Kamer wil dat er een participatiesamenleving komt en dat mensen zelf het een en ander gaan doen. Ik weet dat we het hier over kwetsbare mensen hebben, maar dan nog denk ik dat iedereen de eigen regie kan voeren. Alleen de mate waarin je dat doet, verschilt, evenals de ondersteuning die je daarbij krijgt.

Ik zou graag willen dat de Kamer de invoering van de Wlz minimaal een jaar uitstelt en dat jaar benut om er een echte vraagwet van te maken, waarbij mensen zelf de regie kunnen gaan voeren. Er moet kunnen worden bepaald wie weke zorg nodig heeft en die moet dan van daaruit vormgegeven worden. Ggz-cliënten en ook ouderen met zorgzwaartepakket 4, zoals dat nu heet, moeten dan, als ze dat willen, zelf kunnen kiezen voor een zorginstelling. Daarmee komen we dan tot een wet die daadwerkelijk voor vraagsturing gaat zorgen en niet nog meer van hetzelfde is en op bepaalde punten nog een beetje erger.

Wat mij betreft geldt dat ook voor de extramurale zorg en zou de Kamer ook nog moeten overwegen of dat niet gewoon binnen de AWBZ kan blijven.

De voorzitter: Ik dank u allen. Ik denk dat u de collega's al heel wat informatie hebt gegeven. De collega's mogen allemaal nog één vraag stellen. Ik ga daar streng op letten, want anders gaat het niet goed. De heer Van der Staaij heeft zich afgemeld vanwege andere verplichtingen.

Als eerste geef ik het woord aan de heer Van 't Wout en vraag hem om eerst aan te geven aan wie hij de vraag stelt.

De heer Van 't Wout (VVD): Het is moeilijk om één vraag uit te kiezen, maar gelukkig hebben we ook de position papers en zijn er nog meer collega's. Ik dank in ieder geval iedereen voor hun komst.

Ik wil een vraag stellen aan de heer Laterveer. Hij zegt dat er te weinig beweging is naar vraaggericht werken in de zorg. Ik kan mij daar wel wat bij voorstellen. Maar wat zou hij concreet in de wet willen zien? Wat zou hij gewijzigd willen hebben om dat voor elkaar te krijgen? Ook in andere inbrengen hoorde ik iets dergelijks voorbij komen. Dus wellicht dat ook anderen daar nog op kunnen reageren.

De heer Laterveer: Ik zou in ieder geval graag willen dat de wet werkelijk persoonsvolgend en persoonsgebonden wordt en dat het dus allemaal persoonsvolgende en persoonsgebonden budgetten worden. Verder moet er een onafhankelijke cliëntondersteuning zijn, zodat mensen ook hun

keuzes kunnen maken. Wat mij betreft mag er dan wel een streng toezicht aan de poort zijn, maar dan daarna veel minder controle. Ik maak mij namelijk ook zorgen als ik zie dat de Nza nog weer meer toezicht gaat houden. Dat is een heel grote organisatie. Ik zou daarom liever zien dat er duidelijk toezicht aan de poort is en dat mensen vervolgens hun eigen budget in kunnen zetten en dat zij daarbij ondersteuning krijgen hoe ze dat kunnen doen. Daarna zou er dan minder controle moeten zijn.

Mevrouw **Wind**: Ik ben het daar helemaal mee eens, maar ik heb nog een extra pleidooi. Onze grootste zorg is dat het accent komt te liggen op alleen maar bezuinigingen. Dit kan alleen maar beter gaan werken als er ook innovaties tot stand komen, als er andere woonvormen komen, maar ook als mensen geld kunnen vrijmaken voor eigen bestedingen. Ik weet wel dat niet iedereen een eigen huis heeft, maar heel veel mensen hebben dat wel. Laten we nu niet alleen het minimum regelen, maar ook zorgen dat er meer mogelijkheden komen. Er zijn al innovaties op het gebied van e-health en domotica. We moeten af van het beeld dat een camera iets engs is dat de lieve zuster vervangt. Een camera vergroot ook je privacy en door het gebruik van zo'n camera kun je thuis blijven wonen. Ik maak me zorgen dat die innovaties blijven hangen in pilots. Ik heb al een pilot.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Voorzitter. Ik dank iedereen voor hun komst en de position papers. Ik heb een vraag over de toegangscriteria tot de Wet langdurige zorg. Ik heb een paar keer horen spreken over zorgzwaar-
tepakket 4. We hebben zelf, samen met de PvdA, gevraagd om meer maatwerk en te kijken wat iemand wel en niet kan. We waren blij dat de Staatssecretaris dat heeft overgenomen. Maar nog steeds hoor ik zorgen uitspreken over zorgzwaar-
tepakket 4. Ik heb een vraag aan mevrouw Wind en aan mevrouw Kloosterman. Kunnen zij wat nader ingaan op de toegangscriteria? Hoe kunnen we die het beste vaststellen als het gaat om de toegang tot de Wet langdurige zorg?

Mevrouw **Kloosterman**: Als het gaat om zorg voor mensen met een verstandelijke beperking wordt altijd zorgzwaar-
tepakket 3 genoemd. Dit om even een nuancering aan te brengen. De heer Terlouw heeft dat ook al aangegeven toen het ging om mensen met een verstandelijke beperking met VG 3. HHM heeft vorig jaar een onderzoek gedaan naar welke mensen er met een VG 3 wonen en wat daar het profiel van is. Heel belangrijk blijft dat mensen in staat moeten zijn om de zorgvraag uit te stellen, dan wel contact op te nemen met iemand, willen ze ergens in een wijk zelfstandig kunnen wonen en gebruik kunnen maken van bijvoorbeeld ambulante begeleiding. Op het moment dat er direct ingegrepen moet worden, hetzij vanwege fysieke problemen, hetzij vanwege gedrag, dan moet er in de directe omgeving een professional of ondersteuning aanwezig zijn. Dat is een heel belangrijk criterium, waar nu naar gekeken wordt. Ik meen dat uit het onderzoek dat HHM heeft gedaan, naar voren kwam dat van de huidige cliënten met een zvp 3 80% voldoet aan dat criterium en inderdaad dat permanente toezicht nodig heeft. Voor ongeveer 20% zou het met domotica en uiteraard ook ondersteuning, mogelijk kunnen zijn om gebruik te maken van de Wmo. Ik denk dat dat een heel belangrijk punt is.

Mevrouw **Wind**: Ik wil dit graag aanvullen, met name als het om ouderen gaat. Ik weet zeker dat mevrouw Meerveld mij nog weer goed kan aanvullen. Het is een heel belangrijk onderwerp. Die mensen met een zvp 4 zijn nu juist de mensen die, als we alles realiseren wat deze wet beoogt, wel thuis zouden kunnen blijven wonen. Heel veel zouden dat ook heel graag willen. Dan heb je echter wel die zorg en ondersteuning in de buurt nodig en dan moeten ook die huizen beschikbaar zijn. Verder moet dan ook de samenleving zich zo hebben ontwikkeld dat het niet alleen op

mantelzorg aankomt, maar dat ook het vrijwilligerswerk veel beter ontwikkeld is. We moeten dan vooral vrijwilligerswerk van gepensioneerden niet verwarren met mantelzorg van overbelaste dochters. Dat vind ik een heel wezenlijk punt.

Die samenleving is met de jaarwisseling echter nog niet zo ver en ook niet een jaarwisseling later. Daarom maken wij ons grote zorgen over die zvp 4-categorie. Tegelijkertijd veroorzaakt die bezuiniging op zvp 4 en het enthousiasme van de zorgkantoren waarmee ze vast een voorschot nemen op minder zorginkoop, de enorme ellende die we vorige week zichtbaar gemaakt hebben met onze meldactie Gedwongen verhuizen. Ik meld er even bij dat er nog 70.000 mensen zijn met een indicatie. Als die volgend jaar november besluiten om voor de zekerheid toch maar die indicatie te verzilveren, omdat je niet weet wat het wordt, en naar zo'n instelling willen, dan staat het land op zijn kop. Ik ben ervan overtuigd dat de aanbieders in de ronde hierna – ik zag de heer Koster al zitten – hier wat verder op in kunnen gaan. Het is een punt waar aanbieders en cliënten zich samen zorgen over maken.

Als mensen thuis willen blijven wonen, en de meeste mensen willen dat graag en dat wordt alleen maar sterker, dan zou het goed zijn als zvp 4 op een gegeven moment ook zo ingericht wordt dat deze mensen ook thuis kunnen wonen. Dat is, denk ik, een goede zaak, maar dat moet dan wel goed geregeld zijn en dat is nu nog niet zo. Vindt u het heel erg als ik nu naar mevrouw Meerveld kijk voor nog een kleine aanvulling, want het raakt ook heel erg mensen met dementie?

De **voorzitter**: Dan is het woord aan mevrouw Meerveld.

Mevrouw **Meerveld**: Ik onderstreep de woorden van mevrouw Wind. Als je echt vraaggerichte hulp wilt bieden, dan is de vraag wat nu het beste thuis helpt. Mensen komen er uiteindelijk wel, maar willen zo lang mogelijk uit het verpleeghuis blijven. Wij vragen om het jaar aan ze wat het beste helpt om het thuis beter en langer vol te houden. Ik herhaal de bekende riedel toch weer; ze noemen dagactiviteiten/respijtzorg en een casemanager. We weten nu ook dat verzorging door mensen met verstand van dementie helpt. Dat is voor een deel van de groep relevant, maar voor hen is het wel heel belangrijk om het thuis vol te kunnen houden. Dit is de top drie van vraaggerichte hulp thuis.

Mevrouw **Baay-Timmerman** (50PLUS): Dank aan allen voor hun inbreng. Ik wil graag terugkomen op wat mevrouw Meerveld en mevrouw Wind aangaven. Een jaar geleden kregen zo'n 32.000 ouderen een zvp vv 4. 77% van deze mensen gaf aan dat ze intramurale zorg wilden. Dat wordt straks allemaal deels extramuraal. 50PLUS maakt zich bijzonder veel zorgen over de vraag hoe tijdig wordt onderkend dat een dementerende een andere indicatie moet krijgen, omdat dementie een progressieve ziekte is. Denkt u dat er voldoende samenwerking is tussen huisarts, specialisten en mantelzorger om dat tijdig te constateren?

Mevrouw **Meerveld**: Die is er nog niet. Daarom is mijn pleidooi om in de vormgeving van Wlz, Wmo en Zvw samenwerking tussen verschillende disciplines extra te stimuleren. Ik moet wel zeggen dat het de laatste jaren beter wordt. We hebben het net weer aan onze mantelzorgers gevraagd: ze zijn positief over wat huisartsen doen, en zeker ook over de samenwerking met anderen. Er is dus nog veel verbetermogelijkheid. Dat is ook nodig. Dwars tegen wat mensen het liefst willen in, namelijk zo lang en zo goed mogelijk thuis blijven, zien we de laatste tijd dat het verandert. We zien de variatie aan dagactiviteiten kleiner worden, terwijl de mensen daar veel behoefte aan hebben om het thuis vol te houden. We zien dat er nog steeds niet voldoende casemanagers zijn voor iedereen die er een wil en nodig heeft. Zij zijn echter wel nodig om het thuis vol te houden. Behalve

de huisarts, geriater en de specialist ouderengeneeskunde zijn er ook nog andere disciplines die essentieel zijn. Zij moeten samenwerken.

Mevrouw **Wind**: Ik ben het daar helemaal mee eens. Ik begin daarnaast nog een keer over die zzp 4. Al deze dingen zijn wel te regelen, maar waarschijnlijk niet in het gewenste tempo. Dan zou het enorm helpen om daar wat in te faseren. Niet om al die mensen met een zzp 4 voor eeuwig in het verpleeghuis te houden, want dat willen ze niet. Julie geeft dat ook aan: ze willen het liefst wel thuis wonen. Het kan echter niet in één klap. De huisarts is daarbij ongelofelijk belangrijk. We weten echter ook wat er allemaal bij de huisarts terecht komt. Nu ben ik geen belangenbehartiger van de huisartsen, maar wel van de patiënten, en zij hebben de huisarts heel hard nodig.

De heer **Terlouw**: Ik wijs er graag op dat ook mensen met een verstandelijke beperking gelukkig ouder worden. Daar zijn nog wel eens misverstanden over. Op dat vlak moet dus het nodige beleid worden ontwikkeld.

Mevrouw **Kooijman**: Ik stem daarmee in. Juist mensen met een verstandelijke beperking worden eerder oud. Als ze 65 zijn – dat is mijn leeftijd – dan zijn ze al stokoud. Dat merk ik ook aan de meesten; dan heb je meer aandacht nodig.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik zit hier met gemengde gevoelens. Aan de ene kant hoor ik een flink aantal van u zeggen dat deze wet niet de doelen bereikt die het moet bereiken, namelijk meer zeggenschap en een beter ingesteld systeem. Een flink aantal van u pleit er ook voor om het een jaar uit te stellen. Ik zag de onderhandelende collega's knikken, dus wie weet wat voor fraais er nog uit gaat komen in de komende dagen. Ik kom even terug op het systeem van deze wet. Hoe organiseer je nou dat de persoonsvolgende financiering daadwerkelijk in deze wet zit? Het CDA pleit al heel lang voor de zorgvouchers, maar dat is een ander woord voor de persoonsvolgende financiering. Het maakt mij niet zo veel uit hoe wij het gaan noemen, als wij maar voor elkaar weten te krijgen dat mensen eigen keuzes kunnen gaan maken. Wat moet er nou gebeuren om dat voor elkaar te krijgen? Ik sluit af met een hartenkreet: ik ben het volledig eens met alle opmerkingen die gemaakt zijn over zzp 4. We moeten met elkaar reëel zijn en constateren dat de meeste van deze ouderen gebaat zijn bij een plek in een instelling. Laten we echter niet de verstandelijk gehandicapten met een zzp 3 vergeten, want dat is volgens mij zo'n zelfde groep mensen.

De heer **Laterveer**: Het is niet zo heel moeilijk. We hebben daar al eens proeven mee gedaan. Het betekent dat je bij indicatie een budget krijgt. Anders dan bij een persoonsgebonden budget, dat we ook moeten handhaven, zitten er bij een persoonsvolgend budget meer kaders aan. Je kunt namelijk zorg inkopen, zonder dat dat geld op je eigen rekening komt, bij aanbieders die aan een aantal kwaliteitseisen voldoen. Je kunt daarvoor dus niet je buurvrouw inhuren. Dat is anders dan bij een persoonsgebonden budget. Vervolgens kun je dat bijvoorbeeld bij de Sociale Verzekeringsbank neerleggen. Naar ons idee zou je dan ook de eigen bijdrage al vooraf moeten berekenen, zodat je een nettobudget krijgt, waarvan je weet: dit kan ik uitgeven, en als ik meer wil, dan kan ik dat zelf bijleggen. Je maakt het ook inkomensafhankelijk. Ik denk dus dat dit helemaal niet zo ingewikkeld is. Ik merk dat er heel wat bezwaren zijn in termen van beheersing, maar je weet wat je macrobudget is. Als dat nodig is, kun je daarna dus de tarieven bijstellen of extra geld beschikbaar stellen. Ik zie nu met name heel veel bureaucratie ontstaan bij de zorginkoop. Ik zou willen dat de verzekeraar de rol krijgt om mensen te helpen als zij dat zelf willen. Daarmee zet je ook verzekeraars in een

positie waarin ze zich echt naar hun klant moeten gaan richten. Het moet niet zo zijn dat de lijn tussen de verzekeraar of het zorgkantoor enerzijds en de instelling anderzijds sterker is, omdat daartussen een betaalrelatie bestaat, dan de relatie tussen de klant en de instelling of de verzekeraar en de klant. Ik weet niet of dat voldoende antwoord op de vraag is.

Mevrouw **Kloosterman**: Ik ondersteun het pleidooi van de heer Laterveer helemaal. Omdat er een regionaal budget komt waar het pgb onderdeel van gaat uitmaken, hebben wij de volgende zorg. Wij kennen nu al de voorbeelden van mensen die geen fysieke plek kunnen vinden in een instelling van hun keuze. Wij zijn erg bang dat wij teruggaan naar de jaren tachtig, begin jaren negentig, toen er lange wachtlijsten waren, omdat gold: als het budget op is, is het op. In de achterban die ik vertegenwoordig, ging het dan werkelijk als volgt. Als vader was overleden en moeder in het ziekenhuis lag, was er een crisisbeddenregeling, waarbij men letterlijk van het ene bed naar het andere bed ging en waar men zes weken gebruik van mocht maken. Als er wordt gekozen voor persoonsvolgende bekostiging, dan wordt het budget opgehangen aan degene die de ondersteuning nodig heeft. Dat betekent ook meteen dat hij of zij de keuze kan maken die het meest passend is. Dat betekent voor instellingen dat zij goede zorg moeten leveren. We zien echter dat men vaak erg afhankelijk is van de ruimte die toevallig nog over is van de productie die het zorgkantoor heeft gegeven.

De heer **Terlouw**: Het CDA heeft een heel indringende vraag gesteld die een heel indringende beantwoording vergt. Het gaat erom: waar staan we voor in deze zorg? Dan is het heel gemakkelijk gezegd dat cliëntgericht gewerkt moet worden. Ik denk dat het een heel serieuze discussie vergt om eens op tafel te krijgen of we werkelijk cliëntgericht werken en bij de cliënt beginnen. Is alles wat zich daarboven en daarnaast beweegt een meerwaarde ten opzichte van de kwaliteit van het leven? Ik zal een voorbeeld geven. Wij weten dat Buurtzorg niet een-twee-drie vergelijkbaar is met de zorg voor verstandelijk gehandicapten. De wijze van organiseren echter probeert in ieder geval aan te sluiten bij de cliënt. Dat zou in ieder geval voor zorgaanbieders in het algemeen een belangrijk aangrijpingspunt zijn.

Daarboven zouden alle beheersorganisaties tegen het licht gehouden moeten worden. Is het wel nodig dat we al die beheersorganisaties kennen? Moeten we niet veel meer op een koers gaan zitten dat we de bureaucratie terugdringen, dat we meer gaan voor vertrouwen en dat er, bijvoorbeeld waar het gaat om kwaliteit van leven, een samenspel ontstaat tussen zorgaanbieder, zorgkantoor en cliënt, waarbij de cliënt een heel belangrijke rol, zo niet de doorslaggevende rol vervult? Dat is een manier van denken die zich zou kunnen doorvertalen in wet- en regelgeving. Dat soort discussies moet veel nadrukkelijker gevoerd worden en staat heel ver af van wat nu op tafel ligt.

De heer **Vos de Wael**: Het gaat natuurlijk om het leven van mensen, om wat zij dag in, dag uit willen doen en waar zij mee bezig willen zijn. Dan is het eigenlijk heel raar dat dit niet persoonsvolgend georganiseerd en gefinancierd zou worden. Het gaat er van dag tot dag om wat bijdraagt aan de eigen stijl en de persoonlijke ontplooiing van mensen. Het is een heel principiële zaak om het persoonsvolgend in te richten. Het is bijna moeilijk om dat te verdedigen of uit te leggen omdat het zo vanzelfsprekend is.

Mevrouw **Siderius** (SP): De gedwongen verhuizingen van 80- en 90-plussers en de sluiting van verzorgingshuizen zijn veelvuldig in het nieuws, maar de gedwongen verhuizingen van gehandicapten worden minder belicht. Wat betekent deze wet daar precies voor? In het verlengde

daarvan vraag ik mij af, als ik de sprekers zo hoor, wat de toekomst is van de dagbesteding. De dagactiviteiten zijn misschien ook nodig om langer thuis te kunnen blijven wonen. Is de dagbesteding goed geregeld met deze wet en, zo niet, wat kan er dan beter? Ik stel deze vraag aan de heren Terlouw en Vos de Wael.

De heer **Terlouw**: Zoals mevrouw Kooiman al zei, zien we bij de dagbesteding inderdaad het gevaar aankomen dat dit zich in de realiteit gaat voltrekken en zich zelfs al voltrekt. Er zijn prachtige op de maatschappij georiënteerde dagbestedingsprojecten van ateliers, boerderijprojecten en noem maar op. Wij krijgen uitdrukkelijk signalen binnen, vooruitlopend op de wet- en regelgeving, dat dit soort projecten op de een of andere manier tot een einde moeten komen. Daar kun je op zich nog vraagtekens bij zetten. Is dat wel echt nodig? Dat vergt weer een discussie over de vraag welke maatregelen zich precies aandienen. Is het wel juist dat men daarop vooruitloopt? De realiteit is dat dit soort projecten, die moeizaam ontwikkeld zijn en jarenlang hun waarde hebben bewezen, steeds meer naar de achtergrond worden gedrongen. Het hele samenstel van deze wet- en regelgeving met alle bezuinigingen pakt in feite alleen negatief uit. In die zin denken wij dat de dagbestedingsprojecten tegendraads zijn aan de beweging die de Staatssecretaris voorstaat.

De heer **Vos de Wael**: Ook wij krijgen veel signalen dat allerlei dagbestedingsprojecten in zwaar weer verkeren, ook veel dagbestedingsprojecten die zijn opgezet door cliënten zelf of door naast betrokkenen, omdat gemeenten zich in eerste instantie richten op de bekendere, grotere instellingen. Dat is zeer zorgwekkend. Je ziet ook vaak de druk om doelgroepspecifieke vormen van dagbesteding terug te dringen ten gunste van dagbestedingsprojecten die algemeen toegankelijk zijn. Dat is deels een heel goede ontwikkeling, maar voor een bepaalde doelgroep is het, om het vertrouwd en veilig genoeg te maken, wel belangrijk dat de dagbesteding doelgroepspecifiek is. De variëteit aan dagbesteding van meer beschermd tot meer open wordt minder. Daardoor vallen een aantal groepen mensen buiten de boot. Het gevaar is dat mensen zich daardoor minder snel zelfstandig redden en eerder voor een opname in aanmerking komen.

De heer **Stavenuiter**: In een van de vier voorbeelden die ik noemde, ging het over een jongen die is opgenomen en die langzamerhand heeft gezien hoe de dagbesteding terugloopt. Op het moment dat je last hebt van psychoses – in die hoek zit ik vooral – kun je je voorstellen dat het slechter met je gaat als je niks te doen hebt. De kans dat je gaat malen en gaat doordenken over wat er aan de hand is, is immers groot. Hier in de zaal is het al zo dat dagbesteding gewoon een van de belangrijkste zaken is waaraan je je identiteit ontleent. Ook voor ggz-cliënten, maar evengoed voor andere cliënten, gaat het niet alleen om de invulling van de dag maar ook om het ontlenen van de complete identiteit daaraan. Op het moment dat dit niet goed geregeld is, is het de vraag waar we met z'n allen mee bezig zijn.

Mevrouw **Kooiman**: Ik heb dat ook vernomen van grote groepen van dagbesteding. Dagbesteding houdt in dat je volwaardig meedoet aan werk. Ik heb zelfs al verschillende keren gehoord dat er projecten worden gestopt. Heel veel mooie projecten worden gesloten. Ik heb van het weekend zelfs gehoord dat er mensen van een bepaalde dagbesteding papier moeten gaan prikken voor de gemeente! Dat zijn dus weer gratis krachten.

Mevrouw **Kloosterman**: Ik bemoei mij alvast met de orde, maar volgens mij was er nog een vraag gesteld over de sluitingen en gedwongen verhuizingen binnen de zorg voor mensen met een beperking.

De **voorzitter**: Dat was een opmerking. De afspraak is dat er één vraag per persoon wordt gesteld, maar u mag even kort op dit punt reageren.

Mevrouw **Kloosterman**: Mevrouw Siderius heeft deze opmerking terecht gemaakt. Binnen KansPlus, LSR en Leder(in) hebben we sinds november al een meldactie. We hebben inmiddels meer dan 1.700 meldingen van cliënten ontvangen. Er is sprake van gedwongen verhuizingen, omdat locaties gaan sluiten ter voorbereiding op het straks op een andere manier inrichten van de organisatie. Er zijn ook heel veel gedwongen verplaatsingen van dagbesteding, die deels te maken hebben met vervoer. Mensen die soms jarenlang, meer dan 30 jaar, naar dezelfde dagbesteding gaan, worden nu opeens verplicht om ergens anders naartoe te gaan. Dat heeft enorme impact op het leven van mensen. Het gaat om mensen die een Wlz-indicatie hebben en zullen houden, maar die wel ergens anders moeten gaan wonen en die op een andere manier hun dag zullen doorbrengen. Het is werkelijk onbeschrijfelijk wat wij van ouders – het zijn vaak oudere ouders – te horen krijgen. Dan denk je dat je alles netjes hebt geregeld en dat alles goed gaat, maar dan krijg je dit allemaal over je heen. Zeker ook bij ons zijn er heel veel reacties binnengekomen. We zeggen niet voor niets: misschien moeten we er nog maar eens even heel goed met elkaar over nadenken.

De **voorzitter**: Dan is het woord nu toch echt aan de heer Van Dijk.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Voorzitter. Wat we met elkaar delen, is de behoefte om zeggenschap en eigen regie in de zorg en rondom de Wlz te versterken. Dat het beter kan dan in de huidige wet staat, delen we volgens mij ook nog wel met elkaar. We hebben het net gehad over het feit dat persoonsvolgende bekostiging een instrument kan zijn. Maar als je alleen maar kunt kiezen tussen instellingszorg en instellingszorg, heb je niet zo veel aan alleen persoonsvolgende bekostiging. Ik wil graag van u horen hoe we het spel rondom de zeggenschap, «the right to challenge», het uitdagen, nog beter in de wet kunnen meenemen. Ik heb de heer Terlouw ook horen zeggen dat we dat eigenlijk in de wet zouden moeten opnemen. Dit lijkt mij ook een vraag voor mevrouw Wind en de heer Laterveer.

De heer **Terlouw**: Het begint bij een analyse van de huidige positie van de zorgvrager. We kunnen vaststellen dat de positie van de zorgvrager ten opzichte van andere actoren bepaald niet sterk is. Een van de pleidooien die gehouden zijn, is het pleidooi om te zorgen voor een onafhankelijke cliëntenondersteuning. Dat is in ieder geval in onze sector een vreselijk belangrijk gegeven. Zorg ervoor dat niet het zorgkantoor de cliëntondersteuner aanwijst – ik geef maar even een voorbeeld – maar zorg ervoor dat er een budget beschikbaar komt op basis waarvan de cliënt een eigen keuze kan maken. Dat is een van de opties om het vorm te geven, ook in zo'n wet. Er is ook een andere mogelijkheid om meer zeggenschap te realiseren. Ik wil u in ieder geval wijzen op het fenomeen van de coöperatie. We weten dat de zorgaanbieders zich nu grotendeels in de rechtspersoon van een stichting hebben georganiseerd. Wij zouden graag zien dat de coöperatieve vorm nadrukkelijker geïntroduceerd zou worden, bijvoorbeeld om het eigendom meer bij cliënten dan wel hun vertegenwoordigers te leggen. Zo zijn er een reeks van elementen te noemen die in zo'n wet een plek zouden kunnen krijgen. Misschien kan onze notitie – sommigen spreken van een position paper, maar ik heb het gewoon over een notitie – daar een bijdrage aan leveren.

Mevrouw **Wind**: Dat laatste punt is heel erg belangrijk. Zorg er ook voor dat mensen het geld dat ze in stenen hebben, vrij kunnen maken. Daarbij doe ik een beroep op de politiek. Daar moet u echt bij helpen. Als die verpleeghuizen deels leeg komen te staan, moet u ervoor zorgen dat daar ook een crèche of iets voor studenten kan komen en dat het niet allemaal sneuvelt op het departement van de heer Blok of ergens tussen dat departement en het departement van VWS. Daar ligt echt een taak voor u, want wij redden het niet. Als het aanbod bestaat uit allemaal zwarte auto's, is keuzevrijheid ook maar relatief. Het aanbod bestaat uit ontzettend veel zwarte auto's.

Laat ik een voorbeeld noemen. Ik zie dat heel veel mensen graag Buurtzorg willen. U weet dat Buurtzorg een organisatie is waar wij erg veel van houden. Als er andere organisaties zijn die hetzelfde werken, houden we daar ook van. Als je allemaal hetzelfde soort aanbod hebt en je mag kiezen voor één van de tien, dan is dat waardeloos. Tegelijkertijd zie ik dat een aantal verzekeraars weigert om bij Buurtzorg in te kopen omdat ze bij de andere organisaties nog overcapaciteit hebben. Dat is echt een punt om uit te zoeken. Vanuit het perspectief van mensen en in het kader van keuzevrijheid maken wij ons er druk om. Er zijn heel veel mogelijkheden om de diversiteit van het aanbod te vergroten, maar veel plannen sneuvelen vanwege wetgeving, de fiscus, zorgkantoren en vanwege het feit dat mensen het allemaal maar individueel moeten regelen, terwijl collectiviteit heel erg belangrijk is. Daarom is onafhankelijke cliëntondersteuning een must.

De heer **Stavenuiter**: In aansluiting op de bijdrage van het Landelijk Platform GGz zijn er een paar dingen genoemd die hierbij kunnen helpen. We hadden het daarstraks over dagbesteding. Stel dat je in een instelling zit die maar één vorm van dagbesteding heeft. Word je daar blij van? Wel als het toevallig net de vorm van dagbesteding is waar je op uit was, maar in alle andere gevallen niet. Je kunt je voorstellen dat je dan zegt: ik zit weliswaar in deze instelling, maar dat betekent niet dat ik gebonden ben aan deze vorm van dagbesteding. Het moet in de wet wel goed geregeld worden dat je dan elders dagbesteding kunt krijgen.

Er werd ook gesproken over de patiëntvertrouwenspersonen en de familievertrouwenspersonen. Die dienen een veel onafhankelijker rol te hebben dan op dit moment in de Wlz is geregeld. Ik denk dat er op dat punt nog winst te behalen valt.

Tot slot zijn veel patiënten in de «zware» ggz afhankelijk van mantelzorgers, niet alleen ter ondersteuning van de dingen waar ze behoefte aan hebben, maar ook in het kader van zeggenschap, ervoor zorgen dat er mensen voor gaan staan. Ik denk dat het erg verstandig is om daar ook in te investeren.

De heer **Laterveer**: Ik ben blij met de vraag van de heer Otwin van Dijk. Vorige keer bij de hoorzitting over de Wmo hebben we het er ook al over gehad. Naar mijn idee zou je aan de voorkant moeten beginnen. Er zijn mensen die een aantal wensen hebben, die ergens tegen aanlopen en die daar een oplossing voor zoeken, voordat er bepaald is of zij iets moeten halen in het kader van de Wlz, de Wmo of de Zorgverzekeringswet. Dat betekent dat je ervoor moet zorgen dat er goede, onafhankelijke ondersteuning is, voor iedereen die dat nodig heeft, om te bekijken wat de wensen en de oplossingen zijn. De oplossing kan bij jezelf liggen of in je netwerk. Het kan ook om iets gaan dat uit collectieve middelen wordt betaald. Maar daarvoor zullen we moeten regelen dat er goede cliëntondersteuning is. Als we dat niet doen, is er nooit sprake van vraagsturing. Ik denk dus dat het over de wetten heen goed geregeld moet worden. Het voorliggende wetsvoorstel is beperkt tot intramurale zorg, die je eventueel ook thuis kunt inzetten. Ik heb al gezegd dat het wat mij betreft breder zou moeten en dat we het ook zouden moeten hebben over wat we

nu «thuiszorg» noemen, en over verpleging en verzorging. Maar ook daarbij zul je moeten regelen dat het eigenaarschap anders geregeld is dan tot nu toe. Je kunt tegen mensen zeggen: het gebouw is van jullie en de zorgaanbieder wisselt. Maar je kunt ook zeggen: maak die zorgorganisatie eigendom van de cliënten of van de burgers van een dorp of stad. Dan sluit ik aan bij wat de heer Terlouw net zei. Ik denk dat we veel meer terug moeten naar het lokale niveau, ook in de Wlz, en dat we minder met grote concerns bovenlangs moeten zien te regelen. Een en ander moet dus terug de samenleving in.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik dank alle sprekers voor de buitengewoon boeiende inbreng. Ik heb veel aantekeningen gemaakt en zal mij daar goede rekenschap van geven, zowel in de schriftelijke als in de mondelinge behandeling. Ik heb een vraag aan de heer Vos de Wael. Hij schetste zijn zorgen over de overgangssituatie. Zitten mensen straks tijdelijk in de Zorgverzekeringswet om pas later naar de Wlz over te gaan? Wat zijn de gevaren die de heer Vos de Wael ziet? Hoe kan de politiek die gevaren voorkomen? In mijn beleving heeft het echt te maken met die overgangssituatie van het huidige naar het nieuwe systeem. Wij krijgen verschillende wetten, die verschillende snijvlakken met elkaar hebben. Dat zal echt heel spannend zijn. Ziet de heer Vos de Wael daar ook een risico in? Hoe kan de politiek dat risico zo klein mogelijk maken? Ik kan mij voorstellen dat mevrouw Meerveld daar ook een opmerking over heeft te maken. Immers, dementie is een progressieve ziekte, waarbij mensen met verschillende wetgeving te maken krijgen. Zij heeft al de positie van de casemanager genoemd. Die moet goed verankerd worden. Wellicht zijn er nog aanvullende ideeën.

De heer **Vos de Wael**: Voorzitter. Mijn opmerking was specifiek op de ggz gericht, omdat pas later bepaald is dat ook de ggz een plek in de Wlz krijgt. De toelatingscriteria voor de Wlz moeten nog geformuleerd worden. Er moet een soort screeningsinstrument komen om te bekijken of de mensen die nu vanuit de AWBZ intramurale zorg krijgen, in de Zorgverzekeringswet, de Wmo of de Wlz passen. Wij maken ons er zorgen over dat straks de transitie plaatsvindt zonder dat het screeningsinstrument en de toelatingscriteria er al zijn. Mensen moeten dan tijdelijk ergens geplaatst worden. Dat betekent dat mensen een aantal keren heen en weer worden geschoven. Als de Wlz toch een jaar wordt uitgesteld, kun je dat jaar gebruiken om het screeningsinstrument goed te ontwikkelen, zodat nieuwe cliënten of mensen die aan een herindicatie toe zijn direct in het goede systeem geplaatst kunnen worden. Een andere optie is om mensen eerst in de Wlz onder te brengen. Nu worden zij tijdelijk geparkeerd – ik zeg het oneerbiedig – in de Zorgverzekeringswet of in de Wmo. De Wlz ligt het dichtst bij de huidige situatie. Als je mensen overplaatst, zou je ze dus eerst daarin moeten plaatsen. Als de toelatingscriteria eenmaal helder zijn, kun je bekijken of iemand alsnog naar de Zorgverzekeringswet of de Wmo moet overgaan. Het is erg belangrijk dat een plaatsing in de Wlz niet definitief hoeft te zijn. Zeker in de ggz geldt dat op een gegeven moment herstel kan optreden. Dan moet het mogelijk zijn dat er een uitgang voor de Wlz is, bijvoorbeeld in de vorm van een proefperiode. Het is mogelijk dat iemand zodanig herstelt dat hij weer thuis kan gaan wonen. Dat kun je dan voor drie of zes maanden doen. Mocht er dan toch een terugval zijn, dan is de plek binnen de Wlz weer beschikbaar.

Mevrouw **Meerveld**: Voorzitter. Voor mensen met dementie is het heel belangrijk dat die casemanager er is, zo herhaal ik. Waar staat die casemanager voor? Het moet iemand zijn met verstand van dementie, die er vanaf het begin tot het einde is. Die continuïteit is heel belangrijk. Dat zit ons vooral dwars in de veranderingen rondom Wmo, Zvw en Wlz. Voor

mensen met dementie zijn deze wetten soms tegelijk relevant: ze maken aanspraak op verzorging, op de dagactiviteiten en op de specialist ouderengeneeskunde. Het is dus heel belangrijk dat die samenwerking goed wordt vormgegeven. Het kan niet altijd heel dicht bij huis. Het liefst wel, maar het kan niet altijd op wijkniveau of lokaal.

Ik begrijp alle zorgen over de invoering en veranderingen van de Wlz. Waar Alzheimer Nederland mee worstelt is dat juist die hervormingen leiden tot meer diversiteit, hulp en aanbod aan het begin van de ziekte. En daar schort het nu aan. Als de Wlz niet uitgesteld wordt, maak ik mij grote zorgen over de mensen die nu thuis wonen. Zij krijgen te maken met verzekeraars en aanbieders die al een beetje voorsorteren op de komende bezuinigingen. De mensen krijgen te weinig verschillende en goede hulp thuis. Dat wordt dan ook vertraagd. Ik ben dus erg bezorgd over de mensen die tussen wal en schip dreigen te vallen als wij alles gaan uitstellen. Er is nu al meer diversiteit thuis nodig.

De **voorzitter**: Daarmee zijn wij gekomen aan het einde van het eerste blok. Ik dank alle gasten zeer. Er is al heel veel op papier gezet en toegelicht, maar de collega's staan zeker open voor nadere informatie.

De hoorzitting wordt enkele ogenblikken geschorst.

Blok II: Professionals in de zorg

De **voorzitter**: We gaan nu praten met professionals in de zorg. Wij zijn blij dat de genodigden zijn ingegaan op de uitnodiging van de Kamer, want dit geeft vast ook weer aanleiding tot vragen en tot verder nadenken over dit lastige onderwerp. Alle sprekers krijgen twee minuten, zoals in de brief al is aangegeven. Als het echt veel langer duurt, begint deze voorzitter streng te kijken. Probeert u zich dus aan die spreektijd te houden, ook omdat u ook notities hebt gestuurd. Dan kunnen de collega's gerichte vragen stellen.

De heer **Hazelaar**: Ik heb inderdaad een position paper aangeleverd. De kern daarvan is dat burgers naar mijn overtuiging moeten kunnen kiezen. Zeker als er sprake is van ernstige handicaps, dus als mensen zware zorg nodig hebben, moet je de burger centraal stellen en laten kiezen. Daar vind ik in dit wetsvoorstel weinig van terug. Ik vind het mogelijke aanbod dat uit deze wet gaat voortkomen, ook erg instellingsgericht. Het lijkt een soort voortzetting van de AWBZ in versmalde vorm, terwijl er naar mijn overtuiging juist een nieuw elan zou moeten ontstaan: geef mensen, waar zij ook wonen, de ruimte om zware zorg te ontvangen met daarbij passende financieringsmogelijkheden en met een daarop aansluitende ketenzorgsystematiek.

De heer **Van Loon**: De uitgangspunten van de Wlz spreken ons zeker aan, met name het centraal stellen van de wensen en de ondersteuningsbehoeften van de cliënt. Ik heb wel de behoefte om te zeggen dat er geen oude schoenen moeten worden weggegooid voordat er nieuwe schoenen zijn. Van onze huidige cliënten met zzp 3 zal beslist de helft binnen de definitie van de Wlz vallen, maar ook de overige cliënten zijn zeker aangewezen op een intensieve vorm van ondersteuning. Voor mij is nog niet duidelijk hoe die ondersteuning in de Wmo wordt geboden. Arduin is voortgekomen uit een instituut voor mensen met een verstandelijke beperking. Alle cliënten wonen tegenwoordig, ook als zij intensieve ondersteuning nodig hebben, volledig kleinschalig, in 150 woningen die zijn verspreid door de hele Zeeuwse samenleving. Mede dankzij een zeer lage overhead en de grote betrokkenheid van de sociale omgeving en het netwerk is dit betaalbaar.

In de Wlz staat de kwaliteit van leven voorop. Alleen dat kan het belangrijkste uitgangspunt zijn. Ik wijs op het model van kwaliteit van bestaan van Schallock, met acht domeinen. Dat model biedt mooie richtlijnen om op macro-, meso- en microniveau de kwaliteit van bestaan te verbeteren. Dat model bevat een mooie structuur voor de opbouw van een ondersteuningsplan, maar ook een mooi kader om te meten hoe het gesteld is met de kwaliteit van bestaan.

Voort is het moeilijk om je voor te stellen dat een zorgplan wordt opgesteld zonder de wensen en behoeften van de betrokkene in kaart te brengen. Het is goed dat dit recht nu wettelijk wordt verankerd. Bij de evaluatie en actualisatie van een zorgplan zou eigenlijk sprake moeten zijn van een continue dialoog.

Wij waarderen het zeer dat er aandacht is voor het terugdringen van de administratieve lasten. Ik hoop dan ook dat die terugdringing ooit eens echt bereikt kan worden. Het zou goed zijn als bij de zorginkoop een maximum wordt gesteld aan de overhead van de organisatie, zodat de beschikbare middelen maximaal in het primaire proces worden ingezet. Omdat ik een beetje word opgejaagd, ga ik nu naar mijn laatste opmerking, want de rest staat in mijn position paper. We vrezen dat er voor mensen met een intensievere ondersteuningsvraag, die echt op langdurige zorg zijn aangewezen, meer institutionalisering gaat plaatsvinden. Stimulering van nieuwe, innovatieve organisatievormen in de langdurige zorg ontbreekt in de wet. Ik denk dat intramurale zorg ook volledig kleinschalig in de samenleving aangeboden kan worden. Inclusie van de pijlers van het VN-verdrag dient met nadruk het uitgangspunt te zijn voor toekomstige cliënten van de Wlz.

De heer **Schots**: Ik dank de Kamer voor het feit dat ik hier aanwezig mag zijn om aandacht te vragen voor het perspectief waar ik voor sta, het perspectief van kleine zorgcentra. Juist voor kleine zorgcentra in plattelandsgemeenten is het heel belangrijk dat zij hun bestaansrecht behouden. De Wlz geeft aan dat mensen lang heel zelfstandig moeten kunnen blijven wonen, maar juist de mensen die dat niet kunnen, moeten ook een plaats krijgen in een zorginstelling. Bij ons zijn de bewoners gemiddeld 90 jaar. Zij zitten echt niet te wachten op thuis kunnen wonen in een groot appartement, want dan hebben ze problemen met het schoonhouden van het appartement. Een gemiddelde leeftijd van 90 jaar betekent dat ook de familieleden, de kinderen, op leeftijd zijn. Daarom is het heel belangrijk dat zorgcentra in plattelandsgemeenten hun bestaansrecht behouden.

Het is belangrijk om het cliëntvolgend systeem te handhaven. Er is zojuist gesproken over zzp 4. Laat dat los; bekijk gewoon wat mensen wel kunnen en wat zij niet kunnen. Bij de ene cliënt met zzp 5 of zzp 6 zal het nog wel lukken, bij een andere cliënt met zzp 3 zal het niet lukken. Dat is heel belangrijk.

Ik heb de Kamer in februari een brief gestuurd over de toeslag voor kleine zorgcentra. Ik heb toen de tip gegeven om te kijken naar de mogelijkheid om, net als bij scholen, kleine organisaties in plattelandsgemeenten een toeslag te geven. Daarbij gelden natuurlijk bepaalde voorwaarden. De kwaliteit van zorg- en dienstverlening dient hoog te zijn. Dat kun je meten door allerlei cliëntenraadpleging met CQ-index en door tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers. Een gezonde en een goede bedrijfsvoering moet hieraan ten grondslag liggen. Het moet gaan om de enige intramurale zorgaanbieder in een dorp. Het zorgcentrum dient ook een sociale ontmoetingsplek te zijn. Dat is heel belangrijk. Wij zijn een ontmoetingsplek in een dorp, wij zijn een dorps huis. U hebt het bijna allemaal gezien, want u bent bijna allemaal op werkbezoek bij ons geweest. Ik heb ook mailcontact met u of ik heb u een brief geschreven. Dat sociale aspect is zó belangrijk. Als je een verzorgingshuis in een dorp sluit, zoals we vorige week hebben gezien, lopen mensen die daar nog in

een zorgwoning wonen, tegen een gesloten deur aan. Dat kan niet, beste mensen. Dat moet een halt worden toegeeroepen.

De **voorzitter**: Tot slot nog één zin.

De heer **Schots**: Er moeten voldoende senioren op de wachtlijst staan. Wij hebben een continue wachtlijst van 35 cliënten met zzp 4 of hoger. Dat betekent dat ik, als de 37 appartementen die ik ter beschikking heb voor verzorgingshuiszorg, morgen leeg zouden komen te staan, die appartementen overmorgen weer kan vullen. Ik kan de gemeenschap van Gilze niet verkondigen – dat doe ik ook niet, want dat mag u dan komen doen – dat ik daar kamers leeg heb staan.
Nog een laatste punt ...

De **voorzitter**: Nee, want u bent echt ruim over uw spreektijd heen. Nog een halve zin, want ik vind dit ook niet aardig ten opzichte van de gasten die zich wel aan de spreektijd houden.

De heer **Schots**: Akkoord, maar ik wil nog even het punt aansnijden van het zorgkantoor.

De **voorzitter**: Nee, u gaat niet nog een ander punt aansnijden. Het woord is aan de heer Van Drumpt.

De heer **Van Drumpt**: Dank u wel, mevrouw. Fatima Zorg heet tegenwoordig Fatima Schreuder Groep, omdat we samenwerken met Schreuderhuizen in Arnhem. Dat komt weleens voor. De fusie is niet ingegeven vanwege schaalvergroting; daarmee wil ik voorkomen dat er van tevoren weer een aanname wordt gedaan die niet klopt. Wij zijn wel een instelling waar gestichten of intramurale zorg zo graag aan gekoppeld worden. Van onze cliënten woont ongeveer 40% op zo'n hoofdlocatie, 60% niet. Dat vind ik een iets andere verhouding dan «alleen maar».

Die mensen wonen ook niet in een grootschalig complex, maar in woningen van zes cliënten. Dat noem ik kleinschalig.
Ik wil nog iets zeggen over de dagbesteding. Ik heb de vorige sessie bijgewoond. Dagbesteding is naar mijn mening nog altijd een kwestie van kiezen en maatwerk. Dit betekent dat wij met veel plezier een redelijk fors dagbestedingscentrum op de hoofdlocatie hebben. Dat is fantastisch voor cliënten van wie nu een groot aantal zelfstandig naar de dagbesteding kan en zelf de keuze kan maken om daar de dagbesteding te hebben. Voor anderen is dat niet mogelijk. Zij willen dat niet. Zij zeggen: ik wil hier niet werken, ik wil buiten werken. Zij gaan in de regio werken, soms in goede samenwerking met werkvoorzieningsschappen. Wij hebben ook veel dagbesteding buiten de locaties. Onze instelling is van mening dat er sprake moet kunnen zijn van en-en, maar wel op basis van individueel maatwerk.

In ons position paper staan vijf punten die wij positief vinden op weg naar de veranderingen van de Wet langdurige zorg. Ik heb er één foto bijgedaan. Doorgaans worden op dergelijke foto's de wat lichtere verstandelijk gehandicapten afgebeeld. Wij vonden het wat vorstelijker om nu maar eens onze doelgroep in beeld te brengen van wie een flink aantal mensen grote delen van de dag in bed ligt, omdat zij meervoudig ernstig verstandig gehandicapt zijn. Wij zijn daarom blij dat indicaties voor onbepaalde tijd kunnen worden afgegeven. Wij willen ook graag veeljarige contracten met zorgverzekeraars afsluiten. De mensen in onze instelling hebben hun leven lang zorg nodig
Tot slot geef ik een schot voor de boeg naar aanleiding van een punt in de paper van mevrouw Nieuwenhuizen. Het betreft haar roep om samenwerking tussen huisartsen en de avg'ers. Ik roep en schreeuw bijna met

haar mee: datzelfde geldt voor de huisartsenzorg in instellingen waar een deel van de Nederlandse huisartsen nog steeds – ik zeg het nu in mijn woorden – te beroerd voor is, met name in de avond-, weekend- en nachtzorg.

De heer **Laurier** (Federatie Opvang): Voorzitter. Hartelijk dank voor de uitnodiging om hier te spreken. De leden van de Federatie Opvang zijn erg blij dat de Wet langdurige zorg ook wordt opengesteld voor mensen met een ggz-beperking. De Staatssecretaris heeft daartoe uiteindelijk besloten. Ik wil beginnen met dit positieve geluid.

Als ik kijk naar de instellingen, dan zijn er nog wel wat wensen. Die zijn vooral domeinoverstijgend. De leden van de Federatie Opvang krijgen te maken met de Wmo, de Zorgverzekeringswet, deze nieuwe wet en de Jeugdwet. Zij krijgen ook nog te maken met forensische zorg. Dat is niet erg, mits de wijze van verantwoording in de verschillende systemen maar enigszins overeenkomt. Ik noem als voorbeeld de kwaliteit. Als in ieder van die wettelijke kaders andere kwaliteitseisen worden gesteld, is dat moeilijk uit te leggen aan de cliënten in de instelling. Hoe kunnen wij uitleggen dat zij op het ene moment onder het ene kwaliteitsregime vallen en het andere moment onder het andere regime? Ook voor de uitvoerbaarheid is het lastig.

Dan is er nog het vraagstuk van de medezeggenschap. Dit wordt nog in een aparte wet geregeld en het betreft dan alleen het Wlz-gedeelte. Het stukje Wmo wordt er bijvoorbeeld buiten gelaten. Ook dat is lastig voor mensen die in één instelling verblijven.

Het laatste punt waarvoor ik aandacht vraag, vloeit hieruit voort: de administratieve lasten. Die vormen een last voor de kleinere aanbieders en wij hebben graag kleinschaligheid voor deze cliënten. Ik pleit ervoor om bij de verdere behandeling van de wet te kijken naar de elementen die de verschillende wetsdomeinen overstijgen.

Mevrouw **Broex** (De Vierstroom, Zoetermeer): Voorzitter. Ik dank u voor uw uitnodiging.

In de aanloop naar deze dag hebben wij ons de vraag gesteld: wat betekent het voor oma als de Wlz wordt doorgevoerd. Wat betekent het voor haar en haar familie? Wat betekent het als zij het allerliefst thuis wil blijven wonen, maar het thuis echt niet meer gaat?

Als eerste moet de Wlz goed aanpassen bij de overige overhevelingen. De operatie is majeur en de Wlz moet naadloos aansluiten bij de overige ontwikkelingen. It takes two to tango. Vierstroom ziet de Wlz als een passend instrument om de leemte in te vullen die de verdere ontmanteling van de AWBZ achterlaat. Wijziging van de AWBZ en overhevelingen vragen om directe aanpassing van diverse systemen.

Tegelijkertijd vraagt het ook iets van het netwerk van oma. Het is voor ons ondenkbaar dat binnen de Wlz de rol van de professional de enige is die telt. Daarom onderstreep ik het belang van de relatie tussen de professional en het netwerk van oma. Het motto van de Wlz: met professionele zorg zo thuis mogelijk, spreekt aan, maar tegelijkertijd ervaren wij spanning. Dit motto kan immers niet worden waargemaakt zonder het netwerk van oma.

Wij vragen aandacht voor familie- en netwerkparticipatie. Indien het thuis niet meer veilig is voor oma, kan verhuizing naar een verpleeghuis een noodzakelijke stap zijn. Tegelijkertijd is het ondenkbaar dat dit wordt ingevuld met uitsluitend professionals. De intimiteit van het netwerk van familie, vrienden en burens kan niet zonder meer worden overgenomen door de professionals.

Vierstroom acht het van groot belang dat er specifiek aandacht wordt besteed aan de rol die voor de familie is weggelegd als oma in een verpleeghuis woont. Vierstroom refereert hierbij aan het experiment met verplichte familieparticipatie. Hierin is gebleken dat 95% van de familie

geen bezwaar heeft tegen verplichte familieparticipatie. Het gaat dan om vier uur per maand. Bovendien blijkt dat het welbevinden van de bewoners in het verpleeghuis zichtbaar is toegenomen. Ook voor de professional is het van belang dat het netwerk van oma een rol speelt. Dagvoorziening en dagbesteding zijn al eerder aan de orde gekomen. In dit kader pleit Vierstroom voor behoud van de dagvoorzieningen. Een dagvoorziening is meer dan een ontmoetingsplek zoals die in het perspectief van de gemeenten zou kunnen worden beschouwd. In de eerste plaats biedt een dagvoorziening een professionele, veilige en beschermende omgeving met toezicht.

De **voorzitter**: Wilt u afronden?

Mevrouw **Broex**: Wij pleiten voor kennis van professionals in het verpleeghuis en zoeken naar evenwicht in de relatie met de huisarts en wijkverpleging. Bouw dit op uit de huidige infrastructuur van huisarts en wijkverpleging en neem daarbij de expertise van verpleegkundig specialisten en de specialisten ouderengeneeskunde mee. Het volledige pakket thuis zet door.

De heer **Van Putten** (Thomashuis De Drie Notenbomen): Voorzitter. Ik ben oprichter van Thomashuizen Herbergier. Al onze bewoners zitten in de langdurige zorg. Die mensen worden nooit meer beter, dat is een gegeven, ze worden alleen minder. Vanuit dat gegeven moet je kijken hoe je daarmee omgaat.

Het belangrijkste is: geef ze een goed leven en probeer ze nog een beetje warmte en huiselijkheid te geven. Dat is zo belangrijk. Behandel zo weinig mogelijk. Daarom is ons adagium: doe behandelingen in de Zorgverzekeringswet, dat is veel zuiverder. Bij ons wordt nauwelijks behandeld; de mensen zijn zwaar gehandicapt.

Er is iets gekks aan de hand met de nieuwe wet. Wij worden gefinancierd uit persoonsgebonden budgetten. Die bieden keuzemogelijkheid. De overheid zegt wel dat de persoonsgebonden budgetten voor veel innovaties hebben gezorgd en dat ze een voorbeeld zijn geweest. In de praktijk krijgen wij echter een korting van 20% voor onze kiezen. Dat valt niet mee. Wij moeten alles op alles zetten om dit gezamenlijk met ouders en ondernemers voor elkaar te krijgen. Daar gaan echter een paar kamikazeacties van overheidsgeoriënteerde organisaties dwars doorheen. Tegelijkertijd draait het zorgkantoor het om. Normaal gesproken ben je onschuldig tot het tegendeel is bewezen, maar een pgb-houder is schuldig tot hij heeft bewezen dat het niet zo is. Dat is ontzettend lastig. Het grijpt ook heel erg in bij de ouders. Je zult maar vier jaar lang een pgb hebben gehad en dan verandert er één regeltje en meldt een ijverige ambtenaar: u moet 280.000 euro terugbetalen. Dan kunnen wij zeggen: dat is lastig, wij zullen het rechte trekken, maar die mensen slapen niet meer.

Zo krijgen we heel veel onrust op dit moment, vanuit de zorgkantoren, maar ook vanuit de inspectie, allemaal om na te gaan of het wel goed gaat, terwijl ik tegelijkertijd met al die ouders bezig ben om te onderzoeken hoe wij een nieuwe realiteit kunnen maken met lagere budgetten. Men mag het mij best moeilijk maken, maar daar zijn grenzen aan voor een ondernemende organisatie. Dus die verlagingen nemen wij voor onze kiezen; die lossen wij op, maar houd ook al die toezichhoudende instanties die zo graag willen scoren, eens een beetje in toom. Als dat lukt, ben ik helemaal blij.

Mevrouw **Nieuwenhuizen** (Verenso): Voorzitter. Bedankt voor de uitnodiging. Ik begin met een pleidooi voor de instelling, het verpleeghuis en het verzorgingshuis. «Zo lang mogelijk thuis» is een heel nobel streven. Daar doen we eigenlijk al alles voor, maar we doen ook heel veel

goed werk in de instellingen. Mensen zijn daar over het algemeen heel tevreden en knappen daar ook vaak op. Dat wil ik de aanwezigen alvast meegeven. Uiteraard is «zo lang mogelijk thuis» ook ons doel; dat is ook nooit anders geweest. Langer thuis blijven, betekent ook dat de voorzieningen die wij nu in de instellingen hebben veel meer naar buiten moeten komen. Het scheiden van wonen en zorg moet er niet toe leiden dat je de mensen scheidt van hun noodzakelijke zorg en behandeling. Daarin moet ik de heer Van Putten afvallen, want ik denk dat we in instellingen voor langdurige zorg heel veel behandeling geven. Dat gebeurt niet zoals in een ziekenhuis, waar je even in en uit kunt en waar je allerlei CT-scans en bloedonderzoeken krijgt. Heel veel behandeling gebeurt op een heel ander vlak, namelijk begeleiden, de zorg goed ondersteunen en met weinig middelen de mensen in optimale conditie brengen. De kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven staan daarbij bovenaan.

Dus heel kort en krachtig: de expertise die wij nu in de instellingen hebben, moet naar buiten. Wij willen de huisarts heel graag ondersteunen in deze nieuwe doelgroep. De huisarts moet daar ook tijd en ruimte voor krijgen. Wij moeten de mogelijkheid krijgen om de huisarts daarin te ondersteunen. Daarvoor hebben wij een plaats nodig in de Ziektekostenverzekering. Die hebben wij nog steeds niet en dat belemmert de vernieuwing in de eerste lijn.

Daarvoor moeten we in de instelling kwalitatief goed personeel hebben dat een deel van de taken kan overnemen. We hebben nu nog te maken met weinig kwaliteit in zorginstellingen, wat maakt dat taakdelegatie lastig is.

Heel belangrijk is dat mensen voor wie bewezen is dat de zorg thuis niet gaat, om welke reden dan ook, de instelling in moet kunnen. Het CIZ heeft daarbij een belangrijke maar lastige rol. Het zou heel logisch moeten zijn dat het CIZ toetst en dat het goed komt, maar wij zien nu dat het niet alleen lastig is om indicaties te verzilveren maar ook om indicaties te verkrijgen. Ik vraag me af waar dat in zit. Ik snap dat niet.

Conclusie: mensen naar binnen die naar binnen moeten en de expertise naar buiten.

De heer **Van Tuijn**: Geachte voorzitter, geachte leden van de commissie. Hartelijk dank voor de mogelijkheid om hier mede namens GGZ Nederland te mogen spreken over de ggz-cliënt in de Wlz. Wij zijn blij met het voorstel van de Staatssecretaris om mensen met ernstige en vaak blijvende beperkingen ten gevolge van ggz-problematiek toegang te verlenen tot de Wlz. Dit zijn mensen voor wie participatie zoals bedoeld in de Wmo een brug te ver is. Wij vinden dat de Wlz in ieder geval rechten borgt waarin die zorg ook geboden kan worden.

De Wlz is bedoeld voor mensen die de zorg levenslang of in ieder geval op langere termijn nodig hebben. Voor mensen met ggz-problematiek blijft er altijd hoop op herstel. Dat is de andere kant van de Wlz. De cliënten die zullen instromen in de Wlz ondervinden op dat moment zo veel last van hun beperkingen dat de Wmo en de Zorgverzekeringswet niet passend zijn. De verwachting is dat er geen spoedig herstel op zal treden. Wij willen echter voor alle cliënten met ggz-problematiek de achterdeur van de Wlz op een kier houden. Daarom willen we afspraken maken over herindicatie als de zorgbehoefte van de cliënt verandert. Wanneer participatie tot de mogelijkheden gaat behoren, moet de cliënt kunnen uitstromen naar de Wmo. Een belangrijk middel bij het werken aan herstel is een zinvolle dagbesteding, ook voor ggz-cliënten. Dat is al verschillende keren genoemd. Die wordt ook binnen de Wlz geboden, maar wij willen ervoor waken dat het aanbod van die dagactivering altijd de ruimte blijft bieden voor ontwikkeling en herstel en niet vanwege het langdurende karakter alleen een recreatief karakter heeft.

De ggz is een sector met veel bekostigingskaders. Een aanbieder heeft cliënten wiens zorg bekostigd wordt vanuit de Wlz, de Wmo, de Zorgver-

zekeringswet en justitie. Om alle zorg, zonder veel verlies van gelden, administratie en overhead te kunnen bieden, is afstemming van onder andere verantwoordings-eisen en bedrijfsvoering en kwaliteit van de zorg tussen de kaders van belang. Daarnaast moeten we waarborgen dat cliënten in een organisatie vanwege de verschillende bekostigingskaders geen verschillende rechten krijgen.

De **voorzitter**: U hebt ons allen veel informatie gegeven. We gaan nu beginnen met de vragen van de Kamerleden. Zij noemen de naam van degene aan wie zij de vraag stellen, maar u kunt, zoals dat ook in het eerste blok is gebeurd, op elkaar reageren. Ik ga straks bij het derde blok in de omgekeerde volgorde beginnen, maar nu begin ik bij degene die het dichtst bij mij zit, namelijk de heer Van 't Wout van de VVD-fractie.

De heer **Van 't Wout** (VVD): Dank u wel, voorzitter. Ik dank alle genodigden dat zij hier wilden komen en voor hun nuttige inbreng. Wij willen allen dat met de Wlz een kwaliteitsslag wordt gemaakt ten opzichte van de zorg in de AWBZ, met minder lasten, minder regeldruk en meer innovatie. Dat hoor ik bij iedereen terugkomen. De heren Hazelaar en de heer Van Loon zeiden dat dit vrij pregnant is. Zoals het nu voorligt, is het misschien nog wel te veel instellingsgericht en misschien ook wat conserverend. Ik hoop dat anderen daar ook op willen reageren, maar in ieder geval stel ik de vraag aan beide heren. U zegt beiden: zo moet het niet zijn. Mijn vraag aan u is: wat zou het wel moeten zijn?

De **voorzitter**: Ik vergat erbij te zeggen dat er per Kamerlid steeds één vraag mag worden gesteld. De heer Van 't Wout hield zich daaraan.

De heer **Hazelaar**: Wat het wel moet zijn, is dat je in alle gevallen vanuit de vraag van de klant denkt en werkt. Dat betekent dat je bij de mogelijkheden die je wilt bieden om mensen met zware handicaps toch te ondersteunen, maximaal vanuit de klantvraag kijkt. Ik heb ook andere sprekers horen zeggen dat het heel erg lijkt alsof je, als je eenmaal in een instelling terecht komt volgens het model dat nu voorligt, bijna niet uit de instelling komt. Dat is punt één. Dan punt twee, waarbij ik dementie als een belangrijk voorbeeld zie. Het dementieproces duurt vele jaren waarbij familie een ruime betrokkenheid heeft. Als je dat traject van het begin af aan niet goed begeleidt en bijstaat, dus mantelzorgers niet goed ondersteunt, dan eindig je in een Wlz. Die wetten zouden beter moeten communiceren met elkaar. Dus de Wmo, de Wlz en de Zorgverzekeringswet. Stel de klant en de vraag van de klant centraal en bied vooral een kleinschalig aanbod; dus geen grote instellingen.

De heer **Van 't Wout** (VVD): Ik probeer het iets scherper te krijgen. Wanneer je zegt «we stellen de klant centraal» steekt iedereen zijn hand op. Daar zijn we voor. Maar wat betekent dit concreet voor ons instrumentarium van wet- en regelgeving en financiering?

De heer **Hazelaar**: Ik maak dan onderscheid tussen de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. De ouderenzorg ken ik beter. In vrijwel alle gevallen is er sprake van een traject. Mensen kunnen niet zo maar aanspraak maken op de Wlz. Dat betekent dat het instrumentarium moet zijn om het langdurige traject klantvolgend goed te organiseren. Dat betekent bijvoorbeeld dat het CIZ niet overal zou moeten indiceren, maar dat het vooral toetsend moet optreden. Geef partijen – ik laat even in het midden welke partijen dat zouden moeten zijn – die dichtbij de klant zijn de ruimte om zelf te indiceren en laat dat wel toetsen door het CIZ. Daar zijn mogelijkheden voor, zoals bekend. Bouw dat verder uit maar volg vooral

die klant. Daar moet instrumentarium voor worden ontwikkeld. Het is ook al beschikbaar vanuit verschillende experimenten die er zijn.

De heer **Van Tuijn**: Ik heb hierop aansluitend voor de ggz een opmerking. Ik heb zojuist gezegd dat wij in de ggz ook met de chronische patiënten aan herstel werken. Dat is in de ggz een begrip. Dat is niet hetzelfde als genezen. Herstel betekent eigenlijk afhankelijkheidsreductie en eigen regie van mensen. Wij zien mogelijkheden om dat als uitgangspunt te nemen door in het primaire proces de cliënt centraal te stellen. Wellicht zou dat in de Wlz nog wat aangescherpt kunnen worden.

De heer **Van Loon**: Als ik het goed heb begrepen, is de vraag hoe de Wlz georganiseerd kan worden zonder weer te vervallen in de institutionalisering. Ik denk dat er heel veel landen in de wereld zijn waar dat al op ruime schaal gebeurt. Kijk eens in Nieuw-Zeeland en in Australië.

Ik pleit ervoor om de VN-conventie voor de rechten van mensen met een beperking als uitgangspunt te nemen. Daarin ligt heel veel nadruk op inclusie, op participatie in de samenleving, op meedoen. Inderdaad begin je dan met vragen aan de mensen wat zijzelf willen met hun leven, wat hun wensen, dromen en persoonlijke aspiraties zijn en wat hun ondersteuningsbehoefte is. Ik vraag me af of mensen zo in instellingszorg terecht komen. Er zijn vele alternatieven. Je moet dan niet beginnen bij het aanbod. Ik lees dat toch in de wettekst: een aanbodgericht denken, maar geen vraaggericht denken; geen denken dat begint bij wat mensen willen en wat hun ondersteuningsbehoefte is. Dan is er een heel grote variatie mogelijk. Kijk naar alle mensen die nu in de zaal zitten en het woningaanbod. Ik denk dat wij allemaal op verschillende manieren wonen: in boerderijtjes, in een woonwijk, op een woonboot, noem maar op; op 30 à 40 verschillende manieren. Dat kan ook voor mensen met een verstandelijke beperking. Ook mensen met een ernstige, meervoudige beperking kunnen meedoen in de samenleving en een plekje hebben in een gewoon huis. Ik zie niet waarom instellingsterreinen nog nodig zouden zijn.

De heer **Hazelaar**: Wij zijn een van de deelnemers aan het Experiment Regelarm. Wij indiceren zelf. In het begin, twee jaar geleden toen wij daarmee begonnen, hebben wij gemerkt dat zowel cliënten, mantelzorgers als onze medewerkers met elkaar en met ons in wetteksten praatten: men heeft een «zfp-4 en dus recht op...». Dat in plaats van: wat is de vraag eigenlijk? Mijn buurman zei dit al. Die doorbraak heeft ons enige tijd gekost, maar daar gaat het wel om.

Mevrouw **Nieuwenhuizen**: Ik wil één ding zeggen in reactie op de bewering dat er geen instellingen nodig zijn. Ik wil blijven benadrukken dat er een moment in het leven van mensen komt, ook van heel veel mensen met handicaps, waarop ze niet de regie kunnen nemen en ze ook geen sociaal netwerk hebben dat die regie kan pakken. Men zal daarom afhankelijk blijven van zorg. Ik denk dat wij met elkaar daarvoor de verantwoordelijkheid moeten nemen. Het is dus goed om naar buiten te gaan, als men dat kan en het wil, maar het moet mogelijk blijven om in een instelling te verblijven. En het zou mooi zijn als die kleinschalig is.

De heer **Van Loon**: Ik denk dat die zorg niet per se in een instelling hoeft plaats te vinden. Uiteraard zorg, maar niet per se in een instelling.

De **voorzitter**: Ik denk dat u allemaal zo in de Kamer zou kunnen, want de discussie begint meteen en dat is ook goed. Nu heeft mevrouw Bergkamp van D66 het woord.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Ik dank u allen voor uw komst, uw inbreng en uw position papers. Ik wil nog even voortborduren op wat mijn collega van de VVD net zei. Wat zijn de belemmeringen in de huidige wettekst van de Wet langdurige zorg om innovatief te zijn, vraaggericht te kunnen werken, klantgericht te kunnen werken? Ik ben het eens met de heer Van 't Wout dat in het algemeen iedereen wel cliëntgericht wil werken, maar wat zijn de belemmeringen in deze wet of in de praktijk waardoor er te weinig maatwerk kan worden geleverd?

De heer **Van Putten**: Het probleem van wetteksten is dat ze vrij logisch zijn als je ze leest, maar tussen een papieren stuk en de realiteit is er een wereld van misverstanden. Ik zei al dat er op zich niet zo veel aan de hand is met die wet, dat er niet zo veel niet goed is. Het gaat erom hoe de mensen ermee omgaan. Je komt dan op iets heel anders uit, namelijk dat iedereen zo'n wet gedeeltelijk ook voor zichzelf gebruikt. Dat doen wij ook. Iedereen kijkt met eigen ogen naar zo'n wettekst: wat kan ik daarmee doen? Ik denk dat het aan de overheid is om het eerlijk het verdelen. Wat in de wet staat ons in de weg? Volgens mij op dit moment formeel niets, maar informeel is er sprake van een heel andere koers. Als ouders bij ons een pgb aanvragen, moeten ze bijna in viervoud en met zes handtekeningen aangeven dat zij echt hun uiterste best hebben gedaan, maar geen zorg in natura hebben kunnen vinden. Er zijn dus drempels, maar die staan niet in de wet. Ik vind het dus een beetje lastig om over de tekst te praten. Het gaat om hoe we daarmee omgaan en om wat de praktijk is. Daar zitten natuurlijk heel rare dingen. Ik zou bijna zeggen dat dit soort organen een stapje terug zouden moeten doen en zouden moeten kijken naar hoe zij een positieve bijdrage kunnen leveren, in plaats van naar hoe flink ze kunnen zijn. Daar hebben wij last van.

De heer **Van Drumpt**: In mijn punten van zorg heb ik in de eerste plaats geprobeerd om beknopt de kern aan te geven. Een echt punt van zorg vind ik de groei van wachtlijsten. We hebben in de afgelopen maanden een direct effect gezien dat ik niet had verwacht. Voor onze instelling, een met 530 cliënten, betekent dit een wachtlijst van 20 cliënten. Zijn er onder hen mensen met een beperking? Ja, maar die beperking is zodanig dat men die in de thuissituatie niet aankan. Dat zijn ook gevallen die in de voorbeelden van ronde 1 werden genoemd: de vader overlijdt, de moeder heeft een zorgvraag in een verpleeghuis; dat soort situaties. Ik vind het maatschappelijk eigenlijk niet te verkroppen dat wij nu maanden geen mensen kunnen opnemen omdat zorgkantoren ons geen «productie-uitbreiding» geven. Excuses voor het woord, maar dat heet helaas zo. Daarom heb ik gezegd: kijk naar waar de wachtlijstproblematiek is en geef daar ruimte, en rem waar er geen sprake van een wachtlijstproblematiek is. Ik ken zorgaanbieders die plaatsen overhebben en leegstaan, die alleen een bepaalde typische zorg niet kunnen geven. Dit is misschien wel het allergrootste knelpunt. Nu is er gewoon sprake van nood. Ten tweede is er natuurlijk de generieke korting van 2017, zoals ik schreef. Ik vind dat nogal wat, naast de jaarlijkse kortingen ineens 5% eroverheen. Op zich is dat een hoop geld. Wij willen best een aantal dingen doen, maar het komt allemaal bij elkaar. En het zorgkantoor doet ook al niets anders dan terugdraaien. Ik snap deze beweging dus, maar als je die los ziet van andere bewegingen, werkt het niet. Het zijn allemaal stapelingen van besparingen. Ik vind dat ook een groot punt. Ik blijf verder zeggen dat er heel veel wordt opgelost door het persoonsvolgend budget. Het laatste punt van last. Iemand woont in Brabant, omdat hij daar bijvoorbeeld 40 jaar geleden naartoe is gegaan. Die persoon krijgt daar zorg. Maar zijn ouders wonen in Arnhem of in de Achterhoek en zouden het prettig vinden als hij wat meer in de buurt kwam wonen. Ons zorgkantoor zegt dan: hij staat niet op de wachtlijst, want hij heeft al zorg. Wat is dat voor waanzin? Die persoon wil graag bij zijn familie wonen. Die

ouders zijn vaak bejaard en kunnen niet elke keer naar het zuiden van het land. Ik vind dat nogal bot. Ik denk dan: laten we gaan schuiven met elkaar. Zorgaanbieders willen dat best, maar het is wel iets wat een stijging van het regiobudget oplevert, dus ze gaan daar niet in mee. Het wordt dan niet gezien als een wachtlijstprobleem.

Nog een ander knelpunt is de avond-, weekend-, nachtzorg. Als burgers burgers zijn en mensen met een beperking ook burgers zijn, moeten mensen met een verstandelijke beperking die in een instelling wonen, ook als burgers worden gezien. Anders maak je het mij niet wijs. In veel districtshuisartsverenigingen gebeurt dat echter helaas wel. Iedereen aan deze tafel zal dat beamen. Er zijn wel goede hoor, maar het is geen beleid. Ons kost het anderhalve ton extra dat in onze omgeving een asielzoekerscentrum dicht is, evenals de bajes. Nu krijgen wij de pot dus ineens voor ons eigen hachje.

De heer **Laurier**: Ik zal ingaan op de concrete vraag van mevrouw Bergkamp. Ik denk dat de wettelijke teksten op zich wel goed zijn. Het probleem zit echter vaak in de overgang van het ene wettelijke regime naar het andere wettelijke regime. Als die niet goed wordt geregeld, dus als men per wetje blijft kijken, wordt een aantal van de oude problemen weer ingebouwd. Natuurlijk zal de cliënt het dan – terecht – daar zoeken waar hij of zij de meeste rechten kan vinden. De professional en de instelling zal dan zoeken naar waar de meest zekere financiering zit. Op die manier ben je iets aan het organiseren wat eigenlijk niet meer de vraag centraal stelt. Ik zou er dus voor willen pleiten om goed te letten op de overgangen tussen de verschillende wettelijke regimes.

De heer **Van Loon**: Ik zie in de tekst als zodanig geen echte belemmering, al moet ik wel zeggen dat ik het wat lastig vind om de wettekst van de Wlz goed te beoordelen zonder te weten hoe de Wmo eruit gaat zien. Dat stuk ontbreekt dan toch. Je praat over mensen met een ondersteuningsbehoefte, die nu valt onder de AWBZ en dadelijk onder de Wlz en de Wmo. Je moet het allemaal in zijn samenhang kunnen zien.

Wat ik mis is een duidelijke visie op waarvandaan men start. Er is tegenwoordig zo veel aandacht voor de UN-conventie in alle opzichten. Ik zie alles wat over inclusie en dergelijke gaat niet zo duidelijk neergezet in deze wet. Dus ik ben een beetje bevreesd hoe men er in de toekomst mee omgaat, hoe de zorginkoop gaat plaatsvinden en hoe het zorgkantoor en de inspectie hun controles gaan doen. Ik denk dat er kansen gemist worden als je niet ook voorwaarden stelt aan zaken zoals de omvang van de overhead.

De heer **Hazelaar**: De geest van de Wlz ademt iets van: je hebt een instelling en als je die niet wilt zijn er andere mogelijkheden. Je moet echt beginnen bij waar iemand thuis woont. Als daar alle mogelijkheden niet goed uitgenut kunnen worden, kun je uiteindelijk gebruikmaken van een kleinschalige instelling. Het instrumentarium is de manier waarop je de financiering organiseert en je de indicaties stelt.

Mevrouw **Baay-Timmerman** (50PLUS): Ik dank iedereen voor de inbreng. Ik wil nog even terugkomen op het warme pleidooi van de heer Schots over de kleine-zorgcentratoeslag. We weten allemaal dat in de krimpregio's en het platteland zorginstellingen inmiddels versneld gesloten worden en dat dit enorme bijeffecten heeft vanwege de sociale functies die daardoor wegvallen. Hebt u enig idee over hoeveel zorginstellingen dit zou gaan en hoe kan voorkomen worden dat die sluitingen plaatsvinden?

De heer **Schots**: De laatste maand komt een en ander wat meer tot uiting, omdat mensen nu een concreter beeld krijgen van wat er eigenlijk gebeurt

in dorpen. Dat betekent nogal wat als je een sociale functie vervult voor senioren maar ook voor jonge mensen die het verzorgingshuis binnenkomen, al dan niet gecombineerd met een kinderdagverblijf, dan wel waar het gaat om scholen met allerlei activiteiten die een interactie hebben met ouderen, wat we zeer moeten toejuichen. Dus in die zin is het heel belangrijk dat die kleine zorgcentra zelfstandige stichtingen blijven. Je kunt ook kleine zorgcentra hebben die tot een groter geheel behoren. Daarmee wil ik de collega's die werkzaam zijn bij een grote organisatie met kleine zorgcentra niet afvallen in die zin, maar het is juist zo belangrijk dat je als kleine organisatie in een dorpsgemeenschap functioneert, waar bovendien heel veel mensen werken uit het dorp; ik heb het dan over het «ons kent ons»- gevoel. Dat is wel heel erg essentieel voor de mensen. Dan nog iets over het zorgkantoor.

De **voorzitter**: Een zin dan, want we zijn met een ander onderwerp bezig.

De heer **Schots**: Oké, maar het is wel belangrijk. Zorgkantoren doen de zorginkoop voortaan af met een mail richting kleine zorgorganisaties. Dat is niet goed. Je moet dat face to face kunnen doen en je moet concrete afspraken met elkaar kunnen maken.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik ben blij dat u, voorzitter, toestond dat de heer Schots iets over de zorgkantoren kon zeggen; het was een soort cliff-hanger aan het eind van zijn betoog. Ik heb een vraag over de wet. Een aantal van u hebt zo-even gezegd dat het eigenlijk niet zo veel uitmaakt wat er in die wet staat. Als jurist maar zeker ook als Tweede Kamerlid vraag ik mij dan af wat wij hier dan eigenlijk zitten te doen vandaag. We zitten hier namelijk omdat we met elkaar de Wlz moeten beoordelen en vaststellen. Volgens mij willen we allemaal dat die wet in ieder geval uw goede werk niet frustriert. De heer Van Drumpt had in zijn positon paper een heel concreet voorstel, namelijk: zorg dat zorgkantoren geen nadere regels mogen opleggen. Dat is dan het eerste dat we uit de wet kunnen halen als dat er in staat. Mijn vraag aan u allen is de volgende. Waar hebt u op dit moment in de AWBZ last van? Wat is daarvan overgenomen in de tekst van de Wlz waar u dan vervolgens van af wilt? Op basis daarvan kunnen wij als Kamerleden dan wijzigingsvoorstellen indienen om dat voor elkaar te krijgen.

Mevrouw **Broex**: Ik denk dat het allerbelangrijkste is de budgetklem waar we in zitten. De praktijk heeft een andere vraag. Het lijkt wel of we praten met mensen die van een andere planeet komen als je het hebt over de sores en de zorgen die we hebben; ik heb het dan over mensen die graag ergens willen wonen, waarbij je bij een borrel aan je vrienden moet vertellen dat dit niet mogelijk is omdat de productieafspraken niet op orde zijn. Dat is dat platgeslagen iets waar we heel veel last van hebben. Een ander issue waar we ons zorgen over maken betreft de vraag hoe aangekeken wordt tegen kwaliteit en hoe inzichtelijk gemaakt wordt dat het goede wordt gedaan. De belichting vanuit toezichhoudende organen, zoals de inspectie, kan toch weleens een ander oordeel over zaken bieden dan zoals we het eigenlijk thuis zouden doen. Dus vanuit welk perspectief beoordelen we dat dan?

De heer **Van Drumpt**: Ik begon net het woord bevoorschotting op te schrijven, mevrouw Keijzer, want ik denk dat dit een heel lastige is. Die staat er namelijk aan te komen. Als zorgorganisatie komen we bijna niet meer aan geld, omdat banken van ons hoge reserves verwachten. Ik snap dat ook wel, dat is ook vastgelegd in Basel III en andere afspraken. Dus zij kunnen niet veel anders. Ik wil ook niet de schuld bij hen neerleggen. Het probleem is echter dat wij bijna niet meer gefinancierd worden via de bancaire wereld. Ik kom er langzamerhand al aan toe om te kijken of het

met woningbouwverenigingen kan. Je moet het soms nu uit de private markt halen en ik weet niet welke druk dit gaat geven op de rentetarieven. Dat is dus echt een probleem. Het voorschot, daar moet je niet van af willen. Die bevoorschotting moet je vasthouden.

Het tweede is het scheiden van de V en V en de VG. Daar is vandaag al veelvuldig over gesproken. Die zat er in en zit er in. Het is lastig. De eerste sessie ging over zzp 4, maar in feite is dat zzp 3. Dat zag je zo-even ook aan tafel gebeuren, omdat we het over twee verschillende domeinen hebben. Ik ben lang bestuurder geweest in de ouderenzorg. Ik heb er met veel plezier gewerkt maar het is echt iets anders dan verstandelijkgehandi-captenzorg. Het past niet om te komen tot uitstel, zoals in de wet staat, tot een nadere overweging na 2017 of in 2017. Dat moet u niet willen. Maak dat gewoon helder. Dat zijn twee totaal verschillende dingen.

Het derde punt is de administratieve stapeling. We moeten ervoor beducht zijn dat een nieuwe wet daaraan bijdraagt. We willen echt met z'n allen af van dat gedrag van control op control op control.

Mevrouw **Nieuwenhuizen**: Ik zit hier natuurlijk een beetje als vreemde eend in de bijt als specialist ouderengeneeskunde. Wat wij heel erg nodig hebben is de financiering vanuit de Zorgverzekeringswet zodat we de huisartsen kunnen ondersteunen in de wijk. Daarnaast moet de toegang tot zorg, zoals respijtzorg en herstellzorg, gemakkelijker worden. Idiote constructies waarbij mensen eerst richting het ziekenhuis moeten om vervolgens toch weer bij ons binnen te kunnen komen, slaan natuurlijk helemaal nergens op. Ook de huisarts die gewoon een indicatie kan geven voor geriatrische revalidatiezorg is essentieel. Dat zou ook een heleboel frustratie oplossen.

Dus er moet worden nagedacht over dagvoorzieningen, respijtzorg en herstellzorg, net als over de toegang en hoe wij die definiëren, of dat nu zzp's zijn of niet. Ik heb ergens gelezen dat de helft van de zzp's een instelling in zou mogen en de andere helft niet. Het lijkt mij echt vreselijk als wij daarover moeten gaan beslissen, in de trant van: u wel en u niet. Ik zou wel een oplossing weten, maar die durf ik hier niet te noemen. Ik zou zeggen dat de huisarts best een indicatie kan stellen, maar misschien is niet iedereen dat met mij eens.

Een passage uit de wettekst over cliëntondersteuning vind ik lastig. Krijgen wij nu weer een extra persoon of functie erbij die de cliënt gaat ondersteunen? Daar zou ik zeker ook nog over nadenken. Dan staat er nog netjes: «Indien de cliënt twijfelt aan de objectiviteit van de cliëntondersteuner, mag hij de gemeente daarop wijzen en vragen om een andere ondersteuner». Ik zie mijn doelgroep dat niet doen. Dat is hetzelfde al bezwaar maken bij het CIZ. Het CIZ geeft, zoals gezegd, nu al vooruitlopend op de wet met heel veel moeite indicaties af. Nu wordt er gezegd: maak nog maar even gebruik van jullie eigen indicatiemogelijkheden en dan moet je maar hopen dat we niet komen controleren. Het lijkt me van de zotte om dan te zeggen: als je het er niet mee eens bent, mag de cliënt wel bezwaar maken. Ook dat gaat over mijn cliëntendoelgroep, zzp 6 of ernstig beperkt en in nood. Van hen kun je natuurlijk niet verwachten dat zij ook nog bezwaar gaan maken. En wat doe je in de tussentijd?

De heer **Hazelaar**: Het Ministerie van VWS heeft lange tijd de kreet gehanteerd «high trust, high penalty», met andere woorden: vertrouw burgers. Die kreet lees ik niet terug in deze wet. Natuurlijk zijn er burgers die misbruik maken, maar vertrouw burgers nu gewoon. Ontwikkel vervolgens een instrumentarium om als het mis mocht gaan daar achter te komen en op tijd te kunnen ingrijpen. Als je de wet vanuit dat perspectief leest, zie je – ik overdrijf waarschijnlijk – toch vooral een beheerswet om de systemen te beheersen.

Ik zie dat ook in de kwaliteitswet die op dit moment wordt ontwikkeld. Die gaat niet uit van de kwaliteit van zorg rondom een individu maar van de kwaliteit van de instelling. Maakt u zich geen zorgen over instellingen, wij worden ervoor betaald, maar de klant moet geholpen worden. Daarop moet de wet beter worden ingericht.

De **voorzitter**: Dan ga ik naar mevrouw Siderius voor de SP.

Mevrouw **Siderius** (SP): Voorzitter. Ik ga verder op de vragen van mevrouw Baay over het sluiten van de verzorgingshuizen en wat dit betekent voor de sociale banden en netwerken in buurten en wijken. Wij konden het afgelopen weekend ook in Trouw lezen wat dit voor gevolgen kan hebben, zeker voor de dunner bevolkte gebieden in Nederland. Wij hebben naast deze wet ook een andere wet voorliggen in de Kamer, de Wmo, die juist inzet op het versterken van de sociale netwerken in buurten en wijken. Zijn wij nu niet met deze wet iets aan het afbreken wat wij via die andere wet weer proberen op te tuigen? Wat betekent dat, ook voor de langere termijn? Zijn wij niet heel veel kosten aan het maken om iets op te zetten wat wij eigenlijk al hebben? Kortom, spannen wij niet het paard achter de wagen? Dit is een vraag aan de heer Schots en de heer Van Drumpt.

De heer **Schots**: Ik denk dat het een wel met het ander kan, alleen zul je daarin moeten samenwerken. Wij zijn zoals we hier zitten ook allemaal bezig met gemeenten, woningcorporaties, zorgaanbieders en zorgkantoren om rond de tafel te gaan zitten en zaken te regelen, zowel op het gebied van de Wmo als op dat van de langdurige zorg. Alleen zul je daarover een goede afstemming met elkaar moeten maken. Als ik naar onze zorginstelling St. Franciscus kijk, dan denk ik dat wij hierin een goede participant kunnen zijn en dat zaken die wij goed op de rit hebben, binnen de Wmo leidend kunnen zijn. Voor andere zaken die wij wat minder voor ogen hebben, kunnen wij participeren in de Wmo. Ik ben van mening dat zorgorganisaties die dit al jarenlang doen daarbij in het algemeen wel het voortouw kunnen nemen, maar wel met de combinatie van goed participeren en goed samenwerken. Dat is heel belangrijk.

De heer **Van Putten**: U hebt het over het paard achter de wagen spannen. Ik zou liever een nieuw paard bedenken, want er zijn zaken die je altijd tegenkomt. Een van de belangrijkste vind ik hoe wij het doen. Wij zeggen dat wij zorg kunnen leveren aan mensen die de regie over hun leven volledig kwijt zijn.

Ook de overheid zal de vraag moeten stellen hoe lang iemand nog thuis kan wonen en wanneer de kosten zo hoog worden dat dat niet meer gaat. Wat mij betreft, is dat ook een politiek issue. U kunt dit nu wel heel parmantig weer allemaal naar de aanbieders brengen, maar daar komt u niet mee weg. U zult een aantal fundamentele keuzes voor de toekomst moeten maken als u de zorg betaalbaar wilt houden. Of zeggen we dat iedereen altijd recht heeft op alle zorg die mogelijk is?

Dat is een heel fundamentele vraag. Als u die vraag aan ons overlaat, krijgt u duizend verschillende antwoorden. Ik denk dat het een taak van de overheid is om hierover nu eens te zeggen: dit wel en dat niet, hoe impopulair die uitspraak ook zal zijn. Zolang u dat niet doet, blijft u aan alle kanten horen dat dit echt niet kan. Dus u kunt heel veel aan ons vragen, maar ik stel slechts één vraag aan u, namelijk: kunt u dat? Als dat zo is, dan kunnen wij zoals wij hier zitten als marktpartijen ook gaan kijken of we het op die manier gaan oplossen.

De **voorzitter**: Ik zie de heer Van Drumpt.

De heer **Van Drumpt**: Ik dacht dat mevrouw Siderius ook van mij een antwoord wilde.

De samenwerking van Wmo en Wlz zie ik nu al gestalte krijgen. Ik zie dat zorgaanbieders – die ik niet nader zal noemen maar waarmee wij wel zitten te praten – de moed hebben om te vragen of zij eigenlijk niet hun organisaties moeten opheffen en naar nieuwe entiteiten moeten gaan zoeken. Moet je met name op het gebied van jeugdzorg en ouderenzorg niet nieuwe verbindingen maken, die veel meer lokaal gericht zijn? Dat doet zich voor in de Achterhoek. U hebt bij ons kunnen zien dat zulke gesprekken ook worden gevoerd. Wat je ziet is dat verbindingen lokaal steeds meer worden gemaakt, mede onder druk vanuit de wet- en regelgeving.

Hetzelfde gebeurt met onze partners in de werkvoorzieningschappen, de Wedeo bij ons in de regio. Je gaat zaken beter afstemmen, je gaat zaken samen oppakken, je gaat met de gg-zorg en met de werkvoorzieningschappen zoeken naar slimmere verbindingen om de dingen beter op te pakken. Omdat wij volgens sommigen een gesticht zijn, een instelling in een klein dorpje, zullen wij natuurlijk graag de functie vanuit de wijkgerichte zorg op ons nemen en eigenlijk hebben wij dat steunpunt al.

Dan ga je de kosten niet twee keer maken en kun je die zorg al aanbieden. Dus, in goed Achterhoeks, in naoberschap kun je systemen en de muren slechten, zou ik zeggen. Maar met name het laatste moet wel gebeuren.

De **voorzitter**: Dan ga ik naar de heer Van Dijk voor de PvdA.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Voorzitter. Ik wil op de laatste vraag wel doorborduren, want wij hebben de vorige sprekers horen zeggen wat er nu in de weg staat of wat zij graag zouden willen. Hier aan tafel zitten zorgorganisaties die hebben bewezen dat het kan, met als gouden grepen een overheadnorm – daar ben ik hartstikke voor – betrokkenheid van de sociale omgeving daarbinnen, kleinschaligheid, lagere overheadkosten en verbindingen zoeken tussen Wmo en AWBZ. Het kan allemaal.

De vraag is natuurlijk hoe wij nu dat spel, waar u de goede voorbeelden van bent, ook landelijk op de wagen krijgen, in wet- en regelgeving, maar nog veel meer in een programma hoe wij dat nu uiteindelijk gaan doen vanuit de huidige situatie.

U zit hier als goede aanbieders, maar u bent dit ook niet van gisteren op vandaag gaan doen maar u bent daarmee al een aantal jaren geleden begonnen. Hoe krijgen wij het hele veld mee en wat verwacht u dan van ons als politiek om dat uiteindelijk ook mogelijk te maken?

De **voorzitter**: Ik zie als eerste de heer Hazelaar.

De heer **Hazelaar**: Daar heb je programma's voor. Wij zijn er al vier vijf jaar geleden mee begonnen. Het ministerie heeft bijvoorbeeld het programma In voor zorg! Daar kun je erg veel steun uit halen.

Maar het allerbelangrijkste is dat je moet doorzetten en volhouden. Dus ik pleit er sterk voor om aan organisaties die bewijzen dat het kan en die ook bereid zijn om desnoods eigen delen op te heffen of samen te voegen met anderen politieke steun te geven en om minder aandacht te hebben voor organisaties die daar weinig aan gedaan hebben, die stil zijn blijven staan en die nu roepen dat het niet kan.

Je moet nu doorzetten. Help de mensen die ouderen en gehandicapten helpen.

De heer **Van Loon**: Als je in de literatuur duikt, zie je dat er heel veel onderzoek is gedaan naar de vraag wat kwaliteit van bestaan is: wat omvat het begrip «kwaliteit van bestaan»? Er zijn bibliotheken van vol geschreven, en niet zozeer op filosofisch gebied; er is onderzoek naar gedaan. Als je het hebt over kwaliteit van bestaan, dan praat je over

onafhankelijkheid, sociale participatie en over welbevinden. Ik denk dat je richtlijnen kunt ontleen aan het model van kwaliteit van bestaan, zowel op macroniveau als op mesoniveau als op microniveau. Als je als overheid aandacht wilt besteden aan het bevorderen van de kwaliteit van bestaan, moet je bekijken hoe je de zelfbepaling, de sociale inclusie, het welbevinden, de groei en de persoonlijke ontwikkeling van mensen kunt bevorderen. Op organisatieniveau is er sprake van dezelfde opdracht. Probeer als organisatie ook richtlijnen te ontleen aan zo'n model van kwaliteit van bestaan. Het gaat daarbij om de vraag hoe je kunt bevorderen dat de cliënten voor wie je werkt, zich kunnen ontwikkelen, kunnen groeien en kunnen meedoen in de samenleving, eigen keuzes kunnen maken en de regie kunnen voeren over hun eigen leven. Hetzelfde geldt op microniveau. Het gaat erom dat je richtlijnen ontleent aan zo'n model als het gaat over de vraag hoe je een ondersteuningsplan opbouwt. Andersom kun je het natuurlijk ook meten. Ik denk dat we in Nederland nog heel sterk geneigd zijn om vanuit input te denken: hoe organiseren we het? We zijn te weinig geïnteresseerd in de uitkomst: wat levert het uiteindelijk op? Daar moeten we echter beginnen: wat levert de ondersteuning die we bieden aan onze cliënten op? Ik denk we daar wat meer nadruk op zouden mogen leggen.

De inspectie bijvoorbeeld is vreemd genoeg niet geïnteresseerd in de uitkomst. Ik hoop dat ik niemand hier beledig. De inspectie is echter geïnteresseerd in protocollen: hoe heb je het georganiseerd, heb je hier een regeling voor, heb je daar een regeling voor? Maar als je vervolgens komt met de uitkomsten van de ondersteuning, vindt men dat niet van belang. Het gaat om de vraag of je de protocollen goed hebt nageleefd. Daar moeten we dus naar kijken.

De heer **Van Tuijn**: Ik wil een pleidooi houden voor de verbinding van de Wmo met de Wlz. Laten we de Wlz niet zien als een last resort waar mensen afgeschreven worden. Maar ook daarbij kun je het hebben over wederkerigheid en hoe je een en ander concreet kunt regelen in de wet. Het kan middels programma's, maar ik denk dat je aan de voorkant van het proces toch uitkomt op de zorginkoop c.q. de zorgkantoren. Ik denk dat je daar wat anders van mag verwachten. De vraag is of dat een aanscherping of een verdere invulling van de Wlz moet zijn. Ik weet niet precies hoe je dat technisch doet. De inkoopprocedures zijn verworden tot administratieve procedures waarin alleen p x q aan de orde komt et cetera. Ik denk dat je dit soort verwachtingen of afrekenmodellen in het kader van de outcome kunt vragen: in hoeverre voldoe je aan een van die programma's, wat is de outcome, wat is de wederkerigheid met betrekking tot een Wlz-voorziening in de maatschappij, maak je gebruik van Wlz-voorzieningen om je infrastructuur waar nodig overeind te kunnen houden?

De heer **Laurier**: Ten eerste gaat het niet over één wet. Het gaat in feite over een stelsel dat we aan het bouwen zijn, met behandeling, ondersteuning en begeleiding. In zo'n stelsel moet je ook een genuanceerdheid beeld hebben van de mensen over wie je praat. Het gaat heel vaak over ouderen of over mensen met een fysieke handicap. Dat merk ik nu ook in de discussie. Maar die groep is heel divers. Zoals de heer Van Tuijn aangeeft, zal er soms vanuit de Wlz naar teruggekeerd moeten worden. Dat soort openingen moet je houden.

Ten tweede denk ik dat je door de systemen heen, door dat stelsel heen, een krachtige positie van de cliënt moet hebben. Er wordt gezegd dat de vraag centraal moet staan, maar dat kan niet zonder een krachtige positie. Het moet niet de ene keer zus en de andere keer zo zijn. Het moet gewoon helder zijn.

Ten derde moet je echt helder hebben hoe je door de wettelijke regimes in het stelsel de kwaliteit gaat regelen. We kennen allemaal de protocollen,

die eerder een bureaucratiserende werking hebben dan een creatieve werking. Laten we op een andere manier nadenken over het bereiken van kwaliteit. Daarbij dien je een belangrijk deel van het stukje beleidsvrijheid dat je aan gemeenten wilt geven, in tact te houden. Dat zijn de drie hoekstenen waar je zo'n stelsel op kunt bouwen.

De heer **Van Drumpt**: Ik dacht dat ik er ook drie had gevonden, zeg ik tegen de heer Van Dijk. Laten we eens ophouden met het organiseren vanuit wantrouwen, want dat maakt de hele zaak flink kapot. Dat kost extra ballast, ballast, ballast. Dat is het eerste punt.

Het tweede punt is: vraag eens aan verwanten wat zij ervan vinden. We hebben allerlei dure instrumenten ervoor, maar bij ons hebben de meeste cliënten wel een mentor of iemand anders die prima kan uitleggen wat de cliënt ervan vindt en als die niet tevreden is, trekt hij zijn mond tegenwoordig echt wel open.

Het derde punt is: respecteer het verleden. Ik snap dat veranderingen snel moeten. Dat juich ik zelfs toe, maar we hebben een samenleving met een verleden. Dat betekent dat er heel veel ouders zijn die nu hoogbejaard zijn en die ernstig verstandelijk gehandicapte kinderen in een bepaalde situatie – waar dat dan ook is – hebben zitten. Het gaat mij te ver dat we dat allemaal maar kantelen omwille van wet- en regelgeving. Dat vraagt tijd. Dat vraagt respect. Ik kan niet morgen in één keer de wereld op de kop zetten. Vraag dat dan ook niet van anderen.

De heer **Schots**: Het is vaker aan de orde geweest, maar ik denk dat het heel belangrijk is dat de mens centraal moet worden gesteld. Die kan zelf heel goed de kwaliteit bepalen. Laten we dat niet overlaten aan de zorgkantoren, die allerlei regels en protocollen opleggen. Ik noem bijvoorbeeld de HKZ. Er zijn allerlei kwaliteitssystemen. Je moet overal aan voldoen. Als je de mappen maar goed op een rijtje in de kast hebt staan, is het prima. Maar laten de mensen die de audit afnemen, gewoon eens in de organisatie rondkijken en met andere mensen praten. Dan komt men erachter en kan men heel goed zien waar de fundamentele elementen liggen en waar het om gaat.

Mevrouw **Broex**: De woorden die mij te binnen schieten als antwoord op de vraag van de heer Van Dijk, zijn «ruimte voor ondernemerschap».

De heer **Van Putten**: Er is nu een ondernemer aan het woord. De heer Van Dijk vroeg wat de politiek nog meer kan doen.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Of minder.

De heer **Van Putten**: Je moet bekijken wat er aan de hand is. Heel veel huizen staan leeg. Er zijn ook heel veel verzorgingshuizen die al 60 jaar of zelfs langer geleden zijn gebouwd, en die echt eens afgebroken zouden moeten worden. Het is dus niet alleen een zorgprobleem. Het is ook een huisvestingsprobleem. Die problemen komen bij elkaar en dan krijg je in een keer de situatie dat heel kleine krakkemikkige appartementjes een godsvermogen kosten. Vervolgens moet de zorg het goedmaken omdat de huurprijs zo hoog is. Maar nee, dan moet je terug naar de basis. Als je een en ander rond zorg en wonen gaat doorvoeren, moeten er zelfstandige appartementen zijn. De essentie van een zelfstandig appartement is: als de deur dicht is, ben je alleen. Dat is een feit. Als dat niet meer kan, moet je naar een andere woonvorm.

Je moet ook scherper durven zijn. Dan moet je goede appartementen bouwen, met zorg daar waar nodig. Dan krijg je een totaal andere structuur als die van de traditionele verzorgingshuizen. Het is nu vlees noch vis. Er is sprake van verouderde panden en een grote infrastructuur, maar nu zeggen we in één keer dat we het niet meer kunnen betalen. Je

moet niet alleen kijken naar de zorg. Ook de heer Blok moet een beetje aardig zijn voor de corporaties, zodat er ook weer wat nieuws kan worden gebouwd. Zonder goede nieuwe appartementen, waarbij je mensen enigszins kunt clusteren maar dan uit vrije wil, gaat het immers hartstikke duur worden. Je zult dus ook naar heel andere vormen moeten kijken en afscheid moeten durven nemen van oude vormen van zorg.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik proef een spanningsveld. Aan de ene kant hebben wij de transitie van het hele zorgstelsel. Aan de andere kant staan de mensen die zorg nodig hebben. Zij ontvangen die zorg in een bepaalde situatie. Daarvoor willen wij continuïteit bieden. Daarmee hebben wij de spanning tussen transitie en continuïteit.

Ik heb de laatste tijd contact gehad met een aantal aanwezigen. Ik ben bij Opella op bezoek geweest en heb daar contact gehad met de heer Hazelaar. Hij is erg bezig met die transitieperiode. Met de heer Schots heb ik gesproken over St. Franciscus. De periode van transitie maakt het hem moeilijk om de zorginstelling overeind te houden. Het pleidooi voor een toeslag voor kleine zorginstellingen is bij mij in goede aarde gevallen. Hoe moet de politiek met dit spanningsveld omgaan? Ik hoor aan de andere kant van de tafel heel goede voorbeelden van meedenken in een periode van transitie. Wij zullen iets moeten doen voor de mensen die nu zorg ontvangen. Wat is het advies aan de politiek? De heren Hazelaar en Schots hebben andersoortige instellingen, maar ik vraag hen beiden om een oordeel hierover.

De heer **Hazelaar**: Voorzitter. In 1995–1996 zijn er door de Minister al stukken naar de Kamer gestuurd over het scheiden van wonen en zorg. Dat is dus bijna twintig jaar geleden. Zo lang zijn wij dus al met elkaar in gesprek. In het land zijn al tien, vijftien jaar geleden initiatieven opgepakt. De laatste vijf, zes jaar gebeurt het vaker. Help ons alstublieft om door te gaan en kom niet met een andere koers. Dat zou heel erg vervelend zijn. Wees standvastig. Wij sluiten verzorgingshuizen. Dit jaar gaat het vierde huis dicht. Het gaat uitstekend als je er twee jaar de tijd voor neemt. Je informeert de cliëntenraden goed, je neemt de familie mee, je geeft mensen keuzevrijheid. Dan kun je op een verstandige en verantwoorde manier handelen met financiële risico's voor de instelling, maar voor de dat laatste zijn wij professionals. Mijn belangrijkste boodschap is: zet vooral door.

De heer **Schots**: Voorzitter. Wij zijn een kleine zorgorganisatie en wij werken in de gemeenschap van Gilze. Wij geven gestalte aan zowel de intramurale als de extramurale zorg. Kleine organisaties moeten daartoe in de gelegenheid worden gesteld. Als een zorgorganisatie intramuraal ophoudt te bestaan, betekent dat dat de zorginfrastructuur wegvalt. En dat betekent dat rondom het verzorgingshuis de totale sociale omgeving tenietgedaan wordt. Wij zijn een dorps huis waar jong en oud binnenlopen. Ik wil dat de politiek ons de gelegenheid blijft geven om die zorginfrastructuur overeind te houden.

Mevrouw **Nieuwenhuizen**: Voorzitter. Ik deel de spanning die mevrouw Dik heeft. Ik ben het eens met de heer Van Drumpt, dat wij ons verleden moeten respecteren. Er zitten een heleboel mensen in verzorgingshuizen. Er zijn een heleboel mensen die altijd gedacht hebben: daar kom ik terecht. Er zijn een heleboel mensen die geen tijd hebben gehad en nu zeker geen tijd hebben om een soort sociaal pensioen op te bouwen. Het gaat allemaal veel te snel. Het is een goed plan, wellicht een heel goed plan – vernieuw vooral door – maar het moet niet vergeten worden dat wij plekken nodig hebben voor kwetsbare mensen die het om de een of andere reden thuis niet redden, maar die niet voldoen aan die heftige

criteria. Er wordt nu een mijnheer opgenomen in ons verpleeghuis omdat het niet gaat. Hij ging thuis bijna dood. Wij geven die nabijheid en die specifieke zorg in de instelling. Die mijnheer doet het heel erg goed, maar knapt zo ver op dat hij eigenlijk niet meer in aanmerking komt voor opname in een verzorgingshuis. Dan moeten wij hem dus naar huis sturen, maar ik kan de Kamer op een briefje geven dat dat niet goed gaat. Dat heeft die mijnheer immers al bewezen. Dit is wellicht niet te vangen in wet- en regelgeving, maar ik vraag om ruimte voor ons als professionals en voor zo'n mijnheer om te kiezen voor deze zorg. Het gaat soms om heel ouderwetse zorginstellingen die wij weliswaar niet, maar sommige hulpbehoevenden wél willen. En die mensen doen het daar soms goed. Geef ruimte voor de professional om te zeggen: deze man heeft deze zorg nodig.

De **voorzitter**: Er zijn in deze ronde verschillende geluiden te horen geweest. Dat is voor ons alleen maar nuttig. Ik dank alle aanwezigen hartelijk voor hun inbreng.

De hoorzitting wordt van 15.37 uur tot 15.45 uur geschorst.

De **voorzitter**: We beginnen met het derde deel van dit rondetafelgesprek. Met de naam van dit deel, «Overig» wordt alleen aangegeven dat onze gasten verschillende achtergronden hebben. Er zijn in dit deel maar liefst dertien gasten. Ik geef u allen twee minuten spreektijd. We hebben twee uur de tijd. Probeer u dus echt aan die spreektijd te houden, want we hebben alle stukken, position papers en notities gelezen. Het moet dus echt kernachtig, in twee minuten. Daarna zal elke collega een vraag stellen.

De heer **Schirmbeck**: Voorzitter. Ik dank u voor deze gelegenheid om iets te zeggen over de Wet langdurige zorg. Het is een uitgebreid wetsvoorstel. Omdat ik maar twee minuten heb, beperk ik mij tot de hoofdlijnen van datgene wat in ons position paper staat.

Ik vraag allereerst aandacht voor het feit dat het in de gehandicaptenzorg doorgaans gaat om zorg die levenslang en levensbreed is. Die begrippen hebben veel betekenis voor de wet en voor de daarin opgenomen randvoorwaarden. Wij denken dat dit het moment is waarop het voor de komende jaren voor eens en voor altijd goed geregeld zou kunnen worden. Wij hebben het idee dat de Wlz nog te veel op een, twee of drie gedachten hinkt. Wij pleiten voor expliciete aandacht in de Wlz voor de gehandicaptenzorg en voor een eigen perspectief voor de gehandicaptenzorg in die wet. In de vorige rondes hebben verschillende sprekers al aangegeven dat daarbij aandacht moet worden besteed aan de manier waarop we die zorg organiseren en aan de lastendruk. Er valt in de kaders die door middel van de wet worden gesteld, zo ontzettend veel te winnen dat wij het een gemiste kans zouden vinden als dit niet gebeurt. Wij denken dat de huidige formulering in de wet onvoldoende duidelijk is. Het tweede punt is dat wij – maar ook veel cliënten van zorgaanbieders – ervaren dat er heel veel onduidelijkheid is over wat er straks gaat gelden voor wie. Er is spanning tussen de Wlz, de Jeugdwet en de Wmo. Het is onduidelijk waar je recht op hebt, wanneer je ergens op recht op hebt en hoe het zit. Wij denken dat je dit niet kunt maken ten opzichte van mensen met een beperking. Zij zijn afhankelijk en hebben recht op een antwoord. Dat antwoord moet er snel komen.

Het derde en laatste punt betreft de financiering. Er zijn landelijke afspraken gemaakt over kortingen. Bovenop die landelijke afspraken wordt lokaal en regionaal, bijvoorbeeld door zorgkantoren, beleid gemaakt dat leidt tot kortingen daarbovenop. Daar zouden we mee moeten stoppen als we echt willen dat er straks een goede wet ligt waarin ook de kwaliteit goed is geborgd.

Mevrouw **Marijnissen**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor de uitnodiging. «In ons verpleeghuis worden bewoners om 04.00 uur 's nachts uit bed gehaald om gewassen te worden. Dit moet, om de dagdienst te ontlasten. Demente bewoners hebben toch geen besef van dag en nacht; dat wordt gezegd door de leiding. Je wilt niet dat je eigen moeder zo wordt behandeld. De meeste collega's hebben echter een nulurencontract, willen hun baan houden en durven daarom niets te zeggen tegen de leiding.» Dit was een van de vele meldingen die in 2012 binnenkwamen op het Abvakabo-meldpunt voor misstanden in de zorg. Dat was een meldpunt voor misstanden in verpleeg- en verzorgingshuizen. In vier weken kwamen er meer dan 1.000 meldingen binnen.

De werkdruk in de verpleeg- en verzorgingshuizen is onverminderd hoog. Daarom zullen medewerkers van verpleeg- en verzorgingshuizen aanstaande donderdag op 300 plekken actie voeren. Zij willen namelijk kwaliteitszorg leveren, maar met zo'n hoge werkdruk is dat moeilijk. De werkdruk is hoog door te weinig collega's en door te veel onbekende en ongediplomeerde collega's. Nu dreigt het kabinet nog verder te gaan bezuinigen op de ouderenzorg. De leden van Abvakabo, de grootste vakbond in de zorg, vinden dit onbegrijpelijk. Onze leden vertellen ons dagelijks juist dat er geld bij zou moeten. De grootste kritiek van Abvakabo is dat dit kabinet wil dat ouderen langer thuis blijven wonen en dat veel minder mensen straks aanspraak kunnen maken op de Wlz dan nu op de AWBZ. Daarom worden nu heel veel verzorgingshuizen gesloten. Tegelijkertijd zet dit kabinet de kettingzorg in de thuiszorg. Dat klopt niet. Als verzorgingshuizen sluiten, zou er extra geïnvesteerd moeten worden in de thuiszorg.

Omdat het een alles met het ander te maken heeft, pleit Abvakabo er hier nadrukkelijk voor dat de Wmo 2015 en de Wlz tegelijk behandeld worden. Als de Wlz ervoor gaat zorgen dat er meer zorg thuis nodig is, moet dit leiden tot een andere vorm van de Wmo 2015. Abvakabo pleit ook nadrukkelijk voor uitstel van beide zorgwetten: de nieuwe Wmo en de Wlz. Het tempo waarin het kabinet nu aankoerst op een grootscheepse afbraak van de zorg en van de werkgelegenheid in de zorg, is niet op te vangen door de sector. Als de plannen van het kabinet werkelijkheid worden, zullen tot 120.000 mensen die nu in de zorg werken, hun baan verliezen. Dat zijn eerlijke en belangrijke banen. Die banen zullen niet verdwijnen omdat het werk verdwijnt. Nee, we worden met z'n allen ouder en er komen dus alleen maar meer ouderen bij. Dat werk verdwijnt dus niet. Het verdwijnt alleen omdat het kabinet wil bezuinigen. De FNV heeft afgelopen week ertoe opgeroepen om 1 miljard extra te investeren in een werkgelegenheidsplan. Wij roepen de Kamerleden er vandaag met klem toe op om niet nog meer werkloosheid in de zorg te organiseren.

De heer **De Blok**: Voorzitter. Ik heb als titel boven mijn verhaal staan: «Van een geïnstitutionaliseerd leven naar een normale levensloop». Ik heb dit dus vooral vanuit het normale leven bekeken. Ik heb de uitgebreide tekst van de wet doorgelezen. Wat mij betreft, mag die de volgende keer iets korter.

Ik heb vier problemen en vier oplossingen. Het eerste probleem is dat de aanbieders in de thuiszorg over het algemeen nog vrij taakgericht georganiseerd zijn. Dat komt door ons stelsel van de afgelopen twintig jaar. Het tweede probleem is dat gemeente, zorgkantoren, zorgaanbieders en professionals daardoor vrij product- en aanbodgericht zijn. Ook dat veranderen we volgens mij niet zomaar. Het derde probleem is dat er daardoor een grote nadruk ligt op standaardisatie in plaats van op diversiteit. We hebben een idee hoe een verpleeg- of verzorgingshuis eruit moet zien en daarom zetten we het overal op die manier neer, uitzonderingen daargelaten. Het vierde probleem is dat de opleidingen het veld hebben gevolgd. De huidige studenten leren op de opleidingen dus de verkeerde dingen. Ik heb daar dagelijks mee te maken, want mijn zoon

volgt de hbo-v. Ik probeer hem uit te leggen wat hij wel zou moeten leren. Ja, ik draag mijn steentje bij! Nu kom ik bij de oplossingen. Ik denk dat het goed zou zijn om uit te gaan van de levensloop van de burgers, maar dat vraagt veel meer diversiteit. Innovatie en vernieuwing zouden dus veel meer gestimuleerd moeten worden. Dat kom ik in de huidige financieringsbronnen eigenlijk nauwelijks tegen. Het is ook noodzakelijk om de financiers te versterken met inhoudelijke kennis. Ik zit bijna alleen met financiële mensen om de tafel. Zij hebben eigenlijk geen idee welke oplossingen allemaal mogelijk zijn. Die oplossingen worden dus helemaal niet onderzocht of gepromoot en al helemaal niet gewaardeerd. Naar mijn idee moeten de opleidingen omgegooid worden. Het moet in de opleidingen weer veel meer gaan over vakmanschap, autonomie in de wijk en ervoor zorgen dat je tot goede oplossingen komt. Met betrekking tot de verantwoording moeten we ons veel meer richten op uitkomsten in plaats van op producten. Dat levert kennis en inzicht op voor hoe we het verder zouden kunnen doen.

Mevrouw **Bolle** (V&VN): Voorzitter. Hartelijk dank voor de uitnodiging. Ik heb u namens V&VN een position paper gestuurd. Ik zal daar kort een paar punten uitlichten.

De V&VN onderschrijft de richting van de hervormingsplannen in de zin van het verbeteren van de kwaliteit van ondersteuning en zorg en het vergroten van betrokkenheid in de samenleving en de financiële houdbaarheid. Ik wil daarbij wel een pas op de plaats maken, omdat snelheid niet boven zorgvuldigheid mag gaan. Als het tempo gematigd moet worden, moet dat ook gebeuren, maar dat is iets anders dan uitstel van deze hervormingen.

Een volgend punt van aandacht is de deskundigheid van het personeel. Als je kijkt naar de plannen voor de verpleeghuiszorg, dan zie je dat een groep complexe patiënten overblijft die straks nog in aanmerking komt voor een intramurale plaats. Dat vraagt om een andere samenstelling van het personeel, andere deskundigheid en een ander opleidingsniveau. Nu wordt in de plannen die worden ontwikkeld om mensen van werk naar werk te geleiden, vooral gekeken naar het arbeidsperspectief en niet zozeer naar de vraag welke deskundigheid nodig is om deze zorg aan deze groep complexe patiënten te bieden.

De huidige opleidingen hebben soms onvoldoende niveau; ze moeten echt worden opgewaardeerd. Daarnaast moet worden gewaakt voor commerciële initiatieven in de opleidingsmarkt. Er worden opleidingen voor verzorgende IG aangeboden van bijvoorbeeld één week. Je kunt iemand niet in één week opleiden tot het niveau van een verzorgende IG. Een ander punt van aandacht is de kwaliteit van zorg. De beginselenwet is van tafel, maar elementen daarvan zijn opgenomen in dit wetsvoorstel. Het verbaast mij dat sommige punten letterlijk worden genoemd. Wij gaan ervan uit dat het zorgplan de basis is voor de afspraken over de zorgvuldige levering van zorg. Je maakt afspraken op basis van professionele standaarden en kwaliteitseisen. Het is zonde dat elementen uit de beginselenwet nu letterlijk in deze wet zijn opgenomen. Naar mijn mening horen die meer thuis in de memorie van toelichting.

Ik vraag aandacht voor het toezichtmodel dat de inspectie gaat hanteren. Als wij willen dat de kwaliteit die wordt geboden, zo goed is als thuis, moeten wij ervoor waken dat er straks veiligheidseisen gelden die er bijvoorbeeld toe leiden dat een partner zijn vrouw niet meer naar het toilet kan brengen omdat hij bang is dat zij valt, en dat hij dat ook niet mag doen. Laten wij kijken naar dit soort eisen die een zorgvuldige invoering en een cultuuromslag in de weg staan.

Mijn laatste punt heeft betrekking op de op herstel gerichte tijdelijke opname. Dit jaar is daarvoor nog een tijdelijke voorziening getroffen, omdat er veel signalen uit het veld komen dat er knelpunten ontstaan. Er

is dus nog geen structurele oplossing gevonden. Daarom vraag ik ook aandacht voor dit punt.

Mevrouw **Saers** (Per Saldo): Voorzitter. Dank voor de uitnodiging. Per Saldo is blij dat het persoonsgebonden budget nu eindelijk in de wet is verankerd. Wij hebben daar zo'n negentien jaar over gedaan. Er zijn toch nog zorgen.

Onze eerste zorg betreft het tarief voor de inkoop van kwalitatief goede zorg. NZa gaat opnieuw naar de tarieven kijken. Het pgb-tarief wordt afgeleid van het VPT-tarief en wij weten nu al dat een aantal kostencomponenten daar niet in is opgenomen zoals de accommodatiekosten. Dit is al helemaal niet het geval voor kort verblijf.

Een volgend punt van zorg is de indicatiestelling voor mensen die thuis blijven wonen. Dit geldt voor de grootste groep van de mensen met een pgb. Zij organiseren de zorg thuis of in een klein wooninitiatief. Dit verloopt volgens een indeling in profielen die zijn afgeleid van intramuraal wonen. Voor onze groep is dat niet passend. De indicatiestelling moet veel meer op maat zijn en uitgaan van de hulpvraag. Als je thuis woont, heb je bijvoorbeeld kortdurend verblijf nodig.

Het punt van de meerzorg, dus extreme zorgzwaarte of bijvoorbeeld de zorgvraag vanwege verschillende grondslagen, kunnen wij niet terugvinden in de Wlz. Deze mensen dreigen nu tussen de wal en het schip te vallen. Op dit moment kan de meerzorg op drie manieren worden geïndiceerd: via een officiële procedure CCE bij zzp's; via het CIZ voor mensen die thuis wonen zonder verblijf, of via de regeling enige ondoelmatigheid. Dit is niet terug te vinden. Daarover moet snel duidelijkheid komen, want de mensen verkeren nu in grote onzekerheid over de vraag of zij straks nog thuis kunnen blijven wonen en of zij nog de zorg kunnen inkopen die zij nodig hebben.

Ik heb al gesproken over het kortdurend verblijf dat nodig is om zo nu en dan de mantelzorg te ontlasten. Ook dat punt is niet in de profielen terug te vinden. Ik vraag daar nu aandacht voor, zodat dit als een toeslag kan worden verstrekt.

Als je in een gezin woont, komt je in de Wlz niet in aanmerking voor huishoudelijke hulp. Dat is een slecht punt.

Het volgende punt is nog extremer. Bij een pgb zijn woningaanpassingen boven 18 jaar niet mogelijk. Zo worden mensen een intramurale setting ingedreven. Dat lijkt mij tegenstrijdig met de voornemens van de Staatssecretaris.

De heer **Van Eijck** (LHV): Voorzitter. Ook de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft een position paper gemaakt. Het past op één A4-tje, maar dat heeft wel consequenties voor het lettertype. Ik leg daarom een paar accenten om wat dingen nader te duiden, ook omdat ik in de eerdere twee ronden heb gemerkt dat er veel over de huisartsen wordt gesproken. Dat is begrijpelijk, want er komt veel op de huisartsen af. Is dat erg? Nee, dat hoeft niet als wij ervoor hebben gezorgd dat de ondersteuning van de patiënt optimaal is geregeld, en als wij ervoor hebben gezorgd dat het tempo waarin een en ander plaatsvindt, verantwoord is. Het gaat uiteindelijk om de kwaliteit van de zorg. Per saldo zijn wij absoluut voorstander van het langdurig thuis laten wonen van patiënten als dat kan.

Er zijn dus meer tijd en meer aandacht nodig op een aantal terreinen. Allereerst kan het niet anders of de huisarts moet meer tijd besteden aan de patiënten. Hij moet meer visites rijden en meer kijken naar de mantelzorgers. Wij zien vaak dat er een patiënt achter de patiënt ontstaat. Wij moeten daar uitermate alert op zijn. Dit zijn mensen die in onze samenleving niet alleen een belangrijke functie vervullen voor degene voor wie zij mantelzorg verlenen, maar ook voor anderen.

Het tweede punt is dat er veel meer moet worden afgestemd met de collega zorgaanbieders in de eerste lijn, maar bijvoorbeeld ook met de gemeenten en de zorgverzekeraars. Dat moet je op de een of andere manier kunnen waarmaken.

Het derde punt is dat wij ons zorgen maken over de inzet van de specialist ouderengeneeskunde. Zijn er daar voldoende van en kunnen wij hen ook goed bereiken? In het vorige blok werd al gerefereerd aan de avond-, nacht- en weekenddiensten. Bij kleinschalige projecten blijken zij onvoldoende inzetbaar te zijn waardoor de huisarts dan maar uit nood geboren inspringt. Overigens kregen de huisartsen daarvoor net nog wel het deksel op de neus. Dat is volkomen onterecht, want dit betreft zorg waar de huisartsen in beginsel niet voor staan.

Ik kom aan mijn tweede blokje. Wij moeten er alleen voor zorgen dat mensen thuis blijven wonen als dat medisch mogelijk is. Let goed op de omschrijving die nu in de wet is verankerd. Daarin staat dat het zorgkantoor met name kijkt naar de doelmatigheid. Het is de vraag of je daarop moet focussen. Als je daarbij niet betreft dat huisartsen ook meedenken over de vraag of het medisch mogelijk is, bega je een fout. Overigens, dat werd ook in het vorige blok geopperd, kunnen de huisartsen niet de indicatiestelling voor de Wlz doen. Het gaat om care en cure gecombineerd, met een zwaar accent op de care. Dit betekent dat wij daar niet voor kunnen zijn; wij zijn daarvoor ook niet opgeleid. Dat zal de huisarts dus niet doen.

Als de toegangsindicatie eenmaal is gesteld, gaat het naar het zorgkantoor. Het zorgkantoor bepaalt de vormgeving en de concrete invulling. Het is nodig dat de huisarts daar op de een of andere manier instapt.

Dat als inleiding.

De heer **Nies** (Vilans): Voorzitter. Hartelijk dank voor de uitnodiging.

Ik heb naar het wetsvoorstel gekeken als een overgangswet. De wet wordt ook min of meer zo gepresenteerd. De wet is nog wel erg ingewikkeld, maar misschien gaat dat over. Als ik ervan uitga dat het een volksverzekering is, dat er geen concurrentie is en dat het Rijk het risico draagt, vind ik de wet best ingewikkeld in elkaar gezet met erg veel oude instituties die nog steeds een rol spelen. In de kwaliteitsparagraaf zie ik al gauw een stuk of zeven instanties en actoren die over kwaliteit gaan. Daar wordt het niet gemakkelijker door. Ik zou het mooi vinden als er nu een stap wordt gezet op weg naar het eenvoudiger maken van ons stelsel.

Het tweede punt is dat de aansluiting van de Wlz bij de Zorgverzekeringswet en de Wmo in mijn ogen beperkt is, zo niet tekortschiet. Het zou erg mooi zijn als we een systeem hadden waarin we voorkomen en proberen te voorkomen dat mensen in de Wlz komen, dat we de toestroom zo veel mogelijk proberen te remmen. Dat kan door een goede aansluiting te maken tussen Wmo en Zorgverzekeringswet. Het risico van de huidige vormgeving is dat er een afwenteling komt, omdat in de Wlz met name het Rijk de partij is die het risico neemt. Dat vind ik een moeilijke kwestie als wij willen dat er inhoudelijk meer samenhang is en dat we de zorgvraag beperkt proberen te houden en met name het beroep op de Wlz.

De heer **Buijsen**: Voorzitter. Ik heb het wetsvoorstel Wet langdurige zorg bekeken vanuit de rechtsgeleerdenoptiek. Dat wil zeggen dat ik kanttekeningen plaats bij het wetsvoorstel Wet langdurige zorg vanuit mijn invalshoek als hoogleraar Gezondheidsrecht. Alvast een algemene opmerking. In juridisch-technische zin vind ik de Wet langdurige zorg beslist een betere wet dan de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Alles is relatief natuurlijk, maar in ieder geval vind ik dit puur juridisch-technisch gezien een betere wet.

Ik wil een aantal juridische kanttekeningen plaatsen. Allereerst moet ik vaststellen dat in juridisch opzicht zorg gewoon een mensenrecht is. Dat betekent dat bij het maken van wetten die betrekking hebben op materie als deze, je ook sociale mensenrechten in acht hebt te nemen. Dat gebeurt in Nederland vrijwel nooit; helaas te weinig. Tot mijn verrassing heb ik moeten vaststellen dat er in ieder geval in de memorie van toelichting wel wat opmerkingen gemaakt worden over de mate waarin deze wet bijdraagt aan de verwerkelijking van zorg als sociaal mensenrecht. Als wetten als deze gemaakt worden, als er beleidsvoornemens zijn als deze, dan moet het zo zijn dat sociale mensenrechten in progressieve zin verwerkelijkt worden. Dat wil zeggen: als je kijkt naar mensenrechtenverdragen waarin zoiets als het recht op gezondheidszorg wordt vastgelegd, dan moet het zo zijn dat je zorg progressief verwerkelijkt. Met andere woorden: je moet streven naar een steeds hoger voorzieningspeil. Het heeft er alle schijn van dat dit hier niet het geval is. Daarmee is niet gezegd dat je als staat niet mag hervormen of niet mag reorganiseren. Er rust op een staat die partij is bij allerlei VN-verdragen en het Europees Sociaal Handvest, waarin iets gezegd wordt over sociale grondrechten, een heel zware bewijslast. Je moet aantonen dat hetgeen je doet echt een vooruitgang is voor het peil van de voorzieningen. Mij zijn nog een aantal bijzondere dingen opgevallen aan het wetsvoorstel.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Buijsen, nog een enkele opmerking.

De heer **Van Buijsen**: Goed dan wil ik volstaan met op te merken dat dit wetsvoorstel aansluit bij het nieuwe klachtrecht. Er is inmiddels over het nieuwe klachtrecht van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg al heel veel geschreven. Alle schrijvers zijn het erover eens dat het nieuwe klachtrecht niet echt een vooruitgang is, zeker niet voor mensen die geïnstitutionaliseerd zijn en die het moeten hebben van intramurale gezondheidszorg.

Ten slotte nog een opmerking over het beroepsgeheim. Er is een doorbrekingsgrond opgenomen in de wet. Ik vraag mij af waarom het beroepsgeheim ook hier weer zo enorm onder druk gezet moet worden.

De heer **Van Scherpenzeel**: Voorzitter. Dank voor de uitnodiging. De ANBO heeft in de afgelopen tijd een aantal malen aangegeven, de noodzaak tot hervorming van langdurige zorg te steunen. De langdurige zorg zou een beetje aangepast moeten worden aan de wensen van de huidige tijd, vooral op het vlak van de rol van de eigen regie. Daarbij moeten wij overigens wel als uitgangspunt blijven hanteren dat langdurige zorg voor kwetsbare ouderen een collectieve volksverzekering zou moeten blijven.

In de Wlz is het aantal aanspraken beduidend minder dan in de huidige AWBZ. Door de overheveling van verzorging en verpleging thuis voorziet de Wlz alleen nog maar in de zorg met verblijf in de instelling waar integraal een pakket aan zorg en ondersteuning geboden wordt. Beperking van het pakket van de AWBZ zoals wij nu kennen, betreft niet alleen de functies. Ook de doelgroep wordt kleiner. Onze achterban geeft er duidelijk de voorkeur aan, zolang mogelijk thuis en zo zelfstandig mogelijk te blijven wonen. Die mensen willen eigenlijk niet in een zorginstelling. Beperken van de groep voor de zorg in die zin vinden we dan ook een goede ontwikkeling die aansluit bij de wensen van onze achterban.

Daarmee zijn we er echter niet. De wens tot herziening van de langdurige zorg is een belangrijk ijkpunt. Daar moeten we de tijd voor nemen. Die rol van de eigen regie, waar we het vandaag wat minder over hebben omdat die in de Wmo zit, is wel doorslaggevend voor het succes van de Wlz. Onze wens zou zijn om de invoering van de Wlz uit te stellen, in die zin dat

we dan zeker weten hoe het gaat met de rol van de eigen regie, dat we dat allemaal goed in kaart hebben, dat we de «do's and don'ts» goed op het netvlies hebben en dan pas overgaan tot invoering van de Wlz.

De heer **Koster**: Voorzitter. Wij hebben ook een position paper gestuurd. Hartelijk dank voor de uitnodiging overigens. Eigenlijk zijn er drie woorden die voor ons de huidige situatie kenschetsen als het gaat om de Wlz: te snel, te smal en te dicht geregeld. Te snel, omdat wij vinden dat, ondanks het feit dat wij net als een aantal voorgaande sprekers ondersteunen dat langdurige zorg hervormd moet worden. We kunnen niet zo door blijven gaan als de afgelopen 50 jaar. Het moet echt anders om meerdere redenen. Het betekent dat we heel wat op ons afkrijgen. De Wmo gaat veranderen en de Zorgverzekeringswet gaat veranderen. Daar willen we geen uitstel van. Er moet wel heel hard aan gewerkt worden de komende tijd, maar er is al heel veel in gang gezet en daarom vinden we het goed om de invoering van de Zorgverzekeringswet per 1 januari aanstaande te laten plaatsvinden. Maar als het gaat om de Wlz denken wij dat het te veel tegelijkertijd is. Als die twee andere wetgevingstrajecten vanaf 1 januari daadwerkelijk worden uitgevoerd, komen we ongetwijfeld allerlei vraagstukken tegen, rafelranden zoals dat heet. Het is handig om die eerst aan te passen aan de bestaande wet, de AWBZ voordat er een nieuwe wet komt. Dan wordt het heel erg ingewikkeld. Wij denken ook dat het niet noodzakelijk is om allerlei andere financiële taakstellingen per 1 januari aanstaande in te voeren.

Ten tweede noemde ik het wetsvoorstel Wlz te smal. Met name voor mensen met een zzp 4-indicatie is het in heel veel gevallen niet meer mogelijk om geheel zelfstandig in hun eigen huis te wonen. Die mensen zouden op een plek moeten kunnen wonen waar zij wel verantwoordelijk zijn voor hun huisvesting en dergelijke, maar waar sprake is van toezicht en dergelijke. Ik heb geprobeerd, dat een menselijk gezicht te geven. Daarom heb ik twee voorbeelden bij u neergelegd van mensen die op dit moment een zzp 4-indicatie krijgen: de heren Leurvink en Blans. Zo zijn er heel veel van deze mensen. Ik verwijs graag naar het HRM-rapport dat de Staatssecretaris heeft toegezonden, in het bijzonder naar de pagina's 11 tot en met 16. Dit zijn de vijf belangrijkste pagina's van dat rapport, waarin exact beschreven wordt hoe de situatie van deze mensen is. Als zij zelf lang thuis willen blijven wonen, is dat natuurlijk fantastisch. Dat moet ook gewoon kunnen maar er zijn situaties waarin dat niet meer kan. Tot slot noemde ik het wetsvoorstel te veel dichtgetimmerd. Wij vinden dat de wet echt oud denken is, heel erg vanuit de instelling geredeneerd. Dat klinkt misschien raar uit mijn mond, maar ik blijf het toch zeggen. Het moet veel meer persoonsvolgend worden. Er moet veel meer gekeken worden naar wat de cliënt nodig heeft, in welke situatie dan ook. Met ondersteuning van de professional moet bekeken worden of tot een goede invulling gekomen kan worden. Het is prima dat er gedacht wordt aan een zorgplan. Je zult met elkaar moeten afspreken hoe je het gaat doen. Het zorgplan is echter heel erg ingevuld met vrije tijd, douchen, enzovoorts. Als je dat er allemaal inzet, moet het ook weer gecontroleerd worden en voordat je het weet, zijn we met dezelfde dingen bezig als nu. De NZa wil nu ook weten hoeveel minuten en uren we, ook in verpleeg- en verzorgingshuizen, aan allerlei dingen besteden. Die kant moet het dus niet opgaan. Neem de kans om een nieuwe wet te maken; neem iets meer tijd, dan geven we er een heel mooie invulling aan.

Mevrouw **Hoogendijk**: Dank voor de uitnodiging. Ik kan me voorstellen dat dit voor u een hele zit is. Namens Mezzo wil ik graag kort een paar dingen zeggen. Wij constateren dat in de Wlz mantelzorg voor het eerst een plek krijgt. Dat is een groot verschil ten opzichte van de AWBZ, al moet ik zeggen dat het allemaal wel wat magertjes is. Ik wil er graag twee punten uit halen om ze te benoemen. Ten eerste de betrokkenheid die de

wet toebedeelt aan mantelzorgers en vrijwilligers; die zou haar body moeten krijgen in de zorgplanbespreking. Mezzo heeft daar zorgen over, omdat het op dit moment nogal instrumenteel wordt ingezet. Dat wil zeggen dat er vooral wordt gekeken naar wat mantelzorgers kunnen, naar de ondersteuning die zij kunnen bieden. Er is daarbij vrij weinig aandacht voor de vraag: wat hebben mantelzorgers eigenlijk nodig, hoe past mantelzorg in hun leven? Wij zouden dit graag in de wet verankerd zien. Mantelzorgers zijn namelijk vooral ook mensen die werken, die een gezin hebben enzovoorts. In de huidige situatie zien we al dat mantelzorgers ontzettend veel tijd en energie besteden aan mensen in instellingen. De huidige tendens is om net te doen alsof dat niet voldoende is en er best nog een schepje bovenop mag.

Mijn tweede punt overstijgt de Wlz een beetje: de afbakening. Nogmaals, mantelzorgers zijn, evenmin als cliënten, mensen die in hokjes zitten. Men heeft een zorgvraag, een behoefte. Voor een deel zit die in de Zvw, voor een deel in de Wmo en soms voor een deel ook in de Wlz. Nu moeten mantelzorgers al heel veel loketten afgaan. Met de huidige wetgeving schiet dat geen meter op. Met name bij de respijtzorg vinden wij dit echt een probleem. Voor het kortdurende verblijf of het crisisverblijf sta je zo direct als mantelzorger bij het Wmo-loket van de gemeente, en dat terwijl onduidelijk is welke gemeente: de gemeente waar jijzelf woont of de zorgvrager. Vervolgens wordt de verantwoordelijkheid heen en weer gepingpongd. Ten slotte nog het volgende. Mensen zorgen vaak heel lang en intensief. De Wlz is niet het stadium waar mensen naartoe willen.

Mevrouw **Kriens**: Vanuit de gemeenten geredeneerd: de gemeenten hebben nu te maken met een drieluik van zaken die onverbrekkelijk met elkaar zijn verbonden. Dit is een majeure stelselwijziging, waarmee men heel ingewikkelde dingen probeert te doen. Wij zeggen allemaal dat die belangrijk zijn, dat ze moeten gebeuren. Bij deze stelselwijziging wordt geprobeerd om vernieuwingen in te zetten die passen bij de behoeften van mensen en bij de menselijke maat. Men probeert vernieuwingen in te zetten in een nieuwe verhouding tussen markt en overheid; dus niet meer alles bij de landelijke overheid, maar er worden zaken verplaatst naar de lokale overheid. Die vernieuwingen betreffen enerzijds voorzieningen en anderzijds verzekerde rechten.

Voor ons zijn die drie wetten, Zorgverzekeringswet, Wmo en Wet langdurige zorg, onverbrekkelijk verbonden. Je moet er toch niet aan denken dat onze inwoners straks van het ene naar het andere loket worden geschoven en dat er allerlei onduidelijkheden ontstaan. De as zorgverzekeraars-gemeenten is voor ons de plaats waar de financiering en de zaken in de wijken die met de zorginstellingen worden geregeld, zullen moeten worden georganiseerd; in de backoffice als het ware, zodat mensen er niets van hoeven te merken. Er moeten dus vloeiende lijnen worden georganiseerd. De overgang moet worden georganiseerd volgens de maat van wat mensen nodig hebben.

Ik heb een paar opmerkingen over de Wlz als zodanig. Die opmerkingen zijn niet zo groot. U vindt ze terug in onze position paper. Een aantal woordjes uit de Wet langdurige zorg zijn zodanig dat je er eindeloze politieke debatten over kunt hebben, maar ze zullen uiteindelijk in de praktijk moeten worden getoetst. Juist daarom is het belangrijk om niet te denken dat alles klaar is als de wet er straks ligt. Het gaat ons om woordjes als «gegronde redenen om te weigeren». De praktijk zal moeten uitwijzen wat die betekenen en wat wij daaronder moeten verstaan. Over de opgestelde criteria kun je ook eindeloze politieke debatten voeren, maar ook hierbij zal de praktijk moeten uitwijzen of ze voldoende scherp zijn en of er nog wat moet worden bijgesteld. Volgens ons is het van groot belang dat er voortdurend wordt aangescherpt.

Wij hebben het concrete en rechtstreekse verzoek om de verschillende eigenbijdrageregelingen te harmoniseren. Die zijn nu in de wetten

verschillend. Wij constateren dat er in de Wlz geen spoedprocedure is opgenomen. In de Wmo is die wel opgenomen, dus het risico bestaat dat spoed uitsluitend bij de Wmo zal terechtkomen. Wij overleggen al enige tijd over de vraag waar bij beschermd wonen de grens moet worden gelegd voor langdurige zorg. Wij realiseren ons heel goed dat dit niet in één keer is op te lossen en dat we ook dit werkende weg zullen moeten neerzetten. Het vraagt echter ook iets van de wetgever.

De heer **Van Houten**: Hartelijk dank voor de uitnodiging voor de Vereniging van Regionale Zorgverzekeraars en Kwaliteit Zorgverzekeraars. In algemene zin ondersteunen wij de hervormingen van de langdurige zorg, en met name de richting ervan. De zorg hoort zo dicht mogelijk bij de burger, de verzekerde, dus wij denken dat dit een goede zaak is. Een zorgvuldige invoering van de wet is echter noodzakelijk. Wij maken ons grote zorgen over het onderdeel van de risicoverevening. In het kader van de evaluatie van de Zorgverzekeringswet is onlangs een iBMG-rapport uitgebracht. Voor het onderdeel dat wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet staat in dat rapport dat een zorgverzekeraar voor een 65-plusser die is geïndiceerd, een verlies lijdt van € 380. Wij vinden dat een prikkel om níét in goede zorg te investeren.

Nu specifiek. Wij zijn er voorstander van om het fundament van de hervorming van de langdurige zorg, namelijk de overheveling van de wijkverpleging en de nieuwe Wmo, door te laten gaan, maar dan wel gekoppeld. Wij pleiten wel voor het uitstellen van de invoering van de Wlz en de langdurige ggz; vanwege de omvang daarvan maar met name ook door de stapeling van alle transities die hiermee gepaard gaan en de risico's voor de burger, denken wij dat het niet verantwoord is om alle veranderingen in één keer te laten doorgaan. Heel veel zaken en onderwerpen rond de Wlz zijn nog niet uitgevoerd of uitgewerkt. Wij menen dat de Wlz in 2016 wel kan doorgaan. Het is dan belangrijk dat de uitvoering van de Wlz regionaal wordt georganiseerd. De zorgoriëntatie en de zorgconsumptie vindt namelijk ook in de regio plaats. Iedere zorgverzekeraar is dan representant in minimaal één regio.

Tot slot de informatievoorziening aan de burger. Die is essentieel. Wij vinden die een plicht van de overheid. Ze moet niet alleen gaan over wat er overgaat, maar ook over wat de forse bezuinigingen betekenen voor de burger en welke consequenties zij hiervan zullen ondervinden.

De **voorzitter**: Daarmee zijn we gekomen aan het eind van de korte inleidingen. We hebben er veel gehoord. De collega's gaan nu om de beurt een vraag stellen en geven daarbij aan, aan wie ze hun vragen stellen. Net zoals in de eerdere blokken mag u op elkaar reageren.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik neem gelijk deze gelegenheid te baat om te melden dat ik tegen 17.00 uur de vergadering moet verlaten vanwege andere verplichtingen. Ik vind het erg lastig om één vraag te stellen, want ik heb er heel veel en er zijn meer sprekers. Ik stel mijn vraag aan de heer Van Houten van de zorgverzekeraars. In het afgelopen weekend hebben we in de media allemaal het net herhaalde pleidooi gehoord voor het uitstel van de Wlz. Mijn fractie is erg bang dat dit ertoe leidt dat mensen echt tussen wal en schip zullen vallen. Volgens mij hebben we te maken met een integrale stelselwijziging.

Er is onder anderen door mevrouw Meerveld van Alzheimer Nederland op gewezen dat men niet wil dat mensen tussen de verschillende systemen in gaan vallen. Ik vermoed dat dit laatste wel gaat gebeuren als we niet integraal die wetwijzigingen gaan bekijken, behandelen en invoeren. Ik verneem graag uw visie en wat de reden is om voor uitstel te pleiten.

De heer **Van Houten**: Zoals ik al zei, staan er heel grote wijzigingen op stapel. Dat betreft allereerst de Jeugdzorg, die al is overgeheveld.

Daarnaast is er een belangrijke wijziging op het gebied van de pgb. Vervolgens hebben we te maken met de twee grote klussen op het gebied van wijkverpleging en Wmo. Twee majeure klussen, waarvan ik ook gezegd heb dat die echt gekoppeld moeten plaatsvinden. Het kan niet zo zijn dat de wijkverpleging overgaat en de Wmo niet, want het zijn echt zaken die in het verlengde van elkaar geregeld moeten worden. Natuurlijk moeten er een aantal zaken afgeregeld worden in de oude kern-AWBZ, maar wij denken dat die weg veel simpeler is dan het opzetten van een heel nieuwe Wlz. We hebben zo'n 80 punten op het gebied van overgangsrecht, indicaties, pgb, spoedbedden, financiering et cetera, die nog allemaal geregeld moeten worden voor 1 juli, waardoor wij denken dat het onverstandig is om het door te laten gaan.

De heer **Koster**: Ik sluit mij graag aan bij de vorige spreker, ook omdat ik niet direct zie welke mensen er dan tussen wal en schip vallen. Kijkend naar wat de Staatssecretaris heeft aangegeven zal zjp 4 volgend jaar bij de AWBZ blijven dan wel bij de Wlz ondergebracht zijn volgens de oorspronkelijke plannen. Dat zou pas per 1 januari 2016 ingaan. Je moet wel kijken naar de toelichting over het overgangsrecht. Daar zou je uit af kunnen leiden dat mensen met een zjp 4 uitgeschreven worden. Dat is ook een vraag die ik heb. De samenhang tussen de Wmo en de Zorgverzekeringswet is heel erg groot; die zijn complementair aan elkaar. De AWBZ en de Wlz gaan voor een heel groot deel over dezelfde mensen. Ik zie niet zo gauw welke mensen dan tussen wal en schip vallen.

Mevrouw **Marijnissen**: Namens de Abvakabo wil ik mij daar graag bij aansluiten. Dat richt zich dan met name op het werknemersperspectief. Het idee is dat mensen langer thuis moeten blijven wonen. Er komt een aantal lagere zorgindicaties min of meer te vervallen. Die mensen zouden dan thuiszorg moeten krijgen. Als we weten dat er nu zo'n 800.000 mensen gebruikmaken van de AWBZ en dat dit er straks in de Wlz nog maar 200.000 zijn, dan behoef je geen wiskundige te zijn om te bedenken dat dit ook wat betekent voor de werkgelegenheid van de mensen die deze zorg verlenen. Het idee is dat die werkgelegenheid zich in principe naar de wijken zal verplaatsen. Dat zien we echt nog onvoldoende op gang komen. Dat maakt ook dat we als vakbond erg pleiten voor samenhang tussen die twee wetten. Er is namelijk ook heel veel samenhang met de werkgelegenheid die gaat verschuiven. Echter, als dat niet goed gebeurt – dat dreigt nu te gebeuren – dan gaan heel veel zorgverleners hun baan verliezen die we straks wellicht weer nodig hebben.

Mevrouw **Saers**: Je moet oppassen dat je de Wlz te snel doorvoert en zaken onvoldoende uitwerkt. We kennen de knippen in bepaalde zorgzwaartepakketten. Verder noem ik de intensieve ggz waar criteria voor ontwikkeld zijn om te kijken of de mensen in de Wlz kunnen blijven of dat ze toch overgeheveld moeten worden naar Wmo of Zorgverzekeringswet. Deze mensen worden, zoals het er nu naar uitziet, eerst overgeheveld, daarna getoetst en gaan dan eventueel weer terug richting Wlz. Ik denk dat je sowieso niet met mensen moet slepen. Meer duidelijkheid en het op tijd duidelijkheid verschaffen voor mensen die straks overgaan, is dan ook zeer belangrijk. Ik denk ook niet dat er mensen anders tussen wal en schip gaan vallen als dit niet direct meegaat.

De heer **Van Dijk** (PvdA): Uit deze hoorzitting tot nu toe wordt eigenlijk wel duidelijk dat de richting van hervormingen vaak wel gesteund wordt maar dat de Wlz zoals die er nu ligt, nog niet altijd op evenveel enthousiasme kan rekenen als vertaling van die richting. Dat gaat dan over wat er in die wet zelf staat, maar ook over de samenhang tussen de verschillende wetten. Daarover zou ik een vervolgvraag willen stellen, ook naar

aanleiding van de opmerking van de heer Nies van Vilans die het had over de prikkels tussen de verschillende stelsels. Als je het als zorgverzekeraar, gemeente, huisarts en wijkverpleegkundige goed doet, dan kunnen mensen langer zelfstandig thuis blijven wonen. Als je dat slechter organiseert, kan dat niet. Dus eigenlijk zoek ik ook naar de samenhang tussen Wmo en Wlz. Mijn vraag is dan ook hoe je die prikkels zo kunt organiseren dat het qua beloning, organisatie en afstemming beter tot zijn recht komt. Mijn tweede vraag daarbij is wat u daarvoor van ons nodig heeft.

De heer **Nies**: Ik zie eigenlijk onvoldoende synergie tussen de drie wetten. We hebben ooit reikwijdteverbreiding, flankerend beleid en meer van dat soort mechanismen gehad, waarmee we er eigenlijk voor zorgden dat er tussen wetten wat vage grenzen waren. Er is hier gezegd dat het nu allemaal heel erg is dichtgetimmerd. Op dit moment is er in de wettelijke kaders geen belang dat verzekeraars, gemeenten enz. met elkaar gaan praten. Ze doen het wel en er is contact, maar het zou veel beter kunnen en ook veel meer. Wanneer we het zo kunnen organiseren dat er op de grensvlakken tussen de wetten middelen mogelijk zijn die door een gezamenlijke inzet alleen aan te wenden zijn in plaats van dat het óf Wlz óf Wmo óf Zorgverzekeringswet is, dan stimuleren we dat er met elkaar samengewerkt wordt. Het is van belang te proberen te bevorderen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen ofwel dat ze zo veel mogelijk buiten de Wlz blijven.

Mevrouw **Hoogendijk**: Ik weet weinig van de zeer technische aspecten van de twee wetten. Wat ik in ieder geval wel een zorg vind, is dat de Wlz een vrij inclusieve wetgeving is. Je valt er in of je valt er niet in. Er zijn heel veel situaties, met name waar het gaat om progressieve ontwikkelingen bij jongere kinderen met een handicap of jonge gezinnen waar sprake is van een handicap of een chronische ziekte, waarin de afstemming tussen de Wlz, de Zorgverzekeringswet en de Wmo op z'n zachtst gezegd kritisch wordt ten aanzien van het goed in stand houden van het systeem. Daar hoort uiteraard ook bij goede mantelzorgondersteuning. Met name op heel belangrijke terreinen zoals respijtzorg, zien we echt het risico dat er ontzettend veel verwezen zal worden naar anderen en dat mensen soms gedwongen zullen worden om dan toch maar dat kind of die partner naar een Wlz-instelling te laten gaan, omdat het dan afgebakend is. Ik snap dat de regering ervoor kiest om de huidige diffuse afscherming wat scherper te stellen, maar daardoor worden mensen straks wel enorm beknot in hun mogelijkheden om tot combinaties te komen.

De heer **Schirmbeck**: Ik zou graag het pleidooi van de heer Nies willen ondersteunen maar dan wel met een toevoeging. Die is dat we er voor moeten zorgen dat het grijze gebied zo klein mogelijk is. Het is prachtig dat er wordt gezocht naar een verbinding tussen twee werelden maar ik heb het idee dat het gat dat we vandaag nog moeten overbruggen, ook kijkend naar wat er tot nu toe allemaal is gezegd over wie waar recht op heeft en wie waar mogelijk in valt, kleiner gemaakt moet worden. Anders wordt het wel een enorme zoektocht voor mensen met een beperking om te weten te komen waar ze op enig moment terecht kunnen, wie hen gaat helpen en begeleiden, in welk stelsel dan ook.

De heer **Van Eijck**: De heer Van Dijk vraagt terecht aandacht voor de samenhang. Dat is niet alleen iets waar je naar zou moeten kijken vanuit politiek perspectief. We zien namelijk ook in de eerstelijnszorg dat alles op dit moment via drie grote decentralisatietendensen in de buurt van de patiënt wordt georganiseerd. Dat is goed. Dat willen we ook graag met elkaar. We willen ook de informele zorg een nadrukkelijker plek geven en

die ook rond de patiënt langzamerhand gaan opschalen. Dat betekent wel dat je het moet organiseren via de juiste prikkels. Daar is volgens mij een aantal winstpunten te halen. Een eerste prikkel is de financiële prikkel. Je ziet dat mensen acteren omdat ze voor iets betaald krijgen. Eerder in dit huis hebben we over andere zaken gesproken, zoals het jeugdbeleid.

Toen vond men het hier ook verrassend dat huisartsen niet erg bereid waren om bijvoorbeeld overleg met zorgadviesteams, gemeenten, CJG's en dergelijke toe te voegen aan wat zij al deden. De reden daarvoor was dat huisartsen visites rijden en in hun wachtkamer mensen ontvangen die vervolgens worden behandeld, en dat zij allerlei overleg hebben met collega's uit de eerste en de tweede lijn. Het is niet vanzelfsprekend dat je gestimuleerd wordt als je de keuze moet maken om met de gemeente te gaan praten in plaats van patiënten te helpen. Voor het laatste ben je immers opgeleid.

Dat heeft daar geleid tot een additionele prikkel. Dat zou je je hier toch af en toe ook moeten afvragen. Ik denk dat het bijvoorbeeld noodzakelijk is dat je voor de Wlz-geïndiceerden straks een afzonderlijke betaaltitel hebt om daarmee recht te doen aan de complexiteit van de vraagstukken waar die mensen tegenaan lopen.

Dit geldt ook voor de AVG, de Arts voor Verstandelijk Gehandicapten, en uiteraard ook voor de specialist ouderengeneeskunde. Hoe ga je de zorg in onderlinge samenhang organiseren?

Dan kom je ook op het kwantitatieve aspect, want hebben wij eigenlijk voor de toekomst wel voldoende capaciteit om die zorg in de buurt te gaan organiseren, zoals wij dat nu met elkaar aan het afspreken zijn? Het antwoord is natuurlijk: nee, niet op korte termijn. Daarom zit ik er ook wel een beetje dubbel in of je dit nu wel of niet moet uitstellen. Aan de ene kant moet je onduidelijkheid zo kort mogelijk laten duren, maar aan de andere kant moet je niet de verzorgingstehuizen alvast min of meer gaan sluiten en de mensen daar in een positie brengen waardoor zij mogelijk wel of niet tussen wal en schip raken. Daar ging de discussie net even over.

Maar in elk geval moet je een helder beeld hebben van de toekomst en je ook afvragen hoe die praktijk er in de toekomst uit ziet. Dat hebben wij ook gedaan. U zag in het position paper dat wij in de afgelopen jaren hebben gewerkt aan het verkleinen van de praktijken. Dat betekent minder patiënten per huisarts, wat is gegaan van 2.350 naar 2.150. Wij hebben een toekomstvisie geschreven voor het jaar 2022. Wij denken dat je dan naar praktijken moet gaan van ongeveer 1.750 patiënten per huisarts. Dat halen wij echter in 2022 niet, want door de versnelling die er nu in komt, zullen wij dat veel sneller moeten doen. Wij zijn op dit moment aan het bekijken wat de ideale omvang is. Wij zijn ervan overtuigd dat er binnen een paar jaar een tekort zal zijn van 20% aan huisartsen, en dus ook van doktersassistenten, praktijkondersteuners en dergelijke.

Dus als u vraagt wat wij nu kunnen doen, dat is dat die prikkels op de juiste manier zetten en zorgen dat de capaciteit er komt om zowel die zorg in de buurt te organiseren vanuit bijvoorbeeld de huisartsenzorg en alles wat daar omheen hangt, maar zeker ook de samenhang organiseren die noodzakelijk is, door gesprekken aan te gaan met verzekeraars, met gemeenten en met collega-zorgaanbieders.

Mevrouw **Bolle**: Even los van de capaciteit, die er uiteraard moet zijn, wil ik ook nog het belang benadrukken van vertrouwen hebben in de professional. Wij hebben al meerdere malen gezegd dat er vertrouwen moet zijn in de professionals. Je moet ze ook de ruimte geven om hun werk te kunnen uitvoeren. In die zin is het ook heel belangrijk dat het nieuwe Besluit zorgaanspraken breed generalistisch is opgesteld. Dat maakt ook dat je als wijkverpleegkundige anders kunt gaan werken. Het ontzorgen gaat ook veel meer een belangrijk item worden in het werk van

de wijkverpleegkundige. Dat is al een van de prikkels die nu worden ingebouwd worden, door naast het «uurtje-factuurkje»-werken volgens afspraken te gaan naar het breed generalistisch kijken.

Dus de bekostiging is daarbij een belangrijk punt. Er moet ruimte zijn voor de niet-toewijsbare taken, maar ook voor de andere complexe prestaties. Ik denk dat wij ook in dit wetsvoorstel goed moeten bekijken waar tijdelijke voorzieningen kunnen worden geboden, bijvoorbeeld de tijdelijk op herstel gerichte mogelijkheid van opname, om te voorkomen dat er een prikkel gaat ontstaan dat iemand helemaal kiest voor een indicatie in de Wlz. Dus kijk ook naar die tijdelijke voorziening, waarbij even de mantelzorg ontlast kan worden en daarna weer het systeem thuis kan worden opgebouwd. Bouw dat ook in.

De voorzitter: Ik ga zo het woord geven aan de heer De Blok, maar ik merk eerst even op dat mevrouw Baay vanwege dringende andere verplichtingen nu helaas weg moet.

De heer De Blok: Volgens mij is er door de politieke partijen zelf gezegd dat er 5.000 tot 6.000 nieuwe wijkverpleegkundigen bij zouden moeten komen om de gevolgen van deze wetten te kunnen opvangen. Tot nu toe is het tegenovergestelde eigenlijk het geval, namelijk dat de zorgkantoren nog steeds inkopen op producten en niet op oplossingen.

Ik sta er dan ook nog steeds van te kijken in alle gesprekken die ik met de zorgkantoren voer dat dit nog steeds geen onderwerp van gesprek is. Naar mijn idee kunnen er heel andere oplossingen worden bedacht en kunnen doorlooptijden korter worden, maar er wordt nog steeds gedacht dat het uurtarief het meest bepalend is voor de kosten bij de cliënt. Dus als er geen prikkel komt tot innovatie en tot verandering binnen de huidige systemen, zie ik dit nog wel een paar jaar doordobberen op deze manier.

De heer Van Houten: Ik ben het helemaal eens met de heer De Blok. Ik zie niet helemaal de relevantie met de Wlz. Ik zie meer de relevantie met de wijkverpleging. Ik ben het er helemaal mee eens dat je naar andere vormen van zorg moet gaan om de grote taken die wij allen krijgen op te lossen.

De heer Koster: Ik sluit mij graag aan bij wat de heer De Blok zei. In welk systeem je ook zit, het zou veel beter zijn als je een bepaald budget per cliënt hebt, waarbij je juist met die cliënt kunt bekijken wat een goede oplossing is dan dat je op basis van «uurtje-factuurkje» gaat werken. Ik zie eigenlijk de tendens dat wij aan de intramurale kant ook richting «uurtje-factuurkje» gaan. Dat moet absoluut niet de bedoeling zijn. Dus je moet veel meer vertrouwen hebben in de professional. Kijk wat die cliënt nu eigenlijk aan ondersteuning nodig heeft en waar die woont, en stap af van het «uurtje-factuurkje»-verhaal. Dat betekent dat je eigenlijk moet uitgaan van een bepaald budget dat je hebt per cliënt, waarbij je samen met die cliënt kunt bekijken hoe je dat het best kunt inzetten. Misschien moet je daar wel een prikkel op zetten. Als je iets van dat budget overhoudt, is dat misschien nog wel een betere prikkel dan alleen maar belonen als je meer uren maakt.

De voorzitter: Dan ga ik naar mevrouw Siderius voor de SP.

Mevrouw Siderius (SP): Voorzitter. Ik ben benieuwd naar de positie van de zorgverlener zelf, die al even aan werd genoemd. Er werd gerefereerd aan alle ontslagen, ook de aangekondigde ontslagen. Wat ik opvallend vind, is dat het als je met een zorgverlener praat altijd, behalve over de cliënt, vooral gaat over de hoge werkdruk en over het feit dat men gek

wordt van de bureaucratie. In dit wetsvoorstel wordt daar eigenlijk helemaal geen aandacht aan besteed. Hetzelfde geldt misschien ook wel een beetje voor mantelzorgers en vrijwilligers. Ik ben benieuwd of dit nu een gemiste kans is en wat hierin zou moeten veranderen. Misschien kunnen de eerste vier gasten daar iets over zeggen.

De heer **De Blok**: Dat is zeker een gemiste kans. De complexiteit is groot. Je ziet dat door wat er nu al in de voorbereiding gebeurt vanuit de Wmo een stroom aan nieuwe formulieren, aan nieuwe registratiemiddelen ontstaat. Ik pleit heel sterk voor een vereenvoudiging om die bureaucratie te voorkomen. Ik zou ook niet zo goed weten hoe je dat nu direct in deze wet kunt oplossen en regelen, maar ik vind het wel zorgelijk als ik zie waar onze medewerkers nu mee worden geconfronteerd, doordat zij allerlei extra lijsten moeten invullen. Dat kan beter worden besteed aan het oplossen van het probleem van mensen. Dat probleem is wel herkenbaar.

Mevrouw **Marijnissen**: Wat Abvakabo betreft, is dit absoluut een gemiste kans. Onze leden vertellen ons vrijwel dagelijks hoe zij bijna gek worden van indicatiestellingen, protocollen, zorgleefplannen en noem het allemaal maar op. Mensen die werken in de zorg, doen dat eigenlijk altijd omdat zij hart hebben voor de zorg en omdat zij gewoon zorg willen verlenen en natuurlijk niet om bezig te zijn met dat soort paperassen. Dus wij zien dit zeker als een gemiste kans.

Wat wij ook erg ingewikkeld vinden aan deze Wlz is dat er sterk wordt gestuurd op de hogere zorgzwaartepaketten, die uiteindelijk nog kunnen rekenen op zorg in een instelling, naast wat dit gaat betekenen voor de werkgelegenheid. Nu zien wij als vakbond al de tendens dat met name laaggeschoolde personeelsleden in de verzorgings- en verpleeghuizen hun baan aan het verliezen zijn. Dan heb je het echt over de niveaus 1 en 2. Die mensen gaan er op dit moment massaal uit. Laat dit nu ook net de groep zijn die het moeilijkst om te scholen is naar ander werk. Dat zijn ook niet de mensen die straks in aanmerking kunnen komen voor de 6.000 vacatures voor wijkverpleegkundigen, want dat is helaas niet voor iedereen weggelegd. Dus dat zien wij als een groot probleem.

Mevrouw **Bolle**: Ik denk dat het inderdaad een gemiste kans is. Dat is al herhaaldelijk gezegd door een aantal collega's hier. Met name het zorgplan is een heel mooi uitgangspunt om als startpunt van de zorgverlening te nemen. Maar zoals ik ook al eerder zei, het is heel jammer dat je in een wet allerlei verschillende criteria tegenkomt die uit de beginwetten komen en waarbij je de neiging krijgt dat er een soort checklist ontstaat om na te gaan of je alles hebt besproken, in plaats van dat het een fundamentele, intrinsieke motivatie moet zijn om tot een goede dialoog te komen. Dus dat is inderdaad een gemiste kans.

In het inkoopbeleid kunnen fundamenteel andere elementen worden meegenomen. Mevrouw Bergkamp heeft in een debat al eens gezegd dat je eigenlijk hogeropgeleide mensen in dienst moet nemen. Met die hogere deskundigheid in huis, hoef je minder kwaliteitscriteria aan het inkoopbeleid te stellen. Dat soort punten is nog steeds niet meegenomen in het huidige inkoopbeleid en dat is enorm jammer. Een ander belangrijk punt is dat wij met z'n allen heel veel registreren, terwijl dat heel weinig gegevens oplevert. Wij registreren veel, maar weten weinig. Kijk goed naar overbodige indicatoren. Kijk alleen naar indicatoren die echt iets zeggen over de uitkomsten. Beperk het zo veel mogelijk. Kijk alleen naar wat nodig is voor de zorgverlening en niet naar allerlei andere zaken die voor beheersing of andere managementelementen gebruikt kunnen worden. Daar moeten wij, denk ik, fors in gaan snijden.

De heer **Schirmbeck**: Voorzitter. Ik wil mij aansluiten bij het laatste wat mevrouw Bolle zei. In de afgelopen jaren hebben wij in de gehandicaptenzorg hard gewerkt aan een kwaliteitskader, waarbinnen wij proberen de kwaliteit van de geleverde diensten te vangen. Waarom hebben wij dat gedaan? Omdat wij merkten dat allerlei partijen om ons heen, en wijzelf ook, talloze vragen hebben. En als dat er te veel worden, raak je bedolven onder de vragen en zie je door de bomen het bos niet meer. Het kwaliteitskader is niet alleen door ons ontwikkeld, maar samen met professionals, cliëntenvertegenwoordigers, verzekeraars en de inspectie. Er hebben dus heel veel partijen bij gezeten. Al die partijen zijn samen met ons tot de conclusie gekomen dat het mogelijk is om minder vragen te stellen en toch op een goede manier de kwaliteit te bezien.

Wat ons in deze wet een beetje tegenvalt, is dat de wetgever daar, althans in zijn voorstel, toch weer een beetje aan voorbij lijkt te gaan. Er wordt wel een link gelegd naar het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, maar het begint weer met een basislijst van vragen die voor alle sectoren hetzelfde is. Ik kan er niks aan doen, maar de gehandicaptenzorg is fundamenteel anders dan de ouderenzorg. Dan moet je dus ook niet dezelfde vragen stellen.

De heer **Nies**: Voorzitter. Het voorliggende wetsvoorstel is erg ingewikkeld. Wij hebben Wlz-uitvoerders en een zorgkantoor. Daar zit weer toezicht op en ik kan niet doorgronden waarom dat allemaal nodig is. Het geeft veel ruimte dat ieder op zijn eigen manier om verantwoording vraagt. Als er één ding is dat aan de wet moet worden toegevoegd, dan is dat één verantwoordingsstroom in plaats van dat elke partij haar eigen verantwoording kan vragen. Verantwoording op verantwoording op verantwoording maakt het niet makkelijker. Als de Kamer toch iets aan het voorstel wil wijzigen, ligt hier een kans.

Mevrouw **Hoogendijk**: Voorzitter. In mijn inleiding zei ik al iets over het zorgplan vanuit het perspectief van mantelzorgers. In de Wlz, maar tot op zekere hoogte ook in de Wmo, zit een instrumenteel gestuurd systeem, waarbij het uitgangspunt is dat mensen meer en langer voor elkaar kunnen zorgen, maar waarbij het instrumentarium is gericht op het beheersen en controleren. Ik hoor zo links en rechts dat dat vanuit enig wantrouwen gebeurt. Mantelzorgers ervaren ontzettende druk als het gaat om de verantwoording rond zaken die gerelateerd zijn aan de informele zorg. In de Wlz en trouwens ook in de Wmo zie ik wel degelijk het risico dat dat verder doorgaat. En dan maak je van mantelzorgers en van vrijwilligers halve professionals die je gaat toetsen op datgene wat zij kunnen bijdragen aan doelstellingen die bediscussieerd moeten worden. Ik doe een appel op de Kamer om dat nog eens heel stevig tegen het licht te houden. Mantelzorgers hebben – het klinkt bijna soft – wel wat vertrouwen nodig. Als je het zorgplan inzet met een lijst van te beantwoorden vragen en met criteria op grond waarvan iemand wel of niet bepaalde taken mag vervullen, in een instelling of in een thuissituatie, zit je op een weg waar mantelzorgers minder mogelijkheden hebben om eruit te stappen en waar vrijwilligers op een gegeven moment bedanken voor de eer.

De heer **Van Scherpenzeel** (ANBO): In alle reacties tot nu toe mis ik dat de grote verandering waarvoor wij staan, alleen kans van slagen heeft als daarvoor een breed maatschappelijk draagvlak wordt gecreëerd. Daarvoor is een cultuurverandering nodig. In dit gremium mis ik de positie van de zorgvrager. Die heb je nodig om het hele systeem tot een succes te maken. Ik denk dat wij daarin veel moeten investeren. Wij moeten dat allemaal doen, niet alleen de overheid, maar ook de aanbieders, de maatschappelijke organisaties en de patiëntenorganisaties. Je hebt die cultuurverandering nodig om de transitie tot een succes te maken. Hoe wij

dit technisch regelen en in hoeveel wetten – liefst zo min mogelijk – daar komen wij wel uit. Het gaat juist om die cultuurverandering.

De heer **Nies** (Vilans): Ik wil hieraan toevoegen dat het steeds verder van de cliënten en de gebruiker af komt te staan doordat het zo ingewikkeld wordt gemaakt. Als je een pgb hebt, moet je verantwoorden dat je goede partijen hebt gecontracteerd enzovoorts. Daardoor wordt het steeds moeilijker en daarmee wordt de vervreemding in het stelsel steeds groter. Een directe relatie tussen aanbieder en leverancier lukt niet zo goed, behalve in het pgb-deel. Ik meen dat er zo veel inkoopconstructies in het wetgevingskader zitten dat het voor de klant moeilijk wordt om nog te snappen hoe het werkt.

Mevrouw **Saers** (Per Saldo): In de Wlz wordt de positie met name bij het vaststellen van de hulpvraag via het CIZ geregeld. Ik heb al gezegd dat daardoor de individuele hulpvraag onvoldoende tot zijn recht kan komen met daaraan vast de mantelzorgers. Dit speelt met name in de situaties waarin mensen niet intramuraal zorg krijgen, maar thuis blijven wonen met zo'n zware zorgvraag dat zij anders in een instelling zouden worden opgenomen. De wet is daarop niet goed afgestemd. De bijbehorende functies die wij nu kennen, zijn weggevallen. Ik vind het belangrijk om dit nog eens naar voren te brengen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Voorzitter. Tijdens een eerdere hoorzitting over de Wmo gaven de gemeenten aan dat het overdragen van de taken onder de huidige voorwaarden onverantwoord is. Vandaag hoor ik zorgverzekeraars die van mening zijn dat het op 1 januari 2016 niet verantwoord kan worden uitgevoerd. Actiz geeft nu aan dat de voorwaarden die op tafel liggen, tot grote zorg leiden en in ieder geval fundamenteel moeten worden aangepast. Ik hoor verschillende sprekers zeggen dat de 5.000 extra wijkverpleegkundigen er niet zijn en dat voor het pgb nog de tarieven moeten worden vastgesteld.

Is er nu iemand hier aanwezig die denkt dat het wel allemaal goed komt en op 1 januari aanstaande verantwoord overgeheveld kan worden? Wordt die kwaliteitsverbetering bereikt? Zo ja, waarom dan? Ik dacht: laat ik het positief formuleren.

Mevrouw **Kriens** (VNG): Ik aarzel hierover, want zo kom ik in een andere discussie terecht dan ik hier nu in deze rol wil voeren. Er is gezegd dat de voorwaarden in een aantal opzichten ontoereikend zijn. Dat is iets heel anders dan onverantwoord. Die ontoereikendheid zit onder andere in de discussie die momenteel wordt gevoerd over de vraag hoe financieel kan worden geregeld dat de overgangsrechten van mensen voldoende zijn geborgd, opdat zij niet tussen wal en schip vallen. Dat hebben de gemeenten gezegd.

Ik heb een dezer dagen namens de VNG voor de radio gezegd dat wij buitengewoon verrast waren over het feit dat de zorgverzekeraars – voor ons out of the blue – zeiden dat zij niet in staat zijn om de Wlz in te voeren. Dat heeft te maken met de techniek van declaratiesystemen die blijkbaar niet kunnen worden aangepast. Ik heb toen gezegd dat dit uit ons perspectief lastig, kwalijk en ingewikkeld is, maar dat het vooral heel erg slecht is voor onze inwoners. De onverbreekelijkheid van die twee luiken wordt dan immers ongedaan gemaakt. Je zult deze herstructurering als een totaal moeten neerzetten. Als dit technische problemen oplevert, moet er een tandje worden bijgezet om die technische problemen op te lossen.

Met het oog op onze inwoners zeggen wij: laat het alsjeblieft niet zo lang duren. Er wordt nu gesproken over cultuurveranderingen. Ik was wethouder in Rotterdam en wij voerden in Rotterdam al tien jaar de discussie over een andere organisatie van de zorg. Dat geldt ook voor veel

andere gemeenten. Door de landelijke discussie en de tijd die nodig is om deze wetgeving te behandelen, zijn wij in de gemeenten achterop gekomen. Door die landelijke discussie is de vraag wat er in hemelsnaam gaat gebeuren, wat er allemaal verkeerd gaat en hoe dit zich moet ontwikkelen, alleen maar toegenomen. Dat betekent dat het gevoel van onzekerheid en soms van angst van mensen zal toenemen als er nog meer tijd wordt genomen voor de behandeling. Daarom pleiten wij ervoor dat wij in ieder geval op zo'n manier met deze wetgeving omgaan dat wij elkaar niet loslaten en dat wij werkende weg in de gaten houden waar dingen niet goed gaan. Wij kunnen de wetgeving niet nog verder detailleren, want dan doen wij precies het omgekeerde van de oorspronkelijke bedoeling, namelijk erkenning van verschillen tussen mensen, tussen wijken, tussen steden en dorpen, en tussen regio's. Dat maakt nu juist dat dingen niet verder moeten worden vastgezet. Dit was niet bedoeld als een politiek antwoord. Volgens mij is het dat ook niet. Ik heb de context willen schetsen van de positie van de gemeenten.

De heer **Koster** (Actiz): Wij zijn voorstander van de invoering van de Wmo en de Zorgverzekeringswet per 1 januari aanstaande. Ik erken dat er de komende tijd nog veel moet worden uitgewerkt. Daarom moet er veel meer druk op de ketel komen om een aantal dingen goed uit te werken. Er zijn echter al veel organisaties op alle mogelijke manieren bezig om dat te doen voor bijvoorbeeld locaties en personele consequenties. Wij hebben daarvoor overigens andere plannen voorgesteld; die heb ik tijdens de vorige hoorzitting onder de aandacht gebracht. Ik ben het met mevrouw Kriens eens dat die twee voorstellen in ieder geval moeten doorgaan, maar ik zie echt niet in wat het probleem is als je iets meer tijd neemt voor de Wlz en als je die een jaar later invoert. Volgens mij moet op korte termijn goed worden uitgezocht waar mensen tussen wal en schip dreigen te vallen, want ik heb dat niet kunnen ontdekken.

Dat wil niet zeggen dat je veel onzekerheid laat bestaan. Wij willen die onzekerheid wegnemen. Daarom pleiten wij ervoor om de aanpassingen in de Wmo en de Zorgverzekeringswet wel per 1 januari in te voeren. De Wlz kan wel doorgaan in die zin dat wij een en ander verder uitwerken waarbij alle punten worden meegenomen die hier zijn genoemd. Dit betekent echter wel dat de wet niet per 1 januari aanstaande kan worden ingevoerd. Je kunt dingen verder uitwerken en de komende driekwart jaar de tijd nemen om dat nog beter te doen dan nu is gebeurd, want wat nu in de wet staat, is echt oud denken. Neem daar de tijd voor, maar schets wel het perspectief waar wij naartoe willen.

De heer **Van Houten** (VRZ Zorgverzekeraars): Ik heb ook gezegd dat ik het verstandig vind dat de Wmo en de wijkverpleging doorgaan. Ik zeg daar wel bij dat dit nog wel heel hard werken vergt in de komende maanden. Op korte termijn moet er complete duidelijkheid ontstaan. Wij denken echter dat het haalbaar is op 1 januari. Ik begreep eerder dat de gemeenten het ook een haalbare zaak achten. Er moet met Pasen nog wel wat geld bij, maar dan komt het allemaal goed, begreep ik. Het verhaal over Wlz en ggz is heel anders. Daar zijn nog heel veel open einden. Wij steunen de richting van het beleid, maar wij vinden het van belang dat die veranderingen niet per 1 januari aanstaande worden ingevoerd.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Ik merk dat er op het terrein van samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar soms nog wel een uitdaging ligt, maar ik zal een inhoudelijke vraag stellen aan de heer Schirmbeck, mevrouw Bolle en de heer Buijsen, zodat we daarover ook iets horen vanuit de wetenschap. Zijn er groepen of functies die nu niet onder de Wlz vallen, maar die daar eigenlijk wel in thuishoren? Met andere woorden: zijn er nu groepen en functies die wij nu niet in ons

vizier hebben? Ik krijg bijvoorbeeld regelmatig een vraag over zwaar gehandicapte kinderen. We hebben de kinderdagcentra geregeld, maar we hebben het ook gehad over logeerfuncties en verblijf. Zijn er dingen die daar eigenlijk onder vallen?

De heer **Schirmbeck**: Het voorbeeld van de kinderdagcentra of kinderdienstencentra is mij uit het hart gegrepen, maar daar heb ik al vaker aandacht voor gevraagd. Wij zitten op dat punt met een enorm lastig vraagstuk, omdat een deel van de kinderen die daar gebruik van maken, in de toekomst waarschijnlijk een beroep zal doen op de Wlz en waarschijnlijk ook op de Jeugdwet. Het probleem daarbij is dat wij nu niet precies weten waar die splitsing ligt. Dat maakt het voor organisaties heel lastig om te bepalen of zij, waar het de Jeugdwet betreft, ook volgend jaar nog worden ingekocht. Als niet duidelijk is hoe dit vanaf 1 januari 2015 zit, besluiten organisaties mogelijk om bepaalde functies af te bouwen om hun risico te beperken. Dat zou buitengewoon treurig zijn, omdat de kans vrij groot is dat we na verloop van tijd met elkaar tot de conclusie komen dat het toch beter was geweest om die functie te houden, maar dat weten we nu niet. Dat is heel lastig.

Daarnaast vind ik het, zoals ook in ons position paper staat, heel ingewikkeld dat de Staatssecretaris het afgelopen jaar een aantal keren ten aanzien van een aantal groepen – ik zal het maar even onparlementair zeggen – met verschillende coderingen uitspraken heeft gedaan over alle vormen van zzp's in allerlei groepen en lagen, terwijl we niet zeker weten of dat straks ook zo geregeld is. Ik geef een voorbeeld. In het wetsvoorstel staat iets over jongeren vanaf 18 jaar met een lichte verstandelijke beperking die behandeling met verblijf nodig hebben. Enerzijds staat in de wet dat zij thuishoren in de Wlz, maar anderzijds zijn de toegangscriteria zodanig omschreven dat cliënten met een zorgwaarde die past bij de zzp's – ik kan het niet helpen; ik moet het zo zeggen – lvg 1, lvg 2 en waarschijnlijk ook lvg 3, geen toegang hebben tot de Wlz. Ik weet niet waar we dan uitkomen. Dat is ingewikkeld. Het zit ons op dit moment vooral dwars dat er in dat schemergebied alles bij elkaar opgeteld een grote groep is die niet weet waar men aan toe is. Daar is nu echt zeer dringend behoefte aan.

Mevrouw **Bolle**: Ik denk dat ik het punt van de tijdelijke opname na een herstelgerichte opname al eerder heb genoemd. Vorig jaar bleek uit cijfers dat eind 2013 700 tot 1.000 mensen per maand een indicatie nodig hadden voor deze tijdelijke opvangmogelijkheid. Daar is herhaaldelijk aandacht voor gevraagd en daar is een tijdelijke voorziening voor getroffen. Nu zou dit binnen de huidige wetgeving onder de Wmo of onder een zorghostel komen te vallen. Enkele groepen zijn door hun lage inkomen of door de aard van de aandoening niet geschikt voor zo'n voorziening. Er moet dus echt bekeken worden of deze tijdelijke voorziening toch kan worden opgenomen in deze wet.

Het tweede punt is zzp 4. In de eerdere blokken is al aandacht gevraagd voor de mensen die tussen wal en schip vallen omdat hun situatie eigenlijk te slecht is om thuis te kunnen verblijven. Zoals bij elke afbakening is het lastige dat er altijd mensen met zzp 5 zijn die misschien thuis kunnen blijven, maar ook mensen met zzp 4 die absoluut niet thuis kunnen blijven. Ga dus vooral uit van maatwerk en creëer dat waar dat nodig is. Hetzelfde zien we bijvoorbeeld bij de afbakening tussen intensieve kindzorg in de aanspraak op wijkverpleging: wat is «intensief» en wat is «gewone kindzorg»? Wanneer gaat het om kindzorg waarbij ook de mogelijkheid van opname nodig is? Het is goed dat dergelijke afbakeningskwesaties goed omschreven zijn, want het grijze gebied moet niet te groot zijn, maar houd ook ruimte voor individueel maatwerk.

De **voorzitter**: Ik ga naar de heer Buijsen, want ook de juridische kennis kan ons volgens mij verder helpen.

De heer **Buijsen**: Ik kan alleen maar zeggen dat er op dit moment vooral veel onzekerheid is. Ik kan dus alleen maar beamen wat mevrouw Bolle zei. Er zijn op dit moment nogal wat ouderen die langer dan nodig in ziekenhuizen verblijven, omdat er geen plek is om verder behandeld te worden in verpleeghuizen.

Mevrouw **Saers**: Ik herhaal dat we de groepen met een bijzondere zorgzwaarte, die echt een zeer intensieve hulpvraag hebben, zowel in de hoogte bij één grondslag als in de breedte bij meerdere grondslagen, helemaal niet terugzien in de Wlz. De wet is gericht op de intramurale setting. Mensen die thuis wonen, komen daarin onvoldoende aan de orde. Die groepen zou ik dus nog willen toevoegen.

De heer **Van 't Wout** (VVD): Voorzitter. Ik dank alle aanwezigen voor hun inbreng. In deze en ook in de vorige ronde kwam een paar keer naar voren dat er iets mis is met de huidige AWBZ: we financieren op productie en we controleren op protocollen, maar heel slechte instellingen kunnen gewoon doorgaan en heel goede instellingen en heel goede zorgleveranciers hebben er vooral heel veel last van. Wat zouden we concreet in die wet moeten wijzigen? Het is altijd heel makkelijk om dan «vraaggericht werken» te roepen, maar wij sturen als politiek met wetten en met geld. Hoe kun je dit concreet omdraaien?

Daarnaast vond ik het opvallend dat op instigatie van de Kamer in de vorige ronde juist een paar zorgaanbieders vertegenwoordigd waren die op deze manier werken en dat zij absoluut niet pleiten voor uitstel van de Wlz. Dat mag ook wel even gemarkeerd worden. Juist de clubs die het doen zoals wij het graag zien, zijn dus niet voor uitstel.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik denk dat het die clubs te heet onder de voeten wordt.

De heer **Van 't Wout** (VVD): Of we luisteren goed naar de praktijk bij de instellingen die het goed doen, mevrouw Keijzer. Dat lijkt mij buitengewoon verstandig.

De **voorzitter**: Het debat vindt later plaats, collega's.

De heer **De Blok**: De rode draad in wat ik de afgelopen zeven jaar probeer te zeggen, is dat de dynamiek van een oudere in zijn ziekteproces niet terug is te zien in de voorzieningen. Dat is een probleem met de levensloop: hoe ontstaan problemen en hoe bied je daar op het juiste moment passende oplossingen voor? Volgens mij regel je dat niet in wetten, maar veel meer in de dagelijkse dynamiek in de wijk. We hebben de afgelopen 20 à 25 jaar instituties gecreëerd die steeds minder mee bewegen op datgene wat er in de wijk gebeurt. Ik vind dat we nu in de wetten te veel uitgaan van die instituties en te weinig van problemen van mensen, oplossingen voor die problemen en het volgen van de resultaten van datgene wat je doet. Ik vind dus dat we veel meer zouden moeten inzetten op innovatie, in de richting van experimenten met allerlei kleine woonvoorzieningen die een alternatief kunnen zijn voor de huidige verpleeg- en verzorgingshuizen. Ik ben het helemaal met mevrouw Hoogendijk eens: wij onderschatten hoeveel druk er op de mantelzorgers komt, maar als je het omdraait en de mantelzorgers op een goede manier gaat ondersteunen, neemt de draagkracht enorm toe. Ik heb af en toe het idee dat wij de druk opvoeren omdat we denken dat mensen dan niet in het formele zorgcircuit terechtkomen, terwijl je de problemen daardoor volgens mij juist verergert. Heel basaal zouden we volgens mij dus terug

moeten naar het redeneren vanuit het perspectief van de mensen die de zorg nodig hebben, door te kijken naar uitkomsten en vakmanschap dat goede uitkomsten levert en door kennis te ontwikkelen over nieuwe alternatieven voor het oplossen van de bestaande problemen.

De heer **Koster**: Ja, ik voel me wel een beetje aangesproken door de heer Van 't Wout, want er zaten ook leden van ons bij. Om maar even met een niet-lid te beginnen. De heer Hazelaar gaf aan dat hij geen voorstander is van uitstel maar dat hij vindt dat de wet nog veel te veel instellingsgericht is en te veel oud denken. Dat vind ik dus ook. Ik zeg ook niet dat die wet niet moet doorgaan; ik zeg alleen: neem de tijd om die wet zodanig te wijzigen dat hij veel meer aansluit bij wat cliënten willen en dat de professional veel meer de ruimte krijgt. De beweging steunen wij. Dat kent men ook van ons. Ik vind alleen dat je, nu je de kans hebt, een goede wet moet maken die op die zaken aangepast is. Volgens mij vinden de heer Hazelaar en anderen dat ook.

Iets anders is het vertalen van de effecten van de wet in de sociale structuur. Dit jaar doen we de eerste ervaringen op met mensen met een zvp 3 die langer thuis blijven wonen. Mogen we dan even gewoon ervaring opdoen met hoe dat past, of de zorg thuis daar goed op aansluit, of de mantelzorg daar goed in ondersteund wordt? Ik denk dat we kunnen leren van de dingen die we daarbij tegenkomen. Hetzelfde geldt voor de categorie mensen met een zvp 4. Ik verwijs naar de heer Schots van Sint Fransiscus en naar wat Joost de Blok heeft gezegd over de sociale structuur in de wijk. Je ziet bijvoorbeeld dat kleine huizen op het platteland een heel goede ondersteuning zijn van die sociale structuur. Wij pleiten er ook niet voor om de oude manier van financiering van verzorgingshuizen in stand te houden, maar wij moeten de organisaties wel de kans geven om zich om te bouwen naar een plek waar mensen zelf kunnen wonen, daar zelf voor kunnen betalen, maar waar wel een aantal van die functies ondersteund kunnen worden. Die beweging gaat nu veel te snel. Daarmee breek je onnodig sociale infrastructuur af.

De heer **Nies**: Heel veel zal te maken hebben met hoe er lokaal wordt samengewerkt en hoe partijen met elkaar oplossingen vinden. Dat kun je niet via de wet regelen. Je kunt wel bevorderen dat er dat soort samenwerkingsmechanismen tot stand komen. In het wetsvoorstel staat een innovatieartikel. Ik zou het interessant vinden wanneer er met dat innovatieartikel ook de mogelijkheid bestaat dat er stukjes uit de Wlz naar de Zorgverzekeringswet of naar de Wmo gaan, daar waar men erin slaagt om heel goed thuiszorg, zorg aan huis of het alternatief te organiseren. Dat hoeft niet een heel groot bedrag te zijn. Het gaat erom dat er een stukje te schuiven valt en dat je het als het ware beloont om goede eerstelijnszorg, goede thuiszorg en goede alternatieven te ontwikkelen. Dan zou je in de wet in feite beloningen inbouwen voor het resultaat. Wanneer het systeem budgetgestuurd is, wordt het budget hoe dan ook opgemaakt en elk budget gaat een eigen leven leiden. Ik denk dat we overloopjes moeten creëren tussen de verschillende systemen, dat het heen en weer kan gaan al naar gelang wat nodig is en wat op lokaal niveau ook als wijs bevonden wordt, waarbij verzekeraars, gemeenten, aanbieders en cliënten iets te zeggen moeten hebben. We zijn tenslotte in Nederland.

De heer **Van Eijck**: De heer Van 't Wout stelt een buitengewoon interessante vraag, maar ik vraag mij af of hij op mijn antwoord zit te wachten omdat het toch een beetje het voorhouden van de spiegel is. Misschien is het goed om als buitenstaander te bekijken hoe het budget en de financiering van de zorg is geregeld. Dat begint met de Miljoenennota door vast te stellen dat het budget voor de zorg een bepaald percentage van het bruto binnenlands product mag zijn. Die relatie ontgaat mij

overigens, maar goed. Dus dat is een eerste relatie. Dat heeft alles te maken met het koopkrachtplaatje, met de premiebetaling en dergelijke. Vervolgens is het budget vastgesteld en wordt er gekeken hoe we het gaan financieren. Dus wat doet iemand zelf, wat krijgen we via premies binnen, wat doet de belastingbetaler, et cetera. Dan is de financieringsvraag aan de orde gesteld en dan is er over wat er naar de zorgaanbieders kan. Dus dan wordt er overleg gepleegd met ggz en met de ziekenhuizen en andere zorgaanbieders. Dan wordt er gevraagd: wat kunnen jullie hiervoor bieden? Dan komt er bijvoorbeeld uit dat er 30% minder bedden in de zorg mogelijk zijn of iets dergelijks. Vervolgens gaan we naar de patiënt en zeggen we: kijk, dit hebben we voor je geregeld. En dat is best gek! In feite zou je het proces moeten omdraaien. Je zou je in eerste instantie gewoon lokaal moeten afvragen wat de zorgvraag van de patiënt is. En dan zou je je moeten realiseren dat de informele zorg daar in eerste instantie misschien voor een klein stukje met de mantelzorgers en dergelijke een antwoord op kan geven. En dan weet je wat de professionele zorg is die daaromheen moet worden georganiseerd. Dan zou je pas toekomen aan het vraagstuk van wat het benodigde budget is. Dan komt de politiek om de hoek met de vraag: hoe gaan we dat financieren? Dus af en toe bekruipt ons wel eens het gevoel dat de zaken omgekeerd worden hier. Maar misschien zat de heer Van 't Wout niet op dit antwoord te wachten.

Mevrouw **Bolle**: De vraag was hoe we innovaties kunnen realiseren en welke uitkomsten van zorg we wenselijk vinden. Dat begint ook bij het vakmanschap van de zorgverlener. In mijn inleiding heb ik kort gerefereerd aan opleidingen die soms gegeven worden aan verzorgenden IG, waarbij heel veel verantwoordelijkheden en taken bij hen neergelegd worden. Zij hebben echter amper voldoende opleiding daarvoor en amper praktijkervaring. Daar zit een disbalans in. Ik denk dat we daar ook naar moeten kijken. Ik denk dat we ook fundamentele keuzes moeten maken bij het inzetten van een hoger deskundigheidsniveau in deze sector. We hebben het deskundigheidsniveau een heel lange tijd laten afkalven naar een steeds lager niveau. Dan krijg je zo iets als onbewust onbekwaam. Je kunt een zorgverlener niet verwijten dat hij niet ziet welke mogelijke hiaten er in de zorgverlening zijn en welke risico's voor bepaalde aandoeningen als hij daar geen opleiding voor gekregen heeft. Willen we daadwerkelijk een betere kwaliteit van zorg, dan moeten we daar goede deskundige hulpverleners voor inzetten.

Mevrouw **Saers**: Ik wil nog iets toevoegen aan de woorden van de heer Van Eijck. Zijn woorden zijn mij uit het hart gegrepen. Begin bij het persoonlijk plan, zoals wij dat noemen. Begin bij de hulpvrager zelf. Kijk wat hij zelf kan, wat zijn naasten kunnen en kijk dan wat er aanvullend nodig is. Maak dat persoonsvolgend. Persoonsvolgende financiering, waar het pgb een onderdeel van is, zal een enorme vernieuwing geven binnen de zorg. Dan komt die vernieuwing echt vanzelf. Kijk maar naar het pgb. Het zal uiteindelijk ook veel goedkoper functioneren. De Coalitie Eigen Regie waar een aantal koepels van aanbieders maar ook aan de cliëntenkant MEE Nederland en Mezzo inzitten, hebben dat al eens geprobeerd uit te rekenen. Dus ik wil daar nog eens een pleidooi voor houden.

Mevrouw **Hoogendijk**: Mevrouw Saers zegt wat ik ook graag had willen zeggen, namelijk dat we moeten beginnen bij degene die de zorg vraagt en de omgeving. Daarbij is overigens, zoals soms wel gedacht wordt, niet alleen sprake van volgtijdelijkheid in de zin van wat men zelf kan en wanneer het systeem vastloopt. Ik vind dat in de Wlz moet worden opgenomen dat het samenspel met de professional op een goede manier wordt vormgegeven, waarbij mensen kunnen aangeven wat zij willen, wat

zij kunnen en hoe dit bij hun leven past. Tenzij je alle wetten overboord gooit, zul je dat met name langs de lijn van innovatieve projecten moeten doen. Mezzo pleit ervoor dat er ruimte voor innovatie komt binnen de kaders waarmee we met elkaar van doen hebben. Ik herhaal nog maar eens dat de oproep dat burgers langer en meer voor elkaar moeten zorgen enigszins haaks staat op de systematiek van de voorliggende wetgeving. Dat hoeft geen bezwaar te zijn, maar je moet je wel erg bewust zijn van welke methodieken je mensen meegeeft om het zelf te doen.

De **voorzitter**: We hebben nog wat tijd over. Er is nog gelegenheid tot het stellen van korte vragen.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Deze materie is complex en best ingewikkeld. Dus een korte vraag is lastig. Ik heb nog even doorgedacht over de persoonsvolgende bekostiging. In de voorgaande ronde is besproken dat je niets aan persoonsvolgende bekostiging hebt als je tien keer kunt kiezen tussen instellingszorg. Als je tegelijkertijd wilt financieren op basis van resultaten, wat mij verstandig lijkt, weet ik niet of persoonsvolgende bekostiging in het verlengde ligt van het bekostigen op basis van resultaten. Dan kom je ook weer bij de vraag wie bepaalt wat een passend resultaat is als kwaliteit van leven iets is wat mensen zelf aan moeten geven. Ik werp deze vragen maar op, omdat ik ervan overtuigd ben dat het bekostigingsmodel innovatie op dit moment in de weg zit. Daar ben ik van overtuigd. Maar ik heb nog niet helemaal scherp welk bekostigingsmodel we dan moeten introduceren, misschien ook in de wet. Een verbod op P maal Q lijkt mij sowieso verstandig. Dat zou al een enorm revolutionaire stap zijn. Maar hoe krijgen we dan vervolgens die combinatie van zeggenschap en innovatie op de wagen?

De heer **Koster**: Ik denk dat dit heel goed kan werken, omdat je daarbij uitgaat van de cliënt zelf. Hij of zijn directe omgeving kan het best de ondersteuningsvraag formuleren. Er zal in welk systeem dan ook een scherpe toegang zijn, en dat is maar goed ook. Bij de Wlz is dat het CIZ, bij alle andere zijn daarover ook afspraken gemaakt. Dit gaat dus niet om onbeheersbaarheid. Als je een beroep mag doen op de Wlz, de Wmo of de Zorgverzekeringswet, is er uiteindelijk ergens iemand die daar toegang toe geeft. Als het zo ver is, zouden wij er voorstander van zijn om dat op basis van een persoonsvolgend budget te doen. Het hoeft niet op iemands bankrekening te komen, het kan ook een trackingsrecht zijn of wat dan ook. De cliënt moet dan wel zelf zo veel mogelijk kunnen kiezen waar hij zijn zorg kan krijgen en hoe hij die ingericht wil hebben. Je ziet dat daaruit de meeste innovatie komt.

Het tweede argument is als volgt. In alle plannen zullen mensen in toenemende mate een deel zelf moeten betalen. Dat geldt natuurlijk ook voor mensen die iets meer te besteden hebben; dat zien we nu al met vermogen en in de toekomst zal het ook met inkomen het geval zijn. Als je zelf een deel moet betalen, is het natuurlijk wel heel raar dat een ander beslist waar je je zorg moet inkopen en hoe je een en ander moet invullen. Dit is een reden te meer om vooral die kant op te gaan.

Mevrouw **Saers**: Ik wil nog iets toevoegen aan het betoog van de heer Koster. In zo'n persoonlijk plan worden ook resultaten afgesproken. Volgens mij kan dit allemaal heel goed samengaan. Het is geen kwestie van pappen en nathouden; er moeten ook ontwikkelingsmogelijkheden in worden beschreven. Mensen moeten vaak aan een situatie wennen en ze kunnen met hun beperkingen stapje voor stapje wat zelfstandiger worden. Dat kun je allemaal als resultaat vastleggen in zo'n persoonlijk plan. Het zou goed zijn om elk jaar te volgen of die resultaten worden behaald. Als het niet goed uitwerkt, heeft die persoon ook weer een keus. Natuurlijk is dit wat ingewikkelder bij intramurale zorg, maar het is niet onmogelijk. Ik

denk dat van tevoren drie keer beter nadenken en echt goed bekijken wie de hulpvraag goed kan invullen, veel beter werkt met zo'n persoonsvolgende financiering.

De heer **De Blok**: Ik wil even de andere kant hiervan benadrukken. Soms heb je het idee dat de bekostiging helemaal niets te maken heeft met wat je doet en waarover mensen tevreden zijn. Wij houden helemaal geen rekening met indicatie of met wat is vastgesteld; wij proberen problemen op te lossen. Als je dat goed doet, zijn de mensen daar tevreden over. De ene keer kom je uit op 40% en de andere keer op wat meer. Daarom denk ik dat je beter naar gemiddelden kunt kijken. Zodoende wordt de professional ook niet steeds lastiggevallen met allerlei grenzen waaraan hij zich moet houden bij het bedenken van goede oplossingen. Ik snap het punt van mevrouw Saers heel goed, maar in 20 jaar tijd hebben we wel een situatie gecreëerd waarin de bekostiging geheel leidend is geworden bij wat we doen, in plaats van vakmanschap en de specifieke situaties.

Mevrouw **Marijnissen**: Misschien kan ik hier nog iets over zeggen vanuit het oogpunt van de werknemers in de zorg. We zien zoets al in gemeenteland, bij de huishoudelijke zorg. Gemeenten plakken er dan een etiketje op: «lumpsumfinanciering», «resultaatbekostiging» en noem maar op. Wij vrezden de combinatie met de bezuinigingen: die maakt alles wel een beetje eng. Wij zien in de huishoudelijke zorg dat de indicaties eigenlijk worden teruggeschroefd omdat er minder geld is. Ik denk dat niemand hier, inclusief de zorgverleners, zit te wachten op uurtje-factuurtje. Heel vaak wordt ergens een labeltje «resultaatfinanciering» opgeplakt, terwijl van de zorgverlener eigenlijk wordt verwacht dat hij hetzelfde werk verricht; die oudere heeft immers niet meteen minder zorg nodig. Maar doordat het op een andere manier wordt benoemd, schiet de werkdruk wel enorm omhoog. De mensen hebben minder tijd want er is minder geld beschikbaar, maar ze moeten wel dezelfde prestatie leveren. Dit leidt direct tot een hogere werkdruk voor het personeel. Ik zou dit graag meegeven. Als de Kamer nadenkt over dat soort bekostigingsrichtingen, laat haar dan ook alsjeblieft letten op de werkdruk voor het personeel die deze meebrengen.

De heer **Nies**: We zitten nu in de situatie dat de oplossing een probleem is geworden en eigenlijk zouden we terug moeten naar de situatie dat we een probleem oplossen. Het stelsel met aanspraken leidt tot de neiging om zoveel uur dit en zoveel uur dat te leveren of te realiseren, terwijl men niet meer gericht is op het oplossen van een probleem en op de mogelijkheden daartoe. In de gehandicaptensector denken we over hoe we met zorgplannen et cetera omgaan. Dat helpt daar enorm bij. Volgens mij is het dus belangrijk om «aanspraken» niet al te letterlijk te nemen als «aanspraken op een bepaalde hoeveelheid product», maar wel als «aanspraken op een oplossing». Dat kunnen we afspreken met elkaar. Ik realiseer me dat het lekker abstract is geformuleerd, maar volgens mij moeten we wel in die richting gaan denken.

Mevrouw **Siderius** (SP): Ik heb nog een vraag over de rechtspositie van de mensen in de zorg. In de Wmo komt het recht op zorg eigenlijk te vervallen, terwijl dat in de Wlz eigenlijk overeind blijft. Men kan straks dus geen recht op dagbesteding doen gelden, maar wel op verzorging. Ik ben benieuwd naar wat de heer Buijsen van die rechtsongelijkheid vindt. Zou dit in die drie verschillende wetten niet gelijk moeten worden getrokken?

De heer **Buijsen**: Helaas hebben we gekozen voor een complex stelsel van gezondheidszorg. Daarstraks is stilgestaan bij de verschillen. U moet zich goed realiseren dat de stelsels in de cure en in de care heel erg zijn gaan verschillen. We hebben gekozen voor gereguleerde concurrentie in

de cure, maar in de care zijn we daarvandaan gebleven. In de Wmo hebben we gekozen voor weer iets heel anders. Met betrekking tot de Wet langdurige zorg, niet de Wmo, vind ik het wel winst dat er zoveel nadruk wordt gelegd op het zorgplan. In het zorgplan worden de afspraken gezet tussen de zorgaanbieder en de verzekerde. Aan die afspraken ontleent men rechten. Ik vind dat wel winst ten opzichte van de oude AWBZ, die werkte met zzp's en dergelijke. Men kon daar bepaalde rechten aan ontnemen, maar het was meer een eenheidsworst. Ik vind het wel belangrijk dat het zorgplan wettelijk verankerd is, dat men recht heeft op een zorgplangesprek en dat er eigenlijk maatwerkvoering is in de gesprekken tussen zorgaanbieders en verzekerden. Dat vind ik duidelijke winst.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Net spraken we al even over de wijkverpleegkundigen. Ik heb begrepen dat er ongeveer 5.000 bij moeten. Ik denk dat het op zich al een probleem wordt om dezen te vinden. Ik hoor graag of dat anders is; dan zou een deel van mijn zorgen weg zijn. Ik hoor graag of het volgende een probleem op gaat leveren. In de aanspraak op wijkverpleging is opgenomen dat ook de behandelaar mag worden betrokken bij de inzet van de wijkverpleegkundige. We moeten dit zien als een soort verwijzing. Eerst heeft men dus een briefje van de huisarts, medisch specialist, verpleeghuisarts of ouderenverpleegkundige nodig. Is het wenselijk om dit zo te organiseren? Mij bekruipt namelijk de verwachting van een enorme werkdruk voor huisartsen. Ook kan de deskundigheid van de wijkverpleegkundige worden overruled. Eigenlijk zijn we zo weer regels aan het bedenken. Ik hoor graag een antwoord op die vraag.

Mevrouw **Bolle**: Ik wil allereerst reageren op de capaciteitsvraag. In de arbeidsmarkt cijfers kun je zien dat er nu al 8.000 à 9.000 hbo-opgeleide verpleegkundigen extramuraal werken. Het is wel de vraag of dat allemaal wijkverpleegkundigen zijn, want er zijn allerlei andere groepen van hbo-verpleegkundigen die extramuraal werken; denk hierbij aan de sociaal verpleegkundigen, de jeugdverpleegkundigen et cetera. Hoeveel wijkverpleegkundigen het betreft, weten we nu dus niet. Er zou eigenlijk een goede capaciteitsraming moeten komen. En met «wijkverpleegkundigen» heb ik het echt over een hbo-opgeleide verpleegkundige, die voldoet aan het expertisegebied wijkverpleging zoals de V&VN dit heeft opgesteld. Daarin staan de competenties omschreven die men nodig heeft om als wijkverpleegkundige te kunnen werken. Die gaan niet alleen over zorg verlenen, maar juist ook over de samenhang van taken als zorgverlener en coördinator, en over signalering, preventie et cetera. Het is dus een brede, generalistische functie.

Daar lopen nu ook al scholingsprogramma's voor. Zo wordt de uitstroom hbo-v nu al onder de loep genomen. Er is ook een traject bij ZonMw waar gelden van de zichtbare schakels ingezet worden om meer wijkverpleegkundigen op te leiden en om het deskundigheidsniveau van de huidige groep van verpleegkundigen op te hogen. Dus dat even ten aanzien van de capaciteit. Nogmaals, we weten niet of we er dan al zijn, maar daar zou eigenlijk een goede raming voor moeten komen.

De tweede vraag gaat over de toegang tot de zorg, de aanspraak wijkverpleging. Het meest slechte wat je kunt doen, is de toegang beperken door eerst om een diagnose door een huisarts of een medisch specialist te vragen voordat men toegang krijgt tot die wijkverpleegkundige zorg, zeker als je het hebt over zorgtaken als vroegsignalering en preventie. Het gaat er dus om om even achter de voordeur te kijken als het even niet goed gaat met iemand die nog niet in een zorgtraject zit. Je moet het niet willen dat men eerst langs een huisarts moet, want er is nog geen sprake van een relatie. Een huisarts en een wijkverpleegkundige moeten wel goed met elkaar samenwerken, maar dat is juist wat we al

tijden beogen met deze overheveling. Die toegang moet dus vooral niet op slot worden gezet. Belangrijk is de vrije toegankelijkheid van de aanspraak wijkverpleging door burgers die deze nodig hebben of mensen die een vraag hebben.

De heer **Van Eijck**: Er valt weinig aan toe te voegen want ik ben het daar helemaal mee eens. Die wijkverpleegkundige is absoluut goud waard en ik lees ook met interesse alle bespiegelingen over twee spullen in de zorg en dat je dan de regie kwijt zou zijn. Dat laatste is onzin. Die wijkverpleegkundige en die huisarts zijn een tandem, een team dat het samen oplost, elk vanuit een totaal eigen verantwoordelijkheid. De wijkverpleegkundige is in staat om ter plekke veel meer te zien dan de huisarts; die kan op medisch-inhoudelijke gronden met de huisarts overleggen over farmacotherapie en tal van zaken maar die heeft ook de opdracht om iets te signaleren rond eenzaamheid, schuldhulpverlening, achterstallige huurbetalingen en wat al niet meer. Daar moeten wij niet mee lastiggevallen worden, want ieder heeft daarin zijn eigen taak. Twee spullen in de zorg, dat lijkt wel een feest.

De heer **De Blok**: Volgens mij zijn er ongeveer 5.000 van wie er 3.000 bij ons werken. Het hoeft niet zo ingewikkeld te zijn. Als je de wijkverpleegkundige en de huisarts gewoon hun werk laat doen, dan zoeken ze samen wel de oplossingen die nodig zijn. Dus de problemen worden steeds bedacht vanuit structuren en systemen en af en toe vanuit wetten. Dus ik zou eigenlijk willen vragen om ons niet te veel voor de voeten te lopen. Laat gewoon de mensen hun werk doen. Dan komen die andere dingen vanzelf wel tot stand. Bovendien: mijn jongste zoon doet ook de opleiding. Dus voor de toekomst is ook al gezorgd.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Bij de huidige AWBZ hebben we een regionale structuur met zorgkantoren. Straks gaan we naar een afgeslankte vorm van de AWBZ, de Wet langdurige zorg. Is dan nog steeds een regionale structuur nodig? Ik stel die vraag aan de heer Van Houten en wellicht dat ook de heren Nies en Schirmbeck er op kunnen antwoorden.

De heer **Van Houten**: Ik denk het wel. Er is gekozen voor regionale oriëntatie om de zorg zo dicht mogelijk in de buurt van de verzekerden te organiseren, of het nou gaat om Wmo-zorg, wijkverpleging of Wlz-zorg. Belangrijke vraag daarbij is wel of we het vanuit drie gradaties gaan organiseren. Krijgt de Wlz een andere aansturing qua regio-indeling dan de Wmo en de wijkverpleging? Dus ik vind het wel van belang om gedrieën te bekijken wat de beste aansturing oplevert. Het principe van het zo goed mogelijk om de verzekerden heen organiseren van de zorg, betekent dat je moet kiezen voor een regionale benadering, ook voor de Wlz.

De heer **Nies**: Tegenwoordig is iedereen voor populatiegerichte en gebiedsgerichte bekostiging. Dat is technisch hartstikke ingewikkeld, maar een voorwaarde is dat we het in ieder geval eens zijn over de regio's. Het zou dan ook fijn zijn als er tussen die regio's op gemeentelijk niveau en op zorgkantoorniveau samenhang zou zijn, zodat het op z'n minst stapelbaar is. Het is ook van belang dat er vanuit de zorgverzekeraars een goede dialoog is met de gemeenten. Op dit moment is dat soms het geval maar dus niet altijd. Het is van belang om die werelden bij elkaar te brengen.

De heer **Schirmbeck**: Wij denken dat het in de Wlz gaat om kwetsbare mensen met een beperking die levenslange en levensbrede zorg nodig hebben. Wij denken ook dat het bij het langdurige karakter van die zorg zou passen dat je de uitvoeringsstructuur zo eenvoudig mogelijk maakt.

Dus consistente, heldere en eenvoudige landelijke regels en vooral ook meerjarige afspraken. Het heeft geen zin om elk jaar naar iemand die ernstig beperkt is, te kijken hoe het daarmee gaat. Daar zouden we wat mij betreft mee op moeten houden. Dat is iets anders dan het debat over wel of geen zorgkantoren, want dan krijg je zo'n discussie over instituten. Je zou kunnen nadenken over de vorm, maar laat het alsjeblieft landelijk helder zijn wat de kaders zijn waarbinnen de gehandicaptenzorg vanuit de Wlz wordt geregeld.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): De reden waarom ik die vraag stel, is dat we als Kamer vaak horen dat er verschillen zijn tussen zorgkantoren waar het gaat om de toepassing van wet- en regelgeving. Vandaar mijn vraag of u geholpen zou zijn met een versimpeling van de uitvoering. Ik ben het overigens met u eens dat het niet gaat om de instituten maar om de manier waarop cliënten worden behandeld.

De heer **Schirmbeck**: In ons position paper gebruiken we de woorden «een jaarlijks inkoopcircus van 32 zorgkantoren». Daar heeft dit mee te maken. Dit helpt niet.

De heer **Van 't Wout** (VVD): Ik heb nog een vraag aan de heer Schirmbeck. Hij begon zijn inleiding met de opmerking dat in deze wet veel meer een onderscheid moet worden gemaakt tussen gehandicaptenzorg en ouderenzorg. Kan hij dat wat concretiseren in de zin wat dit betekent voor het wetsvoorstel en de toekomst van de zorg?

De heer **Schrimbeck**: Ik heb net al geprobeerd een aanzet te geven. Het lijkt mij verstandig om te kijken naar een eenvoudiger uitvoering, landelijk aangestuurd en met meerjarenafspraken. Dat is niet onbelangrijk. Verder noem ik het eigen perspectief voor de langdurige gehandicaptenzorg. Ik denk dat we het er in dit land wel over eens zijn dat de langdurige zorg voor ouderen er anders uitziet dan die voor gehandicapten. Het zou dan ook goed zijn dat daarvoor in de Wlz ook erkenning komt en dat je dit in al zijn aspecten doorvoert, dus niet alleen waar het gaat om de inkoop, maar ook als het gaat om toezicht en kwaliteit. Daar zijn legio gedachten over. Er zit wel een aanzet in de wet maar wij vinden die onvoldoende ambitieus.

De heer **Van Scherpenzeel**: Ik ben het daar volledig mee eens. Ouderenzorg heeft specifieke onderwerpen die de gehandicaptenzorg niet heeft en andersom. Dus dat kun je niet over een kam scheren. Daar moet afzonderlijke aandacht voor blijven bestaan.

De **voorzitter**: Dan zijn we hiermee gekomen aan het eind van de derde sessie van dit rondetafelgesprek. De gasten die we in dit laatste blok hadden, hebben veel gezegd waardoor wij als Kamerleden denk ik ook beter in staat zullen zijn om tot een oordeel te komen over de wet. Ik wil u allen hartelijk danken. Verder dank ik de mensen die dit op de tribune of thuis hebben gevolgd, en uiteraard ook dank aan de aanwezige Kamerleden voor hun inbreng.

Sluiting 17.40 uur.