

## **VRAAG EN AANBOD IN DE THUISZORG**

**Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997**

**Verdiepingsstudie nr. 2**

D.M.J. Delnoij  
B.J.M. Welling  
A.J.J. van der Kwartel

oktober 1997

 **NIVEL**  
nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg  
drieharingstraat 6  
postbus 1568 3500 bn utrecht  
tel. 030 2729700 fax 030 2729729

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg  
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 2729700

NZi - Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg, 1997  
Postbus 9697 - 3506 GR Utrecht - Tel: 030 2739700

Delnoij, D.M.J.

Vraag en aanbod in de thuiszorg.

Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997. Verdiepingsstudie nr. 2 /

D.M.J. Delnoij, B.J.M. Welling, A.J.J. van der Kwartel

Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) /

Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg, 1997

met lit. opg.

ISBN 6905-351-9

Trefw.: thuiszorg, kruiswerk, gezinsverzorging

Lay-out  
Omslag

José Velthuis  
Mieke Cornelius

## INHOUDSOPGAVE

1	THUISZORG	5
1.1	Inleiding	5
1.2	Beleidsontwikkelingen	7
1.3	Behoeftte en hulpvraag	10
1.4	Indicatiestelling en gebruik	12
1.5	Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en ziekenhuizen	15
1.6	Conclusies	21
1.7	Informatievoorziening	22
LITERATUUR		25
BIJLAGEN		27
BIJLAGE I: Kosten en financiering		29
BIJLAGE II: Indicatiesystemen in de thuiszorg		32



# 1 THUISZORG

## 1.1 Inleiding

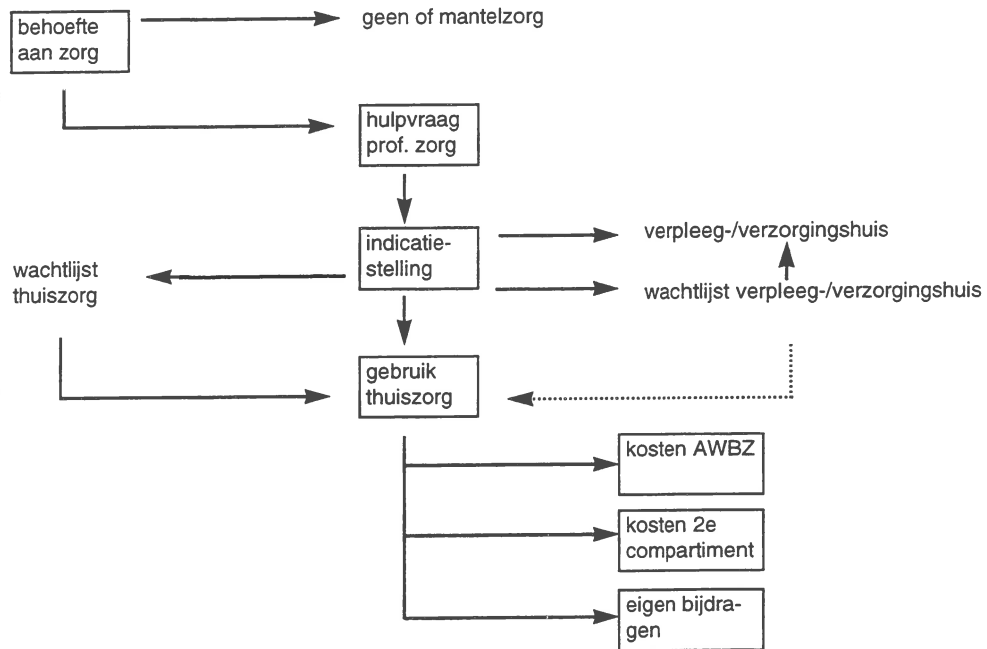
Deze notitie is opgesteld in het kader van het 'Branche-rapport Somatische Curatieve Sector 1997'. Dit branche-rapport geldt als achtergrondstudie bij het uitbrengen JOZ '98. In het kader van dit rapport is door het Ministerie van VWS gevraagd om voor een aantal deelsectoren van de somatische curatieve zorg 'verdiepende studies' uit te voeren. Dergelijke verdiepende studies beogen in feite hetzelfde als de branche-rapporten, namelijk het verschaffen van informatie over relevante feiten, ontwikkelingen en knelpunten. Omdat zo'n studie zich echter richt op een relatief kleine subsector van de totale somatische curatieve sector, werkt zij als het ware als een 'vergrootglas', waarmee meer details zichtbaar worden en zij meer expliciet een bijdrage kan leveren aan de verdere beleidsontwikkeling voor de betreffende sector. Voor de sectoren, waarvoor om een dergelijke verdiepende studie werd gevraagd, oogzorg, CVA-problematiek en thuiszorg, geldt dat zij politiek en beleidsmatig nog ruime tijd in de belangstelling zullen staan en dat zij een goede proeftuin kunnen vormen voor de ontwikkelingen van transmurale zorg.

In deze notitie wordt het thema thuiszorg behandeld. Onder thuiszorg wordt in deze notitie verstaan die verstrekkingen die in de AWBZ, ZFW en WTZ worden verstaan onder 'thuiszorg'. Dat omvat verpleging & verzorging (wijkverpleging, wijkzakenverzorging, gezinsverzorging, alpha-hulp en zorg op locatie) en hulpmiddelen-uitleen. Overige typen zorg die door kruisorganisaties worden geleverd (kraamzorg, jeugdgezondheidszorg en dieetadvisering) blijven dus buiten beschouwing. Thuiszorg wordt in toenemende mate ook geleverd door nieuwe aanbieders. Deze thuiszorgbureaus kwamen eind jaren tachtig op en hielden zich aanvankelijk bezig met het verlenen van niet-collectief gefinancierde thuiszorg: aanvullende thuiszorg en kraamzorg voor particulier verzekerden. Tegenwoordig heeft echter een twintigtal nieuwe aanbieders een AWBZ-erkenning op basis waarvan zij ook collectieve middelen ontvangen. Tot op heden is hierover geen cijfermateriaal beschikbaar. De beschrijvingen in deze notitie hebben dan ook alleen betrekking op de reguliere thuiszorg.

Bij het thema *thuiszorg* gaat het erom inzicht te krijgen in de verhouding tussen vraag naar en aanbod van thuiszorg onder invloed van eventuele verschuivingen in de zorg die ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen bieden. Naast demografische ontwikkelingen, de vergrijzing van de bevolking, is het aannemelijk dat ontwikkelingen in de sectoren ziekenhuis, verpleeghuis en verzorgingshuizen de vraag naar thuiszorg beïnvloeden. Wanneer verpleeghuizen bijvoorbeeld kampen met een tekort aan capaciteit, neemt het aantal verpleeghuisgeïndiceerden dat in een verzorgingshuis of thuis verblijft toe. Dat betekent extra vraag voor de thuiszorg, zowel direct als indirect doordat de verpleeghuisgeïndiceerden in het verzorgingshuis aldaar de nieuwe instroom blokkeren. In ziekenhuizen leidt een tekort aan verpleeghuiscapaciteit tot de zogenaamde 'verkeerde-bed' problematiek. 'Verkeerde-bed' problematiek in combinatie met een hoge bedbezetting leidt tot vervroegd ontslag van andere patiëntencategorieën, met alle gevolgen van dien voor de thuiszorg.

In figuur 1.1 is het traject dat doorlopen wordt vanaf het moment dat een patiënt een hulpvraag uit tot op het moment dat de kosten van de geconsumeerde zorg in rekening worden gebracht in schema gebracht.

Figuur 1.1 Van behoefte aan zorg tot kosten van thuiszorg



De opbouw van dit hoofdstuk volgt min of meer dit traject.

De thuiszorg heeft in betrekkelijk korte periode een aantal veelomvattende veranderingen ondergaan. In paragraaf 1.2 zullen daarom eerst in het kort de relevante beleidsontwikkelingen worden geschetst die plaatsvonden of plaatsvinden in de sector verpleging en verzorging. In de daaropvolgende paragrafen 1.3 en 1.4 zullen algemene gegevens omtrent behoefte en hulpvraag en indicatiestelling en gebruik gepresenteerd worden. In paragraaf 1.5 worden ontwikkelingen in de aanpalende sectoren (verpleeghuizen, verzorgingshuizen en ziekenhuizen, beschreven en waar mogelijk de invloeden daarvan op de thuiszorg aangegeven. De conclusies van dit hoofdstuk worden in paragraaf 1.6 gepresenteerd. In de laatste paragraaf wordt in gegaan op de informatievoorziening met betrekking tot de thuiszorg.

## 1.2 Beleidsontwikkelingen

Achtereenvolgens wordt in deze paragraaf kort ingegaan de volgende beleidsontwikkelingen. De integratie van het kruiswerk en de gezinsverzorging, de wijzigingen in de aanspraken, ook wel de 'knip in de thuiszorg' genoemd, de harmonisatie van de eigen bijdragen en tenslotte de geïntegreerde indicatiestelling.

### *Integratie kruiswerk-gezinsverzorging*

De integratie van kruiswerk en gezinszorg is door de overheid gestimuleerd naar aanleiding van het heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken naar Samengaan' (WVC, 1990). In 1996 waren er 49 geïntegreerde instellingen. De ontwikkeling van het aantal instellingen naar type is weergegeven in tabel 1.1.

Tabel 1.1 Het aantal instellingen voor thuiszorg 1993-1995

instellingen voor	1993 (LVT)	1994 (LVT, NZi)	1995 (LVT, NZi)	1996 (COTG) NZi)	abs groei '93-'96
Kruiswerk	31	26	20	28	-3
Gezinsverzorging	72	60	52	50	-22
Thuiszorg	36	41	47	49	13
Totaal	139	127	119	127	-12

Bron: CBS, exploitatie- en algemene gegevens van instellingen voor thuiszorg (Maandbericht Gezondheidsstatistiek); LVT/NZi, Jaarboek Thuiszorg 1993, 1994, 1995, COTG 1996 (inclusief landelijk werkende organisaties)

Overigens betekent het feit dat instellingen voor kruiswerk en gezinszorg organisatorisch gefuseerd zijn, nog niet dat de zorgverlening in deze thuiszorginstellingen ook daadwerkelijk geïntegreerd is. Om de zorginhoudelijk integratie van kruiswerk en gezinsverzorging te ondersteunen, zijn in de periode 1992-1993 in dertien regio's projecten gesubsidieerd met een innovatief karakter. Deze projecten dienden als voorbeeld voor integratieprocessen elders in het land (Homans & Glaser, 1993). In een eerste evaluatie in 1992/1993 konden nog slechts weinig positieve effecten van de integratie worden vastgesteld, waarschijnlijk omdat 1992/1993 een te vroeg tijdstip was om hierover al uitspraken te kunnen doen (Verheij e.a., 1993). In 1996 is daarom een tweede evaluatie uitgevoerd. Bij deze tweede evaluatie waren twaalf van de dertien

oorspronkelijke regio's betrokken. In de tweede evaluatie zijn ook niet-gefuseerde instellingen betrokken, om na te kunnen gaan in hoeverre een eventuele verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid een gevolg is van de integratie dan wel van meer autonome ontwikkelingen in de thuiszorg.

In zes van de twaalf gefuseerde instellingen wordt gewerkt met geïntegreerde teams van wijkverpleegkundigen/-ziekenverzorgenden en gezinsverzorgenden. In deze instellingen bestaan daarnaast nog steeds aparte teams voor huishoudelijke hulp, waarin thuishulpen A en verzorgingshulpen B (al dan niet samen met verzorgenden C en D) functioneren. Binnen de geïntegreerde teams is in de afgelopen drie jaar een verschuiving van taken opgetreden die in overeenstemming is met de doelstellingen van de integratie. Wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden verrichten meer medisch-technische en/of verpleegtechnische taken, verzorgenden C en D meer verpleegtechnische werkzaamheden, terwijl verzorgingshulpen B en thuishulpen A meer huishoudelijke werkzaamheden zijn gaan uitvoeren. Deze verschuivingen zijn ook opgetreden in de niet-gefuseerde instellingen, maar in duidelijk mindere mate. Hier is dus sprake van 'integratie-winst'. Met name verzorgenden C en D ervaren het werken in geïntegreerde teams als aantrekkelijk, doordat zij ten opzichte van de oude situatie meer verzorgende en minder huishoudelijke taken uitvoeren. Verzorgingshulpen B, thuishulpen A en wijkverpleegkundigen/-ziekenverzorgenden zijn echter op een aantal punten tevredener wanneer ze deel uitmaken van traditionele teams. Voor verzorgings- en thuishulpen is het werken daar afwisselender en minder sterk uitsluitend gericht op huishoudelijke werkzaamheden. Wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden missen in de geïntegreerde teams het overleg met collega's en de autonomie waaraan zij in de traditionele situatie gewend waren (De Bruin e.a., 1996).

#### *Wijzigingen in de aanspraken*

Sinds 1 januari 1997 geldt een wijziging in de aanspraken. De zorg is hierbij onderverdeeld in enerzijds thuiszorg ten laste van de AWBZ in de vorm van een aanspraak op wijkverpleging/-ziekenverzorging, gezinsverzorging, alpha-hulp en hulpmiddelen-uitleen. Anderzijds komt de zogeheten ziekenhuisgerelateerde thuiszorg ten laste van het tweede compartiment (ZFW, WTZ en particulier verzekerden), waarbij recht bestaat op wijkverpleging/-ziekenverzorging en op lichamelijke verzorging ADL gedurende maximaal 13 weken. Onder ziekenhuisgerelateerde zorg wordt verstaan thuiszorg die wordt verleend ter vervanging, ter bekorting of in aansluiting op een verblijf in het ziekenhuis (Staatsblad, 1996). De regeling voor intensieve thuiszorg is opgeheven. Het budget is verdeeld over AWBZ en tweede compartiment. Jeugdgezondheidszorg en dieetadvies zijn zelfstandige AWBZ-aanspraken geworden. Thuiszorg ten laste van het tweede compartiment is in 1997 een subsidieregeling in het kader van ZFW en aanspraak in het kader van de WTZ. Overigens zal deze zogenaamde 'knip in de thuiszorg' naar verwachting per 1 januari 1998 weer worden teruggedraaid.

#### *Harmonisatie eigen bijdrage*

De eigen bijdragen voor thuiszorg zijn geharmoniseerd per 1 januari 1997. Er geldt een toegangsbijdrage van  $f$  55, die betaald dient te zijn één kwartaal voor zorgconsumptie. Vindt zorgconsumptie plaats zonder dat de toegangsbijdrage (op tijd) is betaald, dan geldt een toegangsbijdrage van 2,5 maal  $f$  55. Voor thuiszorg op basis van de AWBZ geldt verder een eigen bijdrage van  $f$  10 per uur met een inkomensafhankelijk maximum. Als 'inkomen' geldt het belastbaar inkomen van de leefeenheid, in tegenstelling tot het vroeger bij de gezinszorg gehanteerde netto gezinsinkomen. De geleverde zorg wordt per week getotaliseerd, waarbij de eigen bijdrage geheven wordt over het



weektotaal. De oplegging en de incasso vinden plaats via het CAK in Scheveningen, op basis van gegevens van de thuiszorginstellingen en van de belastingdienst (voor wat betreft het belastbaar inkomen).

Overigens geldt de inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor het kruiswerk nog niet per 1 januari 1997. Om de kruisorganisaties voldoende tijd te geven hun administratie aan te passen, zou volgens de oorspronkelijke planning de uurbijdrage per 24 maart 1997 gaan gelden. In verband met administratieve problemen is de invoering hiervan verschoven naar 16 juni 1997.

#### *Geïntegreerde indicatiestelling*

Per 1 januari 1997 is de indicatiestelling voor thuiszorg in het eerste compartiment formeel onder de verantwoordelijkheid van de gemeentelijke indicatie-organen komen te vallen. Dat houdt in dat gemeenten per 1 januari 1997 gemeentelijke indicatie-organen moeten hebben ingesteld die verantwoordelijk zijn voor zowel de indicatiestelling voor de thuiszorg (eerste compartiment), als voor verzorgings- en verpleeghuizen. In de praktijk betekent dit dat gemeenten hun indicatiecommissie op basis van artikel 6j van de WBO moeten omzetten in indicatieorganen als bedoeld in artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ. Als de gemeentelijke indicatieorganen vanaf 1 januari 1997 mandaat willen verlenen aan thuiszorginstellingen, dienen zij hiervoor afspraken te maken met deze instellingen (VWS, 16 december 1996).

Van verschillende kanten is in de afgelopen jaren gepleit voor een integratie van de indicatiestelling voor AWBZ-voorzieningen (thuiszorg, verzorgingshuizen, verpleeghuizen) en flankerend-beleidvoorzieningen op grond van de Welzijnswet en de WVG. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zien geïntegreerde indicatiestelling als een adequaat instrument om schaarse voorzieningen rechtvaardig te verdelen en toe te snijden op de individuele behoefte van de cliënt (zorg op maat). Geïntegreerde indicatiestelling is in hun visie nodig omdat het aanbod steeds uitgebreider wordt en omdat verstrekking en financiering een zaak is van meerdere partijen, namelijk zorgverzekeraars (AWBZ) en gemeenten (WVG, Welzijnswet en tot voor kort ook WBO). Via geïntegreerde indicatiestelling zou het beleid van gemeenten en zorgverzekeraars op elkaar kunnen worden afgestemd (Berkhout & Dekkers, 1995).

Onafhankelijkheid is een belangrijk aspect van (geïntegreerde) indicatiestelling. Het kabinet is van mening dat indicatiestelling voor AWBZ-voorzieningen onafhankelijk moet zijn van de belangen van zorgaanbieders, financiers en cliënten. Deze onafhankelijkheid is nodig om te voorkomen dat onder invloed van tekorten of budgetoverschrijdingen zorgverzekeraars de indicatiecriteria aanscherpen. Onafhankelijkheid van het aanbod wordt bepleit om te voorkomen dat zich een patroon van voorzieningen ontwikkelt dat onvoldoende aansluit op de vraag (Berkhout & Dekkers, 1995).

Een tweede belangrijk aspect vormt de objectiviteit van de indicatiestelling. Sleutelwoorden hierbij zijn 'uniformiteit' en 'transparantie'. VNG en ZN zijn van mening dat de bij indicatiestelling gehanteerde standaarden, normen en criteria moeten worden geëxpliciteerd, zodat de uitkomsten van het indicatieproces aan voorspelbaarheid winnen en de bestaande bandbreedtes bij indicatiestelling worden ingeperkt (Berkhout & Dekkers, 1995).

Gemeenten en zorgverzekeraars kunnen het proces van geïntegreerde indicatiestelling meer of minder 'optuigen'. In de lichtste variant kunnen zij kiezen voor een betere afstemming van de verschillende procedures, waarbij echter wel de bestaande indicatie-commissies en intakebureaus worden gehandhaafd. Eventueel kan dit worden gecombineerd met de vestiging van een centraal meldpunt of zorgloket. In de zwaarste

variant roepen gemeenten en zorgverzekeraars voor de indicatiestelling een nieuwe rechtspersoon in het leven waarvoor zij gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen, bijvoorbeeld in de vorm van een stichting. Wanneer dit het lokale niveau overstijgt werken de deelnemende gemeenten samen op basis van de WGR (Berkhout & Dekkers, 1995).

#### *De toekomst*

De veelomvattende veranderingen die in korte tijd binnen de thuiszorg plaatsvonden hebben geleid tot een aantal problemen. Naar aanleiding van deze problemen is in mei 1997 de nota 'Thuiszorg en zorg thuis. Kansen voor de toekomst' (Ministerie van VWS, 1997) verschenen. Hierin wordt een aantal beleidsmaatregelen aangekondigd om deze problemen aan te pakken. De wijzigingen in de aanspraken, de zogenaamde knip, wordt momenteel door de Ziekenfondsraad geëvalueerd. Indien de problemen worden bevestigd, zal het Ministerie kiezen voor het afschaffen van de knip per 1-1-1998. Thuiszorg in het tweede compartiment wordt dan beperkt tot ziekenhuisverplaatste zorg, de intensieve thuiszorg.

Ten aanzien van de marktwerking in de thuiszorg heeft het Ministerie besloten voorlopig pas op de plaats te maken. In afwachting van de besluitvorming rondom het scheiden van wonen en zorg, uiterlijk eind 1999, is besloten geen nieuwe thuiszorginstellingen toe te laten. De in de periode 1994-1996 toegelaten 25 nieuwkomers kunnen, indien zij aan de van toepassing zijnde voorwaarden voldoen, rekenen op een basisbudget van 2,375 miljoen gulden.

Een andere maatregel heeft betrekking op de doelmatigheid in de thuiszorg. In samenwerking met de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg wordt een traject van benchmarking ingezet. Dat wil zeggen, de zakelijke gegevens van een aantal instellingen worden met elkaar vergeleken, waaruit een profiel naar voren komt waaraan instellingen moeten voldoen. Het COTG zal de resultaten verwerken in de richtlijnen die vanaf 1-1-1998 van toepassing zijn.

### 1.3 Behoeft en hulpvraag

Het gros van de cliënten van de thuiszorg bestaat uit ouderen. (Meer dan de helft is zelfs ouder dan 75 jaar. Zie tabel 1.2). Daarbij gaat het om ouderen, die belemmeringen ervaren in het dagelijks handelen. Omgekeerd geldt evenwel niet dat alle ouderen die belemmeringen ervaren ook daadwerkelijk gebruik maken van de thuiszorg.

Tabel 1.2 Cliënten thuiszorg naar leeftijd en samenstelling huishouden 1993-1995

	1993	1994	1995	absolute groei 93 - 95	gem jrl % groei 93 - 95
Aantal cliënten < 75	210.891	216.710	213.166	2.275	0,5%
Aantal cliënten 75 e.o.	252.233	271.003	257.399	5.166	1,0%
totaal	463.124	487.713	470.565	7.441	0,8%

Bron: LVT / NZi, Jaarboek Thuiszorg, 1993, 1994, 1995

Uit onderzoek van De Boer & Mootz (1996) bleek dat in 1991 slechts 23% van de Nederlanders die ernstige belemmeringen ervoeren in het dagelijks handelen gebruik

maakte van de reguliere thuiszorg. In het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO) 1995 van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) zijn over lichamelijke belemmeringen en gebruik van voorzieningen recente cijfers verzameld (Timmermans e.a., 1997). Van de ouderen in de leeftijdscategorie 65-74 jaar ondervindt 24% matige of ernstige lichamelijke beperkingen. Van de mensen van 75 jaar en ouder ondervindt bijna de helft (49%) matige of ernstige lichamelijke beperkingen. Uitgesplitst in meer specifieke maten ervaart 24% van de 75-plussers matige of ernstige beperkingen bij de persoonlijke verzorging en ervaart 61% matige of ernstige beperkingen bij de huishoudelijke verzorging. In tabel 1.3 is weergegeven welk percentage van deze mensen hulp ontvangt. Daarbij gaat het om zowel betaalde als informele hulp, particuliere zorg of hulp van reguliere instellingen voor thuiszorg.

Tabel 1.3 Huishoudens die hulp (informele, particuliere of professionele) ontvangen bij persoonlijke of huishoudelijke verzorging, naar leeftijdsklasse van het hoofd van dat huishouden en ernst van de lichamelijke beperkingen van een of meer leden van dat huishouden, 1995, in procenten

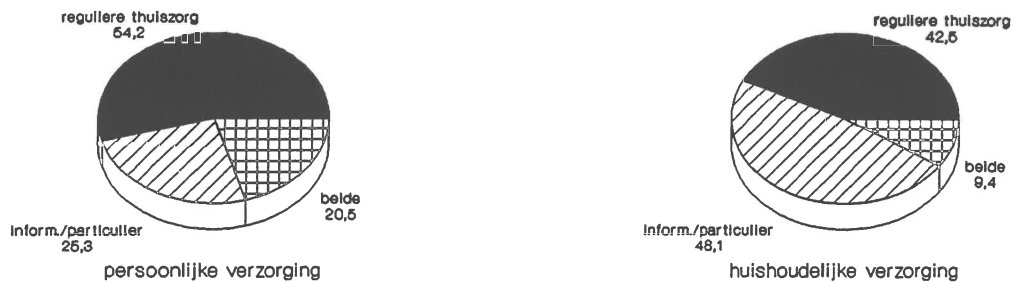
	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
<i>Hulp bij de persoonlijke verzorging:</i>			
geen beperkingen	3	6	8
lichte beperkingen	4	9	12
matige beperkingen	6	12	15
ernstige beperkingen	46	44	44
<i>Hulp bij de huishoudelijke verzorging:</i>			
geen beperkingen	9	20	47
lichte beperkingen	13	23	48
matige beperkingen	18	38	63
ernstige beperkingen	68	68	81

Bron: Timmermans, 1997, p. 150

Uit tabel 3.3 blijkt dat zelfs van de 75-plussers met ernstige beperkingen ongeveer één op de vijf geen hulp ontvangt bij huishoudelijke verzorging; 81% van hen krijgt wel hulp, maar daarbij gaat het niet uitsluitend om hulp van de reguliere thuiszorg. Van de 55 tot 74-jarigen met ernstige beperkingen ontvangt 68% enigerlei vorm van huishoudelijke hulp. Meer dan de helft van deze ouderen ontvangt geen hulp bij de persoonlijke verzorging.

De bron van hulp bij de persoonlijke verzorging van 55-plussers met ernstige beperkingen is in 54,2% van de gevallen de reguliere thuiszorg. Gaat het om huishoudelijke verzorging dan vormt de reguliere thuiszorg in slechts 42,5% van de gevallen de bron van hulp (zie figuur 1.2).

Figuur 1.2 Bron van hulp bij persoonlijke en huishoudelijke verzorging van 55-plus huishoudens waarin een of meer leden ernstige lichamelijke beperkingen ervaart



Bron: Eigen berekening op basis van tabel 9.10 in: Timmermans, 1997, p. 155.

#### *Langdurige versus kortdurende, ziekenhuisgerelateerde zorg*

Het NIVEL heeft ten behoeve van een eventuele evaluatie van de knip in de thuiszorg een voormeting uitgevoerd in vijftien thuiszorginstellingen (Hulshof & De Veer, 1997). De basis voor dit onderzoek vormde informatie over de thuiszorg waarvoor cliënten werden geïndiceerd (dus niet de zorg die zij uiteindelijk ontvingen). Uit het onderzoek is gebleken dat 44% van het totaal aantal cliënten van thuiszorg is geïndiceerd voor ziekenhuisgerelateerde zorg. Hierbij is het aandeel van de wijkverpleging groter dan dat van de gezinsverzorging (54% tegen 38%). Dit is niet zo verwonderlijk, gezien de complexere zorgbehoefte van cliënten die uit het ziekenhuis komen.

Tevens is in het onderzoek het totaal aantal geïndiceerde uren (het volume) voor wijkverpleging en gezinszorg berekend. Volgens de 'knip' wordt kortdurende, ziekenhuis gerelateerde thuiszorg gefinancierd uit het tweede compartiment. Is er sprake van ziekenhuisgerelateerde zorg, maar duurt deze zorg langer dan drie maanden, dan wordt de thuiszorg na drie maanden gefinancierd uit de AWBZ. Niet ziekenhuisgerelateerde zorg blijft gefinancierd uit het eerste compartiment. Uit de berekeningen blijkt dat 39% van het geïndiceerde volume aan wijkverpleging voor rekening komt van het tweede compartiment, de overige 61% zijn voor rekening van de AWBZ. Voor de gezinszorg zou 17% van het geïndiceerde volume voor rekening komen van het tweede compartiment, de overige 83% zijn voor rekening van de AWBZ.

In vergelijking met eerdere schattingen van Friele (1995) en Arts et al. (1997) is het aandeel van kortdurende, ziekenhuisgerelateerde zorg groter dan verwacht (Hulshof & De Veer, 1997).

## 1.4 Indicatiestelling en gebruik

Indicatiestelling vormt de schakel tussen hulpvraag en zorggebruik (zie figuur 1). De NRV en het CvZ definiëren indicatiestelling als het resultaat van een geformaliseerd proces van het op objectieerbare wijze vaststellen van de hulpbehoefte en het vervolgens aangeven van de in dat kader in redelijkheid aangewezen zorg naar aard, inhoud en omvang (NRV/CvZ, 1994).

In het proces van indicatiestelling wordt een viertal fasen onderscheiden (Berkhout & Dekkers, 1995):

### 1. Intake en objectivering van de hulpvraag.

In deze fase wordt de hulpvraag van de cliënt in beeld gebracht en geobjectiveerd.

## 2. Indicatiebeoordeling.

Hierin vindt de administratieve beoordeling plaats van de aanspraak op een bepaalde zorgvoorziening.

## 3. Zorgtoewijzing of machtiging.

Daarbij gaat het om de concrete invulling van het zorgpakket (wie verleent waar, wanneer en in welke omvang zorg?).

## 4. Uitvoering.

In deze fase verlenen aanbieders de toegewezen zorg.

De indicatiebeoordeling en zorgtoewijzing (fase 2 en 3) zijn formeel de verantwoordelijkheid van de financier van een voorziening. Uit praktische overwegingen hebben veel zorgverzekeraars dit echter gedelegeerd aan zorgaanbieders. Steekproefsgewijs vindt dan achteraf controle plaats van gemaakte afspraken (Berkhout & Dekkers, 1995).

Traditioneel werd in kruisorganisaties de intake (indicatiestelling) van patiënten verricht door de wijkverpleegkundige van de wijk waar de hulpvrager woont. Diezelfde wijkverpleegkundige verleende na de intake vaak ook zelf de hulp. Indicatiestelling voor gezinsverzorging vond over het algemeen plaats door een leidinggevende volgens het Landelijk Informatie en Registratiesysteem (LIER-systeem) (Verheij e.a., 1993). Mede onder invloed van de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging is een aantal nieuwe, gestandaardiseerde intake-instrumenten ontwikkeld voor een geïntegreerde intake (voor zowel wijkverpleging als gezinszorg, zie ook bijlage II). Ook is onder invloed van deze integratie de indicatiestelling losgekoppeld van de zorgverlening. Uit de tweede evaluatie van de integratie kruiswerk-gezinszorg bleek dat in drie van de twaalf gefuseerde instellingen nog gewerkt wordt met een traditionele intake. De overige acht instellingen werken met een geïntegreerde intake, waarbij bovendien intake en zorguitvoering zijn losgekoppeld (De Bruin e.a., 1996).

Overigens bleken alle bij het onderzoek betrokken instellingen (zowel de gefuseerde als niet-gefuseerde) inmiddels te werken met een centrale aanmelding van hulpvragen. De aanmeldprocedure verloopt daarmee efficiënter en klantvriendelijker. Bovendien is de bereikbaarheid verbeterd (De Bruin e.a., 1996).

*Gebruik van thuiszorg*

Uit tabel 1.4 blijkt dat de efficiëntie van het zorgaanbod is toegenomen: per FTE uitvoerende worden in 1995 1.365,5 uren zorg verleend, tegen 1.199,9 in 1993. Dat is een toename van 13,8%.

Tabel 1.4 Aantal personen in zorg bij de thuiszorg per ultimo 1993, 1994 en 1995

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	gem jrl % groei 93 - 95
Aantal personen in zorg	463.124	487.872	470.656	7.532	0,8%
Aantal uren thuiszorg	53.375.474	54.127.014	54.741.107	1.365.633	1,3%
Gemiddeld aantal uren per cliënt	115,3	110,9	116,3	1,1	0,5%
Aantal uren zorg/ FTE uitvoerend	1.199,9	1.304,7	1.365,5	165,6	6,7%

Bron: LVT / NZi, Jaarboek Thuiszorg, 1993, 1994, 1995

Uit de evaluatie van de integratie kruiswerk-gezinszorg bleek eveneens dat de efficiëntie binnen instellingen werd verhoogd door het aantal overlegsituaties te verminderen, de produktiviteit te verhogen en zorg te verschuiven van een hoger naar een lager

functieniveau. Hulpverleners blijken echter van mening te zijn dat door de verhoogde aandacht voor het vergroten van de efficiëntie het waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van zorg in het geding komt. Bij de geheel en gedeeltelijk geïntegreerde instellingen bleek de afname van de tevredenheid van hulpverleners over de kwaliteit van zorg bovendien groter dan in de niet-geïntegreerde instellingen (De Bruin e.a., 1996).

Tabel 1.5 Aantal personen in zorg bij de thuiszorg per ultimo 1993, 1994 en 1995  
Naar type zorg

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	Procent. groei 93 - 95
<b>Aantal personen in zorg van:</b>					
wijkverpleging/ - ziekenverzorging	230.780	200.022	-	-	-
gezinsverzorging geïntegreerd	175.208	128.863	-	-	-
- totaal wijkver/trad.	405.988	415.630	392.671	-13.317	-1,7%
- alphahulp	55.184	65.644	73.271	18.087	15,2%
- zorg op locatie	1.952	6.598	4.623	2.671	53,9%
<b>totaal</b>	<b>463.124</b>	<b>487.872</b>	<b>470.656</b>	<b>7.441</b>	<b>0,8%</b>
<b>Aantal uren/ cliënt van:</b>					
- totaal wijkver/trad	111,4	107,8	114,6	3,2	1,4%
- alphahulp	147,7	141,8	133,2	-14,6	-5,1%

Bron: LVT / NZi, Jaarboek Thuiszorg, 1993, 1994, 1995

Ondanks het toenemende aantal cliënten neemt de personele capaciteit van de reguliere thuiszorg af. Het totaal aantal arbeidsplaatsen nam tussen 1993 en 1995 af met ruim 2%. Het aantal FTE uitvoerend personeel daalde zelfs met bij 10% (zie tabel 1.6 en 1.7) over de periode '93-'95.

Tabel 1.6 Aantal arbeidsplaatsen in de thuiszorg 1993-1995

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	gem jrl % groei 93 - 95
Totaal aantal FTE <sup>1)</sup>	58.758	58.062	57.342	-1.416	-1,2%
Waarvan: FTE uitvoerend personeel <sup>2)</sup>	44.484	41.486	40.089	-4.395	-5,1%
Waarvan:					
wijkverpleging/-ziekenverzorging		6.362	5.864		
gezinsverzorging A en B		18.866	17.974		
gezinsverzorging C en D		8.965	9.351		
gezinsverzorging E		851	876		

Bron: LVT / NZi, Jaarboek Thuiszorg 1993, 1994, 1995

- 1) Deze cijfers gelden voor de gehele thuiszorg, inclusief Kraamzorg, Jeugdzorg en Diëtiëk.
- 2) Tot de categorie 'uitvoerend personeel in loondienst' worden verder gerekend: verpleegkundigen in de wijk, diëtisten, G.V.O.-ers, ergotherapeuten, consultatiebureau-artsen, (leerling)-kraamverzorgenden en overig uitvoerend personeel.

Tabel 1.7 Aantal werkzame personen in de thuiszorg 1993-1995

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	gem jrl % groei 93 - 95
Totaal aantal personen	158.439	149.228	154.332	-4.107	-1,3%
Waarvan uitvoerend personeel	141.891	135.213	139.311	-2.580	-0,9%

Bron: LVT / NZi, Jaarboek Thuiszorg, 1993, 1994, 1995

De groeiende vraag is opgevangen door per FTE uitvoerende meer zorg te verlenen zoals blijkt uit tabel 1.4.

## 1.5 Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en ziekenhuizen

De samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het terrein van indicatiestelling komt ten dele voort uit het besef dat tekorten in de ene sector de druk op de andere sector kunnen verhogen. Er is dus sprake van communicerende vaten in de zorg. Wanneer bijvoorbeeld verpleeghuizen kampen met een tekort aan capaciteit, neemt het aantal verpleeghuisgeïndiceerden dat in een verzorgingshuis of thuis verblijft toe. Dat betekent extra vraag voor de thuiszorg, zowel direct als indirect doordat de verpleeghuisgeïndiceerden in het verzorgingshuis aldaar de nieuwe instroom blokkeren.

In Amerikaans onderzoek werd een relatie gevonden tussen de capaciteit van verpleeghuizen en het gebruik van thuiszorg: in staten waar meer mensen wachten op een verpleeghuisopname, is het gebruik van thuiszorg hoger (Swan & Benjamin, 1993).

In de wachtlijstenregistratie en met behulp van het NZi-model VERWACHT (zie tabel 1.8) worden gecorrigeerde (niet-vervulde) wachtlijsten weergegeven (NZi/NVVz, Verstandig vernieuwen 2, 1997). Gecorrigeerd wil zeggen geschoond voor dubbeltellingen (personen op meerdere wachtlijsten) en onjuistheden (plaatsing uit voorzorg, mensen die reeds zijn overleden, etc.).

Tabel 1.8 Wachtlijstinformatie verpleeghuiszorg (aantal wachtenden en wachttijden voor klinische opnames, gemiddeld over het laatste kwartaal)

	1993	1994	1995	Abs.groei 93 - 95	gem jrl % groei 93 - 95
<b>Aantal wachtenden</b>					
Somatisch	2.720	2.670	2.650	-70	-1,3%
Psycho-geriatisch	4.440	4.010	3.910	-530	-6,2%
totaal	7.160	6.680	6.560	-600	-4,3%

Gemiddelde wachttijd (in weken)

Somatisch	5,0	5,0	5,0	0	0,0%
Psycho-geriatisch	18,0	15,5	15,0	-3	-8,7%

Bron: NZi-verpleeghuisenquête, centrale wachtlijsten, regionale informatie; NZi/NVVz, Verstandig vernieuwen 2, 1997)

Overigens blijken wachtlijsten in de praktijk soms een verrassende dynamiek te vertonen. Een voorbeeld daarvan wordt gegeven door Goossens (1993). Goossens beschrijft een substitutieproject in de West-Betuwe, waarin drie soorten verpleeghuiszorg buiten de muren werden aangeboden: aanvullende zorg in de thuissituatie, groepsverzorging en individuele aanvullende zorg in verzorgingshuizen. Een belangrijke doelstelling van het project was het verkorten van wachtlijsten van verpleeghuizen. Het aantal patiënten op de wachtlijst nam echter toe in plaats van af. Goossens wijt dit aan het zichtbaar worden van een verborgen zorgvraag: mensen meldden zich aan voor verpleeghuisopname, omdat dit een voorwaarde was om voor de aanvullende extramurale zorg in aanmerking te komen.

Tabel 1.9 De capaciteit van verpleeghuizen 1994-1996, aantal erkende bedden

Aantal erkende bedden	1993	1994	1995	1996	abs.groei 93 - 96	gem jrl % groei 93 - 96
Somatisch	26.911	26.841	26.500	26.500	-411	-0,5
Psycho-geriatisch	25.968	27.051	28.161	28.967	2.999	3,7
Totaal	52.879	53.892	54.661	55.467	2.588	1,6

Bron: NZi / NVVz, Verstandig vernieuwen 2, 1997

Het totaal aantal bedden in verpleeghuizen is in de jaren tachtig met gemiddeld 1% per jaar gegroeid. De groei tussen 1994 en 1996 bedroeg gemiddeld 1,6% per jaar. De groei heeft in de afgelopen jaren uitsluitend plaatsgehad in de psycho-geriatische sector. Het aantal bedden voor somatische patiënten is licht gedaald.

Tabel 1.10 De capaciteit van verpleeghuizen 1994-1996, aantal instellingen

aantal instellingen	1993	1994	1995	1996	abs. groei 93 - 96
somatisch	76	65	65	62	-14
psycho-geriatisch	66	63	63	61	-5
gecombineerd	183	195	195	202	19
totaal	325	323	323	325	0

Bron: NZi-enquête Verpleeghuizen

Dit heeft alles te maken met de veranderde hulpvraag. Er is een sterke toename geweest van het aantal opgenomen psycho-geriatische patiënten. Het aantal opgenomen somatische patiënten is veel minder sterk toegenomen, waarschijnlijk doordat voor somatische patiënten betere substitutie-mogelijkheden buiten het verpleeghuis kunnen worden gevonden. Substitutie van zorg voor psycho-geriatische patiënten vindt vooral



binnen het verpleeghuis plaats: van opname naar dagbehandeling. Ook komen bij deze groep patiënten steeds vaker kortdurende opnamen (zoals weekendopnamen) voor.

Het aantal formatieplaatsen in verpleeghuizen voor patiënt- en bewonersgebonden functies is tussen 1993 en 1995 met gemiddeld 3,8% per jaar gestegen. De gemiddelde hulpbehoevendheid van verpleeghuispatiënten is tot aan 1994 gemiddeld met ruim één procent per jaar gestegen. In 1994 is de SIG-registratie veranderd, waardoor geen goede vergelijking met voorgaande jaren meer mogelijk is (NZi/NVVz, 1997).

Tabel 1.11 Hulpbehoefte van verpleeghuispatiënten en personele inzet 1994-1995

	1993	1994	1995	abs.groei 93 - 95	gem jrl % groei 93 - 95
<b>aantal opgenomen patiënten:</b>					
somatisch	33.057	34.254	35.750	2.693	4,0%
psycho-geriatriesch	15.829	16.537	17.804	1.975	6,1%
<b>hulpindex voor opgenomen patiënten:</b>					
somatisch	8,54	8,20	8,30	-0,24	-1,4%
psycho-geriatriesch	8,46	8,20	8,20	-0,26	-1,5%
FTE V&V personeel	37.444	39.329	40.377	2.933	3,8%

Bron: NZi, Intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1995, 1996; NZi / NVVz, Verstandig vernieuwen 2, 1997.

De druk op de verpleeghuissector wordt opgevangen door substitutie van verpleeghuiszorg door zorg verleend in verzorgingshuizen en in de thuissituatie. Steeds vaker worden verpleeghuisfuncties vervuld in het verzorgingshuis. Opname van patiënten uit verzorgingshuizen in het verpleeghuis vindt daardoor 'later, maar zwaarder' plaats. Voor bewoners met psychosociale of psychogeriatrische problematiek wordt in verzorgingshuizen gewerkt met aangepaste zorgvormen, die bekend staan onder de termen 'groepsverzorging' en 'huiskamerprojecten'. Groepsverzorging is erop gericht de zelfstandigheid van bewoners te bevorderen en hen zo lang mogelijk op zinvolle wijze binnen het verzorgingshuis te handhaven. Om dit te bereiken wordt een activerende en stimulerende leefomgeving gecreëerd. Huiskamerprojecten zijn erop gericht een omgeving te scheppen waarbinnen gemakkelijker sociale contacten kunnen worden gelegd en waarin voldoende prikkeling tot activiteit aanwezig is om de dag tot een zinvolle belevenis te maken. Bij groepsverzorging wordt intensievere begeleiding gegeven en zijn de problemen van de deelnemers gewoonlijk van ernstiger aard dan bij de deelnemers aan huiskamerprojecten (CBS, 1996). Uit tabel 1.12 blijkt dat het percentage verzorgingshuizen dat groepsverzorging aanbiedt tot 1994 licht toenam, evenals het aantal bewoners dat gebruik maakt van groepsverzorging. Het aantal bewoners in huiskamerprojecten en het percentage verzorgingshuizen dat deze zorgvorm biedt, steeg. Door een wijziging in de registratie zijn de cijfers voor 1995 niet vergelijkbaar met die uit eerdere jaren.

Tabel 1.12 Groepsverzorging en huiskamerprojecten in verzorgingshuizen 1993-1995

	1993	1994	1995*
<b>% van de verzorgingshuizen met:</b>			
groepsverzorging	56	59	41
huiskamerprojecten	38	39	30
<b>aantal bewoners die gebruik maken van:</b>			
groepsverzorging	11.077	11.646	7.779
huiskamerprojecten	7.216	7.192	5.664

\* Met ingang van 1995 is een meer gedetailleerde indeling van aanvullende vormen van intramurale zorg toegepast, waardoor vergelijkingen met voorgaande jaren niet goed mogelijk zijn (CBS, 1995)

Bron: CBS Statistiek van de Bejaardenoorden 1993, 1994, 1995

Ondanks de substitutie van verpleeghuiszorg door zorg in het verzorgingshuis neemt over heel Nederland gezien de capaciteit van verzorgingshuizen af. Eind 1995 lag het aantal plaatsen 14% en het aantal bewoners bijvoorbeeld 15% onder het niveau van 1985.

De groeiende hulpbehoefte van bewoners blijkt uit CBS-gegevens over de mate van validiteit. In 1985 was 2,9% van de bewoners voortdurend bedlegerig en was 18,3% volledig hulpbehoevend, maar niet bedlegerig. Deze percentages zijn in 1995 opgelopen tot respectievelijk 4,6% en 23,1%. De inzet van verzorgend personeel (in FTE) is tot en met 1992 echter eveneens gegroeid om tegemoet te komen aan deze zwaarder wordende hulpbehoefte van bewoners van verzorgingshuizen (CBS, 1996). Uit tabel 1.13 blijkt dat in recente jaren het aantal FTE verzorgend personeel per verzorgingsplaats stabiel op 0,24 ligt.

Tabel 1.13 Kerncijfers verzorgingshuizen 1993-1995

	1993	1994	1995	absolute groei	procent groei
% 65-plussers verblijv. in verzorgingshuis	6,2	5,8	5,7	-	-0,5
aantal instellingen	1.476	1.446	1.425	51	-
aantal plaatsen	130.802	128.154	125.491	5.311	-
FTE verzorgend personeel	31.163	30.537	30.398	765	-
FTE verzorgend personeel/plaats	0,24	0,24	0,24	-	-

Bron: CBS Statistiek van de Bejaardenoorden 1993, 1994, 1995

Substitutieprojecten in de verpleeghuissector kunnen overigens niet alleen de druk op verzorgingshuizen en de thuiszorg vergroten. Van Linschoten e.a. (1996) tonen aan dat ook de werkbelasting van huisartsen toeneemt door substitutie van verpleeghuiszorg. Huisartsen besteden ongeveer 2,5 uur per jaar aan een patiënt met vervangende verpleeghuiszorg in de thuissituatie. Anderhalf uur daarvan bestaat uit visitetijd (inclusief reistijd). Een patiënt in groepsverzorging of somatisch meerzorg in het verzorgingshuis kost ongeveer de helft van deze tijd. Vergeleken met andere hoogbejaarde patiënten kosten patiënten met verpleeghuisvervangende thuiszorg één uur per jaar meer aan reis- en visitetijd.

Deze extra werkbelasting per patiënt per jaar lijkt wellicht op het eerste gezicht niet indrukwekkend. Het perspectief wordt echter anders, bij vergelijking met een gemiddelde patiënt, die vier keer per jaar naar de huisarts gaat voor een consult van tien minuten en die dus een werkbelasting van zo'n veertig minuten per jaar met zich meebrengt.

In ziekenhuizen leidt een tekort aan verpleeghuiscapaciteit tot 'verkeerde-bed' problematiek. Hiervan wordt gesproken wanneer een bed bezet wordt gehouden door een patiënt die geen ziekenhuisindicatie meer heeft (Hertogh e.a., 1996). De 'verkeerde-bed' problematiek werd voor 1994 geschat op ruim 1% van het totaal aantal ligdagen in Nederlandse ziekenhuizen, ofwel ongeveer 130.000 verpleegdagen (NRV/CvZ, 1995). 'Verkeerde-bed' problematiek in combinatie met een hoge bedbezetting leidt op zijn beurt tot vervroegd ontslag van andere patiëntencategorieën, met alle gevolgen van dien voor de thuiszorg.

Uit cijfers van de SIG, gepresenteerd in tabel 1.14, blijkt overigens dat het ziekenhuis voor wat betreft somatische patiënten een steeds belangrijkere 'leverancier' van het verpleeghuis wordt. In 1990 was reeds 63,2% van de somatische verpleeghuispatiënten bij een eerste klinische opname afkomstig uit het ziekenhuis. In 1995 is dit percentage verder gegroeid tot 65%. Deze toename is ten koste gegaan van het percentage patiënten dat uit de thuissituatie wordt opgenomen, maar vooral ten koste van het percentage dat wordt opgenomen vanuit een verzorgingshuis (8,9% in 1990, 7,1% in 1995).

Tabel 1.14 Herkomst van verpleeghuispatiënten bij eerste klinische opname en bij aanvang dagbehandeling 1990-1995

	somatische zorg		psychogeriatrische zorg	
	1990	1995	1990	1995
<i>Klinische opname</i>				
% patiënten afkomstig uit:				
thuissituatie	23,0	21,9	36,6	34,7
thuis + dagbehandeling	3,4	3,7	14,4	14,6
ziekenhuis	63,2	65,0	22,6	19,7
verpleeghuis	1,8	1,9	4,2	6,2
verzorgingshuis	8,6	7,1	22,0	23,8
overig	0,1	0,4	0,2	0,8
<i>Dagbehandeling</i>				
% patiënten afkomstig uit:				
thuissituatie	68,2	71,5	71,4	82,3
thuis + dagbehandeling	3,9	0,6	5,0	0,9
ziekenhuis	3,1	2,9	0,8	0,5
verpleeghuis	8,9	13,1	1,3	1,2
verzorgingshuis	16,0	11,1	21,5	14,8
overig	0,1	0,7	0,1	0,3

Bron: SIG Zorginformatie, Jaarboek Verpleeghuizen 1990, 1995

Onder somatische dagbehandelingspatiënten heeft wel een sterke groei plaatsgehad van het percentage dat afkomstig is uit de thuissituatie (van 68,2% in 1990 naar 71,5%

in 1995). Eenzelfde stijging treedt op voor psychogeriatrische dagbehandelingspatiënten: in 1990 was 71,4% afkomstig uit de thuissituatie, in 1995 is dat 82,3%. Voor beide categorieën patiënten is deze groei duidelijk ten koste gegaan van het percentage patiënten dat bij aanvang van de dagbehandeling in een verzorgingshuis verblijft. Dat heeft waarschijnlijk te maken met de in tabel 1.12 geconstateerde toename van 'groepsverzorging' en 'huiskamerprojecten' in verzorgingshuizen.

#### *Toegankelijkheid*

Uit een onderzoek dat in 1996 in opdracht van de LVT werd uitgevoerd, bleek dat op dat moment ruim 10.000 mensen op de wachtlijst stonden voor gezinsverzorging. Uit het onderzoek 'Werken in de gezinsverzorging', gehouden onder 16 instellingen verspreid over heel Nederland, bleek dat cliënten in ongeveer de helft van de gevallen binnen een week na aanmelding ook daadwerkelijk hulp ontvangen. Iets meer dan 16% van de cliënten wacht langer dan een maand op hulp. De gemiddelde wachttijd bedroeg 20,5 dagen, met een minimum van 0 en een maximum van 319 dagen (Arts e.a., 1997). De cijfers uit dit laatste onderzoek hebben betrekking op 1995.

Wachtlijsten in de thuiszorg worden niet continu geregistreerd. Een probleem is bovendien dat wachtlijstgegevens moeilijk te interpreteren zijn. In de eerste plaats is het mogelijk dat wachtlijsten slechts het bekende topje van de ijsberg zijn. Zeker wanneer indicatiestelling en zorgtoewijzing niet losgekoppeld zijn, zal een instelling geneigd eerst de 'kaasschaaf' te hanteren, dat wil zeggen het aantal uren zorg per geïndiceerde te rantsoeneren. De Boer e.a. (1997) vonden hiervoor aanwijzingen in een onderzoek waarin zij CBS-cijfers (Leefsituatie Onderzoek) over het gebruik van thuiszorg hadden gekoppeld aan wachtlijstgegevens in de thuiszorg (Groenewegen e.a., 1993). Pas als het niet meer lukt door rantsoenering in de toenemende vraag te voorzien, zal er een wachtlijst ontstaan. Een ander probleem is dat in theorie wachtlijsten niet alleen een indicatie kunnen zijn van schaarste, maar ook van een gebrek aan efficiëntie aan de kant van instellingen.

Een objectiever beeld van de relatie vraag-aanbod ontstaat wanneer gekeken wordt naar de verhouding tussen het aantal geïndiceerde personen voor thuiszorg versus het aantal personen in zorg, of het aantal geïndiceerde uren thuiszorg versus het aantal gegeven uren per cliënt. Informatie hierover is uitsluitend beschikbaar voor de 16 instellingen die deelnamen aan het eerder genoemde onderzoek 'Werken in de gezinsverzorging'. De cijfers uit dit onderzoek hebben betrekking op 1995. Daaruit bleek dat 90% van alle cliënten het aantal geïndiceerde uren ook daadwerkelijk heeft toegewezen gekregen; 4% kreeg meer uren dan geïndiceerd, 6% kreeg minder. Tussen de geïndiceerde en toegewezen frequentie van de hulp bestaat nog minder discrepantie: 96% van de cliënten krijgt een even groot aantal keren hulp per week toegewezen dan waarvoor zij geïndiceerd zijn. Bij 88% van de cliënten is bovendien geen sprake van een discrepantie tussen het geïndiceerde functieniveau en het functieniveau dat werd toegewezen. Bij 9% van de cliënten werd een hoger functieniveau toegewezen (dat kwam relatief vaak voor wanneer cliënten waren geïndiceerd voor verzorgingshulp B); bij 3% een lager. Uit het onderzoek bleek verder dat er een discrepantie kan bestaan tussen het toegewezen functieniveau en het functieniveau dat de daadwerkelijke hulp heeft verleend. Deze discrepantie treedt vooral op bij thuishulpen A, verzorgingshulpen B en verzorgenden C. Slechts rond 60% van de cliënten ook daadwerkelijk hulp van deze drie toegewezen functieniveau's. In de overige gevallen wordt de zorg vaak door een verzorgende D, een hoger functieniveau dus, verleend. Wat betreft verzorgende

activiteiten bestaat er weinig discrepantie tussen wat is toegewezen en wat daadwerkelijk is verricht. Begeleidende taken worden in de praktijk meer toegewezen dan geïndiceerd. Bovendien worden ze vaker uitgevoerd dan ze zijn toegewezen. Vaak gebeurt dit in onvoorziene situaties, waarin zich problemen voordoen waarop de uitvoerende wel moet reageren (Arts e.a., 1997).

## 1.6 Conclusie

Het doel van dit hoofdstuk was het verkrijgen van inzicht in de verhouding tussen vraag naar en aanbod van thuiszorg onder invloed van eventuele verschuivingen in de zorg die ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen bieden. De objectieve vraag naar thuiszorg is moeilijk te kwantificeren. Het gebruik van thuiszorg hangt samen met leeftijd en het ervaren van beperkingen in de persoonlijke of huishoudelijke verzorging. Maar niet iedere oudere die dergelijke beperkingen ervaart, wendt zich tot de thuiszorg met een hulpvraag. De vraag naar thuiszorg kan dus niet eenvoudig worden berekend op basis van gegevens over leeftijdsopbouw van de bevolking en ervaren belemmeringen. Wel kan aannemelijk worden gemaakt dat de vraag naar thuiszorg groeit onder invloed van de vergrijzing van de bevolking. Meer dan de helft van de cliënten is ouder dan 75 jaar. Naarmate het aantal ouderen die belemmeringen ervaren in het dagelijks handelen groeit, zal ook de behoefte aan thuiszorg toenemen. De reguliere thuiszorg is niet de enige die in deze behoefte voorziet. Een deel van de potentiële cliënten wendt zich tot particuliere vormen van zorg.

In principe moet de hulpbehoefte van cliënten via indicatiestelling op min of meer objectiveerbare wijze worden vastgesteld. Op basis van deze objectief vastgestelde hulpbehoefte kan vervolgens worden aangegeven hoeveel en welke zorg een cliënt nodig heeft. Idealiter is deze indicatiestelling taakstellend (de zogeheten 'harde optie'). In de praktijk blijkt echter dat de indicatiestelling meer het karakter van een principeafspraken krijgt naarmate de vraag groeit en het aanbod schaarser wordt. De zorg wordt in dat geval gerantsoeneerd. In welke mate dit gebeurt, kan ten dele worden vastgesteld op basis van de cijfers uit de Databank Thuiszorg. Uit tabel 1.14 bleek dat het gemiddeld aantal uren per cliënt in 1994 vrij scherp gedaald was ten opzichte van 1993. In 1995 is echter weer een duidelijk herstel opgetreden.

Hoewel de vraag naar thuiszorg gedeeltelijk afhangt van de vergrijzing van de bevolking is demografie niet de enige beïnvloedende factor. Ontwikkelingen in aanpalende sectoren (verpleeghuizen, ziekenhuizen, verzorgingshuizen) kunnen eveneens hun weerslag vinden in de vraag naar thuiszorg. Het aantal psycho-geriatrie bedden in verpleeghuizen is tussen 1993 en 1996 toegenomen met meer dan 11%; het aantal somatische bedden is licht gedaald. Analoog aan deze ontwikkelingen in de capaciteit van verpleeghuizen, is ook de omvang van de wachtlijst voor verpleeghuiszorg gedaald. Het aantal wachtenden voor een opname in een psychogeriatrisch bed daalde tussen 1993 en 1995 met bijna 12%, het aantal wachtenden voor een somatisch bed met ruim 2%. Voor psycho-geriatrie patiënten nam ook de gemiddelde wachttijd in weken af. De druk op de thuiszorg vanuit de verpleeghuissector lijkt dus licht te zijn afgenomen. In welke mate dit ook werkelijk het geval is, valt moeilijk op basis van dit cijfermateriaal vast te stellen. Er kan immers geen onderscheid worden gemaakt in oorzaak en gevolg: mogelijk is de wachtlijst voor verpleeghuizen gedeeltelijk ook kleiner geworden doordat meer patiënten elders, bijvoorbeeld thuis, met succes worden verzorgd. Een aanwijzing hiervoor vormt de geconstateerde groei van het percentage

patiënten dat bij aanvang van dagbehandeling in het verpleeghuis thuis verblijft. Dagbehandeling vormt een substituut voor opname in het verpleeghuis.

Uit de cijfers met betrekking tot verzorgingshuizen is duidelijk geworden dat deze een belangrijke rol spelen in het overnemen van verpleeghuisfuncties, bijvoorbeeld via zorgvormen als 'groepsverzorging' en 'huiskamerprojecten'. Hierdoor kan opname in het verpleeghuis worden uitgesteld. De personele capaciteit van verzorgingshuizen is gegroeid om tegemoet te komen aan de steeds zwaarder wordende hulpbehoefte van bewoners. Omdat het aantal plaatsen in verzorgingshuizen echter gestaag daalt, betekent een en ander dat ouderen die vroeger zouden zijn opgenomen in een verzorgingshuis, nu thuis verzorgd moeten worden. Hierdoor zal de vraag naar thuiszorg toenemen. Op basis van de beschikbare gegevens kan deze toename echter niet worden gekwantificeerd.

Ondanks een groeiende vraag naar thuiszorg neemt de personele capaciteit in de reguliere thuiszorg af. Het totaal aantal arbeidsplaatsen nam tussen 1993 en 1995 af met ruim 2%. Het aantal FTE uitvoerend personeel daalde in de periode '93-'95 zelfs met bijna 10%. De groeiende vraag is opgevangen door per FTE uitvoerende meer uren zorg te verlenen. Het aantal uren zorg per FTE uitvoerende nam tussen 1993 en 1995 met bijna 14% toe. De efficiëntie is verder verhoogd door -waar mogelijk- zorg te verschuiven van een hoger naar een lager functieniveau. Uit de evaluatie van de integratie kruiswerk-gezinszorg is echter gebleken dat hulpverleners van mening zijn dat door de verhoogde aandacht voor efficiency, de kwaliteit van zorg in het geding komt (De Bruin e.a., 1996).

## 1.7 Informatievoorziening

Een probleem bij het in kaart brengen van ontwikkelingen in de vraag naar en het aanbod van thuiszorg onder invloed van verschuivingen in andere sectoren, is dat de objectieve vraag naar thuiszorg moeilijk te kwantificeren is; zoals ook in de vorige paragraaf al werd geconstateerd. De overheid zou willen monitoren of en in welke mate er discrepanties optreden tussen de objectieve vraag naar thuiszorg en het aanbod. Als kengetal hiervoor zou bijvoorbeeld de ratio geïndiceerde uren/'geconsumeerde' uren thuiszorg per cliënt kunnen gelden. Cijfers over het aantal geïndiceerde uren thuiszorg worden echter niet op landelijke schaal verzameld. Zolang bovendien de indicatiestelling nog niet overal is losgekoppeld van de uitvoering, bestaat het gevaar dat een eventuele krapte in het aanbod leidt tot rantsoenering van het aantal geïndiceerde uren. De indicatiestelling voor thuiszorg is per 1 januari 1997 komen te vallen onder de verantwoordelijkheid gemeentelijke indicatie-organen. Deze kunnen echter op hun beurt de thuiszorginstellingen weer mandateren. De toekomst zal moeten leren in hoeverre de formele overheveling van de indicatiestelling naar gemeenten resulteert in een grotere objectiviteit van de indicatiestelling. Mogelijk kunnen gegevens van de gemeentelijke indicatie-organen in combinatie met gegevens van instellingen over de werkelijk verleende zorg in de toekomst gebruikt worden om de verhouding vraag-aanbod in de thuiszorg te monitoren. Een andere indicator voor het in kaart brengen van ontwikkelingen in vraag en aanbod zouden wachtlijsten voor de thuiszorg kunnen zijn. Wachtlijsten worden echter niet continu geregistreerd en zijn bovendien moeilijk te interpreteren.

Los van dit tamelijk specifieke probleem met betrekking tot het monitoren van eventuele discrepanties tussen vraag en aanbod, doen zich andere, meer structurele proble-

men voor in de informatievoorziening rond de thuiszorg. Wie enkele jaren geleden de thuiszorg beschreef, begon over het algemeen met het bekende onderscheid te maken in wijkverpleging en gezinsverzorging. Wijkverpleging behoorde van oudsher tot de eerstelijnsgezondheidszorg; gezinsverzorging hoorde tot begin jaren tachtig thuis bij de maatschappelijke dienstverlening, waartoe bijvoorbeeld ook het algemeen maatschappelijk werk behoorde. Gedurende de jaren tachtig bleven wijkverpleging en gezinsverzorging afzonderlijke vormen van zorg, waarbij wijkverpleging via de AWBZ gefinancierd werd en gezinsverzorging op basis van een rijkssubsidieregeling. In 1989 werd gezinsverzorging overgeheveld naar de AWBZ, waaruit de verstrekking op subsidiebasis werd gefinancierd. Hiermee werd een van de obstakels voor een integratie van wijkverpleging en gezinsverzorging uit de weg geruimd.

In de jaren negentig is de thuiszorg feitelijk voortdurend in beweging geweest. De integratie van kruiswerk en gezinszorg -in gang gezet op basis van het heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken naar Samengaan' uit 1990- is nog steeds niet voltooid. Anno 1995 waren er nog 20 instellingen voor alleen kruiswerk en nog 52 instellingen voor uitsluitend gezinsverzorging. Toch is inmiddels een groot deel van de instellingen gefuseerd. Binnen gefuseerde instellingen wordt ook in toenemende mate gewerkt met op de werkvloer geïntegreerde teams. Bovendien heeft de bij integratie behorende harmonisatie van de eigen bijdragen per 1 januari 1997 zijn beslag gekregen, zij het dat de feitelijke uitvoering hiervan bij kruisorganisaties verschoven is naar de zomer van 1997 in verband met administratieve problemen.

Sinds de invoering van de knip in de thuiszorg per 1 januari 1997 zou het zinvoller zijn geweest een onderscheid te maken in kortdurende, ziekenhuisgerelateerde zorg die gefinancierd wordt uit het tweede compartiment en de langdurende zorg die als aanspraak gefinancierd wordt op basis van de AWBZ. Nu naar verwachting deze zogenaamde knip in de thuiszorg per 1-1-1998 wordt afgeschaft wordt het onderscheid intensieve thuiszorg en langdurige thuiszorg zinvoller. In afwachting van de vormgeving van de intensieve thuiszorg, moeten daarover beslissingen worden genomen.

Een tweede onderscheid dat de laatste jaren relevant is geworden, is het onderscheid in reguliere en particuliere thuiszorg. De beschrijvingen in dit hoofdstuk hebben betrekking op de reguliere thuiszorg. Thuiszorg wordt echter in toenemende mate geleverd door niet-reguliere aanbieders. Particuliere thuiszorgbureaus kwamen eind jaren tachtig op en hielden zich aanvankelijk bezig met het verlenen van niet-collectief gefinancierde thuiszorg: aanvullende thuiszorg en kraamzorg voor particulier verzekerden. In de periode 1993-1996 hebben echter 25 nieuwe bureaus een AWBZ-erkenning op basis waarvan zij ook collectieve middelen ontvangen.

Met betrekking tot de particuliere thuiszorg is er sprake van een lacune in de informatievoorziening. Tot op heden ontbreekt hierover ieder cijfermateriaal. Er zijn geen gegevens met betrekking tot het aanbod aan zorg (aantal bureaus, aantal werkzame verplegenden en verzorgenden) en het gebruik van zorg (aantal cliënten, aantal uren zorgverlening). Deze lacune in de informatievoorziening werd overigens al in het Brancherapport Verpleging & Verzorging (Van der Kwartel e.a., 1994) geconstateerd. Het NIVEL voert in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onderzoek uit naar de aard en omvang van particuliere thuiszorg ten behoeve van de Staat van de Gezondheidszorg. De resultaten van dit onderzoek worden per 1 januari 1998 openbaar. De verzamelde gegevens omvatten onder meer informatie over de aard van de geboden thuiszorg, tarieven en financieringsbronnen, het aantal cliënten, het aantal

geboden zorguren, het aantal werkzame zorgverleners naar opleiding en type dienstverband, de procedures rond indicatiestelling, het bestaan van eventuele wachtlijsten en het gehanteerde kwaliteitsbeleid. Het onderzoek is gebaseerd op enquêtes onder particuliere thuiszorgbureau's. Om de ontwikkelingen in deze sector van de thuiszorg te kunnen monitoren zou een dergelijke peiling regelmatig moeten worden herhaald, analoog aan de jaarlijkse enquête die voor reguliere instellingen ten behoeve van de Databank Thuiszorg wordt gehouden.

#### *Kengetallen*

Ter afsluiting van dit hoofdstuk wordt hier samengevat welke kengetallen nodig zijn om om te kunnen monitoren of en in welke mate er discrepanties optreden tussen de objectieve vraag naar thuiszorg en het aanbod van de thuiszorg. In deze notitie zijn vraag en aanbod uitsluitend op indirecte wijze met elkaar in verband gebracht. Verschillende cijfers met betrekking tot de vraag en vraag en verschillende gegevens met betrekking tot het aanbod zijn naast elkaar gezet. Een betere indicatie voor het optreden van discrepanties geeft de verhouding geïndiceerde / geconsumeerde uren op cliëntniveau. Cijfers over het aantal geïndiceerde uren thuiszorg worden echter niet op landelijke schaal verzameld. Mogelijk kunnen in de toekomst gegevens van de gemeentelijke indicatie-organen in combinatie met gegevens van instellingen (regulier en particulier) over de werkelijke verleende zorg gebruikt worden om de vraag en het aanbod in de thuiszorg te monitoren.

Een ander kengetal zou het aantal personen op wachtlijsten kunnen zijn. Problemen bij wachtlijsten zijn dat zij ten eerste niet continue geregistreerd worden, ten tweede zijn wachtlijsten moeilijk te interpreteren en tenslotte wordt door instellingen vaak eerst de zorg gerantsoeneerd, alvorens wachtlijsten op te stellen.



## LITERATUUR

- ARTS, S., H. KERSTEN, A. KERKSTRA. Werken in de gezinsverzorging. Utrecht: NIVEL/De Tijdstroom, 1997
- BAARS, J.A., J.M. SPAAN. Jaarboek Thuiszorg 1994. Bunnik/Utrecht: LVT/NZi, 1996
- BAARS, J.A., J.M. SPAAN. Jaarboek Thuiszorg 1995. Bunnik/Utrecht: LVT/NZi, 1997
- BOER, A. DE, P. GROENEWEGEN, P. HOOIMEIJER. Home help utilization under conditions of restricted supply. In: G.P. Westert, R.N. Verhoeff (eds). Places and people: multilevel modelling in geographical research. Utrecht: Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen, Universiteit Utrecht, 1997
- BRUIN, A. DE, E.C. RUITER, A. KERKSTRA. Integratie kruiswerk en gezinsverzorging: meningen en ervaringen van hulpverleners en cliënten. Utrecht: NIVEL, 1996
- BERKHOUT, H., M.J.M. DEKKERS (RED). Een indicatie voor samenhang: handreiking voor geïntegreerde indicatiestelling. Den Haag: VNG Uitgeverij, 1995
- CBS. Statistiek van de bejaardenoorden 1994. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1996
- DELNOIJ, D.M.J., R. SCHULLER, C.M. VAN HEUGTEN, A.J.J. VAN DER KWARTEL, R.L.C. SMIT, L.J.R. VANDERMEULEN. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg, Utrecht: NIVEL/NZi, 1996
- FRIELE, R.D. Een knip in de thuiszorg: een beperkte inventarisatie in 6 instellingen voor thuiszorg. Utrecht: NIVEL, 1995
- GOOSSENS, W. Verborgene zorgvraag wordt zichtbaar. Het Ziekenhuis; 1993; 5: 233-235
- GROENEWEGEN, P., A. KERKSTRA, G. JANSEN. Wachtlijsten in de thuiszorg. Utrecht: NIVEL, 1993
- HERTOGH, C.M.P.M., M.W. RIBBE. Verkeerde bedden en verkeerde zorg. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 1996 (140); 20 april
- HULSHOF, N.A., A. DE VEER. Voormeting knip in de thuiszorg. NIVEL, intern rapport, Utrecht, 1997
- KEMP, A.A.M. DE. Kosten en opbrengsten van substitutie in de zorg voor ouderen. Den Haag: Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, 1995
- KWARTEL, A.J.J. VAN DER, L.J.R. VANDERMEULEN, D.M.J. DELNOIJ, J. HARMSSEN. Branche-rapport Verpleging en verzorging. Utrecht: NZi/NIVEL, 1994
- LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG. LVT-indicatiesysteem: essentie van het systeem, werking van het systeem en implementatiehandleiding. Bunnik: LVT, 1995
- LANGE, H.J. DE, J.M. SPAAN. Jaarboek Thuiszorg 1993. Bunnik: LVT, Utrecht: NZi, 1995
- LINSCHOTEN, C.P. VAN, B. MEYBOOM-DE JONG, P. MOORER, E.W. WOLFFENSBERGER. De gevolgen voor de huisarts van de substitutie van verpleeghuiszorg. Huisarts en Wetenschap; 1996 (39); 4: 162-164
- LYKE, S.M. VAN DER, P.H. TOREN. Een kwestie van vertrouwen. Procesevaluatie van indicatiesystemen in de thuiszorg. Verpleegkunde 1996 (11); 1: 23-30
- NRV/CvZ. Verkeerde-bedproblematiek. Advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Zoetermeer, 1995
- NRV/CvZ. Indicatiestelling en zorg op maat. Advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Zoetermeer, 1994

NZf / NZi, Gezondheidszorg in Tel 4 , Utrecht, 1996

NZi / NVVz. Verstandig vernieuwen 2; Ouderenzorg voor eigen rekening? Utrecht, 1997

STAATSBLAD van het Koninkrijk der Nederlanden, nr. 595. Besluit tot wijziging van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, het Bijdragebesluit zorg, het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden en enige andere besluiten in verband met regeling van de aanspraak op thuiszorg. Den Haag: SDU Uitgevers, 1996

SWAN, J.H., A.E. BENJAMIN. Nursing Home Queues and Home Health Users. Home Health Care Services Quarterly; 1993 (14); 2/3: 157-172

TIMMERMANS, J. (red). Rapportage Ouderen 1996. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997

VERHEIJ, R.A., W.M.C.M. CARIS-VERHALLEN, A. KERKSTRA. Integratie kruiswerk en gezinsverzorging. Utrecht: NIVEL, 1993

VWS. Indiciestelling. Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de besturen van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg en Zorgverzekeraars Nederland. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 16 december 1996

WVC. Heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken naar Samengaan'; Gezinsverzorging en kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg. Rapport van de heroverwegingswerkgroep doelmatigheidsonderzoek organisatiestructuur gezinsverzorging en kruiswerk. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990

## BIJLAGEN



## BIJLAGE I

### Kosten en financiering

In tabel 3.15 is de financiering van de thuiszorg weergegeven naar zorgvorm en naar financieringsbron. De totale uitgaven voor thuiszorg zijn tussen 1993 en 1995 met f 169,8 mln ofwel 5,5% gestegen. Dit is exclusief de uitgave van f 38 mln in 1995 voor het persoonsgebonden budget (f 0 in 1993). Van de uitgaven voor thuiszorg kwam in 1995 nog 89% voor rekening van de AWBZ; 1,7% was voor rekening van de ziekenfondsen en 9,3% bestond uit eigen betalingen (niet in tabel).

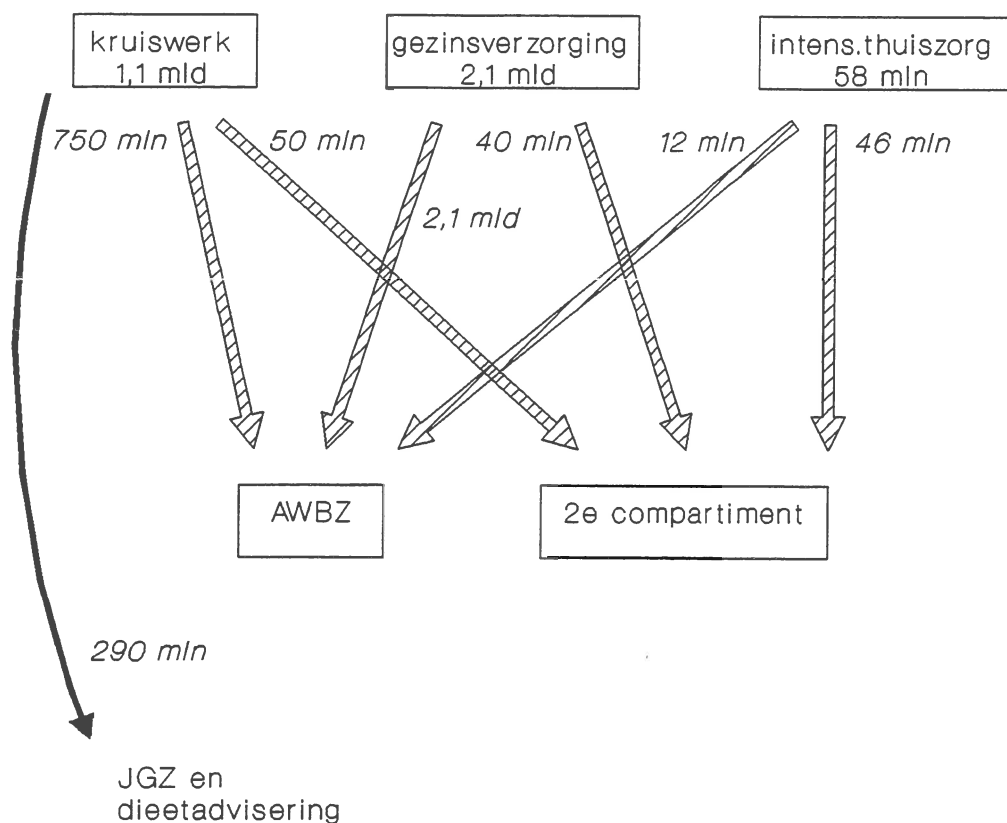
In het verleden werd de uitsplitsing naar gezinsverzorging, kruiswerk en overige thuiszorg gemaakt. Naarmate steeds meer instellingen integreren, is deze onderverdeling minder relevant. In verband met de invoering van de 'knip' per 1-1-1997 zal het in de toekomst interessanter zijn om te kijken naar de ontwikkeling in zorg ten laste van de AWBZ versus het tweede compartiment. De verschuivingen die zijn opgetreden in de budgetten ten gevolge van de invoering van de 'knip', zijn weergegeven in figuur 3.3.

Tabel 3.15 Financiering thuiszorg 1993-1995

	1993	1994	1995	abs.groei 93 - 95	gem jrl % groei 93 - 95
<b>Gezinsverzorging</b>					
AWBZ	1.760,2	1.904,0	1.974,0		
<i>Overige ontvangsten:</i>					
ongesplitste eigen betalingen	248,5	209,6	144,3		
Totaal	2.008,7	2.113,6	2.118,3		
<b>Kruiswerk</b>					
AWBZ	880,8	863,8	900,9		
<i>Overige ontvangsten:</i>					
ongesplitste eigen betalingen	123,0	175,2	157,5		
Totaal	1.003,8	1.039,0	1.058,4		
<b>Intensieve thuiszorg</b>					
AWBZ	8,2	8,0	7,7		
Ziekenfonds	49,9	45,1	56,0		
Totaal	58,1	53,1	63,7		
<b>Thuiszorg totaal</b>					
AWBZ	2.649,2	2.775,8	2.882,6	233,4	4,3%
Ziekenfonds	49,9	45,1	56,0	6,1	5,9%
Eigen betalingen	371,5	384,8	301,8	-69,7	-9,9%
Totaal	3.070,6	3.205,7	3.240,4	169,8	2,7%
<b>Persoonsgebonden budget</b>					
AWBZ	0,0	5,1	38,0		
Totaal	0,0	5,1	38,0		

Bron: Bijlage B10, JOZ 1997

Figuur 3.3 Verschuivingen in budgetten ten gevolge van de knip in de thuiszorg



Tabel 3.16 geeft een overzicht van exploitatie- en algemene gegevens van instellingen voor thuiszorg in 1993. Recentere cijfers zijn door het CBS nog niet gepubliceerd. De gezinsverzorging neemt het grootste aantal instellingen en bezette arbeidsplaatsen voor haar rekening. Verder is opvallend dat het saldo van kosten en opbrengsten van alle instellingen samen op +25 miljoen uitkomt. Alleen instellingen voor kruiswerk + kraamzorg hebben een negatief saldo.

Tabel 3.16 Exploitatie- en enige algemene gegevens van instellingen voor thuiszorg, naar type instelling, 1993 (mln.gld.)

	Gezins- verzorging (GV)	Kruisw.	Kraamz.	GV+kruis- werk	Kruisw.+ kraamz.	Overige instell.	Totaal
Aantal instellingen	78	13	20	14	24	27	176
Bezette arb.pl. van personeel in loondienst	18.570	1.540	1.519	6.469	5.527	15.316	48.942
Subsidies en bijdragen (mln.) waarvan	972,1	127,4	0,1	391,1	288,9	885,8	2.665,4
- Rijk							
- Provincies	3,4	0,2	-	0,6	0,1	0,6	1,7
- Gemeenten	40,4	-	-	5,5	0,1	17,8	63,7
- AWBZ	921,3	126,0	-	377,8	288,4	854,6	2.568,1
- Anderen	6,9	1,2	0,1	7,3	0,3	12,8	28,8
Verzorgingsgelden, w.o. eigen bijdragen, zf gelden	80,3	-	103,1	17,7	128,4	171,7	501,1
Contributies	-	23,3	-	26,5	52,8	54,4	157,1
Andere opbrengsten	17,0	7,7	2,1	8,0	15,2	25,0	74,9
<b>Totaal opbrengsten</b>	<b>1.069,4</b>	<b>158,4</b>	<b>105,3</b>	<b>443,3</b>	<b>485,3</b>	<b>1.136,9</b>	<b>2.398,5</b>
Personele kosten	975,9	114,9	89,3	377,1	389,6	962,0	2.908,8
Andere kosten	82,6	41,4	12,8	62,5	97,1	168,7	465,1
<b>Totaal kosten</b>	<b>1.058,6</b>	<b>156,3</b>	<b>102,1</b>	<b>439,5</b>	<b>486,7</b>	<b>1.130,7</b>	<b>3.373,8</b>
<b>Saldo</b>	<b>10,8</b>	<b>2,1</b>	<b>3,2</b>	<b>3,8</b>	<b>-1,4</b>	<b>6,2</b>	<b>24,7</b>

Bron: Maandbericht gezondheid (CBS) 96/3

*Substitutie en kosten van zorg*

De Kemp (1995) deed onderzoek naar de kosten en opbrengsten van substitutie in de ouderenzorg. Concreet ging het daarbij om een meta-evaluatie van projecten waarin intramurale zorg werd vervangen door thuiszorg, beschermd wonen en kleinschalige, gedecentraliseerde voorzieningen. Substitutie bleek in de meeste gevallen inderdaad besparingen op te leveren. In sommige gevallen bleek het substitutieproject echter duurder dan de reguliere voorzieningen. Ter illustratie: de berekende besparingen op de collectieve lasten bij substitutie door thuiszorg lopen uiteen van f 10.000 per oudere per jaar tot f 700 per oudere per jaar. In één project was echter sprake van meerkosten voor de collectieve sector die geraamd werden op f 7.000-f 18.000 op jaarbasis (De Kemp, 1995, p. 35-36). De Kemp formuleert een viertal voorwaarden waaronder substitutieprojecten in de ouderenzorg zich financieel kunnen meten met reguliere voorzieningen:

1. een voldoende sobere vormgeving;
2. een zorgvuldige bewaking van de directe kosten van verpleging en verzorging;
3. beheersing van de projectkosten;
4. een effectieve monitoring van de zorgkosten per cliënt (De Kemp, 1995, p. 64).

## BIJLAGE II

### Indicatiesystemen in de thuiszorg

In de thuiszorg worden momenteel verschillende gestandaardiseerde indicatiesystemen gebruikt. Het gaat hierbij om het *Thuiszorg Indicatie Systeem* (TIS), het *Geïntegreerde Registratie Systeem Thuiszorg* (GIRST) en in de gezinsverzorging het eerder genoemde LIER-systeem. Deze landelijk ontwikkelde intakesystemen worden echter zelden letterlijk overgenomen door thuiszorgorganisaties. Meestal worden zij aangepast aan de eisen die de lokale situatie stelt (Van der Lyke & Toren, 1996). Bovendien wordt in de praktijk op zeer verschillende wijze gebruik gemaakt van gestandaardiseerde intakeformulieren. Het formulier kan als leidraad van een intakegesprek worden gebruikt en ter plekke worden ingevuld. Het komt echter ook voor dat het formulier 'in de tas' wordt gelaten en slechts gedeeltelijk of niet wordt ingevuld. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat uitvoerenden de gescheiden intake (dat wil zeggen, losgekoppeld van de zorgverlening) en de bijbehorende formulieren als bureaucratisch ervaren (Van der Lyke & Toren, 1996).

Soortgelijke resultaten werden gevonden door De Bruin e.a. (1996) in de tweede evaluatie van het integratieproces. In alle geëvalueerde thuiszorginstellingen blijft men bezig met het aanpassen, ontwikkelen en verfijnen van het (geïntegreerd) intakeinstrument. Uit interviews onder hulpverleners bleek bovendien dat men vond dat er op dit gebied te weinig overleg, samenwerking en uitwisseling bestaat tussen de verschillende instellingen. Ook kwam uit dit onderzoek naar voren dat het draagvlak onder hulpverleners voor een geïntegreerde, losgekoppelde intake niet groot is.

In het kader van de integraties tussen gezinsverzorging en kruiswerk is door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg in samenwerking met Compliance Consult het LVT-indicatiesysteem ontwikkeld, waarbij men streeft te komen tot èèn landelijk uniform indicatiesysteem voor de thuiszorg (LVT, 1995).