

Vergaderjaar 2003–2004

28 951

Wonen, zorg en welzijn van ouderen

Nr. 3

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 1 oktober 2003

¹ Samenstelling:

Leden: Duivesteijn (PvdA), Giskes (D66), ondervoorzitter, Crone (PvdA), Rouvoet (CU), De Vries (VVD), voorzitter, De Haan (CDA), Atsma (CDA), Vendrik (GL), Halsema (GL), Kant (SP), Blok (VVD), Ten Hoopen (CDA), Balemans (VVD), De Pater-van der Meer (CDA), Van As (LPF), Rambocus (CDA), Gerkens (SP), Van Vroonhoven-Kok (CDA), Varela (LPF), De Nerée tot Babberich (CDA), Aptroot (VVD), Blom (PvdA), Douma (PvdA), Stuurman (PvdA), Heemskerk (PvdA), Van Dam (PvdA), Schippers (VVD).

Plv. leden: Noorman-den Uyl (PvdA), Bakker (D66), Fierens (PvdA), Van der Vlies (SGP), De Grave (VVD), Mosterd (CDA), Kortenhorst (CDA), Van Gent (GL), Duyvendak (GL), De Ruiter (SP), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Schreijer-Pierik (CDA), Hofstra (VVD), Ferrier (CDA), Eerdmans (LPF), Vacature (CDA), Vergeer-Mudde (SP), De Vries (CDA), Hermans (LPF), Mastwijk (CDA), De Krom (VVD), Smeets (PvdA), Van Heemst (PvdA), Smits (PvdA), Boelhouwer (PvdA), Kalsbeek (PvdA), Van Beek (VVD).

² Samenstelling:

Leden: Duivesteijn (PvdA), Hofstra (VVD), Buijs (CDA), voorzitter, Schreijer-Pierik (CDA), Van Gent (GL), Geluk (VVD), Örgü (VVD), Dijsselbloem (PvdA), ondervoorzitter, Snijder-Hazelhoff (VVD), Depla (PvdA), van Oerle-van der Horst (CDA), van As (LPF), van den Brink (LPF), van Bochove (CDA), de Ruiter (SP), Duyvendak (GL), Huizinga-Heringa (CU), Koopmans (CDA), Spies (CDA), Van Lith (CDA), Van der Ham (D66), Van Velzen (SP), Timmer (PvdA), De Krom (VVD), Verdaas (PvdA), Kruijssen (PvdA), Samsom (PvdA).
Plv. leden: Crone (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Mastwijk (CDA), Ormel (CDA), Van den Brand (GL), Luchtenveld

De commissie voor de Rijksuitgaven¹ en de vaste commissies voor Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer² en voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport³ hebben een aantal vragen aan de Algemene Rekenkamer voorgelegd over het rapport «Wonen, zorg en welzijn van ouderen» (kamerstuk 28 951, nrs. 1–2).

De Algemene Rekenkamer heeft deze vragen beantwoord bij brief van 1 oktober 2003. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie voor de Rijksuitgaven,
B. M. de Vries

De voorzitter van de vaste commissie voor Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer,
Buijs

De Voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Terpstra

De adjunct-griffier van de commissie voor de Rijksuitgaven,
Noordsij

(VVD), Oplaat (VVD), Boelhouwer (PvdA), Schippers (VVD), Dubbelboer (PvdA), Algra (CDA), Kraneveldt (LPF), Varela (LPF), Ten Hoopen (CDA), Vergeer-Mudde (SP), Vos (GL), Van der Staaij (SGP), Vietsch (CDA), Sterk (CDA), Haverkamp (CDA), Giskes (D66), Gerkens (SP), Verbeet (PvdA), Balemans (VVD), Waalkens (PvdA), Van Heteren (PvdA), Wolfsen (PvdA).

³ Samenstelling:

Leden: Terpstra (VVD), voorzitter, Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Bakker (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), ondervoorzitter, Arib (PvdA), Vendrik (GL), Kant (SP), Smilde (CDA), Omtzigt (CDA), Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der

Horst (CDA), Vergeer-Mudde (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD).

Plv. leden: Luchtenveld (VVD), Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Griffith, MPA (VVD), Van der Ham (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GL), Gerkens (SP), Mosterd (CDA), Eski (CDA), Dijsselbloem (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GL), Van Loon-Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Blok (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD).

1

Wie worden in dit rapport met de term «ouderen» aangeduid?

Met deze term worden, conform de gangbare definitie, personen van 55 jaar en ouder aangeduid. Het onderzoek heeft betrekking op het beleid ten aanzien van ouderen die zorg nodig hebben. Meestal, maar niet altijd, betreft dit «oudere ouderen». Over het algemeen ontstaat de behoefte aan zorg pas na het 75^{ste} levensjaar. Ouderen krijgen dan vaker te maken met psychische stoornissen, zoals dementie en ziekten van het hartvaatstelsel. Na het 85^{ste} levensjaar is veelal intensieve zorg nodig.

2

Moet voor een adequate beschrijving van de ouderenproblematiek geen onderscheid gemaakt worden in gedifferentieerde deelgroepen?

Het onderzoek van de Algemene Rekenkamer betrof geen beschrijving van de ouderenproblematiek. Object van onderzoek was de uitwerking van het rijksbeleid ten aanzien van wonen, zorg en welzijn van ouderen op lokaal niveau. In het rijksbeleid wordt geen onderscheid gemaakt naar gedifferentieerde deelgroepen. De Algemene Rekenkamer heeft in haar rapportage meer in het bijzonder aandacht besteed aan de kwetsbare situatie van bijzondere groepen zoals dementerenden.

3

Welk deel van de woonzorgstimuleringsregeling voor zorgvoorzieningen betreft wonen en zou gefinancierd moeten worden uit de middelen van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, woningbouwcorporaties en/of derden? Welk deel van deze regeling betreft welzijn en zou volgens gefinancierd moeten worden door de gemeenten? Welk deel van deze regeling betreft zorg en zou gefinancierd moeten worden uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?

De Woonzorgstimuleringsregeling WZSR is een integraal beleidsinstrument. Het doel is de ontwikkeling van op maat gesneden woonzorgarrangementen te stimuleren. Het gaat om een adequate combinatie van wonen, zorg en welzijn mogelijk te maken. Daardoor kan niet afgebakend worden welk deel respectievelijk wonen, welzijn en zorg afzonderlijk betreft. Daarom financieren de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu deze regeling gezamenlijk.

4

Zijn er ook ouderen die niet zelfstandig wonen en die eveneens verstoken zijn van de nodige zorg? Zo ja, wie is naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer hiervoor verantwoordelijk en welke mogelijkheden heeft de regering in dat geval om in te grijpen?

Dit onderzoek van de Algemene Rekenkamer was niet gericht op de situatie van ouderen die niet zelfstandig wonen. Zie ook de antwoorden op de vragen 8, 15 en 16.

5

Op welke wijze zou er inzicht kunnen komen in de kwalitatieve en kwantitatieve discrepantie tussen vraag en aanbod? Wie zou dat naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer in kaart moeten brengen?

De ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer zijn gezamenlijk systeemverantwoordelijk voor dit beleidsterrein. Om deze verantwoordelijkheid waar te kunnen maken, moeten zij beschikken over beleidsinformatie

omtrent de discrepantie tussen vraag en aanbod. Het is hun taak om goed te regelen dat zij de benodigde informatie aangeleverd krijgen. Het ligt voor de hand hierbij actoren op regionaal en lokaal niveau in te schakelen. Zie ook het antwoord op vraag 14.

6

Waar is het streven om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen op gebaseerd? Wat wordt in dat verband bedoeld met «thuis»?

Met «thuis» wordt hier bedoeld: de zelfstandige woonruimte (huur danwel koop) van een oudere, niet de woonruimte in een intramurale instelling. Dit kan wel een «tussenvorm» zijn (semi-muraal) zoals geclusterd wonen, groepswonen, e.d. Het streven om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen was aanvankelijk, in de jaren tachtig, vooral gebaseerd op kostenoverwegingen. Thans sluit de beleidsdoelstelling aan op de behoefte van de meeste ouderen en op de wens de maatschappelijke participatie, zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen te bevorderen.

7

Wanneer is «zorg» welzijn en wanneer is «zorg» gezondheidszorg op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?

Op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) hebben verzekerden aanspraak op zorg om ziekten te voorkomen en in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging te kunnen voorzien. Het gaat om voorzieningen om arbeidsgeschiktheid te behouden, herstellen of te bevorderen of om levensomstandigheden te verbeteren, alsmede maatschappelijke dienstverlening (AWBZ, artikel 6). Op grond van de AWBZ kan zorg geen welzijn zijn (deze term komt niet voor in de wet). Zoals uit het voorgaande blijkt is het wel mogelijk maatschappelijke dienstverlening als onderdeel van zorg te beschouwen. Wanneer dit precies het geval is, is onduidelijk. De criteria hiervoor ontbreken in de AWBZ. In het onderzoek van de Algemene Rekenkamer is welzijn niet als een vorm van zorg beschouwd. Het gaat om op basis van de Welzijnswet door gemeenten bekostigde diensten en activiteiten, zoals alarmering, vervoer en dagbesteding.

8

Behoort welzijn in intramurale instellingen feitelijk niet door de gemeenten gefinancierd te worden in plaats vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?

Dit onderzoek van de Algemene Rekenkamer was niet gericht op de situatie van ouderen die niet zelfstandig wonen. Zie ook de antwoorden op de vragen 4, 15 en 16.

9

Waarop is de stelling gebaseerd dat er extra kwetsbare groepen ouderen zijn die zelfstandig wonen, terwijl ze eigenlijk beter intramuraal verzorgd kunnen worden? Hoeveel mensen betreft dit?

Tijdens het veldonderzoek kwam de Algemene Rekenkamer veel voorbeelden tegen van mensen die beter intramuraal (of in een kleinschalige woonvorm) verzorgd zouden kunnen worden. Zo'n woonvorm kan bijvoorbeeld vereenzaming voorkomen en ook kan zorg hier doelmatiger worden geleverd (wanneer bijvoorbeeld 24-uurs toezicht nodig is of de zorgvraag onvoorspelbaar is). De Algemene Rekenkamer kan geen uitspraak doen over de vraag hoeveel mensen dit in totaal betreft, omdat het onderzoek geen landelijke dekking had. In het rapport Dementie van de Gezondheidsraad en het rapport «Steen der wijzen» wordt aangegeven

dat ook in de toekomst voor de minder gezonde ouderen (met name dementerenden) complexgebonden intramurale zorg vaak de beste oplossing zal blijven¹.

10

Hoe verhoudt zich deze stelling tot de constatering dat niet duidelijk is waar het omslagpunt ligt dat overgegaan moet worden naar intramurale opname?

Een duidelijk omslagpunt naar intramurale opname is een voorwaarde om te kunnen bepalen hoeveel mensen hun zorg beter in een intramurale setting zouden kunnen ontvangen.

11

Wat is de rol van de provincie op het terrein van wonen, zorg en welzijn voor ouderen en met name de rol van de provincie inzake regiovisies zoals geformuleerd in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen? Hoe ziet de Algemene Rekenkamer de rol van de provincie op dit punt?

De provincies en het Interprovinciaal Overleg signaleren ontwikkelingen, formuleren doelstellingen en hebben een coördinerende, adviserende en stimulerende rol op het gebied van wonen en zorg. Zo is de provincie verantwoordelijk voor de realisatie van een provinciaal streekplan. In het streekplan moet de toekomstige ontwikkeling van het gebied worden aangegeven (Wet op de Ruimtelijke Ordening); dit is van groot belang voor bouwlocaties. Door middel van het Huisvestingsbesluit kunnen provinciale aanwijzingen worden gegeven. Deze vormen de kaders waarbinnen een gemeente speelruimte heeft.

Vanuit het zorgdomein was de provincie op grond van de Overgangswet verzorgingshuizen (en niet: de Wet Ziekenhuisvoorzieningen) verantwoordelijk voor het opstellen van een regiovisie inzake het ouderenbeleid. Deze regiovisie had echter geen bindend karakter. Per 1 januari 2001 is de Overgangswet verzorgingshuizen vervallen en daarmee de verantwoordelijkheid van de provincie voor een regiovisie. Echter, in het wetsontwerp Exploitatie zorgvoorzieningen (WEZ) wordt deze taak weer aan de provincie toebedeeld.

Het object van het onderzoek is (de uitwerking van) het rijksbeleid, ten aanzien van wonen, zorg en welzijn van ouderen. Waar nodig heeft de Algemene Rekenkamer daarbij aandacht besteed aan de rol van de provincies. De Algemene Rekenkamer neemt thans geen standpunt in ten aanzien van de bestuurlijke inrichting, zoals voorzien is in wetsontwerp Exploitatie Zorgvoorzieningen. Zie ook het antwoord op vraag 18.

12

Waarop is de mening van de Algemene Rekenkamer gebaseerd dat er een financieringstekort is voor de welzijnsvoorzieningen, indien niet duidelijk is – zoals blijkt uit bijlage 1 – hoeveel er (effectief) uitgegeven wordt van de gelden die destijds in het kader van de deregulering van de Welzijnswet naar het gemeentefonds zijn overgeheveld?

De Algemene Rekenkamer heeft geconstateerd dat er tal van gemeenten zijn die er moeite mee hebben de kosten van het welzijnsbeleid, die sterk oplopen als gevolg van het woonzorgbeleid en de vergrijzing, te financieren. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten heeft bij het Rijk een claim neergelegd wat betreft de bekostiging van de zogenoemde hotel- en welzijnsdiensten. De Algemene Rekenkamer neemt geen standpunt in ten aanzien van financiële claims. Wel acht zij het van groot belang dat de gemeenten in dit opzicht niet te lang in onzekerheid worden gelaten. Zij heeft de minister van VWS dan ook aanbevolen om op korte termijn duidelijkheid te verschaffen aan de gemeenten welke middelen beschik-

¹ Advies Dementie, Gezondheidsraad 2002 en «Steen der wijzen: nieuwe allianties voor keuzes in wonen en zorg», juli 2002.

baar zijn om de welzijnstaken te bekostigen. De minister heeft gewezen op de invoering per 1 april 2003 van de subsidieregeling extramuraal dienstverlening en op een onderzoek naar de invoering van een dienstenstelsel.

13

Hoeveel personen krijgen zorg in de eigen woning die duurder is dan volledige verzorging in een instelling? Hoe groot is het financiële verschil tussen de zorg (in natura en in de vorm van persoonsgebonden budgetten) in eigen woning en volledige verzorging in een instelling voor wat betreft deze groep?

Het is onbekend hoeveel personen dit betreft. Hoe groot het financiële verschil is, is afhankelijk van aspecten als de zorgvraag, de zorgzwaarte en de woonsituatie en zal dan ook sterk verschillen per cliënt. Omdat het inzicht in de bestede middelen gebrekkig is, kan er ook geen schatting worden gegeven van de extra kosten op geaggregeerd niveau. Zie ook het antwoord op vraag 10.

14

Welke maatregelen zouden naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer moeten nemen, opdat zij beschikken over voldoende beleidsinformatie om te kunnen beoordelen of hun beleidssysteem bevredigend werkt?

Op grond van hun gezamenlijke systeemverantwoordelijkheid moeten de beide ministers goed op de hoogte zijn van de resultaten die zij met behulp van hun systeem boeken. Niet omdat zij voor die resultaten op zich verantwoordelijk zijn, maar om het systeem te kunnen aanpassen indien de resultaten onvoldoende zijn. Naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer moeten de ministers de beleidsinformatie die zij (laten) genereren, toespitsen op het VBTB-proces. Dat wil zeggen dat er eenduidige beleidsinformatie moet komen over de geleverde prestaties en bereikte effecten in relatie tot beoogde prestaties en effecten (doelstellingen). Een eerste voorwaarde om dit te kunnen realiseren is dat er heldere, gekwantificeerde doelstellingen en beoogde prestaties geformuleerd worden.

15

Is de Algemene Rekenkamer van mening dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ook nationale standaarden zou moeten ontwikkelen voor het minimale niveau van verzorging van niet-zelfstandig wonende kwetsbare groepen ouderen (zoals dementerenden en psychiatrische patiënten)?

Dit onderzoek van de Algemene Rekenkamer was niet gericht op de situatie van ouderen die niet zelfstandig wonen¹. Zie ook de antwoorden op de vragen 4, 8 en 16.

16

Waarom is de aanbeveling voor ontwikkeling van nationale standaarden over het minimale niveau van verzorging van kwetsbare groepen ouderen (zoals dementerenden en psychiatrische patiënten) beperkt tot de zelfstandig wonenden?

Dit onderzoek van de Algemene Rekenkamer was beperkt tot de situatie van ouderen die zelfstandig wonen. Zie ook de antwoorden op de vragen 4, 8 en 15.

Daarbij merkt de Algemene Rekenkamer nog op dat zij met name bezorgd is over de situatie waarin de geïndiceerde zorg waarop men recht heeft, intramuraal of extramuraal, niet geleverd kan worden. Er kan dan «second

¹ De Algemene Rekenkamer bracht gelijktijdig het rapport «Dementerenden en de Wet BOPZ» (Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 950, nrs. 1–2) uit.

best» of «overbruggingszorg» geboden worden, waarvoor geen normen bestaan.

17

Waarop is het verschil van inzicht gebaseerd tussen regering en Algemene Rekenkamer over het al dan niet voldoende zijn van beleidsinformatie die de verantwoordelijke ministers hebben omtrent het functioneren en de resultaten van hun beleidssysteem? Wat vindt de Algemene Rekenkamer van de reactie van de bewindslieden op dit punt?

De Algemene Rekenkamer stelt in haar rapport dat de ministers over onvoldoende beleidsinformatie beschikken om de effecten van beleid te kunnen beoordelen en zich te kunnen verantwoorden. De ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer zeggen in hun reactie dat de beschikbare informatie voldoende is om het landelijke beleidsinformatiesysteem goed te laten functioneren. Daarmee gaan zij niet echt in op het bezwaar van de Algemene Rekenkamer, namelijk dat de resultaten van het beleid niet goed vastgesteld kunnen worden (volgens VBTB-systematiek, zie ook het antwoord op vraag 14). Wel kondigen zij stappen aan om het gesignaleerde manco te ondervangen. Er wordt gewerkt aan de totstandkoming van een beleidsinformatiesysteem met een beperkt aantal indicatoren.

18

Kan de Algemene Rekenkamer, in aanvulling op de mededeling dat de aandacht op het lokale niveau is geconcentreerd omdat daar concrete beleidsdoelstellingen worden geboekt, nader verklaren waarom in het rapport weinig aandacht is besteed aan het regionale niveau, mede omdat de aan dit vraagstuk gerelateerde aanpak van de wachtlijsten op het regionale niveau is gericht en omdat een aantal actoren op regionale schaal opereert? Ziet de Algemene Rekenkamer, binnen het uitgangspunt dat de uitvoering van het beleid op lokaal niveau dient plaats te vinden, meerwaarde voor integrale regievoering op regionaal niveau?

De doelstelling van het rijksbeleid dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig moeten kunnen blijven wonen, moet gestalte krijgen op lokaal niveau. Dat is de enige reden waarom de Algemene Rekenkamer zich op dit lokale niveau geconcentreerd heeft. Voor zover van belang voor de uitwerking van het rijksbeleid op lokaal niveau, heeft de Algemene Rekenkamer in dit onderzoek ook aandacht besteed aan regionale actoren, zoals provincies, zorgkantoren, regionale indicatie-organen, zorgaanbieders, woningbouwcorporaties, e.d. De regio-indelingen van deze partijen zijn (meestal) verschillend: verschillende regio's (bijvoorbeeld provincie en zorgkantorregio) komen niet met elkaar overeen. Regievoering op regionaal niveau wordt daardoor bemoeilijkt. Meer in het algemeen is in het onderzoek gebleken dat de onderlinge afstemming tussen de vele lokale en regionale actoren niet adequaat is, omdat niet goed geregeld is wie de regie op zich moet nemen. Het is de verantwoordelijkheid van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer om dit goed te regelen. De Algemene Rekenkamer spoort hen daartoe aan en wil niet in de verantwoordelijkheid van de ministers treden door aan te geven hoe en op welk niveau zij dit moeten regelen.