

Vergaderjaar 2004–2005

29 389

Vergrijzing en het integrale ouderenbeleid

Nr. 4

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 december 2004

Op verzoek d.d. 14 september 2004 van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Themacommissie Ouderenbeleid, doe ik u hierbij mijn standpunt toekomen over de bevindingen van het rapport «Ouderen nu en in de toekomst, Gezondheid, verpleging en verzorging 2000–2020» van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en het Sociaal en Cultureel Planbureau (VWS04-942). Dit rapport is gemaakt met het oog op de ontwikkeling van een kabinetsvisie op de vergrijzing en het integrale ouderenbeleid. Het is u ter informatie toegezonden bij mijn brief van 8 juli 2004 (DVVO/IOB/-U-2496266) in vervolg op een afspraak met de Themacommissie Ouderenbeleid.

Ik geef hier graag aan hoe ik de bevindingen van het rapport beoordeel en hoe ik deze tot nu toe heb gebruikt.

Het RIVM en het SCP zijn er met dit rapport naar mijn oordeel uitstekend in geslaagd om bouwstenen aan te dragen voor de ontwikkeling van een lange termijnvisie. Ze bieden inzicht in de oudere van de toekomst voor de factoren die van invloed zijn op gezondheid, zelfstandigheid en zorgafhankelijkheid.

Het eerste deel van het rapport (tot en met hoofdstuk 4) gaat in op de gezondheid van (toekomstige) ouderen. De levensverwachting is toegenomen en zal naar verwachting verder stijgen. Tegelijkertijd is bij de meeste chronische ziekten sprake van een stijgende trend, bovenop die van de vergrijzing. Maar ziekten kunnen steeds beter worden behandeld en er komen steeds meer en betere hulpmiddelen ter beschikking. Het aantal jaren zonder lichamelijke beperkingen is mede daardoor toch toegenomen. Deze trend zal zich volgens de onderzoekers versterkt kunnen doorzetten. Dit mede dankzij de veelbelovende aanknopingspunten voor preventie en curatieve zorg om de kwaliteit van leven verder te verbeteren en de vraag naar langdurige zorg te verminderen. Volgens de onderzoekers beïnvloedt de kwaliteitsontwikkeling in preventie en (ouderen)zorg in veel sterkere mate dan de toename van het aantal

ouderen de kosten van de langdurige zorg in de periode tot 2020. Deze kwalitatieve ontwikkeling bepaalt ook of de trend zal doorzetten dat ouderdom veel minder en veel later dan in het verleden met de spreekwoordelijke gebreken komt.

Het tweede deel van het rapport biedt inzicht in de factoren die de ontwikkeling van de vraag naar AWBZ-gefinancierde verpleging en verzorging bepalen. Hierbij spelen naast de toename van het aantal ouderen kenmerken als de samenstelling van het huishouden, het opleidingsniveau en het inkomen een rol. Met name voor het gebruik van huishoudelijke verzorging en verpleging thuis is de sociaal-economische positie van grote invloed. Omdat onder de ouderen het aandeel kwetsbaar geachte groepen als 80-plussers, vrouwen en alleenstaanden daalt, zal het gebruik van huishoudelijke verzorging en verpleging thuis veel minder sterk stijgen dan het aantal ouderen. Oplossingen voor beperkingen worden op lokaal niveau of in eigen kring gevonden. De vraag van mensen met ernstige zorgproblemen naar voorzieningen waar meer zorg wordt geboden is veel minder afhankelijk van andere persoonskenmerken. Die voorzieningen hoeven niet de traditionele hulpvormen van verzorgings- of verpleeghuizen te zijn. De raming voor de opname verzorging en verpleging moet niet zozeer gezien worden als een raming van het aantal voorzieningen maar als een schatting van het aantal mensen dat voldoet aan profielen gebaseerd op gezondheidskenmerken en beperkingen. Bij die profielen zijn vaak ook oplossingen in de eigen woon- en levenssfeer mogelijk.

Ik heb de resultaten van het onderzoek betrokken bij de voorbereiding van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Onder andere mijn antwoord op Kamervraag 128 (TK 2004–2005, 29 538, nr. 4) heb ik mede gebaseerd op de conclusie uit het rapport dat het feitelijk gebruik van AWBZ-voorzieningen niet alleen afhangt van objectieve gezondheidskenmerken maar ook van kenmerken zoals de opleiding en het inkomen. De van gezondheidskenmerken afgeleide potentiële vraag naar AWBZ-voorzieningen is veel groter dan het feitelijke gebruik van AWBZ-voorzieningen. Het verschil ontstaat vooral doordat mensen in verband met een hoger inkomensniveau en/of een hoger opleidingsniveau eerder kiezen voor andere oplossingen zoals mantelzorg en zelforganisatie van huishoudelijke zorg en ondersteuning. Door gedragsverandering als gevolg van het loslaten van beheersingsinstrumenten neemt het verschil tussen de potentiële vraag en het feitelijke gebruik echter geleidelijk af. Ook de introductie van het persoonsgebonden budget speelt hierbij een rol. Nog los van de vergrijzing zou de gedragsverandering tot een verduubeling van het AWBZ gebruik kunnen leiden.

Zowel het RIVM/SCP-rapport als het in oktober 2004 door het SCP uitgebrachte rapport «Verpleging en verzorging verklaard» zijn gebaseerd op een model dat uitgaat van het huidige gebruik van mensen. De voorkeur van de mensen voor voorzieningen is onbekend. Voor een systeem van zorg en ondersteuning dat maatwerk kan leveren, zoals met de WMO en de gemoderniseerde AWBZ het geval zal zijn, is het zaak om de feitelijke behoefte van mensen in kaart te brengen aan de hand van «zorgwensen-onderzoek». Dergelijke onderzoeksgegevens zijn nu nog niet voorhanden. Daarvoor is onderzoek in gang gezet.

In het visiedocument over ouderenbeleid in het licht van de vergrijzing, dat ik u uiterlijk in maart 2005 zal toezenden, geef ik vanuit een meer integraal lange termijnperspectief aan hoe ik de belangrijkste bevindingen van het RIM/SCP-rapport meeneem bij mijn beleidsvoorbereiding.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp