
Zitting 1981–1982

16 625

**Heroverweging collectieve uitgaven
(Rijksbegroting)**

Nr. 54

Deelrapport 45

Heroverweging bejaardenbeleid

INHOUDSOPGAVE

	Blz.
I Inleiding	3
II Hoofdstuk A, beschrijving van het beleid	6
III Hoofdstuk B, evaluatie van het beleid	16
IV Hoofdstuk C, beleidsvarianten	34
Bijlagen:	
1. Cijfermatige gegevens, behorende bij Hoofdstuk A	55
2. Ramingen bejaardenoorden, verpleeghuizen en kruiswerk	66
3. De rol van informele hulp in de zorg voor ouderen	75
4. Substitutievariant	77

INLEIDING

Taakopdracht

Op 5 februari 1982 heeft de Ministerraad besloten tot een voortzetting van de procedure van heroverweging, waarbij het beperken van de omvang van de collectieve uitgaven door middel van een welbewuste afweging de belangrijkste achterliggende reden vormde.

Op basis van de aan alle werkgroepen toegezonden algemene richtlijnen en taakopdracht valt het hierna volgende rapport uiteen in een drietal hoofdstukken, te weten:

- I. Beschrijving van het bejaardenbeleid in termen van doelstelling, capaciteitsontwikkeling, middelen en financiële consequenties voor de rijksbegroting en de meerjarenramingen tot en met 1986;
- II. Evaluatie van het in hoofdstuk I beschreven beleid;
- III. De ontwikkeling van beleidsvarianten, waarbij als ijkpunt is gehanteerd de raming van het uitgavenniveau 1982–1986, zoals voorzien in de meerjarenramingen van de Miljoenennota 1982 en het Financieel Overzicht Gezondheidszorg nr. 5.

Meer specifiek voor het terrein van het bejaardenbeleid gaat het om het kritisch toetsen van het bestaande beleid op aspecten van doelmatigheid, doeltreffendheid en actualiteit, ook al ten einde nieuwe beleidsvoornemens niet bij voorbaat onmogelijk te maken. *De werkgroep Heroverweging Bejaardenbeleid diende zich hierbij te richten op de verzorging en huisvesting van ouderen, zowel intra- als extramuraal en de daarmee samenhangende substitutie-effecten.*

Daarbij dient tevens de vraag aan de orde te komen of degenen die profiteren van bepaalde voorzieningen daaraan niet een grotere financiële bijdrage kunnen leveren.

Tot slot zou aandacht besteed moeten worden aan de vraag of bepaalde door de overheid tot stand gebrachte voorzieningen niet ook door de private sector geproduceerd en eventueel gedistribueerd zouden kunnen worden.

Taakafbakening

Het gehele voorzieningenpakket voor zover dit voor bejaarden van betekenis is omvat de maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg, zowel ambulante als residentiële. Dit houdt in dat de leef-, woon- en gezondheidssituatie van ouderen als een integraal pakket wordt beschouwd. Nader uitgesplitst valt deze zorg uiteen in:

1. Gezondheidszorg:
extramuraal: huisarts, wijkverpleging, paramedische hulp, vrijwilligerswerk;
intramuraal: verpleeghuis, psychiatrische inrichting;
2. Bejaardenzorg:
intramuraal: verzorgingstehuis;
3. Huisvesting:
extramuraal: aangepaste woning, bejaardenwoning;
4. Maatschappelijke dienstverlening:
maatschappelijk werk, gezinsverzorging en bejaardenhulp, vrijwilligerswerk, pastoraal en diaconaal werk;
5. Sociaal-culturele en recreatieve voorzieningen:
diverse vormen van vrijwilligerswerk, dienstencentra en projecten gecoördineerd bejaardenwerk.

Gezien de taakopdracht heeft de werkgroep zich moeten beperken tot verzorging en huisvesting van bejaarden.

Een strikte scheiding in diverse verzorgingselementen zonder op doublures en overlappings te stuiten is welhaast onmogelijk. De tijd die ter beschikking is gesteld om dit onderzoek te doen vormt een randvoorwaarde om een zo verantwoord mogelijke keuze te doen.

De werkgroep heeft besloten onder verzorging en huisvesting van ouderen op te nemen:

- a. de bejaardenoorden;
- b. de bejaardenwoningen;
- c. de gezinsverzorging;
- d. de verpleeghuizen;
- e. het kruiswerk.

Aandachtspunten en knelpunten

Bij de uitwerking van het in de taakopdracht omschrevene ondervond de werkgroep enige problemen, waarover in dat kader besluiten moesten worden genomen.

Ten einde een en ander inzichtelijk te maken volgt hieronder een globale opsomming:

a. Spanningsveld voorziene demografische ontwikkeling en geaccordeerde meerjarencijfers

Het feit dat alle varianten dienden uit te monden in een besparing ten opzichte van de meerjarenraming 1986 – zoals vermeld in Miljoenennota 1982 en Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG), nr. 5 – verhoudt zich problematisch met het gegeven van de toename van het aantal bejaarden en met name het aantal hoogbejaarden.

Het gebruik van zorgvoorzieningen, zo blijkt, neemt over het algemeen sterk toe met de leeftijd. Verwacht mag dus worden dat bij ongewijzigd beleid de vergrijzing van de Nederlandse bevolking in hoge mate effect zal hebben op het gebruik dat ouderen in de toekomst zullen maken van bejaardenoorden, verpleeghuizen, bejaardenhulp, wijkverpleging en bejaardenwoningen.

b. Problematiek ICCK-circuit

De werkgroep heeft besloten aangaande de vraag van het al dan niet betrekken van zaken vanuit het z.g. Interdepartementale Coördinatie Commissie kostenbeheersing Kwartaire sector (ICCK)-circuit zich exact te houden aan de omschrijving van het bejaardenbeleid zoals vermeld in bijlage I bij ministerraadsbrief 981-613 d.d. 8 december 1981. Wel zal worden aangegeven waar sprake is van een zich bevinden op het grensgebied.

c. Inhoudelijke uitgangspunten van de meerjarencijfers

Als formeel ijkpunt van de te ontwikkelen varianten gelden de meerjarencijfers 1982–1986 conform de Miljoenennota van 1982 en het FOG. Gezien het feit dat de varianten betrekking dienden te hebben op de totale kosten van huisvesting en verzorging van het bejaardenbeleid was het gewenst de diverse achtergronden en veronderstellingen alsmede demografische prognoses bij de gepresenteerde cijfers en meerjarenramingen van de relevante sectoren duidelijk te omschrijven.

d. Decentralisatieproblematiek

Van belang is het tevens te wijzen op de gedachten met betrekking tot de in de toekomst voorziene decentralisatie van diverse voorzieningen. Het

samengaan van decentralisatie (en bepaalde vormen ervan) en bezuinigingen die op centraal niveau worden gesteld verhouden zich problematisch, indien wordt uitgegaan van de huidige regelgeving.

e. *Strijdigheid met regeerakkoord*

De werkgroep wijst op een tweetal relevante passages uit de regeringsverklaring van 16 november 1981, die voor wat betreft ouderen vermeldt: «Ingrijpend in haar gevolgen zal ook de veroudering van onze bevolking blijken. Minder kinderen, meer bejaarden. Dit maakt onder meer een ingrijpende herschikking nodig van een aantal collectieve voorzieningen» en «Als een der belangrijkste opdrachten ziet het kabinet de zorg voor het welzijn van de burger, in het bijzonder dat van de meest kwetsbare groepen in ons land, waaronder bejaarden».

A. BESCHRIJVING VAN HET BELEID

Zoals reeds in de inleiding gesteld, volgt in dit hoofdstuk voor een vijftal beleidsterreinen een beschrijving van de doelstelling, de capaciteitsontwikkeling en de financiële ontwikkeling alsmede meerjarenramingen tot 1986.

Beleidsterreinen:

- I. Bejaardenoorden
- II. Verpleeghuizen
- III. Gezinsverzorging
- IV. Kruiswerk
- V. Bejaardenwoningen.

Aan het slot van dit hoofdstuk volgt dan nog een summierië paragraaf betreffende de interrelatie van genoemde beleidsterreinen.

I. BEJAARDENOORDEN

1. Inhoudelijk

Het beleid ten aanzien van de bejaardenoorden berust in zijn verschillende onderdelen op de Wet op de bejaardenoorden (WBO), de Algemene Bijstandswet en de Voorschriften en Wenken voor het ontwerpen van verzorgingstehuizen, welke laatste door het Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening worden uitgevaardigd.

2. Kwaliteits-, toezichts- en prijsbeleid

De Wet op de bejaardenoorden van 1963 had het karakter van een kwaliteits- en toezichtswet en beoogde slechts bescherming te bieden aan de bewoners. Gekozen is voor een ruime definitie van de inrichtingen welke onder het regime van de wet vallen: «inrichtingen waarin aan ten minste vijf bejaarden duurzame huisvesting gepaard met gehele of gedeeltelijke verzorging wordt verschaft». Gedeputeerde staten werden belast met het stellen van voorschriften ten aanzien van de bejaardenoorden over ten minste de volgende onderwerpen: de vrijheid van de bejaarden hun leven naar eigen inzicht in te richten, de hygiëne en de zorg voor de gezondheid; de veiligheid; het aantal, de bekwaamheid en de geschiktheid van het personeel; de inrichting van het gebouw en de boekhouding. Tevens dienen gedeputeerde staten toe te zien op de billijke verhouding tussen het verzorgingsstarief en de huisvesting en verzorging. Dit toezicht op de naleving van de wet is opgedragen aan de in de provincies werkzame inspecteurs voor de bejaardenoorden. In iedere provincie functioneren een prijs- en kwaliteitsinspectie. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen door het Ministerie van CRM nadere onderwerpen worden aangegeven, die in de provinciale verordeningen moeten worden geregeld.

De bemoeienis van het Rijk met de tarieven heeft geleid tot de jaarlijkse publikatie van de «Prijsregelen Bejaardenoorden».

3. Personeelsformatiebeleid

De totaliteit van de personeelskosten is gemiddeld voor 60% verantwoordelijk voor de hoogte van de verzorgingsstarieven. Sedert 1 juli 1980 hanteren de provinciale besturen en de besturen van de drie grote steden een door de Staatssecretaris van CRM, hoofdzakelijk aan het rapport van het raadgevend bureau Twijnstra en Gudde ontleend, aanbevolen formatiemodel bij de beoordeling van de behoefte aan personeel in de bejaardenoorden. Een Overlegcommissie Personeelsformatie Bejaardenoorden houdt zich bezig met afspraken over de contingentering van de jaarlijks door

de afzonderlijke provinciale besturen en besturen van de drie grote gemeenten toe te stane personeelsuitbreiding, alsmede met de evaluatie van het formatiemodel.

4. Planningsbeleid

De paragraaf «planning» van de WBO voorziet in de plicht van provinciale staten een vijfjarenplan voor de bejaardenoorden vast te stellen, waarin de totale capaciteit van de bejaardenoorden en de spreiding ervan in de provincie worden geregeld. De paragraaf «verklaring van geen bezwaar» verplicht tot voorafgaande toestemming van gedeputeerde staten voor het stichten, doen bouwen, doen verbouwen, uitbreiden, dan wel aanvang of overname exploitatie van een bejaardenoord. Gedeputeerde staten mogen de verklaring van geen bezwaar slechts weigeren indien het bejaardenoord niet past in het plan dan wel niet voldoet of naar redelijke verwachting niet zal voldoen aan de regelen, gesteld ingevolge artikel 7 (kwaliteitsvoorschriften).

De paragraaf «planning» is niet in werking getreden, omdat de totaliteit van de kosten van bejaardenoorden, welke via de bijstandsuitgaven aan de bewoners ten laste komt van de rijksbegroting, noopt tot beïnvloeding door de centrale overheid van de capaciteitsontwikkeling, in plaats van deze te leggen bij de niet met de financiële verantwoordelijkheid belaste provinciale overheid. Derhalve is nog steeds het als overgangsartikel bedoelde artikel 33 van kracht, dat voor afgifte van een verklaring van geen bezwaar door gedeputeerde staten vooraf toestemming van de Minister van CRM vereist is.

5. Capaciteitsbeleid

In de Nota Bejaardenbeleid 1975 is het beleidsvoornemen vastgelegd slechts in regio's, waar voor minder dan 7% van de bejaarden een plaats in een bejaardenoord beschikbaar is, capaciteitsuitbreiding toe te staan. In de «Nota inzake de collectieve voorzieningen en de werkgelegenheid» (1976) is deze 7%-norm daarna aangescherpt tot de richtlijn ook in regio's beneden de 7%-norm geen capaciteitsuitbreiding toe te staan, met uitzondering van de drie grote gemeenten. Buiten de toepassing van de 7%-norm vallen enkele categorieën bejaardenoorden met een bijzondere ofwel landelijke functie, waaronder de kloosterbejaardenoorden.

6. Toelatingsbeleid

Bejaardenoorden zijn autonoom in de keuze van de bejaarden die zij opnemen, zij het dat hierin sedert de inwerkingtreding van de paragraaf «Opneming» bij de wijziging van de wet in 1974 toegevoegd, op 1 januari 1977 een beperking is aangebracht. Ingevolge de wet zijn burgemeester en wethouders van iedere gemeente verplicht een indicatiecommissie in te stellen, waarin ten minste een arts en een maatschappelijk werker zitting hebben, en die advies moet uitbrengen over de aard en de mate van de verzorgingsbehoefte aan iedere bejaarde die wenst te worden opgenomen in een bejaardenoord. De indicatiecommissie stelt het advies vast aan de hand van bij algemene maatregel van bestuur voorgeschreven criteria. De bejaardenoorden mogen slechts bejaarden opnemen, die een advies van een indicatiecommissie hebben ontvangen, ongeacht of dit strekt tot opneming. De omstandigheid dat veel bejaarden (80%) voor de financiering van de verzorgingskosten een beroep moeten doen op de bijstand, impliceert dat vrijwel uitsluitend positief geïndiceerde bejaarden worden opgenomen.

7. Financiering

Bejaardenoorden vormen de grootste categorie van de, via de bijstand, zogenaamde indirect gefinancierde voorzieningen van medische of maatschappelijke dienstverlening. De bewoners zijn door het ontbreken van een verzekeringssysteem of subsidieregeling voor de bejaardenoorden gehouden tot volledige vergoeding van de verzorgingskosten. Door de recente wijziging van de Algemene Bijstandswet kan slechts bijstand worden verstrekt, indien de betreffende voorziening is toegelaten tot de indirecte financiering. De toelating van de bejaardenoorden is groepsgewijs geschied.

8. Reparatiwetgeving en versnelde overdracht

Binnenkort zal een voorstel tot wijziging van de WBO het parlement bereiken. Dit voorstel beoogt in belangrijke mate het verschaffen van een solide instrumentarium voor de beheersing van de kostenontwikkeling in de bejaardenoorden. Hiermee hangt samen de problematiek van de vervanging van het systeem van de indirecte financiering door het systeem van de directe financiering.

II. VERPLEEGHUIZEN

1. Inhoudelijk

Het verpleegtehuis kan worden omschreven als een instelling, waarin voor kortere of langere duur verzorging, verpleging, geneeskundig onderzoek en behandeling, alsmede paramedische hulp worden geboden en een reacterende behandeling, voor wie de dagelijkse zorg van een medisch specialist niet (meer) nodig is, maar die thuis geen adequate verzorging krijgen. Indien het verpleeghuis of de verpleeghuisafdeling bestemd is voor psycho-geriatrische patiënten, dient met betrekking tot de indicatiestelling gestipuleerd te worden, dat deze bejaarde patiënten worden opgenomen op grond van hun geestelijke gestoordheid. Thans worden de navolgende groepen onderkend:

- somatische zieke patiënten
- psycho-geriatrische patiënten.

De verpleeghuizen worden onderscheiden in:

- verpleeghuizen voor somatisch zieken
- verpleeghuizen voor psycho-geriatrische patiënten
- gecombineerde verpleeghuizen, waarin zowel somatisch zieken als psycho-geriatrische patiënten – veelal in aparte vleugels – worden opgenomen.

2. Financiering

Eind 1967 werd de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) van kracht. In mei 1968 volgden de algemene maatregel van bestuur en het ministerieel besluit waarbij de opnemings- en het verder verblijf in een verpleeginrichting met ingang van 1 april 1968 onder de werkingssfeer van de wet werden gebracht. De bloei van de verpleeginrichtingen is mede te danken aan deze wet.

De AWBZ heeft tot doel binnen het raam van de sociale zekerheid een verantwoorde oplossing te bieden voor verpleging, waaronder begrepen verzorging gedurende dag en nacht, geneeskundige behandeling, waaronder begrepen verder onderzoek, te verlenen door artsen, alsmede de daarmee verband houdende revalidatie, reactivering, fysiotherapie en bezigheidstherapie. Deze financieringsregeling wordt gezien als de afronding van het

stelsel van sociale verzekering. Een duidelijk verschil met de bejaardenoorde is de omstandigheid dat in verpleeginrichtingen alleen de verzorgings-behoefte wordt opgenomen en een eventuele partner niet.

Naast de opbrengst uit premie en een rijksbijdrage die wettelijk is vastgelegd wordt ter financiering van de verzekering op grond van het z.g. besparingsmotief van verpleegden die 18 jaar en ouder zijn en die geen of nagenoeg geen verdere verplichtingen (meer) hebben, na een half jaar in de verpleeginrichting te hebben doorgebracht dan wel reeds een half jaar op andere wijze ten laste van de verzekering zijn verpleegd, een eigen bijdrage gevraagd. Dit betekent dat ongehuwden in het algemeen bijdrageplichtig zijn. Gehuwden zijn bijdrageplichtig indien beide partners ten laste van de verzekering worden verpleegd. De bijdrageregeling is zodanig dat iedere ongehuwde in ieder geval een zelfde minimaal ter vrije besteding blijvend bedrag behoudt ter financiering van verzekeringen, kleding etc. Sedert 1978 is het netto minimaal vrij ter besteding blijvend bedrag AWBZ gelijk aan het netto-zakgeld ABW. Voor gehuwden, waarvan beide partners in een inrichting zijn opgenomen, geldt een minimaal vrij ter besteding blijvend bedrag ter grootte van het dubbele van dat van een ongehuwde. In het kader van het streven te komen tot een drastische vermindering van de collectieve lasten heeft de Regering gemeend de eigen bijdrageregeling ten principale aan de orde te moeten stellen.

Aan de Ziekenfondsraad is gevraagd te adviseren over een regeling waarbij de maximale eigen bijdrage gelijk zal zijn aan de gemiddelde verpleegprijs van alle intramurale voorzieningen welke krachtens de AWBZ worden gefinancierd, waarbij geen wijziging wordt voorgesteld ten aanzien van het minimaal vrij ter besteding blijvende bedrag. Ook wordt gedacht aan een kleine bijdrage van gehuwden, van wie een der partners is opgenomen in een inrichting.

Bij de vaststelling van de rijksbijdrage AWBZ is reeds rekening gehouden met invoering van de gewijzigde regeling per 1 juli 1982.

3. Kwaliteitsbeleid

De AWBZ biedt waarborgen met betrekking tot de kwaliteit van de gezondheidszorg. Op grond van deze wet werden nl. categorieën van inrichtingen aangewezen en de daartoe behorende inrichtingen behoeven erkenning om patiënten voor rekening van deze verzekering te kunnen opnemen. In die regio's waar het genormeerde aantal erkende verpleeghuisbedden nog niet gerealiseerd is, worden daarnaast voor die AWBZ-verzekerden, die daarvoor geïndiceerd zijn, de kosten van het verblijf in *niet-erkende verpleeghuizen* die functioneren onder de vigeur van de Wet op de bejaardenoorde voor rekening van de AWBZ (1 oktober-regeling) gebracht.

Capaciteitsbeleid¹

De planning van verpleeghuisbedden vindt plaats binnen de door de rijksoverheid gestelde beleidsnormen. Deze zijn:

- voor somatisch zieken:
1,2 bed per 100 inwoners van de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder plus 0,35 bed per 1000 inwoners van de totale bevolking;
- voor psycho-geriatrische patiënten:
1,25 bed per 100 inwoners van de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder, voor de gemeenten Amsterdam, Den Haag en Rotterdam verhoogd tot maximaal 1,5% van deze leeftijdsgroep.

Indien uit nader onderzoek een grotere behoefte blijkt, kan de 1,2%-norm voor somatisch zieken of de 1,25%-norm van psycho-geriatrische patiënten met maximaal 0,2 (van de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder) worden verhoogd. Deze 0,2% kan ook gedeeltelijk aan (één van) beide sectoren worden besteed, waarbij het totaal van de verhoging nimmer hoger is dan 0,2%.

¹ Per 1 januari 1980: 310 erkende verpleeghuizen met in totaal 45 221 bedden, waarvan 17 834 voor psycho-geriatrische patiënten.

Het blijkt dat het voor 1980 toegestane aantal bedden voor somatisch zieken reeds in 1973 aanwezig was. In verband met de overcapaciteit aan bedden voor de verpleging van somatisch zieken werd na 1975 de bouw van verpleeghuizen voor somatisch zieken afgeremd. Door de stijging van het aantal bejaarden komt het aantal bedden voor somatisch zieke bejaarden in 1980 overeen met 1,4% van het aantal bejaarden.

Anders is het gesteld met de ontwikkeling van het aantal verpleeghuisbedden voor psycho-geriatrische patiënten. De werkelijke capaciteit in 1980 ligt ruim 5000 bedden lager dan het voor 1990 toegestane aantal voor psycho-geriatrische patiënten. Bij gelijkblijvend bouwtempo (950 bedden per jaar) zal omstreeks 1985 de beleidsnorm van 1,25% van het aantal bejaarden voor bedden voor psycho-geriatrische patiënten zijn gerealiseerd.

4. Toelatingsbeleid

Verpleging in een verpleeghuis is een verstrekking (in natura) ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Om in aanmerking te komen voor AWBZ-vergoeding, moet de patiënt met een indicatie in het verpleeghuis opgenomen zijn. Voorgeschreven is dat er een indicatie moet zijn en dat de indicatiestelling wordt getoetst door het ziekenfonds, de ziektekostenverzekeraar of het uitvoerend orgaan (verbindingskantoor AWBZ). Wat onder indicatiestelling moet worden verstaan en welke criteria daarbij gehanteerd moeten worden is niet wettelijk geregeld.

Naast de wettelijke bepalingen van de AWBZ zijn met betrekking tot de indicatiestelling van belang de aan de AWBZ-verbindingskantoren gerichte circulaires van de Ziekenfondsraad over de interpretatie van de wettelijke bepalingen en de adviezen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid ter zake.

Verplegingsbehoevend in de zin van een verpleeghuisindicatie is degene, die voortdurend medische, paramedische en/of verpleegkundige hulp nodig heeft, welke hem of haar in het eigen milieu (woning of verzorgings-situatie) niet op verantwoorde wijze kan worden gegeven, zonder dat er zodanige aandoeningen bestaan, dat continue specialistische hulp in een ziekenhuis vereist is. Opneming in een verpleeghuis is derhalve geïndiceerd, indien ter behandeling dan wel ter verbetering van een gezondheidseffect continue, systematische, vaak langdurige en multidisciplinaire (CSLM) zorg moet worden geboden.

Voor de bepaling of een opnemingsindicatie geacht wordt aanwezig te zijn moeten echter naast medische factoren ook maatschappelijke factoren (omstandigheden waarin de verzekerde thuis verkeert en die thuisbehandeling onmogelijk of ongewenst maken) in aanmerking worden genomen. Tot de maatschappelijke factoren dient zeker ook te worden gerekend, dat scheiding van partners door opneming zoveel mogelijk vermeden dient te worden. In de praktijk komen bij opneming in een verpleeghuis verschillende procedures voor. Het opnamebeleid ten aanzien van geïndiceerde patiënten berust geheel bij de huizen, al komen ook op dat gebied samenwerkingsverbanden voor. Als de patiënt eenmaal is opgenomen, «toetst» (de arts van) het verbindingskantoor de indicatiestelling.

5. Dagbehandeling

In een gezondheidsregio dienen in één of enkele van de verpleeghuizen dagbehandelingsfaciliteiten aanwezig te zijn voor somatisch zieken en voor psycho-geriatrische patiënten.

De norm voor het aantal dagbehandelingsplaatsen wordt toegepast op de woonbevolking van een gezondheidsregio (geprognostiseerd) en bedraagt voor:

– somatisch zieken:

0,72 plaats voor 1000 inwoners van de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder plus 0,002 plaats per 1000 inwoners van de totale bevolking;

– psycho-geriatrische patiënten:

0,75 plaats per 1000 inwoners van de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder.

(Richtlijnen ex artikel 3 Wet Ziekenhuisvoorzieningen 1981)

Toepassing van dagbehandeling kan in een aantal gevallen een opname voorkomen of uitstellen dan wel de opnameduur korter maken. Dat geldt voor beide categorieën patiënten. De patiënten die te ver weg wonen of te lang onderweg zouden zijn dienen echter te worden opgenomen. Er is sprake van de functie dagbehandeling indien in een plan minimaal vijf plaatsen per categorie bij een verpleeghuis zijn opgenomen. Oprichting van een afdeling voor dagbehandeling is gerechtvaardigd indien ten minste vijftien plaatsen per categorie zijn toegestaan. Een dagbehandelingsafdeling telt bij voorkeur twintig plaatsen. In beginsel zijn specifieke bouwkundige voorzieningen uitsluitend voor een dagbehandelingsafdeling toegestaan. Het op 6 februari 1979 gepubliceerde voorlopig spreidingsplan dagbehandeling verpleeghuizen (Stcrt. 1979, nr. 35) geldt ten aanzien van het in de richtlijnen gestelde als secundair beoordelingskader. Wanneer voor een gebied een plan is vastgesteld op grond van artikel 5 WZV komt uiteraard het daarmee overeenkomende gedeelte van het voorlopig spreidingsplan te vervallen. Op grond van het voorlopig spreidingsplan zijn 2400 plaatsen voor dagbehandeling toegewezen. Hierbij is gebruik gemaakt van bevolkingsgegevens van 1976. Toepassing van de normen op de geprognostiseerde bevolkingsomvang voor 1990 geeft globaal 3000 dagbehandelingsplaatsen in 1990.

III. GEZINSVERZORGING (hulpverlening aan bejaarden)

1. Inhoudelijk

De gezinsverzorging stelt zich ten doel, in functionele relatie met andere werkvormen, leefeenheden zo goed mogelijk te laten functioneren, wanneer deze op het terrein van de noodzakelijke verzorging in moeilijkheden zijn geraakt of dreigen te geraken.

Relaties bestaan zowel met bejaardenoorden als met kruiswerk, ziekenhuizen en verpleeghuizen. Voor deze voorzieningen gelden te onderscheiden planningsnormen. Door de aard van haar functie ten behoeve van thuiswonende ouderen alsmede door de relatief grote capaciteit en een zekere mate van flexibiliteit in de intensiteit van de hulpverlening blijkt de gezinsverzorging gemakkelijk aanspreekbaar in situaties waar in feite andere voorzieningen geïndiceerd zijn. Het huidige gevoerde beleid is dan ook globaal het met de ter beschikking gestelde middelen ten behoeve van de bejaardenhulp kwantitatief zo groot mogelijk aantal van gezinsverzorging geïndiceerde thuiswonende bejaarden te helpen op huishoudelijk verzorgend gebied met een kwalitatief voldoende hulpaanbod.

De meer achterliggende doelstelling van de bejaardenhulpverlening is het vanaf 1970 gevoerde bejaardenbeleid bejaarden zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren door middel van een versterking van de eerstelijnsvoorzieningen.

De afgelopen jaren is getracht te komen tot een efficiëntere werkuitvoering door middel van de alfa-hulp (primaire huishoudelijke hulpverlening gedurende minder dan 12 uur en minder dan 3 dagen per week, waarbij de hulpverlener rechtstreeks in dienst is van de cliënt) en de wijkbejaardenverzorging.

2. Financiering

Het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk subsidieert 247 instellingen voor gezinsverzorging. Subsidiering vindt voor 100% plaats onder gerenormeerde condities, onder aftrek van retributie naar draagkracht van de cliënten en ziekengelden. De retributiebijdragen worden geheven op basis van een landelijk uniform systeem. Cliënten betalen overeenkomstig hun draagkracht. Degenen met een inkomen op

het sociale minimum, waaronder bejaarden die veelal alleen een inkomen vanuit de AOW genieten, worden geacht over minimale draagkracht te beschikken. Zij behoeven derhalve een minimale bijdrage te leveren. Deze bedraagt f 2,75 per week, ongeacht de hoeveelheid hulp die verleend is in die week.

De gezinsverzorging is – op het gebied van huishoudelijke en verzorgende hulpverlening – de enige door de rijksoverheid gefinancierde extramurale hulpverleningsbron ten behoeve van bejaarden.

3. Capaciteitsbeleid

Voor wat betreft bejaarden geldt bij de gezinsverzorging dat de formatie-uren worden vastgesteld op basis van het aantal zelfstandig wonende bejaarden in het werkgebied van een instelling. Voor 1980 geldt een verzorgingsniveau van minimaal 25 uur per jaar per thuiswonende bejaarde. Voor de door de rijksoverheid officieel aangemerkte groeikernen/steden geldt 35 uur per jaar per thuiswonende bejaarde.

Op grond van historisch gegroeide situaties en de relatieve krapte c.q. ruimte op de arbeidsmarkt verlenen vele instellingen boven het minimum-verzorgingsniveau hulp. Het landelijk gemiddelde verzorgingsniveau voor thuiswonende bejaarden voor 1980 bedraagt 25, 16 uur per thuiswonende bejaarde (exclusief GSD-hulpverlening). Tot voor kort gold voor de grote steden Amsterdam en 's-Gravenhage de speciale problematiek van het door personeelsgebrek niet kunnen verbruiken van het uren aanbod, dat in Amsterdam op het minimumniveau ligt.

4. Indicatiebeleid

Bij de hulpverlening aan bejaarden vanuit de instellingen voor gezinsverzorging is sprake van een gereguleerde toegang tot de voorziening door middel van het reeds enige jaren functionerende stelsel van indicatierichtlijnen.

IV. HET KRUISWERK

1. Inhoudelijk

Het kruiswerk als onderdeel van de eerstelijnsgezondheidszorg neemt als gezondheidszorgvoorziening voor de ouder wordende mens een sleutelpositie in, omdat deze zorg geografisch dichtbij is gesitueerd en gericht is op de thuissituatie. Door het integrale en continue karakter van deze hulpverlening kan de hulpvraag van de oudere mede gezien worden tegen de achtergrond van diens leef- en woonsituatie.

De werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen zijn in een vijftal zorgsoorten te onderscheiden:

- a. Algemene verpleegkundige zorg; er wordt van uitgegaan dat dit voor 60% betrekking heeft op de groep bejaarden.
- b. Specifieke zorg, bestaande uit de begeleiding en controle.
- c. Bejaardenzorg, bestaande uit regelmatig begeleiden en controle van de ingeschreven bejaarden.
- d. Prenatale zorg, bestaande uit de advisering van de a.s. ouders.
- e. Zuigelingen- en kleuterzorg, bestaande uit de begeleiding en advisering van kind en ouders in het jonge gezin.

2. Indicatiestelling

De hulp vanwege kruisorganisaties (waaronder wijkverpleging) valt sinds 1 januari 1980 onder de bepalingen van de AWBZ. Ofschoon bij besluit (Besluit hulp vanwege een kruisorganisatie. Bijzondere Ziektekostenverze-

kering van 19 december 1979) is vastgelegd welke hulp voor financiering uit de AWBZ in aanmerking komt, is (nog) geen indicatiesysteem zoals de AWBZ die voorschrijft ontwikkeld.

V. HUISVESTING VAN BEJAARDEN

1. Algemeen

Van de totale bevolkingsgroep boven de 65 woont slechts een klein deel in een specifieke vorm van bejaardenhuisvesting. Onder dit laatste wordt dan met name verstaan de bejaardenwoningen en de verzorgingstehuizen. Aan deze beide wordt door VRO een financiële bijdrage geleverd in de vorm van een z.g. objectsubsidie. Hiernaast bestaat er een mogelijkheid van subject- of individuele subsidiëring. Deze is echter niet specifiek voor bejaarden en ook niet gebonden aan het al dan niet bewonen van bejaardenwoningen. Met andere woorden: de individuele huursubsidie (IHS) is een algemene regeling.

2. Bejaardenwoningen

2.1. *Inhoudelijk*

Thans zijn er circa 150 000 officiële bejaardenwoningen. Het gaat om kleine woningen, namelijk met 3 of minder kamers, waarbij een aantal extra voorzieningen getroffen kunnen zijn, die maken dat deze woningen voor bewoning door bejaarden geschikt zijn. Bij de extra voorzieningen kan het zowel om ontwerptechnische voorzieningen gaan, zoals goede onderlinge verbindingen tussen vertrekken en andere gebruiksruimten, als om voorzieningen zoals centrale verwarming, beugels e.d.

Naast deze officiële bejaardenwoningen kennen we dan nog de geschikte bejaardenwoningen; dit zijn woningen, die naar een aantal kenmerken (grootte, ligging, woonvorm) overeenstemmen met de officiële bejaardenwoningen.

Door de Beschikking Geldelijke Steun huurwoningen 1975 wordt bevorderd dat woningen geschikt en bestemd voor bejaarden tot stand komen.

2.2. *Instrumentarium*

Alhoewel voor de huisvesting van bejaarden de toepassing van de algemeen geldende subsidieregeling voorop staat, zijn nochtans enige specifieke subsidiemogelijkheden ten behoeve van de huisvesting voor initiatiefnemers beschikbaar.

- Maximale eenmalige bijdrage van f 2000 per woning bij nieuwbouw van bejaardenwoningen.
- Sinds 1 januari 1978 bestaat er een regeling, volgens welke een bijdrage ineens wordt verstrekt van f 2000 per woning in de kosten van voorzieningen, die aan een huurwoning met niet meer dan 3,5 verblijfeenheden worden getroffen ten einde de woning geschikt te maken voor de huisvesting van bejaarden. Genoemde f 2000-regeling geldt ook voor te verbeteren woningen in de particuliere sector.
- Ook voor het aanbrengen van een c.v.-installatie in bejaardenwoningen geldt een maximumbijdrage van f 2000 voor de woningwetsector en f 2500 voor de particuliere sector.
- Ten slotte is als subsidie-instrument een van rijkswege te verstrekken subsidie mogelijk in de kosten die gemeenten maken voor het geven van een tegemoetkoming in de kosten van verhuizing en herinrichting van huurders die de leeftijd van 65 jaar hebben bereikt.

2.3. Financiële gegevens

De specifieke «bejaarden»-bijdrage betreft een extra éénmalige bijdrage van f 2000 per woning. Dit betreft dus niet de basissubsidiëring op grond van het dynamische kostprijshuursysteem. De bedragen voor de extra bijdragen zijn opgenomen in het totaal aan subsidie volgens de regeling 1975. Er bestaat dus geen apart programma of afgescheiden begrotingspost. Tot en met 1987 wordt er rekening gehouden met in de Woningwet 3000 stuks en in de particuliere sector 2000 stuks.

3. Verzorgingstehuizen

3.1. Algemeen

Voor de bouw of de verbouw van verzorgingstehuizen kent VRO subsidiëringmogelijkheden. In geval van nieuwbouw zijn deze gebaseerd op het z.g. dynamische kostprijshuursysteem zoals dat ook van kracht is voor de «normale» woningbouw. In geval van verbouw bestaan er eveneens mogelijkheden tot subsidiëring, echter onderscheiden naar de tehuizen in de woningwetsector en die in de particuliere sector.

3.2. Financiële gegevens

In de begroting 1982 is rekening gehouden voor wat betreft de nieuwbouw met 300 bedden in de woningwetsector en 3500 bedden in de particuliere sector. Voor de ramingen voor de jaren tot en met 1987 zullen vooralsnog dezelfde aantallen worden gehanteerd. Verbeteringen (verbouw) worden binnen de bestaande budgetten voor de verbetering van voor- en na-oorlogse woningen en de verbetering van particuliere woningen uitgevoerd.

4. Individuele subsidiëring

4.1. Algemeen: woonlasten en subsidiegebruik

Vastgesteld kan worden dat ouderen minder vaak eigenaar-bewoner zijn en dat bovendien met het toenemen van de leeftijd het eigen-woningbezit afneemt. Ouderen hebben tevens gemiddeld een lagere huur te betalen dan alle leeftijdscategorieën gezamenlijk. Daarentegen is hun aandeel in de duurste huurwoning nagenoeg even groot. Ondanks het feit dat ouderen iets vaker in een goedkopere huurwoning wonen, is er toch een groot deel dat een huurquote heeft die hoger is dan 16%.

4.2. Individuele huursubsidie

Dat ouderen relatief hoge woonlasten hebben komt ook tot uitdrukking in het gebruik dat zij maken van de individuele huursubsidieregeling (voor het tijdvak 1977–1978 kreeg maar liefst 27% van de oudere huishoudens, die een woning huren, een toekenning voor individuele huursubsidie. Van de bijna 165 000 bejaarde subsidie-ontvangers behoren er 130 000 tot de laagste inkomenscategorieën (minder dan f 17 500 per jaar belastbaar inkomen). Niet het huurniveau, doch veeleer de zwakke inkomenspositie vormt hier een achterliggende oorzaak. Al met al bestaat momenteel bijna 50% van het totale aantal gebruikers van de regeling individuele huursubsidie uit personen van 65 jaar en ouder.

4.3. Verhuis- en herinrichtingskosten

In de begroting voor 1983 wordt rekening gehouden met 13 000 gevallen tegen een gemiddelde bijdrage van f 2800. Dit betreft een raming, het aantal wordt dus niet absoluut gehanteerd. In de meerjarenraming tot en met 1987 wordt van hetzelfde aantal uitgegaan.

Samenhang tussen voorzieningen

De hier behandelde voorzieningen voor bejaarden kunnen niet geheel los van elkaar worden beschouwd. Het gebruik dat ouderen maken van gezinsverzorging, wijkverpleging, bejaardenoorden, verpleeghuizen en ziekenhuizen vertoont nl. een, zij het niet duidelijke, samenhang.

Vanuit de optiek van de cliënt kan samenhang tussen voorzieningen zich op twee wijzen voordoen. Eén mogelijkheid is dat voor de oplossing van een complex probleem naast één voorziening ook nog een beroep moet worden gedaan op een andere voorziening zonder welke het probleem niet volledig kan worden opgelost. De relatie met die andere voorziening is er dan een van samenwerking met aanvullende of wel complementaire diensten. Een andere mogelijkheid is dat het probleem van de cliënt door diverse voorzieningen even goed kan worden opgelost door een verwijzing naar substitueerbare voorzieningen.

Een grondgedachte in het gevoerde bejaardenbeleid is die van een gesloten circuit van op elkaar aansluitende voorzieningen, waarbij de vraag centraal staat hoeveel ouderen op bepaalde hulpverleningsvormen een beroep zouden doen, wanneer er inderdaad sprake zou zijn van een samenhangend circuit.

B. EVALUATIE VAN HET BELEID

In dit hoofdstuk B zal getracht worden vanuit verschillende invalshoeken te komen tot een kritische evaluatie op enige hoofdpunten van het in het voorgaande hoofdstuk beschreven beleid, met als doel, op basis van de hieruit verkregen informatie, in hoofdstuk C een aantal beleidsvarianten te ontwikkelen. Na de evaluatie van de in hoofdstuk A genoemde beleidsterreinen volgt dan nog een paragraaf aangaande een meer algemene evaluatie van het gevoerde ouderenbeleid en bemerkingen met betrekking tot de samenhang van de geëvalueerde voorzieningen.

I. BEJAARDENOORDEN

1. Wijziging van de Wet op de bejaardenoorden

De grote maatschappelijke ontwikkelingen in de afgelopen tien jaar in en rond de bejaardenoorden hebben in de afbakening van de bevoegdheden tussen de betrokken instanties ingrijpende wijzigingen teweeggebracht, welke slechts gedeeltelijk in wetgeving zijn geformaliseerd en voor het overige een voorlopige vertaling hebben gevonden in werkafspraken. De toenemende financiële betrokkenheid van de centrale overheid bij de bejaardenoorden, gepaard aan de economische teruggang en de daaraan verbonden noodzaak tot kostenbeheersing, hebben de afgelopen jaren genoopt tot een vanwege het departement gevoerd strak plannings-, prijs- en personeelsformatiebeleid. De huidige wet van 1963 biedt daarvoor in veel opzichten een onvoldoende basis. Het voorstel tot wijziging van de Wet op de bejaardenoorden, dat op korte termijn het parlement zal bereiken, beoogt in belangrijke mate de praktisch gegroeide afbakening van de bevoegdheden van de centrale overheid en de provinciale besturen te formaliseren. Tevens zal worden voorzien in instrumenten om een effectief spreidingsbeleid te kunnen voeren, alsmede in de mogelijkheid richtlijnen te ontwerpen van kwalitatieve aard voor de bouw en renovatie van bejaardenoorden. Voornoemde wetswijziging met als belangrijkste doel het verschaffen van een solide instrumentarium voor de beheersing van de kostenontwikkelingen van de bejaardenoorden komt in de hiernavolgende opsomming van enkele beleidsterreinen nog nader ter sprake.

2. Toelatings- of indicatiebeleid

a. Algemeen

Sedert het in werking treden van het Besluit Opneming in bejaardenoorden 1 januari 1977, waar wordt voorzien in een systeem van criteria voor de beoordeling van de behoefte aan opneming, is het opnamebeleid van bejaardenoorden in sterkere mate gericht op intensief verzorgingsbehoevende bejaarden, die ook met steun van de extramurale hulpverlening niet langer verantwoord een zelfstandige huishouding kunnen voeren. Dit restrictieve opnamebeleid steunde daarbij mede op de uitbreiding van de extramurale hulpverleningsmogelijkheden en de totstandkoming van meer voor bewoning door ouderen geschikte woningen, als voorwaarden voor het langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

Het bovenstaande houdt tevens in dat het indicatiegebeuren met betrekking tot bejaardenoorden moet worden gezien tegen een bredere achtergrond van het totale indicatiegebeuren. Met name kan in dit kader gewezen worden op de door de extramurale hulpverleningsvormen gehanteerde indicatiesystemen en het toelatingsbeleid ten aanzien van het verpleeghuis. Een indicatiesysteem meet in dit geheel slechts de totale hulpbehoefte van de bejaarde, die zich voor een voorziening meldt. De uitkomst van de daarna te voeren discussie aangaande de geëigende voorziening is richtinggevend voor de gewenste kwantiteit van deze voorzieningen.

b. Analyse van de indicatie-uitkomsten

Met betrekking tot de validiteit en de betrouwbaarheid van het indicatiesysteem van de bejaardenoorden kan, 5 jaar na de invoering ervan, nog slechts een voorlopig oordeel worden gegeven. De statistische analyses van de indicatie-uitkomsten over de periode 1 januari 1978–30 juni 1981 verschaffen negatieve aanwijzingen over de eenduidigheid van de interpretatie en de toepassing van het indicatiesysteem door die indicatiecommissies. Wel kan op grond van verkregen informatie gesteld worden dat een scherpere redactie van de wettelijke bepalingen ten aanzien van de indicatiestelling en verbetering van de toelichting daarop noodzakelijk is. De onderzoekuitkomsten en berichten van vele indicatiecommissies wijzen ook uit, dat verruiming van het aanbod van beschermende woonvormen, in het bijzonder de gekwalificeerde bejaardenwoningen met een alarmsysteem, gepaard gaande met vergroting van de capaciteit van de extramurale voorzieningen, de objectieve en subjectieve behoefte aan opnemings van de minder urgent positief geïndiceerde bejaarden sterk kan doen verminderen. Het lijkt dan ook mogelijk te komen tot een aanscherpen van de normen voor een positieve indicatie tot toelating in een bejaardenoord, waarbij vooral de laagste urgentiecategorieën in het geding zijn. Van die categorieën zal dan in de extramurale sfeer een oplossing moeten worden gevonden.

Een ander probleem inzake het indicatiesysteem wordt gevormd door het veelal in de praktijk ontbreken van een adequate terugrapportage aan de indicatiecommissies, door de in het geval van een negatieve indicatie geïndiceerde voorzieningen of en in hoeverre deze in staat zijn gebleken de gewenste hulpverlening te bieden.

3. Planningsbeleid

De 7%-norm

In de nota Bejaardenbeleid 1975, is het beleidsvoornemen kenbaar gemaakt – regionaal en landelijk – voor niet meer dan 7% van de bejaarden een plaats in het bejaardenoord beschikbaar te doen zijn. De berekening van deze norm was gebaseerd op de uitkomsten van een in 1964 in de gemeente Rotterdam verricht onderzoek. De 1%-nota van 1976 vermeldt daarna dat «in tegenstelling tot het gestelde in de nota Bejaardenbeleid 1975, de Regering voorts het voornemen heeft ten aanzien van de planning als nieuwe beleidslijn in te voeren, ook geen capaciteitsuitbreiding meer toe te staan in regio's waar thans het aantal bedden beneden de 7% ligt». Ten aanzien van gebieden waarin het aantal bedden boven de 7% ligt werd deze lijn reeds gevolgd. De besturen van Amsterdam, Rotterdam en 's-Gravenhage, grote gemeenten met een duidelijke achterstand, werd de toezegging gedaan dat deze gemeenten in de gelegenheid zouden worden gesteld capaciteitsuitbreiding te realiseren tot de 7%-norm door hen was bereikt. Deze uitgangspunten van het planningsbeleid hebben een verdere verfijning gekregen in de normen voor het z.g. inleveringsbeleid waarmee beoogd is de capaciteitsreductie gepaard te doen gaan met verbetering van de spreiding van de capaciteit van de bejaardenoorden over provincies en regio's.

De formules volgens welke het Departement van CRM tot nu toe deze vereiste capaciteitsreductie bij renovatie of nieuwbouw van bejaarden berekent luiden als volgt.

Overeenkomstig de mate waarin de regio, waarin een bejaardenoord is gelegen, zich bevindt boven de 7%-norm, wordt bij renovatie c.q. vervangende nieuwbouw vastgesteld welk deel van de te renoveren capaciteit uit de exploitatie wordt genomen. Een bejaardenoord met 100 te renoveren bedden, gelegen in een capaciteit waar voor 10% van het in 1985 te verwachten aantal bejaarden capaciteit aanwezig is, moet 3/10 van de te renoveren capaciteit, in casu 30 bedden, uit de exploitatie nemen. De teller

van de breuk wordt dus gevormd door het verschil tussen de 7%-norm en de feitelijke capaciteit in de regio, uitgedrukt in een percentage van het aantal bejaarden in 1985.

In het geval van nieuwbouw en capaciteitsuitbreiding van een bejaardenoord wordt de te realiseren capaciteit ter bepaling van de inlevering vermenigvuldigd met een factor, waarvan de teller wordt gevormd door de feitelijke capaciteit in de regio, uitgedrukt in een percentage van het aantal bejaarden in 1985, en de noemer door de 7%-norm. Voor nieuwbouw van een bejaardenoord van 70 bedden in een regio met capaciteit van 10% moet dus elders in de provincie $10/7 \times 70 = 100$ bedden aan capaciteitsreductie gerealiseerd worden.

Het genoemde spreidingsbeleid kan binnen de door CRM vastgestelde capaciteitsnormen zonder bezwaar een provinciale bevoegdheid zijn. Wel moet gezegd worden dat door het ontbreken van effectieve instrumenten – bij voorbeeld de in de wet verankerde sluitingsbevoegdheid – het vormgeven van de in veel provincies aanwezige scheve verdeling van de capaciteit nog onvoldoende inhoud heeft kunnen krijgen. Vandaar de sluitingsparagraaf in de te verwachten wetswijziging. Wat betreft het onderwerp spreidingsbeleid zou ook gedacht kunnen worden aan het vaststellen van een regio-indeling bejaardenoorden op een zodanige wijze dat een optimale relatie met verpleeghuizen wordt verkregen.

Evaluatie 7%-norm

De aanvaarding van de z.g. 7%-norm heeft indertijd door het parlement plaatsgevonden onder het voorbehoud dat deze norm een voorlopig karakter zou hebben en getoetst zou worden aan de uitkomsten van de in de voorgaande paragraaf genoemde indicatiecommissies voor opnemings in bejaardenoorden.

In de praktijk zal sprake moeten zijn van een zekere relatie tussen de geconstateerde behoefte aan verzorgingsplaatsen en de voor bejaardenoorden te hanteren planningsnorm. Een te grote discrepantie tussen deze norm en de uitkomsten vanuit het indicatiesysteem dient hierbij te worden voorkomen. Zowel de planningsnorm als de indicatienormen worden immers ongeloofwaardig als de hoogte van de indicatie-uitkomsten te veel verschilt van de capaciteitsnormen. Bovendien is uit het onderzoek gebleken dat het te lang staan op wachtlijsten voor bejaardenoorden schadelijke gevolgen kan hebben voor het psychisch en lichamelijk welzijn van deze bejaarden ten gevolge van de onzekerheid van hun situatie.

Met betrekking tot de relatie indicatienormen en planningsnormen kan een drietal opmerkingen worden gemaakt.

a. Gewezen moet ook worden op het feit dat, gezien de beschikbaarheid van financiële middelen, het in zekere mate noodzakelijk kan zijn af te wijken van de uit genoemde relatie resulterende gewenste planningsnorm. Het indicatiebeleid dient dan wel te worden aangepast.

b. Het aanscherpen van de normen voor een positieve indicatie en uitbreiding van extramuraal hulpverleningsmogelijkheden kunnen, zoals reeds gesteld, de behoefte aan verzorgingsplaatsen doen verminderen.

c. Naast het percentage positief geïndiceerden per jaar en de gemiddelde verblijfsduur in het bejaardenoord dient voor de toekomst rekening te worden gehouden met de invloed op de planningsnorm van de absolute en relatieve toename van het aantal hoogbejaarden, bij uitstek de potentiële en ook feitelijke gebruikers van het bejaardenoord. In de nota Bouwstenen voor een Ouderenbeleid wordt gedetailleerd ingegaan op de hier bedoelde leeftijdsspecifieke herberekening onder handhaving van de beleidsuitgangspunten die aan de berekening van de 7%-norm ten grondslag hebben gelegen.

4. Financiering

In 1976 is door de commissie-Gijsbers, daarbij steunend op een door het accountantsbureau van Dien en Co uitgebracht onderzoeksrapport, advies uitgebracht over een alternatief financieringssysteem voor de bejaardenoorden. De commissie toonde zich in grote meerderheid voorstander van een nadere bestudering en uitwerking van het alternatief volledige objectsubsidie in alle exploitatiekosten. De verzorgden betalen in dit systeem aan de overheid een retributie naar draagkracht.

Twee omstandigheden hebben ertoe geleid, dat het ontwerpen van een direct financieringssysteem voor de bejaardenoorden met ingang van dit jaar met spoed ter hand is genomen.

De wijziging van de Algemene Bijstandswet van 1978, houdende bepalingen met betrekking tot de indirecte financiering van voorzieningen van maatschappelijke dienstverlening, verplicht tot het ontwerpen van directe (beleids- en) financieringskaders voor deze voorzieningen.

De huidige financieel-economische situatie en de daarmee verband houdende noodzaak tot beheersing van kostenontwikkelingen vormt een tweede reden, de indirecte financiering van voorzieningen te vervangen door budgetfinanciering. Als instrument voor financiële beheersing van voorzieningen is de Algemene Bijstandswet, als «open-eindfinanciering», veel minder adequaat dan budgetfinanciering. Bij deze open-eindfinanciering gaat het om uitgavencategorieën, waarvan de omvang afhankelijk is van het beroep op de regeling. Het betreft hier met name wettelijke regelingen die rechten formuleren waarop aanspraak kan worden gemaakt. Indien wordt voldaan aan de gestelde voorwaarden dient er krachtens de wet, in de onderhavige kwestie de Algemene Bijstandswet, te worden uitgekeerd, bekostigd of bijgedragen. De omvang van de jaarlijkse uitgaven staat derhalve niet van tevoren vast, al wordt wel – ten behoeve van de begroting – hiervoor een raming gemaakt. In combinatie met het objectsubsidiesysteem valt te denken aan het toekennen van de status van plafondposten, d.w.z. uitgaven die strikt gebudgetteerd zijn. Het rapport inzake heroverweging van de Algemene Bijstandswet van mei 1981 beveelt daarom sterk aan, ook voor de bejaardenoorden met spoed een directe financieringsvorm te ontwerpen.

Zoals reeds door de commissie-Gijsbers is geconstateerd, moet een op beheersing gericht financieringssysteem ook kunnen steunen op een adequaat beleidskader, in casu de Wet op de bejaardenoorden. Met betrekking tot deze wet is dan ook een wijzigingsvoorstel in gereedheid gebracht.

Individueel tot de indirecte financiering toegelaten bejaardenvoorzieningen

Naast de bejaardenoorden, die groepsgewijs zijn toegelaten tot de indirecte financiering, hebben andere bejaardenvoorzieningen individueel een voorlopige toelating gekregen. Het betreft hier voornamelijk bejaardenpensions, zelfstandige complexen bejaardenwoningen c.q. serviceflats met ingebouwde dienstverlening, en nevenvoorzieningen van bejaardenoorden in de vorm van complexen aanleunwoningen, waarvan de bewoners dienstverlening ontvangen van het bejaardenoord.

Ook de omstandigheid dat een aantal van deze voorzieningen indirect gefinancierd wordt, zij het dat in veel gevallen slechts een gering deel van de bewoners bijstand geniet, heeft geroept tot besluitvorming over het al dan niet ontwerpen van directe beleids- en financieringskaders voor deze voorzieningen, c.q. inpassing ervan in bestaande kaders. In dit verband dient allereerst te worden bezien of de voorliggende voorzieningen, dat wil zeggen waarvoor reeds een direct beleids- en/of financieringskader functioneert, zodanig kwalitatief op elkaar aansluiten, dat hierdoor aan iedere soort hulpbehoefte kan worden tegemoet gekomen. Wel dient in de besluitvorming over de indirect gefinancierde voorzieningen in het oog te

worden gehouden dat beëindiging van de indirecte financiering gepaard moet gaan met waarborgen dat de hulpverlening voor de cliënten niet ophoudt of zodanig verslechtert, dat zij daarvan de dupe worden.

5. Prijsbeleid en kostenontwikkeling bejaardenoorden

De ontwikkeling van de tarieven in bejaardenoorden is niet louter een provinciale aangelegenheid, doch ook een zaak van de rijksoverheid en dan met name van de Ministeries van Economische Zaken en van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk.

Dat de tarieven van bejaardenoorden steeds meer een voorwerp van zorg van de rijksoverheid zijn geworden is niet in de laatste plaats een gevolg van de grote tariefstijgingen die in de bejaardenoorden de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden. De bemoeienis van het Rijk met de tarieven, welke een rechtstreeks gevolg is van de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Economische Zaken voor de prijsstijgingen in het algemeen en van CRM voor de kwaliteit van de verzorging in de bejaardenoorden en de ontwikkeling van de bijstandsuitgaven aan bewoners van bejaardenoorden, heeft geleid tot de jaarlijkse publikatie van de in hoofdstuk A genoemde «Prijsregelen Bejaardenoorden», als toetsingsinstrument bij de beoordeling van begrotings- en jaarrekeningen. Deze jaarlijkse prijsregelen als richtlijnen voor de provinciale besturen bij de beoordeling van de tarieven zijn uit de nood geboren en slechts bij wijze van «gentlemen's agreement» met de provinciale besturen overeengekomen beheersmaatregelen, die hun basis niet ontleen aan de Wet op de bejaardenoorden. Het voorstel tot wijziging van de wet zal deze aangelegenheid nader formaliseren.

Ten aanzien van de kostenontwikkeling in het algemeen kan worden vermeld dat uit een door de accountantsdienst van CRM ingesteld onderzoek onder de begrotingen van bejaardenoorden over het jaar 1979 aanzienlijke verschillen blijken tussen de provinciale gemiddelden van kostenposten in de bejaardenoorden, zonder dat plausibele oorzaken zijn aan te geven. De verschillen hebben niet slechts betrekking op de huisvestingskosten, maar ook op voeding, personeelskosten en overige kosten. De maximale afwijkingen ten opzichte van het landelijk gemiddelde van de totale begrotingen per bed bedroegen: -12,3% en +20,7%. Uitgesplitst per kostencategorie bedragen deze verschillen ten opzichte van de landelijke gemiddelden voor:

— arbeidskosten:	— 2,7% en + 13,5%
— huisvestingskosten:	— 15,6% en + 15,2%
— voedingskosten:	— 11,8% en + 9,0%
— overige kosten:	— 15,7% en + 52,1% .

N.B. Het betreft hier slechts vergelijkingen tussen provinciale (en groot-gemeentelijke) gemiddelden. Vergelijkingen tussen individuele bejaardenoorden zullen zeker nog grotere verschillen te zien geven.

Voor de grote omvang van de relatieve verschillen per kostenpost is geen plausibele verklaring te geven. De conclusie ligt wel voor de hand dat het toezichthoudende beleid van de prijzeninspecties van de provincies en de grote gemeenten zich kenmerkt door gebrek aan eenheid. Het relatieve karakter van de provinciale bevoegdheid in dezen, en daardoor de betrekkelijk grote beleidsvrijheid van de houders van bejaardenoorden, zal zeker ook van invloed zijn. Ten einde onnodige omzetverschillen tussen bejaardenoorden te corrigeren zal op basis van inzicht in de oorzaken van die verschillen, en op basis van de adequate beleidsinstrumenten, scheefgroei moeten worden teruggedraaid.

Met betrekking tot het onderwerp tarieven kan ten slotte nog opgemerkt worden, dat naast de invloed van personeels- en huisvestingskosten een tweetal posten zich leent voor een kritische beschouwing: het lijkt aanbeve-

lenswaardig nader te onderzoeken of de wijze waarop bejaardenoorden verzekerd zijn tegen brand e.d. en het aanschaffingenbeleid betreffende inventaris, kantoorbenodigdheden e.d. niet op een andere en voor het Rijk voordeliger manier gerealiseerd zouden kunnen worden.

6. Het personeelsformatiebeleid

De hiervoor genoemde prijsregelen schreven onder meer voor dat de verhouding tussen het aantal personeelsleden en het aantal bewoners niet meer dan 3 op 10 mochten bedragen. De stijging van de verzorgingsbehoefte van de bewoners van bejaardenoorden heeft de afgelopen tien jaar echter wel geleid tot een relatieve vergroting en kwaliteitsverbetering van het personeelsbestand en daarmee tot aangepaste bepalingen met betrekking tot de personeelsformatie in bejaardenoorden.

In 1976 is om reden van bezuiniging door de Staatssecretaris van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk de personeelsuitbreiding in de bejaardenoorden beperkt. Een zogenaamde Knelpuntencommissie voor de verdeling van personeel adviseerde daarna over verzoeken van bejaardenoorden tot personeelsverruiming, in aanmerking genomen het totale contingent personeelsuitbreiding voor een bepaald jaar. Genoemde advisering vond hierbij plaats op basis van een normenstelsel, het zogenaamde ADL-systeem Bakker-Lenderink. Gezien de beperktheid van dit systeem – registratie van te verrichten verzorgingshandelingen – werd op 1 juli 1980 door het Departement van CRM een personeelsformatiemodel ingevoerd op basis van een door het raadgevend bureau Twijnstra en Gudde B.V. ingesteld onderzoek. Met dit model werd beoogd de uniformiteit in de beoordeling van de personeelsbehoefte te bevorderen. Een door de accountantsdienst van CRM in 1979 ingesteld onderzoek, waaruit verschillen van 20% in de relatieve personeelssterkte naar voren kwamen, had de wenselijkheid van een uniformering duidelijk aangetoond.

Gezien het nog voorlopige karakter van het formatiemodel Twijnstra-Gudde kan nog geen onderbouwd oordeel gegeven worden over de vraag of en in hoeverre de hierin opgenomen normen kunnen worden aangescherpt. Wel kan gesteld worden dat een kritische evaluatie van de in een bejaardenoord noodzakelijke verhouding personeel/verzorgden gewenst is. De tehuizenorganisaties en provinciale besturen alsmede de drie grote gemeenten is dan ook verzocht in de loop van 1982 ervaringsgegevens en eventuele wijzigingssuggesties met betrekking tot het formatiemodel aan het departement te doen toekomen. Op dit moment voorzien de meerjarenramingen wel in personeelsuitbreiding in de bejaardenoorden met een kleine duizend man per jaar, om de gevolgen op te vangen van het op 1 januari 1977 ingevoerde indicatiesysteem.

Gezien het feit dat de personeelsformatie gebaseerd is op het in de praktijk aanbieden van een standaardpakket, waarin een volledige huishoudelijke verzorging is begrepen, lijkt de vraag gerechtvaardigd of ter bevordering van het actief houden van bewoners een afstemming van de huishoudelijke verzorging op de restfuncties en de zelfredzaamheid van de bewoners geen aanbeveling zou verdienen. Wel moet hierbij gesteld worden dat de mogelijkheden hiertoe vooralsnog niet groot moeten worden geacht en door een eventuele verscherping van die normen voor een positieve indicatie nog beperkt zullen worden.

Ten slotte kan inzake het onderwerp personeel nog in algemene zin gezegd worden dat het gewenst lijkt te komen tot een verdergaande bemoeienis en medezeggenschap van de tussen werkgevers en werknemers in deze sector afgesloten c.a.o.'s.

7. Kwaliteits- en toezichtsbeleid

Ten aanzien van de accommodatie-eisen, waaraan het bejaardenoord moet voldoen, hebben zich opvattingen ontwikkeld, onder meer op het

punt van de gewenste minimale en maximale omvang van het bejaardenoord zonder dat dit reeds heeft geleid tot de ontwikkeling van een strakker en meer gedetailleerd normenstelsel dat, mede uit het oogpunt van kostenbeheersing, in plaats van de Voorschriften en Wenken voor het ontwerpen van verzorgingstehuizen, de bouw en renovatie van bejaardenoorden aan systematische bepalingen onderwerpt.

Voor de nieuwbouw en verbetering van bedden in de tehuizen is het mogelijk een beroep te doen op de ter zake vigerende subsidieregelingen van het Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. De praktijk is tot nu toe dat dit ministerie alle initiatieven, voor zover deze voldoen aan de subsidievoorwaarden, subsidieert. Op dit moment staan onvoldoende planningsinstrumenten beschikbaar om het sterk stijgende aantal initiatieven tegemoet te treden met een meerjarenprogramma, waarin op basis van een inventarisatie van initiatieven de beschikbare middelen kunnen worden toebedeeld.

De nota Bouwstenen voor een Ouderenbeleid komt met betrekking tot de te verwachten renovatie-ontwikkelingen in de bejaardenoorden tot de volgende prognose:

«De huidige Voorschriften en Wenken voor het ontwerpen van Verzorgingstehuizen voor bejaarden (1965) zijn pas na 1 januari 1968 effectief geworden, met andere woorden: na 1 januari 1968 zijn tehuizen gereedgekomen, die voldoen aan de V en W vt (1965). Dit betreft in totaal 84 500 bedden, die na 1 januari 1968 gereed zijn gekomen; hiervan zijn 78 000 bedden in de gesubsidieerde sector en 6000 bedden in de vrije sector tot stand gekomen. Van vóór 1 januari 1968 zijn dus $155\ 000 - 85\ 000 = 70\ 000$ bedden. Hiervan zijn er circa 2000 verbeterd in de afgelopen jaren, zodat er een aantal van 68 000 bedden resteert welke niet voldoen aan de huidige V en W vt (1965) en voor verbetering in aanmerking komen.»

Deze theoretische verwachting wordt bevestigd door feitelijke ontwikkelingen.

Het aantal verzorgingsplaatsen waarvoor verklaringen van geen bezwaar zijn afgegeven (merendeels renovatie/vervangende nieuwbouw) bedroeg in:

1979	—	3315
1980	—	3916
1981	—	9003
1982	—	2523
(tot heden)		

Na het afgeven van een verklaring van geen bezwaar duurt het veelal een aantal jaren alvorens met (ver)bouw wordt begonnen. De stijgende tendens die in de aantallen afgegeven vgb's is waar te nemen, zal zich daardoor met vertraging vertonen in de cijfers over gereedgekomen verzorgingstehuizen.

In 1977 kwam de renovatie gereed (met financiële steun van rijkswege) van 486 bedden. Dit waren er in

1978	—	829
1979	—	902
1980	—	403
1981	—	circa 4200 (mondelijke opgave VHRO)

De potentieel nog te renoveren bedden van vóór 1 januari 1968 zullen naar verwachting vrijwel alleen (ruim 60 000) voor renovatie worden aangemeld. Hierbij spelen overwegingen van concurrentie met beter geoutilleerde verzorgingstehuizen, overwegingen op het terrein van de bedrijfsvoering en nieuwe brandveiligheidseisen de belangrijkste rol. Ook vinden veel ad hoc-verbeteringen en aanpassingen plaats (op grond van de generieke toestemming) waarbij de daaraan verbonden kosten een totale aanpak in de toekomst in de weg kunnen staan. Een redelijk inzicht in de woon- en bouwtechnische toestand van de bejaarden-

oorden in Nederland is nog niet voorhanden en er bestaat geen toetsingskader, op basis waarvan prioriteiten kunnen worden gesteld met betrekking tot de aard van de verbetering, dus of er ingrijpende of juist minder ingrijpende verbeteringen tot stand moeten worden gebracht.

Op dit moment is het zo dat de tehuizen na verbetering zoveel mogelijk aan de Voorschriften en Wenken 1965 moeten voldoen en dat de verbeteringskosten niet hoger mogen zijn dan de aanvaardbare stichtingskosten van vergelijkbare nieuwbouw. Een complicerende factor wordt gevormd door de per provincie verschillende provinciale verordeningen, die soms uitgaan boven de hierbovengenoemde Voorschriften en Wenken, wat betreft de eisen te stellen aan de accommodatie.

Reeds in het rapport inzake heroverweging van de Algemene Bijstandswet van 1981 wordt gezegd dat met betrekking tot de renovatie van bejaardenoorden zich een praktijk aftekent, door het ontbreken van beleidsinstrumenten ter zake, die leidt tot omvangrijke vernieuwingen van nog vrij nieuwe tehuizen, die onnodig, althans niet opportuun zijn mede uit kosten oogpunt. De meergenoemde wetswijziging beoogt de nu bestaande wettelijke leemte weg te werken en zal moeten voorkomen dat een voortdurende stijging van uitgaven ter zake optreedt.

In het kader van de heroverweging bejaardenbeleid kan gedacht worden aan het aan veel stringentere normen binden van renovaties of vervangende nieuwbouw van bejaardenoorden en het voorlopig stopzetten van de afgifte van verklaringen van geen bezwaar, indien nog geen concrete plannen tot renovatie of nieuwbouw aanwezig zijn. Bestaande en nieuwe aanvragen van verklaringen van geen bezwaar kunnen dan daarna beoordeeld worden op noodzaak en kosten door ter zake deskundigen, waarbij ook de maximale kosten en de uiterste termijn voor de realisering van renovatie of nieuwbouw kunnen worden vastgesteld.

Verder is het denkbaar dat middels centraal geformuleerde kwaliteitseisen en het stellen van maximumnormen door de centrale overheid, hetgeen door het voorstel tot wijziging van de Wet op de bejaardenoorden mogelijk wordt gemaakt, een aanpassing wordt verkregen van de nu van elkaar verschillende provinciale verordeningen.

Genoemde «Voorschriften en Wenken» kunnen dan wel tot gevolg hebben dat het Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening niet meer kan subsidiëren.

Ten slotte kan gesteld worden dat de eisen, welke uit een oogpunt van brandveiligheid aan bejaardenoorden gesteld worden, kritisch geëvalueerd dienen te worden, waarbij stabilisatie van deze eisen overwogen moet worden.

8. Multifunctioneel gebruik van bejaardenoorden

In de praktijk tekent zich in het algemeen een ontwikkeling af naar een uitbreiding van het «service-pakket» van bejaardenoorden aan bejaarden, die niet in een bejaardenoord verblijven, maar in de (nabije) omgeving daarvan over alternatieve woonruimte beschikken. Gebleken is namelijk, dat vele honderden bejaardenoorden hun dienstverlening uitstrekken tot in aanleunwoningen of elders in de wijk of gemeente zelfstandig wonende bejaarden. Het karakter van deze dienstverlening varieert van maaltijdvoorziening en sociaal-culturele dienstverlening tot incidentele verpleegkundige hulp en tijdelijk opname in de ziekenboeg. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of en in hoeverre dit multifunctionele gebruik van het bejaardenoord het mogelijk kan maken de opname van bejaarden te beperken tot de meest urgente gevallen met daaruit voortvloeiende besparingsmogelijkheden. In deze verbreding van de functie van de bejaardenoorden zal de relatie met de gezinsverzorging ongetwijfeld een belangrijke rol moeten spelen.

Met betrekking tot het gebruik van het bejaardenoord kan op deze plaats tevens gewezen worden op het gebruik van bejaardenoordbedden door..

naar de taxatie van deskundigen verpleegbehoefteige bejaarden, voor wie geen plaats is in psycho-geriatrische verpleeghuizen. In de z.g. niet erkende verpleeghuizen, die wel onder de vigeur van de Wet op de bejaardenoorden vallen, vindt hierbij de financiering ingevolge de 1-oktoberregeling via de AWBZ plaats.

II. VERPLEEGHUIZEN

1. Algemeen

Behoudens de verpleeghuizen voor psycho-geriatrische patiënten bestaan er geen specifieke tweedelijns gezondheidsvoorzieningen voor ouderen. Van de bedden voor somatische patiënten wordt echter ook het grootste deel door ouderen bezet.

Oneigenlijk gebruik van ziekenhuisbedden komt nog vrij veel voor als vanwege een gebrek aan plaatsingsmogelijkheden in verpleeghuizen en bejaardenoorden patiënten gedurende een wachtperiode langer dan noodzakelijk ziekenhuisbedden blijven bezetten. Door de uitbreiding van de verpleeghuiscapaciteit gedurende de afgelopen jaren komt dit nu minder voor, maar wachttijden voor verpleeghuizen komen in verschillende plaatsen nog voor.

Ten aanzien van deze in het kader van de samenwerking tussen verpleeghuis en ziekenhuis optredende doorstroomproblematiek is op 16 maart 1982 een adviesaanvraag uitgegaan naar de Ziekenfondsraad, waarin de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een financiële oplossing vraagt te vinden voor die patiënten met een indicatie voor opname en verder verblijf in een verpleeginrichting, voor wie niet op korte termijn tot plaatsing kan worden overgegaan in verband met de tekortsituatie. Hierin wordt onder meer gesteld dat een goede registratie van het door tijdelijk plaatsgebrek gebruiken van «het verkeerde bed» in de regio's dient te worden nagestreefd.

In studie is de vraag of aparte geriatrische afdelingen aan algemene ziekenhuizen zouden moeten worden verbonden. Hiertegen zijn nogal wat bezwaren aan te voeren.

Genoemde afzonderlijke units creëren zou betekenen, dat andere afdelingen moeten worden afgebouwd en dat tevens nogal wat aanvullende voorzieningen moeten worden getroffen. Tevens zal het moeilijk zijn te bepalen in welke ziekenhuizen dan bedden op deze afzonderlijke afdelingen moeten worden gereserveerd alsmede hoeveel bedden, dit nog los van de problematiek van de sterk wisselende vraag naar deze bedden.

2. Capaciteitsbeleid

a. *Capaciteit van het verpleeghuis*

In de richtlijnen ex artikel 3 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen zijn bepalingen opgenomen ten aanzien van de begrenzing van de capaciteit van een verpleeghuis. Zo is de minimumgrootte van een niet-gecombineerd verpleeghuis 90 bedden en van een gecombineerd verpleeghuis 150 bedden.

De maximale grootte bedraagt momenteel 180 en 210 bedden.

De maximumomvang bedroeg tot voor kort 210 respectievelijk 300 bedden, hetgeen een aanzienlijke verlaging betekent. Bedoelde verlaging geschiedde vanuit de gedachte dat een onthechting door verhuizing vanuit het eigen vertrouwde milieu van op te nemen patiënten steeds minder aanvaardbaar wordt geacht. Door verlaging van de minimum- en maximumcapaciteit wordt het mogelijk om te komen tot enerzijds een groter aantal verpleeghuizen, maar kan ook anderzijds een betere spreiding bereikt worden.

b. Vigerende capaciteitsnormen

Het aantal bedden in verpleeghuizen heeft de afgelopen 20 jaar een zeer sterke groei doorgemaakt. Waren er in 1961 nog slechts 60 verpleeghuizen voor somatisch zieken en gecombineerde verpleeghuizen met in totaal 6383 bedden beschikbaar; per 1 januari 1980 telde ons land, zoals in hoofdstuk A beschreven, 310 erkende verpleeghuizen met in totaal 45 221 bedden, waarvan 17 834 voor psycho-geriatrische patiënten.

Deze explosieve ontwikkeling kan hierbij voor een groot deel worden toegeschreven aan de uitbreiding van de verpleeghuiscapaciteit voor somatische patiënten, voor wie overeenkomstig de vigerende normen in 1973 het voor 1980 toegestane aantal bedden reeds aanwezig was. Het werkelijk aantal verpleeghuisbedden voor somatisch zieken was in 1980 reeds voldoende om de toegestane capaciteit voor 1990 te dekken. In verband met deze overcapaciteit aan bedden werd dan ook na 1975 de bouw van verpleeghuizen voor somatisch zieken afgeremd. De conclusie met betrekking tot genoemde capaciteit kan dan ook luiden dat de hiervoor gestelde beleidsdoelstellingen ruimschoots zijn gerealiseerd. Wel bestaan er regionaal duidelijke verschillen in aanwezige capaciteit en dus een wat onevenwichtige spreiding.

Alhoewel de ontwikkeling van het bovengenoemde surplus in grote lijnen vergelijkbaar is met de gegroeide overcapaciteit ten opzichte van de 7%-norm in de sector bejaardenouderdom is aangaande de overcapaciteit van somatische verpleeghuisbedden geen concreet inleveringsbeleid aanwezig. Gezien het feit dat omstreeks 1990 de nu aanwezige capaciteit bij gelijkblijvende norm nodig zal zijn, bestaat in geval van inlevering van capaciteit nu het gevaar van kapitaalvernietiging.

In tegenstelling tot de hiervoor genoemde spectaculaire groei van bedden voor somatische patiënten is er nog een aanzienlijk tekort aan verpleeghuisbedden voor de categorie psycho-geriatrische patiënten, voor wie in 1980 een tekort bestond van 2358 bedden ten opzichte van de voor dat jaar toegestane capaciteit. Daardoor zal nog een aantal initiatieven voor de bouw van deze verpleeghuizen worden gerealiseerd. Bij een gelijkblijvend bouwtempo van ongeveer 950 bedden per jaar zal omstreeks 1985 de beleidsnorm van 1,25% van het aantal bejaarden voor bedden voor psycho-geriatrische patiënten zijn gerealiseerd.

c. Evaluatie vigerende normen

Momenteel komt het nog regelmatig voor dat bedden in somatische verpleeghuizen in aanzienlijke mate, tot 20 à 25% toe, worden gebruikt voor de verpleging van psycho-geriatrische patiënten. Desondanks zijn er nog wachtlijsten en blijft het veld als het ware schreeuwen om normverhoging. De toenmalige Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft daarom het College voor Ziekenhuisvoorzieningen verzocht haar van advies te dienen inzake een mogelijke tussentijdse verhoging van de 1,25% beleidsnorm voor bedden voor psycho-geriatrische patiënten.

Een door het college ingestelde subcommissie ter voorbereiding van een advies ter zake kwam tot de conclusie dat de toenemende vergrijzing, met name de stijging van het aantal hoogbejaarden, slechts kan worden opgevangen door een aanpassing van de norm.

Hoewel de gegevens ontbreken om de effecten van de vergrijzing exact te meten, was naar het oordeel van de subcommissie een aanpassing van de huidige norm naar 1,5% bepaald niet te hoog. Vervolgens constateerde de subcommissie destijds dat er binnen de 1,25% beleidsnorm nog 5000 bedden moesten worden bijgebouwd, waarvoor reeds documenten zijn verstrekt, zodat niet gesproken kan worden van een stabiele situatie. Het college adviseerde de Staatssecretaris dan ook om vooralsnog niet over te gaan tot verhoging van de beleidsnorm van 1,25% maar eerst binnen de huidige norm de nog benodigde 5000 verpleeghuisbedden te effectueren.

Evaluerend kan gezegd worden dat indien de hierboven genoemde verhoging van de behoeftenorm wel zou plaatsvinden, er nog een 4000 bedden extra moeten worden gerealiseerd, hetgeen een bouwkosteninvestering zou vergen van f 650 à 700 mln.

In het verlengde van het bij het onderdeel bejaardenoorden beschrevene is eveneens de vraag gerechtvaardigd of ook voor de sector verpleeghuizen niet moet worden gekomen tot een leeftijdsspecifieke en sekse-specifieke herberekening van de vigerende normen.

De beleidsnorm van het aantal bedden voor psycho-geriatrische patiënten leent zich hiervoor het beste vanwege het ontbreken van de bij de norm voor somatisch zieken toe te voegen 0,35 ‰ van de bevolking. Toepassing van dit principe leidt in 1990 tot een benodigd aantal bedden van 24 255, hetgeen overeenkomt met 1,36% van het aantal bejaarden in dat jaar. Er zouden dan nog eens 4000 bedden voor psycho-geriatrische patiënten nodig zijn boven de hierboven genoemde aantallen.

De vraag is gewettigd of dergelijke investeringen, nog afgezien van de exploitatiekosten, inpasbaar zijn in de huidige financiële mogelijkheden. Voorts is de vrees gewettigd dat verhoging van de normen een sterk aanzuigende werking zal hebben voor die gebieden waar thans nog geen sprake is van een normatief tekort aan bedden. Het is immers zo dat normverhoging automatisch zal leiden tot achterstanden in die gebieden waar nu sprake is van een evenwicht tussen aanwezige capaciteit en de normatief toe te stane capaciteit.

3. Indicatiebeleid

Bij onderdeel A is reeds gezegd dat de exacte omschrijving van een verpleeghuisindicatie (nog) niet kan worden gegeven. Daardoor is het mogelijk dat sommige verpleeghuizen relatief lichte verplegingsbehoefte patiënten opnemen, waardoor andere verpleeghuizen in dezelfde regio naar verhouding zwaarder worden belast en de kans bestaat dat zelfs een categorie patiënten, voor wie het verpleeghuis in eerste instantie is bedoeld, door plaatsgebrek c.q. onvoldoende doorstroming *niet* opgenomen kan worden. Inmiddels zijn ontwikkelingen gaande om een en ander beter bestuurbaar te maken. Gestreefd wordt naar betere afstemming van het indicatiebeleid voor bejaardenoorden en verpleeghuizen en het tot stand brengen van nadere regelen inzake de indicatiestelling in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

4. Personeelsbeleid

De ramingsmethodiek van het Financieel Overzicht Gezondheidszorg gaat uit van ramingen met een indicatief karakter.

Bij de onderbouwing van de beleidsvoornemens spelen de diverse adviezen van geëigende instanties een belangrijke rol, doch ook gekwantificeerde wensen uit het veld, op basis waarvan prioriteiten worden gesteld. Naast de kosten verbonden aan de gevolgen van bouwbeslissingen nemen vooral de kosten ten gevolge van personeelsintensivering een belangrijke plaats in. Op dit aantal personeelsleden per bed kan rechtstreeks invloed worden uitgeoefend door middel van personeelsrichtlijnen. De omvang van toegestane richtlijnuitbreidingen wordt per jaar door de overheid vastgesteld en is een zaak van beleidsmatige beslissingen.

Evenals dit het geval is voor de bejaardenoorden dient ook voor de sector verpleeghuizen kritisch te worden nagegaan hoe noodzakelijk de per jaar in de ramingen opgenomen personeelsintensivering van 3% per jaar per bed is.

5. Financiering – Eigen bijdrage

In een adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad is door de bewindslieden van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk op 18 december 1981 over het onderwerp eigen bijdrageregeling Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verzocht met het oog op een zo kort mogelijke termijn tot stand te brengen *ingrijpende wijziging van de eigen bijdrage* aan te geven welke wettelijke maatregelen nodig zijn om een en ander met ingang van 1 juli 1982 te kunnen realiseren, alsmede welke maatregelen op het stuk van de invoering dienen te worden genomen. Reeds in 1979 is aan de Sociaal-Economische Raad verzocht te adviseren over de invoering van een inkomensafhankelijke bijdrageregeling in de AWBZ. In het advies van 21 november 1980 wees de SER deze invoering van een inkomens- dan wel vermogensafhankelijke bijdrageregeling af maar stelde tevens dat, indien ter verlichting van de collectieve lasten toch een inkomensafhankelijke bijdrage gewenst zou zijn, in dat geval het totale inkomen van de verpleegde bij de vaststelling van de hoogte van de eigen bijdrage in aanmerking moest worden genomen. Een eventuele vermogensafhankelijkheid van de eigen bijdrage werd door de SER verworpen als zijnde in strijd met het beginsel van de als sociale verzekering getroffen collectieve voorziening.

De Regering is van oordeel dat gezien de huidige economische en financiële problemen een wijziging in die zin dat de maximale eigen bijdrage gelijk zal zijn aan de gemiddelde verpleegprijs van alle intramurale voorzieningen, welke krachtens de AWBZ gefinancierd worden, op zijn plaats is. Vanuit diverse hoeken wordt daarnaast gepleit voor verdere gelijkstelling van de eigen bijdrageregeling verpleeghuizen en die voor de bejaardenoorden (ABW).

6. Accommodatiebeleid – renovaties

Hetgeen bij het onderdeel bejaardenoorden is gezegd over een versobering van bouw- en inrichtingsnormen geldt onverkort ook voor de verpleeghuizen. Ook hier spelen de renovaties vanuit de opgeschroefde brandveiligheidseisen een rol, alsmede de vervangingsnieuwbouw en renovaties waarbij bij voorbeeld zespersoonskamers worden omgezet in kleinere verblijfseenheden.

Een terughoudend beleid ten aanzien van nieuwbouw, verbouw en renovaties lijkt geboden. Nadere studie van de effecten hiervan alsmede van een eventuele wijziging van brandveiligheidseisen, alsmede een nadere kwantitatieve onderbouwing zijn voor zo'n beleidsombuiging noodzakelijk.

7. Samenhang verpleeghuizen – dagbehandeling

De dagbehandeling, die zich vooral richt op de oudere bevolkingsgroep, lijkt een goed hulpmiddel om tegemoet te komen aan het reeds lang algemeen aanvaarde uitgangspunt, dat de bejaarde zolang mogelijk in zijn eigen leefsituatie behoort te kunnen blijven. Daarnaast is het een voordeel dat opname in het verpleeghuis uitgesteld c.q. voorkomen kan worden, en dat in bepaalde gevallen vervroegd ontslag uit het verpleeghuis mogelijk is. Ten einde een kleinschalige spreiding te verkrijgen is het aanvankelijke minimum van 20 plaatsen per dagbehandelingsafdeling verlaagd tot 15.

Op dit moment zijn, zoals in onderdeel A reeds is beschreven, op grond van het voorlopig spreidingsplan 2400 plaatsen voor dagbehandeling toegewezen en wordt voor 1990 rekening gehouden met een groei tot in totaal 3000 dagbehandelingsplaatsen. Nader onderzoek wordt inmiddels wel bepleit of en in welke mate de tarieven van dagbehandeling verschillen met die van de normale verpleeghuisopname, rekening houdend met de aan het halen en brengen in geval van dagbehandeling verbonden kosten.

III. HET KRUISWERK

1. Algemeen

Alhoewel met het oog op een integrale hulpverlening aan ouderen de laatste jaren meer samenwerking tot stand is gekomen tussen de betrokken eerstelijnswerkers en de hen ondersteunende instanties, in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden of home-teams van huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden en eventueel gezinsverzorging vormt deze samenwerking nog een knelpunt, met name in geurbaniseerde gebieden.

Waar nog een overzichtelijke samenleving bestaat, zoals in dorpen, kennen de hulpverleners elkaar wel en weten ze elkaar wel te vinden. Over het algemeen is het de bejaarden daar ook wel bekend dat wijkziekenverzoekers en wijkverpleegkundigen beschikbaar zijn om hulp te geven. In de stad is dit niet bij een ieder bekend en is de hulpverlening veelal zo onafhankelijk dat het aanbeveling verdient te bezien of een meer wijksgewijze organisatie van deze hulpverlening niet te overwegen is.

2. Capaciteitsbeleid

Sinds 1971 is er een behoorlijke jaarlijkse groei van de aantallen wijkziekenverzoekers en verpleegkundigen, die uitvoerende zorg verlenen. Deze groei vond plaats in het kader van een nagestreefde uitbreiding van de personeelsbezetting met 4% per jaar.

Gelet op de advisering van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid zal voor de jaren 1982 en 1983 een volumegroei van 6% worden nagestreefd. In latere jaren zal dan, afhankelijk van de prioriteiten in de dienstverlening en de tot stand gebrachte volume-ontwikkeling, de groei eventueel kunnen worden bijgesteld. Gelet zal moeten worden op de capaciteitsontwikkelingen in andere voorzieningen voor de extramurale en intramurale zorgverlening.

3. Financiering en indicatiebeleid

De hulp vanwege kruisorganisaties (onder meer de wijkverpleging omvattend) is sinds 1 januari 1980 een verstrekking in het kader van de AWBZ. De capaciteit van de hulpverlening wordt van jaar tot jaar vastgelegd in de begrotingen van erkende kruisorganisaties waarover onderhandeld wordt tussen deze kruisorganisaties en de verbindingkantoren. De aldus tot stand gekomen overeenkomsten behoeven de goedkeuring van het COTG.

De hulpverlening, waaronder de hulpverlening aan bejaarden een belangrijke plaats inneemt, wordt gegeven op signalen van de huisartsen of – soms – andere hulpverleners. De wijkverpleegkundige stelt vast welke zorg aanvullend op de zelfzorg en mantelzorg nodig is. Een belangrijk deel van de curatieve zorgverlening geschiedt door de wijkziekenverzoekers.

4. Samenhang wijkverpleging – andere voorzieningen voor bejaarden

a. In de extramurale hulpverlening vindt zeer regelmatig samenwerking plaats met de instellingen voor gezinsverzorging. De taakafbakening tussen deze beide werksoorten zou nader onderzocht dienen te worden, als blijkt dat er overlappingen zijn.

b. Een eventuele capaciteitsbeperking van de bejaardenoorden (al dan niet als gevolg van een scherpere indicatiestelling) zal zeker uitbreiding van extramurale hulpverlening en derhalve mede van de wijkverpleegkundige zorg tot gevolg moeten hebben.

c. Hetzelfde geldt voor een relatieve of absolute capaciteitsreductie van verpleeghuisbedden.

Nagegaan zou moeten worden in hoeverre het mogelijk is de verpleging van ouderen in de eigen huissituatie uit te breiden. Daarnaast is consultatieverlening vanuit het verpleeghuis aan eerstelijns werkers in overweging. Het lijkt aannemelijk, dat hierdoor een bijdrage kan worden geleverd aan een goede hulpverlening aan ouderen.

IV. GEZINSVERZORGING (hulpverlening aan bejaarden)

1. Algemeen

Indien de kwantiteits- en kwaliteitsproblemen vanuit de gezinsverzorging in breder verband worden gezien, blijkt dat vooral de laatste jaren de druk op de gezinsverzorging aanzienlijk is toegenomen. De oorzaak hiervan is niet alleen de reeds geschetste demografische ontwikkeling, waarbij vooral door de hogere leeftijdsgroepen hulpverlening wordt gevraagd, maar vooral ook het feit dat door de aard van haar functie ten behoeve van thuiswonende ouderen, alsmede door de relatief grote capaciteit en een zekere mate van flexibiliteit in de intensiteit van de hulpverlening de gezinsverzorging gemakkelijk aanspreekbaar blijkt in situaties waar in feite andere voorzieningen geïndiceerd zijn. Deze ontwikkelingen hebben geleid tot een zich in toenemende mate voltrekkende verstopping van de gezinsverzorging met gevallen, die langdurige en intensieve hulpverlening nodig hebben. Als gevolg daarvan neemt de genoemde flexibiliteit af en wordt de instroom van nieuwe cliënten beperkt, alsmede wordt de indicatiestelling strakker gehanteerd zodat gemiddeld minder uren hulp per week per cliënt worden gegeven. Bij gelijkblijvende en soms zelfs teruglopende capaciteit, kan een oplossing van dit als een van de meest wezenlijke knelpunten aan te merken probleem, duiden in de richting van het beter op elkaar afstemmen van voorzieningen ten behoeve van bejaarden. Met name kan in dit verband benadrukt worden het afstemmen van het indicatie- en capaciteitsbeleid van de gezinsverzorging met dat van de bejaardenoorden en zieken- en verpleeghuizen.

2. Indicatiebeleid

Sinds enige jaren is bij de hulpverlening aan bejaarden sprake van een gereguleerde toegang tot de voorziening door middel van een landelijk uniform indicatiesysteem. Dit systeem, dat op bruikbaarheid o.a. getoetst en geëvalueerd is door het Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek, behoeft nog wel enige bijstelling.

3. Capaciteitsbeleid

In de nota Bejaardenbeleid 1970 werd 10% van de bejaarde bevolking geacht een beroep te zullen gaan doen op de hulpverlening vanuit de gezinsverzorging, hetgeen een uitbreiding inhield, gelegitimeerd vanuit de grondgedachte van een afremming van de intramurale verzorging, nl. een strikte toepassing van de 7%-norm in bejaardenoorden. Deze toepassing zou nl. leiden tot besparingsmogelijkheden in die sector doch tevens impliceren een groter beroep op de gezinsverzorging, waardoor de besparing in bejaardenoorden gedeeltelijk teniet zou worden gedaan door meer personeelsuitgaven in deze sector.

De nota Bejaardenbeleid 1970 betekende concreet dat per thuiswonende bejaarde 30 uur hulp beschikbaar zou komen. Dit aspiratieniveau is duidelijk niet gehaald en de overzichten van de formatie-uren laten de laatste jaren een daling in capaciteit zien, terwijl daartegenover toch ontwikkelingen hebben gestaan als de reeds genoemde vergrijzing, het beleid de bouw van bejaardenoorden af te remmen alsmede een vergrote toeloop naar de gezinsverzorging als gevolg van het indicatiebeleid voor bejaardenoorden

en de verkorting van de ligduur in ziekenhuizen. De achterstand tot 1982, alleen al als gevolg van demografische ontwikkelingen, belooft circa 10 000 000 uur. Daarnaast heeft men nog te maken met, als gevolg van historisch gegroeide situaties en het resultaat van arbeidsplaatsenplannen, onevenwichtige spreiding.

Vele instellingen, vooral in Oost-Groningen, Drenthe, Overijssel en Limburg, verlenen hulp ruim boven het door CRM gegarandeerde minimumverzorgingsniveau, veelal ten gevolge van de historisch gegroeide situaties en de werkgelegenheidsproblematiek in genoemde provincies. Met betrekking tot de capaciteitstekorten kan gesteld worden dat in zekere mate een oplossing gezocht kan worden in de richting van een doelmatiger beleidsvoering, waaronder een meer doelgericht en efficiënter hulpaanbod door middel van werkdifferentiatie.

In dit kader wordt speciaal gedacht aan uitbreiding van alfa-hulpverlening om aan de behoefte aan hulp op huishoudelijk terrein te kunnen voldoen. Ervaringsgegevens van de instellingen die reeds alfa-hulp hebben ingevoerd, wijzen uit dat een redelijk percentage van alfa-hulp realiseerbaar is, zonder dat geweld aangedaan wordt aan de kwalitatieve hulpbehoefte van bejaarden. Opgemerkt dient te worden dat dit percentage door verschillende omstandigheden zal verschillen van werkgebied tot werkgebied.

Ook de wijkbejaardenverzorging zal wellicht een doelmatiger, efficiënter en kwalitatief beter antwoord kunnen geven door een meer flexibele wijze van werken, waarbij tevens een groter bereik in de hulpverleningscapaciteit aan zelfstandig wonenden tot stand kan komen. Binnen de werksoort gezinsverzorging wordt reeds prioriteit gegeven aan de hulpverlening aan thuiswonende bejaarden, immers meer dan de helft van de hulpverleningsuren wordt aan deze doelgroep besteed. Een nadere herallocatie van de formatie-uren in de richting van de categorie thuiswonende bejaarden zou de druk op de kortdurende hulpverlening aan gezinnen te sterk vergroten.

Van de improductiviteit binnen de gezinsverzorging van ca. 25% wordt 13,5% verklaard door vakantie en bijzonder verlof (bijv. feestdagen), ± 10,5% wordt veroorzaakt door ziekte. De resterende ca. 2% kunnen worden verklaard uit cursussen etc. Slechts met algemene maatregelen is dit percentage terug te dringen (bijv. veranderingen in de c.a.o.-Welzijn).

4. Financiering

In het veld van de gezinsverzorging hebben zich de afgelopen tien jaar op het punt van de financiering nogal wat veranderingen voorgedaan. Met name kunnen hier genoemd worden de sinds 1971 plaatsgevonden overgang van Gemeentefonds naar rijksbegroting en de verdubbeling van de subsidies waardoor de hulpverlening aan bejaarden voor 85% werd gesubsidieerd. In 1976 werd vervolgens de Algemene Bijstandswet voor de kosten van gezinsverzorging afgesloten, waarna in de jaren 1979 en 1980 de hulpverleningen die rechtstreeks via de Bijstandswet werden gefinancierd door de gezinsverzorging werden overgenomen. Ten slotte vond de invoering van het retributiesysteem naar draagkracht plaats. Met betrekking tot deze eigen draagkracht zou nader bezien kunnen worden of het profijit-beginsel hierin voldoende doorwerkt.

Bij een eventuele verhoging van de retributie is de jaardraagkracht van de ABW maatgevend. Een bijkomend probleem betreffende de financiën, gemoeid met de gezinsverzorging, is het gegeven dat deze hulpvorm geldt als een voorliggende voorziening voor de Bijstandswet en in gevolge een kroonuitspraak als zodanig afdwingbaar is.

5. Personeelsbeleid

Met betrekking tot een evenwichtige opbouw van personeel lijken kwantitatieve restricties ten aanzien van hoger gekwalificeerd personeel mogelijk. Reeds genoemd zijn de mogelijkheden voor een grotere kwantita-

tieve omzetting van traditionele hulp in alfa-hulp. Overigens moet worden opgemerkt, dat de financiering van het voorwaardenschepend kader (leiding enz.) geschiedt middels een afkoopsom in de indirecte kosten. Instellingen zelf bepalen hoeveel h.b.o.- en m.b.o.-krachten men in dienst wil hebben. Vanuit CRM worden ten aanzien van de leiding ook geen normen voor de «span of control» voorgeschreven.

V. ZELFSTANDIGE HUISVESTING VAN OUDEREN

1. Algemeen

Een belangrijke factor in de leefsituatie wordt gevormd door het wonen. Met het ouder worden doen zich een aantal veranderingen voor die veelal hun invloed doen gelden op de eisen die men stelt aan de woning en de woonomgeving. Er blijken in de praktijk verder grote verschillen te bestaan op het punt van de algemene woonsituatie tussen jongeren en ouderen, hetgeen van belang is voor het te voeren beleid met betrekking tot de huisvesting van ouderen. Daarnaast is het aantal huishoudens van personen van 55 jaar en ouder de afgelopen jaren toegenomen, een ontwikkeling die zich de komende jaren in versterkte mate zal voortzetten en directe gevolgen zal hebben voor het benodigd aantal woningen, bestemd voor deze categorie.

2. Het zelfstandig wonen van ouderen geëvalueerd

De verandering van de samenstelling van de Nederlandse bevolking en de daaruit op te maken «vergrijzing» heeft ook gevolgen gehad voor het terrein van de volkshuisvesting en haar invloed doen gelden op de omvang van de benodigde huisvesting. Het inwonen bij familie of anderen dan wel het wonen in een verzorgingstehuis betreffen vormen van niet-zelfstandige huisvesting, die zijn afgenomen. Ter illustratie: tussen 1971 en 1977 nam het zelfstandig wonen voor alle 65+ toe van 80 tot 82%, ofwel absoluut van 1 068 800 tot 1 264 900. Als algemene kenmerken van de huidige huisvestingssituatie komen verder naar voren:

a. dat ten aanzien van het voorzieningenniveau van de woning ouderen relatief vaak gehuisvest zijn in oudere woningen met gering comfort. Bij voorbeeld voorzieningen als bad of douche en centrale verwarming blijken vaak te ontbreken, naarmate men er gezien de leeftijd meer behoefte aan heeft.

b. Een ander belangrijk aspect van het wooncomfort, in het bijzonder van grote betekenis voor ouderen, is het gemak waarmee men de woning kan verlaten, binnengaan, zich binnen de woning van het ene naar het andere vertrek kan begeven en de ligging van het hoofdwoonvertrek (verdieping, aanwezigheid van een lift). Het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft in 1979 geconcludeerd, dat in relatie tot de validiteit van de bewoners in 12% deze toegankelijkheid niet is afgestemd op de persoonlijke behoefte.

c. Wat betreft het aantal kamers, waarover men beschikt, wonen ouderen relatief gezien ruim, terwijl juist bij oudere kleine huishoudens de wens vaak naar voren komt de huidige soms te grote woning te verwisselen voor een kleinere.

d. Het huurniveau van de door ouderen bewoonde woningen ligt gemiddeld laag. Ondanks dit feit is er toch een groot deel van de ouderen dat een huurquote heeft die hoger is dan 16% als gevolg van de relatief zwakke inkomenspositie.

Het bovenstaande komt tot uitdrukking in het gebruik dat ouderen maken van de individuele huursubsidieregeling.

Ter nadere illustratie kan gezegd worden dat bijna de helft van het totaal aantal personen dat van genoemde regeling gebruik maakt 65 jaar en ouder is.

e. Ten slotte is het zo dat ook de woonomgeving de mogelijkheden beïnvloedt van het zo lang mogelijk onderhouden van goede contacten met anderen. Ouderen worden vaak teruggeworpen op een relatief beperkt sociaal milieu, relatiepatronen worden eenzijdiger en men is veelal in een wijkgebonden levenskring gesitueerd.

3. Capaciteit

Op basis van behoeftcijfers is de omvang van het op dit moment bestaande tekort aan bejaardenwoningen berekend en welk aantal in de toekomst nodig is, wanneer de leeftijdsspecifieke behoefte dezelfde blijft, maar het aantal oudere huishoudens toeneemt. Per eind 1977 bedroeg het tekort al 33 000 woningen (15 000 officiële en 18 000 geschikte bejaardenwoningen), waarbij deze tekorten vooral in de provincies Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht tot uitdrukking komen. Indien er de komende jaren geen woningen voor bejaarden extra vrijkomen, zullen deze tekorten nog aanzienlijk toenemen. De oorzaken van deze gesignaleerde tekorten zijn vooral gelegen in de sinds 1974 plaatsgevonden terugval in de toekenning van extra financiële steun, waardoor ook de productie van bejaardenwoningen is afgenomen. Met name in de premiesfeer lieten opdrachtgevers en investeerders het gezien de stijgingen van de bouwkosten afweten.

4. Financiën en instrumentarium

Op de woonlasten en het subsidiegebruik van ouderen is reeds gewezen. Volstaan kan hier worden met de bemerking dat in het kader van de heroverweging bejaardenbeleid bezien zal moeten worden of en in hoeverre aanpassing van de huidige subsidieregelingen voor bejaardenwoningen gewenst is. Op basis van het reeds in uitvoering zijnde onderzoek naar de doorstroming zal bezien gaan worden of hier stimulerende maatregelen kunnen en/of moeten worden genomen. Het gaat dan zowel om regelingen die liggen in de objectsfeer (bij voorbeeld de eenmalige bejaardenwoning-regeling) als in de subjectsfeer (bij voorbeeld individuele huursubsidie).

In uitvoeringstechnische zin wordt gewerkt aan het wegnemen van knelpunten bij het eerstgenoemde.

De voorlichting met betrekking tot de huisvesting van ouderen zal moeten worden verbeterd waarbij met name aan het bestaan van de subsidieregeling voor de bouw van bejaardenwoningen meer bekendheid kan worden gegeven.

Ten slotte is het van groot belang dat de duidelijkheid ten aanzien van de woonruimteverdeling ten behoeve van ouderen wordt vergroot. Wellicht dat deze problematiek deel kan uitmaken van het overleg aangaande de Model-Woonruimteverordening.

VI. ALGEMENE EVALUATIE EN AFSTEMMING VAN VOORZIENINGEN

1. Algemene evaluatie

In het bejaardenbeleid in zijn totaliteit valt, met betrekking tot de centrale doelstellingen en beleidsthema's, een verschuiving in prioriteiten waar te nemen. Ging in de nota Bejaardenbeleid 1970 de aandacht vooral uit naar de uitbreiding van bestaande voorzieningen vooral ten aanzien van huisvesting en maatschappelijke dienstverlening en concentreerde de nota Bejaardenbeleid 1975 zich op het versterken van de voorwaarden voor een zelfstandige woon- en leefwijze van bejaarden als gelijkberechtigten aan het maatschappelijk verkeer, de nota Bouwstenen voor een Ouderenbeleid spitst zich toe op de financiële consequenties per beleidssector en per voorziening van het absoluut en relatief snel toenemende aantal ouderen.

Gekozen is daarbij voor een handhaving van het bestaande relatieve voorzieningenniveau, hetgeen echter in het licht van de toename van het aantal ouderen wel een zwaarder beslag op de collectieve middelen betekent.

De laatste jaren is de aandacht vooral ook uitgegaan naar een harmonisatie van de verschillende vormen van zorg- en dienstverlening en het geven van een meer planmatig en geïntegreerd karakter aan het bejaardenbeleid, zodat een voor de gebruikers meer overzichtelijk en samenhangend voorzieningensysteem tot stand kan komen. Een essentieel onderdeel van deze harmonisatie en wetgeving is dan ongetwijfeld de afstemming van planningsbepalingen in de desbetreffende wet- en regelgeving. De situatie, waarin bedoelde planning afzonderlijk voor de onderscheiden voorzieningen plaatsvindt (verpleegtehuizen – Wet Ziekenhuisvoorzieningen, bejaardenoord – W.B.O.) wordt in toenemende mate als belemmerend ervaren. Voorbeelden van dit streven naar een meer integrale planning zijn de coördinatie middels de Interdepartementale Stuurgroep Bejaardenbeleid, de inhoud van de door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid ingestelde toekomstverkenning «de komende 25 jaar» en het streven naar harmonisatie tussen de Kaderwet Specifiek Welzijn en de Wet op de bejaardenoord. In het kader van het laatstgenoemde onderwerp is vermeldenswaard de nadere toetsing aan het decentralisatiebeleid en de heroverweging van de bij de Wet op de bejaardenoord betrokken verantwoordelijkheden van de verschillende overheidsniveaus en de plaatsgevonden afstemmingsoperatie tussen het wetsontwerp Kaderwet Specifiek Welzijn en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. In dit verband kan ook vermeld worden de reeds eerder genoemde betreffende de planningsprocedures analoge afstemming van de bouw van bejaardenwoningen, die in overweging wordt genomen. Ten slotte wordt afstemming van de planningsmethodiek beoogd ter versterking van de eerstelijnszorg.

2. Afstemming van voorzieningen

De cluster voorzieningen bejaardenzorg kritisch beschouwend kan gezegd worden dat in veel gevallen die voorzieningen niet op elkaar afgestemd zijn. Met name het bereiken van beleidsdoelstellingen ten aanzien van de beperking van intramurale zorg en goede aansluiting van in de tijd complementaire voorzieningen worden hierdoor belemmerd (gewenste verschuiving van intramuraal naar extramuraal voorzieningenniveau). Maar met name de veelheid van betrokken financieringsmethodieken maakt naast het gebrek aan integrale planning deze afstemming moeilijk, terwijl een gewenste voorwaarde voor harmonisatie een afstemming van verschillende voorzieningen vereist op een zodanige wijze, dat overheveling van gelden van de ene naar de andere voorziening zou kunnen worden gerealiseerd, voor zover die voorzieningen functioneel met elkaar samenhangen.

Als voornaamste knelpunten, welke reeds eerder in onderdeel B de revue passeerden, kunnen genoemd worden de afstemming bejaardenoord/verpleeghuis en de afstemming bejaardenoord/nevenvoorzieningen.

C. BELEIDSARIANTEN

ALGEMENE INLEIDING

Op basis van de in het hieraan voorafgaande hoofdstuk beschreven evaluatie op enige relevante onderdelen van het gevoerde bejaardenbeleid volgt in dit laatste hoofdstuk een overzicht van door de werkgroep Heroverweging bejaardenbeleid ontwikkelde beleidsvarianten, die resulteren in besparingen ten opzichte van de door het Ministerie van Financiën geacordeerde meerjarenramingen 1986, waaronder de ingevolge de taakopdracht verplichte – 20%-variant. De werkgroep heeft echter gemeend er goed aan te doen deze meer technische exercitie van bezuinigingsvarianten vooraf te laten gaan door een meer algemene inleiding, waarin opgenomen enige opmerkingen en kanttekeningen bij de opgestelde varianten.

1. Op de eerste plaats acht de werkgroep het gewenst te wijzen op de positie van de bevolkingsgroep bejaarden in onze samenleving, welke in het algemeen gekenmerkt wordt door een relatief grote kwetsbaarheid c.q. een duidelijke achterstandsituatie met betrekking tot financiële mogelijkheden, gezondheidstoestand, woonomstandigheden en participatie in het sociaal-culturele gebeuren.

Voor wat betreft het bewonersbestand van intramurale voorzieningen als verpleeghuizen en bejaardenoord kan aan deze beschrijving in essentiële kenmerken de hoge gemiddelde leeftijd en de stijgende graad van verzorgingsbehoefendheid worden toegevoegd. De bescherming van de belangen van de bejaarden en het in de onderhavige sector werkende personeelsbestand luistert bijzonder nauw. Een heroverweging bejaardenbeleid zal daarom met de nodige zorgvuldigheid dienen te worden bezien.

2. Naar aanleiding van de in de werkgroep gevoerde discussie met betrekking tot de vraag met welke voorzieningen moet worden begonnen in de ontwikkeling van bezuinigingsvarianten is besloten het regeringsstandpunt inzake het zo lang mogelijk zelfstandig blijven functioneren van de bejaarde als uitgangspunt te nemen. Derhalve zijn de varianten vrijwel uitsluitend ontwikkeld bij de intramurale voorzieningen en is daarbij uitgegaan van een dan noodzakelijke versterking van de extramurale zorg.

Als argumenten, die aan deze keuze ten grondslag liggen, kunnen o.a. worden genoemd¹:

– Het feit dat veel ouderen de wens te kennen geven zo lang mogelijk zelfstandig te blijven. Opname in een bejaardenoord lijkt nogal eens te worden gekozen als een oplossing bij gebrek aan beter.

– Intramurale zorg wordt verondersteld duurder te zijn dan extramurale hulp. In een tijd waarin beheersing van kosten veel aandacht krijgt ligt afremming van intramurale hulp ten gunste van extramurale hulp voor de hand.

– Om redenen van handhaving van de zelfstandigheid en om redenen van financiële aard heeft de overheid meermalen uitgesproken dat overheveling van intramurale naar extramurale voorzieningen wenselijk moet worden geacht.

3. Reeds in de inleiding voorafgaande aan hoofdstuk A, beschrijving van het beleid, en op diverse plaatsen in de evaluatie van het gevoerde beleid is gewezen op het belang te weten hoe de vergrijzing van de bevolking zal doorwerken in de vraag naar dienstverlening.

Het gebruik van zorgvoorzieningen blijkt met de leeftijd in het algemeen sterk toe te nemen. De conclusie uit de nu bekende feiten kan dan ook niet anders luiden dan dat handhaving van het huidige zorg- en voorzieningenniveau gezien de vergrijzing zal leiden tot een opwaartse druk op het voorzieningengebruik.

¹ S.C.P.-cahier: «Zorgen voor later».

Het is de vraag of de overheid voldoende stuulementen ter beschikking heeft om een vermindering van zorg als zodanig te bewerkstelligen zonder dat groepen tussen wal en schip vallen nog afgezien van de vraag of het genormeerde verzorgingsniveau tegemoet komt aan de behoefte aan verzorging.

Bij gelijkblijvend beleid en derhalve met handhaving van het relatieve verzorgingsniveau noopt de onafwendbare demografische ontwikkeling, waaruit een toename van het aantal bejaarden en in het bijzonder het aantal hoogbejaarden blijkt, tot het aanpassen van de vigerende capaciteitsnormen met betrekking tot de voor ouderen bestemde voorzieningen door middel van een leeftijdsspecifieke herberekening. In de ramingen moet dan ook het leeftijdsspecifieke en eventueel geslachtsspecifieke gebruik dat bejaarden maken van bejaardenoorden, verpleeghuizen, gezinsverzorging en wijkverpleging verdisconteerd gaan worden. Met deze factoren van invloed is momenteel in de meerjarenramingen, zoals die ten grondslag zullen moeten liggen aan de berekeningen bij de varianten, nog geen rekening gehouden. Tot nu toe zijn de ramingen op zijn best gekoppeld aan de demografische veranderingen.

De strekking van de op 16 november 1981 afgelegde regeringsverklaring, waarin de noodzaak van herschikking van collectieve middelen verwoord is, verplicht ons min of meer tot een herberekening.

4. De werkelijke cijfers aangaande de aan bewoners van bejaardenoorden te verstrekken bijstandsgelden wijken nu reeds in substantiële mate af van de geaccordeerde meerjarenramingen ter zake. De redenen, die als verklaring hiervoor kunnen worden aangevoerd, zijn de niet, c.q. onvoldoende, in de genoemde ramingen verdisconteerde tariefstijgingen als gevolg van ingrijpende renovatie, dan wel vervangende nieuwbouw en het feit dat in genoemde meerjarenramingen ten onrechte rekening is gehouden met een sterke afname van het aantal gehuisvesten in bejaardenoorden.

Om deze reden en gelet op de inhoud van het hierboven beschreven punt 3 heeft de werkgroep gemeend ten aanzien van de meerjarencijfers te moeten komen tot een *drietal cijferreeksen, namelijk:*

a. Meerjarencijfers, zoals die geaccordeerd zijn door Financiën in het kader van het begrotingsoverleg met de diverse departementen, hetgeen in de Miljoenennota 1982 en het 5de Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1986, is neergeslagen.

b. Meerjarencijfers, die afwijken van bovengenoemd punt omdat de veronderstellingen, die daaraan ten grondslag liggen, niet (meer) realistisch zijn (o.a. is ten onrechte uitgegaan van een stringenter capaciteitsbeleid bij bejaardenoorden). Op basis van meer realistische uitgangspunten, feitelijke ontwikkelingen en vooruitzichten is voor bepaalde beleidsterreinen een tweede reeks opgesteld.

c. Meerjarencijfers, waarbij rekening is gehouden met de genoemde demografische ontwikkeling en een leeftijdsspecifieke en/of sekse-specifieke herberekening van het gebruik van zorgvoorzieningen.

Als ijkpunt voor de in dit hoofdstuk opgenomen varianten is, overeenkomstig de taakopdracht, de raming van het uitgavenniveau 1982–1986 gehanteerd, zoals deze ten grondslag ligt aan de meerjarenramingen van de Miljoenennota 1982.

In een van de hierna volgende paragrafen is een overzicht van de hier genoemde drie cijferreeksen opgenomen, waarin tevens een explicitering van de veronderstellingen c.q. uitgangspunten vermeld staat.

5. Enkele leden van de werkgroep hebben een exercitie willen maken, waarin onder een aantal substitutieveronderstellingen werd nagegaan tot welke besparingsopbrengst deze zouden kunnen leiden. Bedoelde bezuinigingsvariant, alsmede de door de werkgroep geplaatste kanttekeningen ten

aanzien van de praktische uitvoerbaarheid, worden in bijlage 4 bij dit rapport nader beschreven.

Met betrekking tot het onderwerp substitutie, dat bij de in dit hoofdstuk C uitgewerkte capaciteitsreductievarianten inzake bejaardenoorden en verpleeghuizen concreet aan de orde komt, volgen hier nog enkele meer algemene opmerkingen.

- Substitutie waarbij wordt beoogd een zelfde aantal personen door middel van verschuivingen in de zorg hulp te blijven bieden, impliceert niet alleen het verleggen van geldstromen, doch vooral ook het veranderen van beleidsintenties.

- Een knelpunt bij de substitutie wordt gevormd door het ontbreken van zodanige criteria dat hulpvormen elkaar uitsluiten en dat duidelijk wordt welke voorziening aan welke hulpvraag beantwoordt.

- De huidige wetgeving met betrekking tot de diverse vormen van dienstbetoon aan bejaarden vormt in het geheel een duidelijke belemmering voor de substitutie van voorzieningen.

- De werkgroep wijst ook met nadruk op de noodzaak van stimulering van het vrijwilligerswerk en de overige zorg in de informele sfeer.

In de bij dit rapport opgenomen bijlage 3 is de rol van de informele hulp in de zorg voor ouderen verder beschreven.

6. Aangaande de in dit hoofdstuk op te nemen varianten heeft werkgroep besloten tot de volgende systematiek.

De ontwikkelde varianten hebben betrekking op het totaal van de uitgaven voor huisvesting en verzorging aan bejaarden. De som van de geaccordeerde bedragen aangaande de heroverwogen beleidsterreinen is dus als uitgangspunt genomen.

Vervolgens zijn alle aan de orde zijnde gekwantificeerde varianten per beleidssector (bejaardenoorden en verpleeghuizen) uitgedrukt in een percentage van genoemd totaalbedrag. Tevens is in het geheel een rangschikking aangebracht, een hiërarchie van varianten van realistisch en haalbaar tot en met zogenaamde kreunvarianten, waarbij capaciteitsbeperking in het geding is en waarvan besloten is dit als sluitstuk van de verplichte –20%-variant op te nemen.

Inzake deze laatste variant kan gesteld worden dat een 20%-besparing in de sector van de zorg aan bejaarden vrijwel onmogelijk moet worden geacht. Slechts rigoureuze vermindering van huisvesting en dienstverlening tot op een onverantwoord niveau zou in dit kader een oplossing kunnen bieden, waarbij echter de capaciteitsvermindering tevens gepaard zou gaan met grote kapitaalvernietiging van gebouwen en een aanzienlijke vermindering van de werkgelegenheid.

Tabel 1. Uitgaven van de rijksoverheid c.q. van sociale verzekeringen ten behoeve van de verzorging en huisvesting van bejaarden in 1986

	Netto-uitgaven; guldens 1982; x f 1 mln.				Bijzonderheden
	I	II	III	IV	
	IJkpunt '86 (geaccordeerde raming)	Correctie voor bejaardenoorden	Leeftijd- (en geslacht-) specifieke ramingen vanuit I	(en geslacht-) specifieke ramingen vanuit II	
Bejaardenoorden	2530	2746	2672	2934	} bijstand VHRO-subsidie
	12	46			
Verpleeghuizen en niet-erkende tehuizen (incl. dagbehandeling)			3088		
Gezinsverzorging	650		658		
Kruiswerk	222		222		
Huisvesting bejaarden	10		47		} subsidie bejaardenwoningen verhuis- en herinrichtingskosten
	36				
Totaal	6412		6687		

Aan bovenstaande cijfers liggen een aantal vooronderstellingen en beleidsuitgangspunten ten grondslag. Deze zijn niet voor alle cijfers dezelfde. In het onderstaande – en in de bijlagen – zullen de uitgangspunten nader worden geëxpliciteerd.

Ook moet worden gewezen op het verschil in bron en betekenis tussen cijfers voor voorzieningen van gezondheidszorg (kruiswerk, verpleeghuizen e.d.) en cijfers voor bejaardenoorden, gezinsverzorging en huisvesting bejaarden.

De cijfers voor bejaardenoorden, gezinsverzorging en huisvesting bejaarden zijn afkomstig uit c.q. berekend uit de jongste Miljoenennota.

De bedragen voor kruiswerk en verpleeghuizen e.d. zijn afkomstig/berekend uit het laatste Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg (FOG). Het FOG valt buiten de rijksbegroting in engere zin. Het bevat streefcijfers met een taakstellend karakter.

Er zijn verschillen in uitgangspunten tussen de genoemde cijfers.

Bejaardenoorden:

Raming I (2530) is afkomstig uit de jongste Miljoenennota, maar werd uitgedrukt in guldens 1982. Recentere bijstellingen zijn hierin niet verwerkt. De raming is berekend met als uitgangspunten een gelijkblijvend aantal bijstandontvangende personen, een daling (tot 121 500 in 1986) van het totale aantal verzorgden, en een laag niveau van (ver)bouwactiviteiten.²

Raming II (2746) gaat uit van het werkelijke aantal bijstandontvangende personen in 1982 (117 139, i.p.v. 107 400 in raming I) en voorziet een toename van het aantal bijstandontvangenden bij een gelijkblijvend totaal aantal verzorgden. Er is rekening gehouden met een hoger niveau van (ver)bouwactiviteiten.

Raming III is de leeftijd- en geslachtsspecifieke herberekening van raming I (2530 + 12).

Raming IV is de leeftijd- en geslachtsspecifieke herberekening van raming II (2746 + 46).

Voor de overige uitgangspunten wordt verwezen naar de bijlagen.

² Het bedrag aan VHRO-subsidies is in raming I dan ook lager dan in raming II.

Verpleeghuizen e.d.:

Zie de bijlagen.

Gezinsverzorging:

In de eerste raming wordt aangenomen dat in 1986 (zonder loon- en prijsstijgingen) hetzelfde bedrag als vermeld in de jongste Miljoenennota zal worden uitgegeven. Aan bejaarden wordt hiervan 50% toegerekend; het uiteindelijke bedrag (650) is in guldens 1982 uitgedrukt.

Raming III is de leeftijdsspecifieke herberekening van dit bedrag.

Kruiswerk:

Dit cijfer is in alle ramingen gelijk. Een leeftijd- en geslachtsspecifieke herberekening werd niet op raming I toegepast, omdat deze al in het bedrag uit het FOG is begrepen.

Voor een verdere uiteenzetting van de uitgangspunten wordt verwezen naar de bijlagen.

Huisvesting bejaarden:

Uitgegaan wordt van een subsidie van f 2000 per bejaardenwoning (1986: 5000 bejaardenwoningen), en een gemiddelde bijdrage van f 2800 aan verhuis- en herinrichtingskosten (1986: 13 000 gevallen). De bedragen zijn in guldens 1982.

Raming III geeft de demografische herberekening.

Tabel 2. Uitgaven van de rijksoverheid c.q. van sociale verzekeringen ten behoeve van de verzorging en huisvesting van bejaarden in 1986: IJkpunt '86 (geaccordeerde raming)

	Netto-uitgaven; guldens 1982; x f 1 mln.	
	I	Bijzonderheden
	IJkpunt '86 (geaccordeerde raming)	
Bejaardenoorden	2530	bijstand
	12	VHRO-subsidie
Verpleeghuizen en niet-erkende tehuizen (incl. dagbehandeling)	2952	
Gezinsverzorging	650	
Kruiswerk	222	
Huisvesting bejaarden	10	subsidie bej. woningen
	36	verhuis- en herinrichtingskosten
Totaal	6412	
20% bezuiniging =	1282	

Tabel 3. Samenvatting van de bezuinigingsmogelijkheden op de uitgaven van de rijksoverheid c.q. van sociale verzekeringen ten behoeve van de verzorging en huisvesting van bejaarden in 1986. Absoluut (netto; guldens 1982; x f 1 mln.) en in % van het totaalbedrag van het IJkpunt '86

	Bedrag	In % van het
	bezuiniging	totaalbedrag
		ijkpunt '86
		(= 6412)
<i>Maatregelen:</i>		
Bejaardenoorden:		
— stop per 1-1-1983 op alle (ver)bouw	146	2,3%
— verminderen norm wekelijkse schoonmaakbeurt kamers bewoners met 1/12 en norm basiszorg met 1/12	15	0,2%
— opzeggen brandverzekeringen, schade voor rekening Rijk	10	0,2%
Verpleeghuizen e.d.:		
— schrappen personeelsintensivering	406	6,3%
— beperking wachttijd eigen bijdrage (minimaal)	132	2,1%
— beperking renovaties	59	0,9%
Totaal	768	12,0%
<i>Capaciteitsreductie-variant:</i>		
Bejaardenoorden:		
— verminderen van het aantal verzorgden van 144 000 (heden) tot 109 253 in 1986	239	3,7%
Verpleeghuizen e.d.:		
— incorporeren norm dagbehandeling in norm voor verpleeghuizen	182	2,8%
— verlaging norm somatische verpleeghuizen	93	1,4%
Totaal (van alle maatregelen):	1282	20,0%

BEJAARDENOORDEN

I. Inleiding

De berekening van bezuinigingsvarianten bejaardenoorden wordt, conform de opdracht van de Heroverwegingscommissie, gebaseerd op het officiële ijkpunt: de in de Miljoenennota 1982 neergelegde raming bijstands-uitgaven bewoners bejaardenoorden 1986. Het nominale bedrag uit de miljoenennota, f 2736,8 mln., betekent uitgedrukt in guldens 1982: f 2530 mln. Deze raming is onder meer gebaseerd op de volgende vooronderstellingen;

- Het aantal verzorgden in de bejaardenoorden neemt af van 144 000 nu tot 121 000 in 1986, omdat onder invloed van de invoering van het indicatiesysteem voor de bejaardenoorden het aantal opnamen daalt.
- De gemiddelde tariefstijging in 1980 (8,5%) zal in de periode t/m 1986 jaarlijks plaatsvinden.

Inmiddels is gebleken dat de feitelijke ontwikkelingen substantieel afwijken van vorengenoemde prognoses:

- Het jaarlijkse aantal indicaties voor opname in een bejaardenoord is zodanig hoog, dat de bezettingsgraad van de bejaardenoorden 100% bedraagt en voor de meeste bejaardenoorden wachtlijsten bestaan van 1 tot 3 jaar.
- De tariefstijgingen zullen een hogere tendens vertonen dan was voorzien. De oorzaak hiervan is het volgende.

Het aantal verzorgingsbedden, voor de renovatie c.q. vervangende nieuwbouw waarvan verklaringen van geen bezwaar zijn afgegeven, vertoont een sterke stijging, van ruim 3000 in 1979 en 1980 tot omstreeks 10 000 in 1981 en 1982. In verband met de gemiddelde tijdsduur van drie jaar tussen de afgifte van een verklaring van geen bezwaar en de realisatie ervan zullen de financiële consequenties van de renovatiegolf eerst zichtbaar worden in de extra stijging van de exploitatielasten bejaardenoorden, en daarmee van de bijstandsuitgaven, in de komende periode.

In verband met de discrepantie tussen de vooronderstellingen, die aan de geaccordeerde ramingen ten grondslag liggen, en de feitelijke ontwikkelingen is een tweede raming ontwikkeld (zie bijlage 2) van de bij ongewijzigd besluit te verwachten kosten indirecte financiering bejaardenoorden. Uitgedrukt in guldens 1982 komt deze neer op f 2746 mln. in 1986.

Voor de goede orde dienen hierbij nog twee kanttekeningen te worden geplaatst:

1. De wenselijkheid van bijstelling van de ramingen is gelegen in ontwikkelingen, die autonoom plaatsvinden, omdat het huidige wettelijke instrumentarium, de Wet op de bejaardenoorden, geen basis biedt voor capaciteitsreductie, c.q. vermindering aantal opnamen, en evenmin voor het weigeren van verklaringen van geen bezwaar voor renovaties om financiële redenen.

2. Indien de op het officiële ijkpunt bejaardenoorden (mede) gebaseerde bezuinigingsvariant taakstellend zou worden, zal boven op die variant nog een bedrag van f 216 mln., zijnde het verschil tussen de officiële en de reële raming, extra moeten worden bezuinigd.

II. Onderwerpen bezuinigingsvarianten

De volgende onderwerpen zijn in het navolgende object van berekening van bezuinigingsmogelijkheden:

- renovaties
- personeelsformatie
- brandverzekering
- capaciteit in relatie tot indicatiesysteem.

Met betrekking tot deze onderwerpen zal, waar opportuun, worden aangegeven wat de consequenties zijn op de punten:

- uitvoerbaarheid op korte termijn, inclusief noodzakelijke aanpassingen wetgeving;
- eventuele aantasting essentie verzorging, verpleging of huisvesting;
- gevolgen voor de werkgelegenheid;
- gevolgen voor de kapitaalmarkt
- substitutiekosten.

III. Renovaties

Het aantal verzorgingsplaatsen waarvoor verklaringen van geen bezwaar zijn afgegeven (merendeels renovaties/vervangende nieuwbouw) bedroeg in

1979	-	3315
1980	-	3916
1981	-	9003
1982	-	2523 (1ste kwartaal)

Na het afgeven van een verklaring van geen bezwaar duurt het veelal een aantal jaren alvorens met (ver)bouw wordt begonnen. De stijgende tendens die in de aantallen afgegeven verklaringen van geen bezwaar is waar te nemen, zal zich daardoor met vertraging vertonen in de cijfers over gereedgekomen verzorgingstehuizen.

In 1977 kwam de renovatie gereed (met financiële steun van rijkswegen) van 3579 bedden. Dit waren er in

1978	—	3837
1979	—	2476
1980	—	2435
1981	—	circa 4200 (mondelinge opgave VHRO)

(N.B. Niet vastgesteld kan worden waar sprake was van nieuwbouw of vervangende nieuwbouw).

Onder de huidige wettelijke regelen is er voor de bejaardenoorden geen financiële of wettelijke rem aanwezig die de renovatie of vervangende nieuwbouw van verzorgingsplaatsen tegengaat. De stijging van de exploitatielasten die uit (ver)bouw voortvloeit, kan zonder meer worden verhaald op de bijstand wanneer inkomen en vermogen van de bewoner niet meer voldoende zijn. Het is daarom waarschijnlijk dat de (ver)bouw zal toenemen en de tendens in de aantallen afgegeven verklaringen van bezwaar met vertraging zal volgen.

De potentieel nog te renoveren bedden, dit zijn die welke tot stand gekomen zijn onder de Voorschriften en Wenken voor het ontwerpen van Verzorgingstehuizen van vóór 1965 en die nog niet gerenoveerd zijn: ruim 60 000 bedden, zullen naar verwachting vrijwel alle voor renovatie worden aangemeld. Hierbij spelen overwegingen van minimale kwaliteit van de huisvesting maar ook van concurrentie met beter geoutilleerde verzorgingstehuizen overwegingen op het terrein van de bedrijfsvoering en nieuwe brandveiligheidseisen de belangrijkste rol.

De werkgroep Heroverweging Bejaardenbeleid wil met nadruk aandacht vragen voor haar verontrusting over de consequenties van het huidige functioneren van de inspectie op de brandveiligheid.

In de eerste plaats is er sprake van een betrekkelijk autonoom functioneren van de bevoegde inspecties, in de zin dat wettelijke normen extensief kunnen worden geïnterpreteerd. In de tweede plaats wordt de interpretatie van beoordelingsnormen voortdurend aangepast aan de ontwikkeling van nieuwe technieken voor de brandveiligheid en worden daardoor bestaande situaties, die voorheen voldeden aan de eisen van brandveiligheid, als onvoldoende aangemerkt.

In de bejaardenoordensector leidt dit voor tehuizen die vóór 1975 zijn tot stand gekomen gedwongen tot het op grote schaal aanpassen van de brandveiligheidssituatie aan de nieuwste normen en technieken, die een gemiddelde investering van f 10 000 per verzorgingsbed bedragen. Indien deze ontwikkeling zich doorzet, betekent dit een investeringsbedrag van ongeveer f 12 mld. in de komende periode, wat neerkomt op f 100 mln. exploitatielastenstijging per jaar.

Tussen het afgeven van een verklaring van geen bezwaar en de realisatie ervan zit over het algemeen een periode van drie jaar. Verwacht wordt dat het aantal bedden waarvoor verklaringen van geen bezwaar worden afgegeven zich op het huidige niveau van 10 000 bedden per jaar zal handhaven. Het is dan te verwachten – uiteraard nog steeds uitgaande van ongewijzigd beleid – dat deze verklaringen van geen bezwaar ook in meerderheid in de periode tot en met 1986 zullen worden gerealiseerd.

Indien wordt aangenomen dat het aantal bedden waarvoor verklaringen van geen bezwaar in 1982 en 1983 worden afgegeven, 10 000 per jaar zullen betreffen, dan zullen in de periode 1979 tot en met 1983 voor ruim 36 000 bedden verklaringen van geen bezwaar zijn afgegeven. Uitgaande van de vertraging van drie jaar tussen afgifte van de verklaring van geen bezwaar en de voltooiing van de bouw/renovatie, betekent dit dat deze 36 000 bedden in de periode 1982 tot en met 1986 worden gerenoveerd en dus in de exploitatielasten van de bejaardenoorden 1986 zijn verwerkt.

De stichtingskosten (inclusief inrichtingskosten) per bed bedragen maximaal f 100 000 en gemiddeld in de praktijk f 80 000. Totale investeringskosten: bijna f 3 mld. (36 000 x 80 000). Dit leidt tot een stijging van de exploitatielasten van f 300 mln. per jaar.

Aangezien in 1980 de renovatie c.q. vervangende nieuwbouw van ruim 2400 bedden in het stijgingspercentage van 8,5% exploitatielasten begrepen was (zie hiervoor) en dit percentage ten grondslag ligt aan de raming Miljoenennota 1982 die als formeel ijkpunt voor de berekening van de bezuinigingsvarianten dient, wordt daarin uitgegaan van in de periode 1983 tot en met 1986 jaarlijkse renovaties van 2400 bedden, dit is een totaal van 9200 bedden tot en met 1986.

In de hiernavolgende berekening bezuinigingsmogelijkheden bejaardenoorden wordt uitgegaan van een absolute renovatiestop met ingang van 1 januari 1983, waardoor de in de officiële raming voorziene renovatie van 9200 bedden als besparing wordt opgevoerd, inclusief de besparing op de objectsubsidie VHRO.

Bij deze voorgestelde renovatiestop moeten de volgende kanttekeningen worden geplaatst.

1. Een renovatiestop zal niet-kwantificeerbare gevolgen hebben voor de bouwmarkt: verlies werkgelegenheid.
2. Een renovatiestop zal gunstige gevolgen hebben voor de kapitaalmarkt: omstreeks f 1 mld. minder leningen in de officiële bezuinigingsvariant, feitelijk f 1 mld. minder leningen.

Een en ander zal de rentestand gunstig kunnen beïnvloeden.

IV. Personeelsformatie

Het in 1980 geïntroduceerde personeelsformatiemodel voor de bejaardenoorden heeft nog een experimentele status, in afwachting van de verstrekking van evaluatiegegevens door het Interprovinciaal Overleg Maatschappelijk Welzijn en de tehuizenorganisaties. Beoordelingen van de mogelijkheden tot bijstelling van de normen van het model, die niet gepaard gaan met aantasting van de essentie van de verzorging, zijn nog niet op formeel aangereikte ervaringsgegevens te baseren.

Met betrekking tot twee onderdelen van het personeelsformatiesysteem: de basiszorg en het schoonhouden van de wooneenheden van bejaarden, kan gesteld worden dat een geringe correctie naar beneden van de normen voor de berekening van de personeelssterkte mogelijk is. Ten aanzien van de basiszorg (zes minuten per bejaarde per dag) is het mogelijk tot een norm van 5,5 minuut te komen, omdat niet alle elementen van die zorg: verstrekken broodmaaltijden, serveren koffie en thee, uitzetten medicijnen en onderhouden algemene sociale contacten, voor iedere bewoner nodig zijn, terwijl de berekening over alle bewoners plaatsvindt. Voor bepaalde onderdelen van de basiszorg kan men tevens de vraag stellen of zij voor althans een deel van de bejaarden niet leiden tot verzorging.

Voor wat betreft de normen voor het schoonhouden wooneenheden bejaarden (normen: 60 minuten per week voor éénpersoonseenheden, 90 minuten voor tweepersoonseenheden) geldt dat deze zijn vastgesteld op basis van de gemiddelden van feitelijk gemeten tijden in bejaardenoorden en op basis van normen schoonmaakdiensten. In tehuizen met een efficiënte organisatie blijkt men met lagere normen te kunnen werken, vandaar dat een verlaging van de normen met vijf minuten per week niet tot aantasting van de kwaliteit van het werk lijkt te hoeven leiden.

In de bezuinigingsvariant is uitgegaan van vorengenoemde bijstellingen. Hierbij dienen nog de volgende kanttekeningen te worden geplaatst:

1. Tegenover de constatering dat sommige normen van het formatiemodel verscherpt kunnen worden staat de correctie dat op andere punten tot verruiming zal moeten worden gekomen:

a. de sector sociaal-culturele zorg is sedert enige jaren bevroren, terwijl met name aandrang aanwezig is op het toestaan van ruimte in de tarieven van alle bejaarden voor een post geestelijke verzorging;

b. door de toename van het aantal inbraken, soms gepaard met geweld-dadigheden tegen bewoners en personeel van bejaardenoorden, is met name in bepaalde streken de aandrang groot in nachturen en week-enden mannelijk bewakingspersoneel in dienst te nemen;

c. de inwerkingtreding van het indicatiesysteem en het daardoor veranderde opnamebeleid zal nog een paar jaar leiden tot vergroting van de gemiddelde hulpbehoefte van de bewoners (met name de meerzorg).

In de huidige ramingen is voorzien in een geringe relatieve toename van de ratio personeel/bejaarden. Deze personeelsintensivering maakt geen onderdeel uit van de bezuinigingsvarianten omdat zij de essentie van de verzorging raakt en bovendien direct voortvloeit uit de aan de bejaardenoorden opgelegde taakverandering. In het geval van de capaciteitsreductie en aanscherping van het opnamebeleid zal extra personeelsgroei nodig zijn om de zwaardere verzorgingsbehoefte van de bewoners op te vangen.

2. Bijstelling van de normen van het personeelsmodel zal leiden tot vermindering van de werkgelegenheid met 500 mensjaren.

3. Afdwingbaarheid van de personeelsformatienormen vereist wijziging van de Wet op de bejaardenoorden, waardoor centrale normering mogelijk wordt, en het kunnen afstemmen van de financiering bejaardenoorden op de wettelijke voorschriften ingevolge de WBO.

V. Brandverzekering

De kosten ten gevolge van branden in bejaardenoorden zijn vele malen lager dan de kosten van de brandverzekering. Het verdient daarom aanbeveling, de rijksoverheid zich garant te doen stellen voor vergoeding brandschade, en de brandverzekering in bejaardenoorden af te schaffen. Een en ander is in de bezuinigingsvariant uitgewerkt.

VI. Capaciteit en indicatiesysteem

Capaciteitsreductie is in de bezuinigingsvariant het sluitstuk van de berekeningen.

Aangezien voor de bejaardenoorden moet worden uitgegaan van de officiële raming van de Miljoenennota 1982 en daarin een teruggang van het aantal verzorgden in bejaardenoorden wordt voorzien van 144 000 tot 121 500 in 1986, zal het sluitstuk van de bezuinigingsvariant voor de bejaardenoorden moeten aanvangen bij een met ruim 20 000 verminderde capaciteit in 1986.

Realisatie van de bezuinigingen die nodig zijn om de 20%-variant besparing op de totale kosten 1986 van de bejaardenvoorzieningen te bewerkstelligen, vereist voor de bejaardenoorden een capaciteitsreductie, gerekend van 121 500, van 12 247. De totale capaciteit in 1986 zal dan 109 253 plaatsen bedragen, dit is bijna 35 000 minder dan nu aanwezig.

Met betrekking tot de voorwaarden en consequenties van een zodanige capaciteitsreductie dient het volgende te worden opgemerkt:

1. Tegenover een jaarlijks aantal positief geïndiceerden van 33 000 staan, bij de huidige capaciteit van 9%, 25 000 vrijkomende plaatsen. De beschikbare capaciteit schiet dus duidelijk te kort om de geïndiceerde hulpbehoefte op te vangen. Een capaciteitsreductie tot 109 253 bedden in 1986 heeft tot gevolg dat in dat jaar slechts voor nauwelijks 6% van de bejaarden een plaats in een bejaardenoord beschikbaar zal zijn. Bij handhaving van de huidige indicatienormen impliceert dat dat slechts aan de helft van de geïndiceerde behoefte aan opnamen in een bejaardenoord tegemoet kan worden gekomen. Een zodanige discrepantie tussen capaciteit(snorm) en indicatiesysteem maakt beide ongeloofwaardig en zal daarom moeten leiden tot aanpassing van één van beide.

2. In het kader van de bezuinigingsvariant moet de mogelijkheid van aanpassing van het indicatiesysteem bezien worden. Bij realisatie van de capaciteitsreductie zullen lage urgentieclassen van het Besluit opnemings in bejaardenoorden moeten vervallen. Het zal daarbij met name moeten gaan om de urgentieklasse I, het geven van een positieve indicatie op grond van bijzondere individuele omstandigheden (art. lid 2) en de klassen III en V, waarbij sprake is van huishoudelijke hulpbehoefte sec (resp. wel en geen hulp aanwezig).

De urgentiecategorie I fungeert in de praktijk als een soort grote vergaarbak van allerlei zinnige maar ook onzinnige redenen voor een positieve indicatie. Bij voorbeeld het bestempelen van «hoge leeftijd» als indicatie voor opname in een bejaardenoord, waarbij op het standaardformulier echter nergens huishoudelijke, geestelijke of sociale invaliditeit voldoende tot uitdrukking komt.

Zoals onderstaande tabel duidelijk maakt, vormen de genoemde categorieën I, III en V een totaal van 46,9% van het totaal aantal afgegeven positieve indicaties.

Tabel. Verdeling positieve indicaties naar urgentiecategorie

Urgentie-categorie	Omschrijving	Absoluut	In % aantal positieve indicaties
I	— Bijzondere individuele omstandigheden	3 348	10,2
II	— Huish. hulpbehoefte in combinatie met psycho-sociale factoren, hulp aanwezig	4 235	12,9
III	— Huis. hulpbehoefte sec; hulp aanwezig	6 383	19,4
IV	— zie categorie II; geen hulp aanwezig	2 763	8,4
V	— zie categorie III; geen hulp aanwezig	5 698	17,3
VI	— ADL-hulpbehoefte of zeer slecht gezichtsvermogen	10 167	30,9
VII	— Afkomstig uit opgeheven bejaardenoord	294	0,9
		32 886	100%

Bron: Statistisch Cahier 24; Min. van CRM;
1 januari 1980 — 13 december 1980

Men mag niet zonder meer concluderen dat de genoemde 46,9% nu positief geïndiceerden bij eventuele herindicatie aan de hand van een gewijzigd en aangescherpt indicatiesysteem in zijn totaliteit negatief geïndiceerd zal worden. Derhalve kan worden voorgesteld rekening te houden met een reductie van het aantal positieve indicaties met 40%. Het aantal op 1 januari 1986 benodigde aantal bedden in bejaardenoorden zal dan 116 160 moeten bedragen, dit is 7000 meer dan in de bezuinigingsvariant bejaardenoorden wordt voorzien. Dat impliceert dat dan alsnog, zij het aanvaardbare, wachtlijsten ontstaan. Hierbij zij aangetekend dat het natuurlijk verloop in de bejaardenoorden gemiddeld vijf à zes jaar bedraagt, zodat met ingang van 1986 het beddenaantal nog méér dan deze 116 160 zal moeten bedragen.

3. Het spreekt vanzelf dat capaciteitsreductie bejaardenoorden, inclusief aanscherping indicatienormen, in sterke mate zal doorwerken in een verhoogde vraag naar andere bejaardenvoorzieningen, met name de instellingen voor gezinsverzorging.

Een kwantificering van deze verhoogde druk op de gezinsverzorging leert het volgende.

De voor de nu positief geïndiceerde categorie bejaarden te bieden hulp wordt geschat op gemiddeld 8 uur per week en derhalve 416 uur per jaar. Als uitgangspunt kan verder dienen dat 15% zal kunnen volstaan met alfahulp. Dus totaal aantal hulpverleningsuren;

traditioneel in 1986: $0,85 \times 416 \times 26\,840 = 9\,490\,624$

Alfa-uren in 1986: $0,15 \times 416 \times 26\,480 = 1\,674\,816$.

In guldens uitgedrukt komt het hieraan voorgaande neer op een totaal bedrag van f 182 mln. (nl. $9\,490\,624 \times f\,17$ en $1\,674\,816 \times f\,12,20$). Genoemde bedragen zijn het resultaat van de kosten van traditionele hulp/alfa-hulp minus de eigen bijdrage van cliënten.

Concluderend resulteert uit deze variant een besparing van f 276 mln. (f 458 – f 182 mln. ofwel 11,3% op basis van de meerjarenraming 1986). Het betreft hier reële cijfers, het is conform de op reële ontwikkelingen gebaseerde bijgestelde raming bejaardenoorden (zie inleiding).

Het zelfstandig blijven wonen van nu positief geïndiceerde bejaarden zal evenwel ook een vergroot beroep met zich meebrengen op andere voorzieningen: bejaardenwoningen dienen extra tot stand te worden gebracht (f 2000 subsidie per woning, plus bijna f 2000 verhuis- en inrichtingskosten-subsidie per bejaarde die de intrek neemt in die woning; huursubsidie neemt toe), kruiswerk, gecoördineerd bejaardenwerk en huisartsen. Een kwalitatief met bejaardenoorden vergelijkbare substitutievorm zal daarom niet of in geringe mate besparend werken. Niettemin zal capaciteitsreductie bejaardenoorden niet zonder flankerend beleid in de extramurale sfeer verantwoord te realiseren zijn.

4. Capaciteitsreductie bejaardenoorden van 144 000 tot 110 000 in 1986 betekent verlies van ongeveer 8000 full-time arbeidsplaatsen (bij substitutiemaatregelen worden in de extramurale sfeer nieuwe arbeidsplaatsen gecreëerd).

5. Capaciteitsreductie bejaardenoorden kan op tweeërlei wijze gerealiseerd worden:

a. beperking opnames bejaardenoorden waardoor leegstand ontstaat. Deze leegstandverliezen zullen op ten minste 30% van de huidige exploitatielasten van de betreffende verzorgingsbedden betrekking hebben (huisvestingslasten plus bepaalde overheadkosten blijven doorlopen);

b. sluiting bejaardenoorden; de overheid moet dan de kosten van kapitaalvernietiging voor haar rekening nemen.

De bruto-kosten van de capaciteitsreductie, en de noodzakelijke uitbreiding van de extramurale voorzieningen, betekenen te zamen dat op de middellange termijn de in de bezuinigingsvariant bejaardenoorden 1986 genoemde capaciteitsreductie kostenverhogend werkt i.p.v. besparend.

– Kapitaalvernietiging van 34 000 bedden betreft een bedrag van ongeveer f 1 mld. (veronderstelde kapitaalwaarde per bed f 30 000).

– Leegstandverliezen van 30% betekenen een bedrag van ongeveer f 350 mln. per jaar.

– In beide varianten moeten de wachtgelden voor het 8000 man mindere personeelsbestand bij de bruto-kosten worden geteld. Het betreft hier een bedrag van ongeveer f 300 mln.

6. In het voorstel tot wijziging van de Wet op de bejaardenoorden (reparatiewetgeving) wordt voorzien in sluitingsbevoegdheid door provinciale besturen en in de instelling van een Commissie Sanering Bejaardenoorden die beziet in hoeverre de financiële gevolgen van gedwongen sluiting bejaardenoorden voor rekening van de overheid kunnen worden gebracht. Na aanvaarding door het parlement van de reparatiewetgeving zal de wettelijke basis voor capaciteitsreductie bejaardenoorden dus aanwezig zijn.

VII. Samenvatting en berekening bezuinigingsvarianten bejaardenoorden

Volgens de geaccordeerde raming zijn de uitgaven van de rijksoverheid voor bejaardenoorden in 1986 (in guldens 1982) 2530 mln. aan bijstand 12 mln. aan VHRO-subsidie 2542 mln. totaal.

Dit bedrag ligt aanzienlijk onder dat van de (onofficiële) realistische raming II ten bedrage van, in totaal f 2792 mln. Het verschil tussen deze twee ramingen wordt voornamelijk veroorzaakt door het feit dat in de geaccordeerde raming uitgegaan wordt van:

- een te gering aantal verzorgden (121 500 in 1986 i.p.v. 144 000);
- te weinig renovaties/nieuwbouw.

Bezuinigen op grond van de geaccordeerde raming betekent daardoor in feite dat vóórdat enige bezuiniging wordt toegepast in het kader van de heroverwegingsoperatie, reeds aan uitgaven – en capaciteit – door de sector bejaardenoorden is ingeleverd. Een dergelijke bezuiniging wordt ten onrechte niet als bezuiniging in het kader van de heroverwegingsoperatie aangemerkt.

Er bestaan een aantal realiseerbare bezuinigingsmaatregelen:

1. Een volledige stop met ingang van 1 januari 1983 van alle renovaties/(vervangende)nieuwbouw/bouw op grond van generieke VGB's of VGB's vanwege (wijziging in) brandveiligheidsvoorschriften.

In de geaccordeerde raming is een klein deel van de te verwachten renovatie etc. verdisconteerd. Op grond van gegevens uit het verleden wordt er hier van uitgegaan dat in de geaccordeerde raming de renovatie etc. van 2400 bedden per jaar werd verdisconteerd.

De investeringsbedragen vanwege generieke VGB's etc. worden gesteld op 15% van het investeringsbedrag vanwege renovatie/(vervangende) nieuwbouw.

Een volledige bouwstop per 1 januari 1983 zou de exploitatielasten in 1986 met f 171 mln. (guldens 1982) doen dalen (vooronderstellingen: zie toelichting bij de meerjarenreeksen). Voor de uitgaven van de rijksoverheid in 1986 betekent dit een vermindering met (guldens 1982):

134 mln. aan bijstand
12 mln. aan VHRO-subsidie

146 mln. totaal

Dit komt overeen met 2,3% van de totale uitgaven van de rijksoverheid c.q. sociale verzekeringen in 1986 ten behoeve van de verzorging en huisvesting van bejaarden.

2. Een vermindering van de normen voor de wekelijkse schoonmaakbeurt van de kamers van de bewoners met 1/12 en een vermindering van de norm voor de basiszorg per bewoner met eveneens 1/12.

De verlaging van de norm voor de wekelijkse schoonmaakbeurt brengt een vermindering van het aantal personeelsleden voor dit soort werk met zich mee van: 296 (op fulltime-basis gerekend).

De verlaging van de norm voor de basiszorg doet het aantal personeelsleden voor dit soort werk dalen met: 217 (fulltime-basis).

Hierbij wordt uitgegaan van (in 1986) 121 500 verzorgden. De bruto-loonkosten worden gesteld op f 35 000 resp. f 40 000 per jaar. Door de vermindering van de normen wordt in 1986 een bedrag van f 19 mln. (guldens 1982) aan exploitatielasten bespaard. De uitgaven van de rijksoverheid dalen daardoor met f 15 mln. in 1986 (bijstand: guldens 1982). Dit komt overeen met 0,2% van de totale uitgaven van de rijksoverheid c.q. sociale verzekeringen (in 1986) ten behoeve van de verzorging en huisvesting van bejaarden.

3. Opzeggen van de brandverzekeringen van bejaardenoorden en het in plaats daarvan ten laste van de rijksbegroting laten komen van eventuele brandschade.

Aangenomen wordt dat aan brandverzekering wordt betaald 1 promille van de nieuwbouwwaarde van de bejaardenoorden. Het aantal bedden in bejaardenoorden is in de geaccordeerde raming 121.500; de nieuwbouwwaarde is f 100 000 (gulden 1982). Uit gegevens uit het verleden wordt de gemiddelde schade door brand op f 1,3 mln. (gulden 1982) per jaar geschat. De voorgestelde regeling zou de exploitatielasten in 1986 met f 12 mln. doen dalen. De bijstandsuitgaven van de rijksoverheid dalen daardoor met f 10 mln. (gulden 1982). Dit komt overeen met 0,2% van het totaalbedrag 1986.

Het totaal van de realiseerbare bezuinigingsmaatregelen levert daarmee een besparing ten opzichte van de geaccordeerde meerjarenraming op van:

159 mln. aan bijstand
12 mln. aan VHRO-subsidie
<hr/>
171 mln. totaal

Dit komt overeen met 2,7% van de totale uitgaven van de rijksoverheid c.q. sociale verzekeringen in 1986 ten behoeve van de verzorging en huisvesting van bejaarden.

Een besparing van f 239 mln. aan uitgaven van de rijksoverheid voor bejaardenoorden kan, na uitvoeren van de hiervoorvermelde realiseerbare bezuinigingsmaatregelen, worden bereikt via een capaciteitsreductie.

De geaccordeerde raming 1986 voor bejaardenoorden bedraagt f 2542 mln. (gulden 1982). De 3 realiseerbare bezuinigingsmaatregelen brengen dit bedrag op f 2371 mln. (2542 – 171 = 2371). Een besparing van f 239 mln. vereist derhalve een capaciteitsreductie van:

$$\frac{239}{2371} \times 121\ 500 = 12\ 247$$

De capaciteit zou dus in 1986 moeten zijn: 109 253 verzorgden. Ten opzichte van het huidige aantal (en in 1986 verwachte aantal) verzorgden van 144 000 is dit een reductie van 34 747 of 24%.

BEZUINIGINGSVARIANTEN VERPLEEGHUIZEN

1. Algemeen

Alvorens over te gaan tot het beschrijven van enige maatregelen leidend tot bezuinigingen met betrekking tot de uitgaven voor het verblijf van somatische en psycho-geriatrie bejaarde patiënten in verpleeghuizen volgen hieronder enige algemene opmerkingen.

– Zoals reeds eerder is betoogd, staat het vast dat de vergrijzing toeneemt en het aantal hoogbejaarden relatief nog sterker toeneemt dan het totaal aantal bejaarden. Met name deze groep van hoogbejaarden heeft een grote verpleegbehoefte. Een leeftijdspecifieke herberekening van het aantal benodigde verpleeghuisbedden voor het jaar 1986 geeft dan ook een aanzienlijk hoger aantal bedden dan toegestaan op grond van de vigerende normen voor verpleeghuisbedden.

– Er moet bij de bezuinigingen ook rekening worden gehouden met de voorgenomen vermindering van het aantal ziekenhuisbedden en de verkorting van de opnameduur in ziekenhuizen alsmede met de wijze waarop allerlei bezuinigingsmaatregelen doorwerken in de vraag naar voorzieningen waartussen substitutierelaties bestaan. Gezien het effect van bovengenoemde maatregelen op b.v. de vraag naar bedden capaciteit in bejaardenoorden en verpleeghuizen dient gewaakt te worden voor niet bedoelde cumulatie in dit kader.

– Verpleeghuizen zijn net als de wijkverpleging algemene voorzieningen, waarvan door de groep bejaarden wel voor een groot deel van de aanwezige capaciteit gebruik wordt gemaakt, doch ze maken onderdeel uit van het sociale-zekerheidsstelsel, waarop iedere Nederlander een recht kan doen gelden.

– De verschillende hierna voorgestelde maatregelen hebben nadelige gevolgen voor de werkgelegenheid, omdat personeelsintensivering uitblijft (punten 2 en 3) of de personeelsbezetting terugloopt in geval van capaciteitsreductie (punt 6).

2. Stopzetten personeelsintensivering van 3% per jaar per bezet bed, ingaande 1983

De hieruit resulterende besparing in 1986 is f 406 mln.

Toelichting berekening:

– Bij ongewijzigd beleid ten opzichte van 1982 12,6% meer personeel in verpleeghuizen 1986.

– Personeelskosten vormen 70% van de exploitatiekosten.

Kanttekeningen

– Stopzetten van de personeelsintensivering heeft tot gevolg dat juist ontwikkelingen, die tot doel hebben het leefklimaat in verpleeghuizen te bevorderen, belemmerd worden. Met name de gedachte dat het verpleeghuis een woonfunctie heeft komt de laatste tijd tot uitdrukking in de meer personeel vergende teamverpleging en in verschillende activiteiten die gericht zijn om de restcapaciteit van de bewoners optimaal te benutten (bij voorbeeld eettafelprojecten in een veertigtal verpleeghuizen).

– Bestaande of nieuwe knelpunten in de personeelsbezetting kunnen niet meer worden opgevangen. Tevens kan gewezen worden op het ontstaan van eventuele fricties, bij voorbeeld wat betreft de bezetting met verpleegkundigen en de gevolgen van deze maatregel voor de werkgelegenheid in de verpleeghuissector.

3. Tegengaan autonome toename functies en verrichtingen en verruiming exploitatierichtlijnen

Besparing in 1986: P.M.

N.B. De toename van de kosten in 1982 van de verpleeghuizen is in 1982 voor de bovengenoemde kostenposten op f 66 mln. geraamd. De besparing in 1986 is hier P.M. opgevoerd vanwege de overlap die met punt 2 bestaat wat betreft een groot deel van de personeelskosten.

4. Eigen bijdrage – profijtbeginsel

De eigen bijdrage is bij de beschrijving van het beleid in onderdeel A reeds opgevoerd, voor zover het betreft het in de adviesaanvraag voor de Ziekenfondsraad vervatte voorstel om rekening te houden met het gehele inkomen. In het concept-advies inzake wijziging van het eigen-bijdragebesluit dat door een commissie van de Ziekenfondsraad is voorbereid wordt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voorgesteld, waarbij het vermogen echter buiten beschouwing blijft, gezien de strijdigheid van dit laatste met de verzekeringsgedachte.

Daarnaast is het denkbaar om na te gaan of de bijdragevrije periode van 6 maanden verkort kan worden, bij voorbeeld tot 2 of 3 maanden. Dat zou een extra besparing opleveren. Deze extra besparing kan voor het jaar 1986 voorlopig geschat worden op f 132 mln. wat betreft het aandeel van de bejaarden.

Toelichting berekening:

- Eigen bijdrage voor bejaarden in 1986 met een wachttijd van 6 maanden levert een besparing van f 594 mln.
- Gemiddelde verblijfsduur 2 jaar.
- Uitgegaan is van verkorting van de wachttijd tot 2 maanden.
- De besparing wordt op grond van deze gegevens $4/18 \times f 594$ mln., dus f 132 mln. meer.

Ten slotte is het ook denkbaar de bijdragevrije periode voor bejaarden af te schaffen, behoudens bijzondere individuele omstandigheden. Met name zou dit aanbeveling verdienen indien het gaat om bejaarden, die van het bejaardenoord naar een verpleeghuis gaan.

5. Bouw/renovaties

Evenals bij bejaardenoorden lijkt het mogelijk meer terughoudendheid te betrachten bij nieuwbouw, verbouw en renovatie. Tevens kan ook hier gewezen worden op de mogelijke effecten van een wijziging van de brandveiligheidseisen. Met betrekking tot het onderwerp verbouw en renovatie kunnen de volgende opmerkingen gemaakt worden.

- De kosten voor het verbouwen van 5- of 6-persoonskamers naar 4-persoonskamers zijn, volgens berekeningen uitgevoerd door het College voor ziekenhuisvoorzieningen, f 125 mln. Het gaat daarbij dus niet om echte renovaties, doch alleen om het voor de patiënten creëren van kleinere verblijfseenheden. Of de privacy door de hier genoemde omzetting werkelijk veel verbeterd kan worden, kan worden betwijfeld. Het bedrag van f 125 mln. heeft betrekking op 4150 bedden en is niet in het Financieel Overzicht Gezondheidszorg verdisconteerd want dit maakt nog deel uit van nieuw beleid. Derhalve kan het niet doen verbouwen van deze 6-persoonskamers in het kader van de heroverwegingsoperatie niet als bezuinigingsvariant opgevoerd worden.

- Op afzienbare termijn zijn er 2000 verpleeghuisbedden, die als «slecht» gekwalificeerd dienen te worden, die gerenoveerd moeten worden. De hiermee gepaard gaande kosten bedragen f 255 mln. Het niet renoveren van deze bedden zou in 1986 in de exploitatiesfeer een besparing opleveren van ± f 32 mln.

- Daarnaast zijn er 3380 bedden, als «matig» te kwalificeren, die op iets langere termijn voor renovatie in aanmerking komen. De kosten die ermee gemoeid zijn bedragen f 216 mln., of wel ± f 27 mln. in de exploitatiesfeer. Maatregelen om deze renovaties niet te doen plaatsvinden betekenen dus concreet een besparing van f 27 mln. in 1986.

Wel dient met betrekking tot de bovenstaande zaken opgemerkt te worden dat al deze activiteiten, evenals nieuwbouw en vervangende nieuwbouw, plaatsvindt binnen het raamwerk van een geaccepteerd bouwplafond. Het stopzetten van bepaalde renovaties kan derhalve leiden tot verhoogde bouwactiviteiten elders: er vindt dan slechts een verschuiving op onderdelen plaats. De conclusie kan dan ook niet anders luiden dan dat een reële besparing inzake renovaties slechts kan voortvloeien uit een gelijktijdige verlaging van het bouwplafond, zijnde het totaal voor bouwactiviteiten te besteden bedrag.

Overzicht effecten van de tot nu toe voorgestelde bedragen in miljoenen guldens

Effecten besparing	Bedrag	% van het totaalbedrag huisvesting en verzorging 1986
- schrappen personeelsintensivering	406	6,3
- eigen bijdrage verhogen	132	2,1
- beperking renovaties	59	0,9
Totaal	597 mln. = 9,3% van 6412 mln.	

6. Beperking beddenscapaciteit verpleeghuizen

Zoals in de inleidende paragraaf gezegd, wordt de capaciteitsbeperking hier opgenomen als het sluitstuk om te geraken tot een –20% variant. Capaciteitsbeperking houdt in een wijziging van de vigerende normen voor wat betreft somatische en psycho-geriatrische verpleegtehuizen.

Situatie m.b.t. somatische verpleeghuizen

De indruk bestaat dat we, zeker op dit moment, min of meer het verzadigingspunt hebben bereikt als het gaat om de bouw van verpleeghuizen voor somatisch zieken. Strikt cijfermatig beredeneerd zou zelfs gesteld kunnen worden dat er thans meer bedden voor somatisch zieken aanwezig zijn dan voor de huidige bevolking en volgens de huidige normen beschikbaar zouden mogen zijn. Echter hoewel er regio's zijn waar sprake is van een beperkt overschot – naast regio's waar thans nog tekorten zijn – is nergens sprake van leegstand.

Situatie m.b.t. psycho-geriatrische verpleeghuizen

Ten aanzien van psycho-geriatrische verpleeghuizen geldt een geheel ander beeld. Geenszins blijkt dat op dit gebied het verzadigingspunt is bereikt. Integendeel. Zelfs in regio's waar het aantal bedden dat op grond van de bevolkingsprognoses voor 1990 beschikbaar mag worden gesteld, al is gerealiseerd, blijken wachtlijsten te bestaan.

Vanuit diverse regio's, bij voorbeeld Groningen, Friesland, het gebied rond Deventer, Twente, hebben het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in de afgelopen jaren verzoeken bereikt om de geldende norm voor psycho-geriatrische verpleeghuizen te verhogen tot op een niveau van rond de 1,8 à 2% van de bevolking ouder dan 65 jaar.

Op 30 maart 1978 heeft de toenmalige Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan het College voor ziekenhuisvoorzieningen gevraagd advies uit te brengen over een mogelijke tussentijdse verhoging van de 1,25%-norm voor psycho-geriatrische verpleeghuizen. Een door het College voor ziekenhuisvoorzieningen daartoe ingestelde commissie van deskundigen kwam tot de conclusie, dat: «men met aanpassing van de huidige norm naar 1,5% bepaald niet te hoog lijkt te zitten». De indruk bestaat, aldus deze commissie, dat de norm van 1,5% zelfs wel wat hoger zou moeten zijn. Voor de grote steden zou de norm zelfs moeten worden gebracht op 1,8%. Het College voor ziekenhuisvoorzieningen heeft daarop aan de Staatssecretaris gerapporteerd, ondanks de bevindingen neergelegd in het rapport van genoemde commissie en gezien het thans nog bestaande grote beddentekort, niet tot normverhoging te moeten adviseren. Een goed zicht zou eerst kunnen worden verkregen in deze problematiek zodra de bestaande achterstanden zouden zijn ingelopen. Niet ontkend werd evenwel dat de becijferingen van de commissie juist waren.

De vermindering van de beddenscapaciteit in algemene ziekenhuizen in relatie tot de verpleeghuizen

Zoals bekend mag worden verondersteld, dient het aantal ziekenhuisbedden drastisch te worden ingekrompen. Vorig jaar is een operatie afgerond om het aantal, toch niet in gebruik zijnde bedden, uit de erkenning te schrappen. Voor dit jaar staat een veel structurelere operatie op stapel. In het kader van die operatie zullen zo rond de 8000 ziekenhuisbedden moeten verdwijnen. Dat zal niet binnen enkele jaren zijn geëffectueerd, maar de gevolgen voor het verpleeghuiswezen lijken ons zeer nadrukkelijk aanwezig.

In het kader van de maatregelen van 1981, gericht op de vermindering van het aantal bedden, is tevens afgesproken dat de ziekenhuizen in de

tarieven een onderbezetting van slechts 10% mogen verdisconteren. Een exploitatie bij een hogere bezettingsgraad is praktisch niet goed mogelijk. Verdere terugdringing van de beddenscapaciteit met zo'n 8000 bedden zal daarom moeten betekenen dat men in de ziekenhuizen gaat streven naar enerzijds een verkorting van de gemiddelde verpleegduur om zodoende toch hetzelfde aantal patiënten te kunnen behandelen, maar anderzijds ook zal streven om patiënten met een verpleeghuisindicatie of niet op te nemen, dan wel zo spoedig mogelijk door te schuiven naar verpleeghuizen.

Anders geformuleerd: de sluiting c.q. vermindering van de capaciteit van ziekenhuizen zal ongetwijfeld een sterkere druk op het verpleeghuiswezen doen ontstaan en dat terwijl – met name voor de sector psycho-geriatrie – nu al een normverhoging gewenst zou zijn.

De sluiting van ziekenhuizen zal kunnen leiden tot verlangens in de sector somatische verpleeghuizen om ook daar de norm op te trekken. Een wijziging van capaciteitsnormen zal verder grote effecten hebben op de noodzakelijke capaciteit van bejaardenoorden, kruiswerk, gezinsverzorging, etc. Het vaker moeten overlaten van de verpleging van ouderen aan de wijkverpleging zal bij voorbeeld als gevolg een extra uitbreiding noodzaken van de wijkverpleegkundige zorg.

Een vermindering van de capaciteit van bedden in bejaardenoorden zal, omgekeerd, evenals de reductie van ziekenhuisbedden een toenemende druk uitoefenen op de verpleeghuisvoorziening.

Indien echter toch capaciteitsreductie overwogen wordt, valt aan het volgende te denken:

a. De norm voor dagbehandeling in de norm voor somatische en psycho-geriatrie verpleeghuizen incorporeren.

In wezen komt dit neer op verlaging van de capaciteitsnorm voor verpleeghuizen en gelden alle bovenstaande bezwaren.

Dagbehandeling heeft een aantal voordelen ten opzichte van opname in een verpleeghuis, nl. opname te voorkomen dan wel uit te stellen, veelal kortdurend, goedkoper. Het is echter niet zeker dat het substitutie-effect de vermindering van de opname geheel dekt. Is dit niet het geval, dan worden de wachtlijsten weer langer.

N.B. Bij dit voorstel wordt uitgegaan van de veronderstelling, dat de dagbehandelingscapaciteit niet vermindert en bij positieve bevindingen verder wordt uitgebreid.

De besparing in 1986 van dit voorstel zou in eerste instantie f 182 mln. bedragen.

Toelichting berekening

- In 1986 zouden er volgens huidige norm ± 2800 plaatsen zijn (gebruik gemaakt van C.B.S.-bevolkingsprognose 1981).
- Per plaats 260 behandeldagen.
- Kosten per dag in 1986 f 290.

Op deze wijze is het mogelijk het aantal verpleegbedden te bevrozen en tegelijkertijd dagbehandeling uit te breiden.

Kanttekening

Uiteraard zal de capaciteitsreductie van verpleeghuizen, die hier eigenlijk in het geding is, nopen tot een uitbreiding van extramurale voorzieningen, waarmee een substitutierelatie bestaat. Bij punt c wordt nader op deze substitutie ingegaan.

b. *Verlaging van de norm voor somatische verpleeghuizen*

Om te geraken tot de verplichte –20% variant aangaande de totale kosten voor huisvesting en verzorging in 1986 dient door verlaging van bovengenoemde norm nog f93 mln. bezuinigd te worden. Uitgaande van de totale exploitatiekosten voor verpleeghuizen in 1986 betekent dit een verlaging van de norm voor somatische verpleeghuizen van 1,2 naar $\pm 1,12$ per 100 bejaarden, of wel ruim 1300 bedden.

Om een verlaging van de norm voor somatische verpleeghuizen te realiseren zal sluiting van een aantal tehuizen onontkoombaar zijn. Naast het gegeven dat sluiting van bestaande tehuizen een moeizaam proces is, dat op veel weerstanden stuit, heeft sluiting een aantal effecten die in mindering gebracht dienen te worden op de berekende bruto-besparingen. Te noemen zijn met name kapitaalvernietiging en werkloosheid. Tevens geldt ook hier weer het substitutie-effect.

Voor de patiënten zal een vermindering van de capaciteit leiden tot een verdere vergroting van wachtlijsten, onzekerheid over plaatsing en verblijf in de thuissituatie ook als daar niet meer op verantwoorde wijze hulp geboden kan worden door extramurale voorzieningen. Schrijnende leefsituaties kunnen het gevolg zijn.

NB. Gegeven het feit dat verondersteld wordt, dat ongeveer een kwart van de patiënten in somatische verpleeghuizen in werkelijkheid psycho-geriatrie patiënten zijn, zou een verlaging van de norm voor somatische verpleeghuizen met een gelijktijdige overheveling van de nu voor somatische patiënten beschikbare bedden naar de psycho-geriatrie sector de voorgenomen uitbreiding van het aantal psycho-geriatrie plaatsen, nodig om volledig aan de norm te komen, overbodig maken.

c. *Substitutie*

Bij de bezuinigingsvarianten voor de verpleeghuizen, die betrekking hebben op capaciteitsreductie, is bij de daaruit voortvloeiende besparingen nog geen rekening gehouden met het feit dat de bejaarden, die anders deze verpleeghuisbedden zouden bezetten in ruime mate thuisverzorging nodig zullen hebben. De vraag naar gezinsverzorging zal bij voorbeeld sterk toenemen alsmede de behoefte aan hulp vanuit de wijkverpleging.

Als uitgangspunt van deze substitutie bij de capaciteitsbepalende varianten kunnen worden weggenomen:

- 20 uur per week gezinsverzorging, waarbij in het licht van het zwaar verzorgingsbehoevend zijn niet kan worden volstaan met alfa-hulp;
- een uurprijs voor traditionele gezinsverzorging van f 17, waarin de eigen bijdrage is verrekend;
- 200 contacten à f 40 per jaar met de wijkverpleging.

De bij punten a en b genoemde maatregelen zullen derhalve in de substitutiesfeer ongeveer een bedrag van \pm f 100 mln. voor extramurale hulp vergen, waardoor de capaciteitsreductie in de realiteit groter zal dienen te zijn.

Slotopmerkingen

Op dit moment is er, uitgaande van de vigerende normen voor 1990 als planningsjaar, een tekort van 6000 à 6500 bedden. De bedoeling is dat deze gefaseerd gebouwd gaan worden. Voor een groot deel zijn voor de bouw hiervan (4000) reeds toestemmingen verleend. In de planning zit dus nu nog ruimte voor toestemmingen tot een capaciteit van 2000 bedden. Het totaal van de met genoemde 6000 bedden geraamde kosten bedraagt f835 mln. Voorgesteld zou kunnen worden de 2000 bedden die nog in de planning zitten niet te realiseren, te meer daar het hier om de bouw op

basis van de behoefte in 1990 gaat. Dit zou een bouwkostenbesparing in de exploitatie van 1986 van f 35 mln. opleveren. Daarnaast zou uit het niet realiseren van deze bedden uitgaande van de netto-kosten per verpleegde per jaar van f 70 000 in 1986 een besparing van f 140 mln. voortvloeien. Ook hierbij is dan nog geen rekening gehouden met het te verdisconteren substitutie-effect, hetgeen gelet op de hiervoor genoemde uitgangspunten ± f 50 mln. aan kosten zou betekenen.

Groei intensivering kruiswerk

In de werkgroep is ook nog afgesproken de bij het kruiswerk geïncorporeerde groeiintensivering eruit te halen en op nul te stellen. Deze maatregel verhoudt zich natuurlijk wel problematisch tot de capaciteitsbepaling in de verpleeghuizen en zou dus kunnen worden genomen in plaats van bedoelde capaciteitsbeperking. Het uit het tegengaan van de groeiintensivering bij kruiswerk te besparen bedrag is f 38 mln.

1. Aantal ouderen (x 1000) naar leeftijd. Waargenomen (1980) en geraamd (1985 en 1990)

Leeftijd	1980 ¹	1985	1990	Toename 1980–1990 in procenten
65–69	540,3	532,7	623,1	+ 15%
70–74	443,6	467,8	461,0	+ 4%
75–79	319,5	351,8	370,7	+ 16%
80–84	190,9	220,5	243,3	+ 27%
85+	121,0	147,2	173,0	+ 43%
Totaal (65+):	1615,3	1720,0	1871,1	+ 16%

¹ Waargenomen.

Bron: – CBS (waargenomen cijfers 1980)
– SCP: «Zorgen voor later», SCP-
cahier nr. 26, Rijswijk, 1981.

2. Bejaardenoorden
a. Capaciteitsgegevens
1. Aantal bejaardenoorden

1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
1915	1878	1802	1762	1721	1696	1668	1665

2. Aantal verzorgingsbedden

(tussen haakjes het aantal bedden van deze opgave bóven de opgaven van de provinciale inspecties; 1975 en 1976 zonder de kloosterbejaardenoorden)

1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
142 038 (8 909)	143 754 (7 569)	145 016 (4 862)	145 322 (4 174)	144 596 (2 093)	144 040 (1 124)	143 589 (1 175)	143 731
6,7%	5,6%	3,5%	3,0%	1,5%	0,8%	0,8%	

3. Aantal personeelsleden (op fulltime-basis berekend)

1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
43 888	45 570	46 518	47 031	47 324	47 947	49 582	49 755

b. Financiële gegevens
1. Totale verzorgingskosten
a. Gemiddeld per verzorgingsdag¹

1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
f 40,83	46,77	51,22	55,62	58,71	62,79	69,35	72,79

b. Idem per personeelslid per jaar¹

f (48 366) (53 788) 57 841 62 530 65 083 68 820 72 197

c. Idem per verzorgingsbed per jaar¹

f (14 724) (16 933) 18 519 20 108 21 259 22 772 25 011

2. Berekening van de «totale omzet» van de bejaardenoorden² (x f 1 mln.)

1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
(2093)	(2464)	2702	2941	3077	3309	3599

3. Bijstandsuitgaven ten laste van het Rijk (exclusief gemeentelijk aandeel); x f 1 mln.

1977	1978	1979	1980	1981
1322	1437	1562	1720	1937 (vermoedelijk beloop)

De opgaven over 1982 betreffen voorlopige cijfers (op basis van 641 oorden).

¹ Uitsluitend voor de bejaardenoorden die een tariefsverhoging hebben aangevraagd, op basis van de (door het college van gedeputeerde staten) aanvaarde begroting volgens de opgave in het enquêtejaar zelf.

² Met inbegrip van de niet-aanvragers (bedragen afgerond); de jaren 1975 en 1976 op grond van het aantal bedden maal tarief Rekening maal het bezettingspercentage (98,6 resp. 98,9).

Bron: — Met uitzondering van 2.b.3 (bijstandsuitgaven): «Financiële Registratie Bejaardenoorden», Stafafdeling Statistiek CRM, 11-6-'82
— Voor 2.b.3: Miljoenennota 1982 en 1981.

3. Verpleeghuizen

a. Capaciteitsgegevens

In onderstaande tabel is over de periode 1973 tot en met 1980 de ontwikkeling van het aantal verpleeghuisbedden voor somatisch zieken weergegeven. Tevens wordt vermeld de voor die jaren toegestane capaciteit op basis van de beleidsnormen.

Tabel. Somatisch zieken

	Totaal aantal verpleeghuisbedden erkend			
	s.z.	toegestaan 1,2% + 0,35 ‰	verschil (overschot)	bouwtempo
1973	24 179	21 465	+ 2714	1613
1974	25 792	21 875	+ 3917	1106
1975	26 898	22 320	+ 4578	- 46
1976	26 852	22 717	+ 4135	343
1977	27 195	23 036	+ 4159	-190
1978	27 005	23 487	+ 3518	182
1979	27 187	23 903	+ 3284	200
1980	27 387	24 316	+ 3071	
1990 t.o.v. 1980		27 260	+ 27	
1995 t.o.v. 1980		28 335	- 948	

Bron: VAR, NZI

Tabel. Psycho-geriatrische patiënten

	Totaal aantal verpleeghuisbedden erkend			
	p.g.p.	toegestaan 1,25% ¹	verschil (tekort)	bouwtempo
1973	11 056	17 441	– 6385	888
1974	11 944	17 829	– 5885	1184
1975	13 128	18 243	– 5115	1018
1976	14 146	18 627	– 4481	989
1977	15 135	18 929	– 3794	126
1978	15 261	19 367	– 4106	1566
1979	16 827	19 761	– 2934	1007
1980	17 834	20 192	– 2358	
1990 t.o.v. 1980		22 954	5120	
1995 (RPD) t.o.v. 1980		24 169	6335	

¹ Inclusief verhoogde norm voor grote steden.

Bron: VAR, NZI

Gemiddeld aantal personeelsleden in het verpleeghuis 1975–1980

1975	1976	1977	1978	1979	1980
38 340	40 570	41 523	43 191	44 897	46 520

Gemiddeld aantal beschikbare bedden resp. plaatsen in de verpleeghuizen 1975–1980

1975	1976	1977	1978	1979	1980
39 910	41 961	42 556	43 823	45 422	46 609

b. Financiële gegevens

Financiering van de intramurale gezondheidszorg 1975–1980

	1975	1976	1977	1978	1979	1980 ¹	1975	1976	1977	1978	1979	1980
	mIn. gld.						%					
Totale kosten	9718	11 200	12 495	13 785	15 032	16 293	100	100	100	100	100	100
waarvan gefinancierd door:												
ziekenfondsverzekering	3903	4 504	5 039	5 618	6 099	6 611	40,1	40,2	40,3	40,8	40,6	40,6
AWBZ	3866	4 416	4 959	5 519	6 008	6 530	39,9	39,4	39,6	40,0	40,0	40,0
particuliere bijdragen en betalingen (incl. particuliere ziektkostenregelingen) en IZA, IZR	1393	1 619	1 791	1 954	2 158	2 339	14,3	14,5	14,4	14,1	14,3	14,4
subsidies overheid	466	510	534	588	595	672	4,8	4,6	4,3	4,3	4,0	4,1
interne financiering	90	151	172	106	172	141	0,9	1,3	1,4	0,8	1,1	0,9

¹ Voorlopige cijfers.

De exploitatiekosten van de intramurale gezondheidszorg 1975–1980 (mIn. gld.)

	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Verpleeghuizen	1627	1918	2127	2370	2609	2854

Loonkosten in de verpleeghuizen 1975–1980 (mln. gld.)

Jaar	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Loonkosten	1079	1281	1430	1613	1769	1948

Gegevens betreffende verpleeginrichtingen en niet-erkende tehuizen te zamen

Jaar	Capaciteit (bedden)	Kosten mln. gld.	% toe te rekenen aan bejaarden	Kosten toe te rekenen aan bejaarden mln. gld.	Door bejaarden betaalde eigen bijdrage mln. gld.	Netto-kosten AWBZ mln. gld.
1970	24 000	424	80,75	342	45	297
1975	46 000	1742	84,0	1464	146	1318
1980	49 690	2865	87,85	2517	289	2228
1981	49 389	3035	88,5	2685	302	2383
1982	49 264	3285	89,0	2925	321	2604
1983	49 381	3630	89,5	3250	342	2908
1984	49 555	4010	90,0	3610	369	3241
1985	49 786	4435	90,0	3990	398	3592

4. Gezinsverzorging

a. Capaciteitsgegevens

Gelet op de hieronderstaande cijfermatige gegevens blijkt de hulpverlening aan bejaarden als onderdeel van het geheel van activiteiten binnen de gezinsverzorging een belangrijke plaats in te nemen.

In de jaren 1975, 1977 en 1979 werden de volgende uren verbruikt.

Tabel

	Gezinsverzorging totaal (uur)	Thuiswonende bejaarden (uur)	Hulp aan bejaarden (%)
1975	66 986 621	28 311 769	42
1977	71 246 411	31 013 839	44
1979	64 615 754	30 122 182	47

Bron: Min. van CRM; alle uurtotalen zijn exclusief alpha-uren en GSD-uren omdat deze nooit in de telling zijn opgenomen.

Tabel. Aantal hulpverleningsuren (inclusief improductieve uren) ten behoeve van thuiswonende bejaarden per provincie

Provincie	1975	1977	1979
Groningen	1 552 008	1 637 807	1 437 204
Friesland	1 516 072	1 564 666	1 421 648
Drenthe	1 278 677	1 282 338	1 125 919
Overijssel	2 042 696	2 215 434	2 196 502
Gelderland	3 196 485	3 580 571	3 359 299
Utrecht	1 505 898	1 747 590	1 911 781
Noord-Holland	4 316 045	4 725 145	4 772 912
Zuid-Holland	7 144 170	7 947 683	7 784 303
Zeeland	925 742	1 100 943	972 513
Noord-Brabant	3 446 956	3 216 148	3 361 658
Limburg	1 645 226	1 900 236	1 816 058
Totalen	28 539 975	30 924 561	30 159 807

Tabel. Personeelsbestand in de gezinsverzorging

	1973	1977	1979
Verzorgenden (full-time)	5 706	5 916	5 166
Verzorgenden (part-time)	915	2 313	3 675
Helpenden (full-time)	7 376	9 120	5 340
Helpenden (part-time)	42 742	68 550	78 383
Leidinggevend	2 187	3 650 ¹	6 054 ¹
	58 926	89 549	98 618

¹ Inclusief administratieve krachten.

Tabel. Aantal uren hulp per week aan thuiswonende bejaarden

Aantal uren per week	In procenten
2 — 3	32,4
4 — 6	39,4
7 — 9	18,2
10 — 12	4,9
meer dan 12	4,8
	100

Bron: CRM-enquête 1978.

Hieruit blijkt dat het merendeel van de bejaarden die hulp ontvangen (2/3 deel) op het tijdstip van onderzoek hulp krijgt op de 1 of 2 dagdelen per week.

Cijfermatige gegevens over de alfa-hulpverlening vallen tot nu toe buiten de normale registratie. Aangezien deze vorm van hulpverlening sinds de start enorm is toegenomen, worden deze gegevens apart verstrekt. Werden in 1977 nog slechts 200 000 uren verbruikt, in 1979 is dat al opgelopen tot circa 900 000 uren, terwijl in 1980 het verbruik wordt geschat op 2,5 à 3 mln. Het bestand van alfa-hulpontvangers bestaat voor 83% uit bejaarden, waarvan het merendeel (95%) langdurig hulp ontvangt, voor gemiddeld 4,5 uur per week, vallend op 1 of 2 dagdelen per week.

b. Financiële gegevens

De werking van de vloeren welke de laatste 5 à 6 jaar in de loonmaatregelen zijn gelegd ten gunste van de laagste inkomensgroepen, is er de oorzaak van dat de begroting relatief sterk stijgt.

Tabel. Urenformaties

	Bejaarden	Overig	Overkomst bijstandsdien- sten	Arbeidsplaatsen
1973	30 500 000	32 200 000		
1974	32 600 000	32 200 000		
1975	35 500 000	32 000 000		
1976	36 700 000	31 600 000	600 000	
1977	33 900 000	30 000 000	1 800 000	
1978	28 400 000	25 100 000	1 800 000	
1979	30 400 000	26 700 000	4 100 000	
1980	32 600 000	28 600 000	7 600 000	
1981	32 400 000	28 600 000	9 000 000	600 000
1982	32 400 000	28 600 000	9 000 000	2 600 000

Begrotingspost gezinsverzorging en gezinshulp vanaf 1970

1970	f	77,4 mln.
1971	f	250,4 mln.
1972	f	312,2 mln.
1973	f	390,6 mln.
1974	f	531,8 mln.
1975	f	679 mln.
1976	f	897,9 mln.
1977	f	997,8 mln.
1978	f	1024,6 mln.
1979	f	1023 mln.
1980	f	1143,7 mln.
1981	f	1248,5 mln.
1982	f	1140,6 mln. (stand 31 januari 1982)

Op dit moment zijn de getallen met betrekking tot meerjarenramingen niet bruikbaar.

NB: Deze cijfers gelden de totale gezinsverzorging, de hulpverlening aan bejaarden beslaat ongeveer 50% van deze bedragen.

5. Kruiswerk

a. Capaciteitsgegevens

In de nota Bejaardenbeleid 1970 is reeds sprake van een jaarlijkse uitbreiding van het aantal ziekenverzorgsters in het kader van de wijkverpleging en wel als volgt:

1970	80
1971	160
1972	240
1973	320
1974	400
gerealiseerd 309 (w.v. 82 vacatures).	

Het achterblijven op de planning werd veroorzaakt door geringe animo bij ziekenverzorgsters om na hun opleiding in de wijk te gaan werken en door de opvatting dat in het algemeen slechts ziekenverzorgsters kunnen worden aangesteld bij grotere instellingen waar een hoofdwijkverpleegster aanwezig is om de gewenste leiding te geven.

Tabel. Overzicht van een aantal beroepsbeoefenaren in de extramurale gezondheidszorg 1975–1980, per 1 januari

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	verandering in % t.o.v. voorgaand jaar				
Huisartsen	4809	4937	4926	5188	5339	5468	2,7	-0,2	5,3	2,9	2,4
Tandartsen	3930	4268	4398	4630	4821	5087	8,6	3,0	5,3	4,2	5,5
Fysiotherapeuten	3000	3400	3900	4400	5000	5500	13,3	14,7	12,8	13,6	10,0
(Hoofd)wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden	4074	4191	4361	4529	4669	4857	2,9	4,1	3,9	3,1	4,0
Kraamverzorgsters, inclusief leerlingen	3380	3346	3411	3606	3800	3898	-1,0	1,9	5,7	5,4	2,6
Aantal bezette arbeidsplaatsen AGG	2547	2682	2850	3029	3243	3477	5,3	6,3	6,3	7,1	7,2

Tabel. Aandeel van personen van 65 jaar en ouder in het aantal contacten met de wijkverpleging

	%	Aantal contacten gehele bevolking	Aantal contacten 65+
Algemene en verpleegkundige zorg	61	5 393 286	3 289 905
Specifieke zorg	54	451 926	244 040
Bejaardenzorg	94	537 303	505 065
Prenatale zorg	—	66 797	—
Zuigelingen- en Kleuterzorg	—	1 295 599	—
Wijkziekenverzorging	61	829 487	505 987
		8 574 398	4 544 997 (= 53%)

Bronnen: Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Rapport inzake de kwantitatieve verschuivingen in de omvang en opbouw van de wijkverpleegkundige zorg; Rijswijk, 1979, en Sociaal en Cultureel Planbureau; Zorgen voor later; Rijswijk 1981; SCP-cahier nr. 26.

b. Financiële gegevens

Tot de kosten van het kruiswerk worden gerekend die van alle instellingen van plaatselijk, provinciaal en landelijk kruiswerk. Deze kosten worden tot de extramurale gezondheidszorg gerekend, alhoewel in de zorgverlening van het kruiswerk belangrijke elementen van collectieve preventieve zorg worden uitgevoerd. Deze kosten zijn echter niet af te splitsen.

De uitbreiding van het aantal personeelsleden is in 1980 nagenoeg gelijk geweest aan het streefcijfer van 4%. De gemiddelde loonsomontwikkeling is in 1980 enigszins hoger geweest dan die van de trendvolgers. Dit is het gevolg van de per 1 januari 1980 in werking getreden c.a.o. voor het kruiswerk.

De raming van de kosten voor het kruiswerk in 1980 bedroeg f515 mln., het voorlopige cijfer voor het jaar 1980 is f505 mln. De ontwikkeling van de kosten is derhalve f 10 mln. binnen de raming gebleven, waarvan de oorzaak nog niet exact bekend is. Het vermoeden bestaat echter dat in de raming het c.a.o.-effect hoog is geschat en dat voor enkele personeelscategorieën de volume-ontwikkeling iets beneden de 4%-volumegroei is gebleven.

Tabel. De kosten van de extramurale gezondheidszorg 1975—1980

	1975	1976	1977	1978	1979	1980 ¹	1976	1977	1978	1979	1980
	mln. gld.						verandering in % t.o.v. voorgaand jaar				
Huisartsenhulp (incl. verloskundigen)	918	1002	1085	1172	1217	1267	9,2	8,3	8,0	3,8	4,1
Tandheelkundige zorg	927	1028	1119	1222	1307	1453	10,9	8,9	9,2	7,0	11,2
Uitwendige geneeswijzen	284	340	414	467	576	668	19,7	21,8	12,8	23,3	16,0
Kruiswerk	298	332	376	418	460	505	11,4	13,3	11,2	10,0	9,8
Kraamzorg	119	130	145	161	177	204	9,2	11,5	11,0	9,9	15,3
Ambulante geestelijke gezondheidszorg	182	227	260	304	349	388	24,7	14,5	16,9	14,8	11,2
Totaal	2728	3059	3399	3744	4086	4485	12,1	11,1	10,2	9,1	9,8

Tabel. De financiering van de extramurale gezondheidszorg 1975–1980

	1975	1976	1977	1978	1979	1980 ¹	1975	1976	1977	1978	1979	1980
	mIn. gld.						%					
Totale kosten	2728	3059	3399	3744	4086	4485	100	100	100	100	100	100
waarvan gefinancierd door:												
ziekenfondsverzekeringen	1232	1384	1556	1700	1897	2126	45,2	45,2	45,7	45,5	46,4	47,4
AWBZ	121	145	161	178	193	771	4,4	4,7	4,7	4,8	4,7	17,2
overheid (Rijk, provincie, gemeente)	272	312	357	402	448	143	9,9	10,2	10,5	10,7	10,9	3,2
particulieren, incl. particuliere ziektekostenverzekeringen	1103	1218	1325	1464	1548	1445	40,5	39,9	39,1	39,0	38,0	32,2

¹ Voorlopige cijfers.

Bron: CBS.

6. Zelfstandige huisvesting voor bejaarden

a. Capaciteit

In de nota Bejaardenbeleid 1970 werd als doelstelling geformuleerd het per jaar in aanbouw nemen van 12 000 bejaardenwoningen. Dit werd aldus gerealiseerd;

1970	—	13 526 woningen
1971	—	15 055 woningen
1972	—	15 472 woningen
1973	—	14 638 woningen
1974	—	11 760 woningen

Per eind 1977 bedroeg het tekort aan bejaardenwoningen 33 000 (te weten 15 000 officiële en 18 000 geschikte bejaardenwoningen). Regionaal loopt dit tekort sterk uiteen. Wanneer er geen bejaardenwoningen meer gebouwd zouden worden en ook geen woningen geschikt voor bejaarden *extra* vrij zouden komen, loopt het tekort op tot 72 000 in 1984 en 98 000 in 1989.

Tabel. Zelfstandig wonende ouderen en ontbrekende faciliteiten in de woning

Leeftijd	% geen bad of douche	% geen centrale verwarming	% slechts toegankelijk	% (zeer) slechte onderlinge bereikbaarheid vertrekken
55–59 jaar	11	55	8	42
60–64 jaar	13	59	8	39
65–69 jaar	17	59	6	35
70–74 jaar	20	57	8	29
75–79 jaar	28	64	4	26
80 jaar en ouder	34	65	5	25
Alle 55+	17	59	7	35

Bron: Leefsituatie-onderzoek 55+ 1976 (CBS).

Tabel. Eigendomsverhouding en leeftijd

Leeftijd	Huurder	Eigenaar-bewoner	
55-64	58,4	41,6	100
65-74	63,6	36,4	100
75+	64,7	35,3	100
Alle huishoudens	57,6	42,4	100

Bron: RWBO 1977.

Tabel. De hoogte van de huur per maand en leeftijd

Huurbedrag per maand	Leeftijdscategorieën			Alle huishoudens
	55-64	64-74	75+	
Minder dan f 150	35	39	42	32
f 150-f 250	40	37	33	37
f 250-f 350	14	12	12	18
f 350-f 450	7	8	8	8
f 450 en meer	4	4	5	5
	100	100	100	100

Bron: RWBO 1977.

Tabel. Het aantal (officiële en geschikte door bejaarden bewoonde) bejaardenwoningen en de tekorten eind 1977 en de gewenste aantallen voor 1984 en 1989 (t.o.v. 1977) per provincie

Provincie	Aantal (off. en gesch.) bej. won. (x 1000)	Tekort per eind 1977 (x 1000)	Gewenste toevoeging (x 1000)	
			1984	1989
Groningen	22,9	1,3	2,6	4,0
Friesland	24,8	0,7	1,4	2,4
Drenthe	18,7	-0,7	0,9	1,8
Overijssel	27,7	1,2	3,7	5,4
Gelderland	46,7	1,3	4,6	7,2
Utrecht	25,0	3,8	6,4	8,0
Noord-Holland	76,7	14,0	21,8	25,2
Zuid-Holland	108,7	8,1	18,3	23,6
Zeeland	12,8	-0,6	-0,4	-0,5
Noord-Brabant	41,9	1,5	7,2	12,1
Limburg	19,8	2,6	5,8	8,5
Totaal	422,7	33,2	72,3	97,7

Bron: Cebeon, De behoefte aan bejaardenwoningen.

Tabel. De behoefte aan officiële en geschikte bejaardenwoningen per leeftijdscategorie

Leeftijdscategorie	Aantal huishoudens (x 1000)	Officiële bejaardenwoningen %	Geschikte bejaardenwoningen %	Totaal behoefte aan officiële en geschikte bej. woningen %
55-59 jaar	374	0,8	13,0	13,8
60-64 jaar	345	2,9	16,9	19,8
65-69 jaar	323	8,7	19,2	27,9
70-74 jaar	280	13,9	21,2	35,1
75-79 jaar	195	21,2	23,5	44,7
80-84 jaar	91	24,7	21,2	45,9
85+	50	15,9	21,4	37,3
	1658	9,2	18,3	27,5

Bron: Cebeon, De behoefte aan bejaardenwoningen.

b. Financiële gegevens

Alhoewel voor de huisvesting van bejaarden de toepassing van de algemeen geldende subsidieregeling vooropstaat, zijn nochtans enige specifieke subsidiemogelijkheden ten behoeve van de huisvesting voor initiatiefnemers beschikbaar.

- maximale eenmalige bijdrage van f 2000 per woning bij nieuwbouw van bejaardenwoningen.
- sinds 1 januari 1978 bestaat er een regeling, volgens welke een bijdrage ineens wordt verstrekt van f 2000 per woning in de kosten van voorzieningen, die aan een huurwoning met niet meer dan 3,5 verblijfeenheden worden getroffen ten einde de woning geschikt te maken voor de huisvesting van bejaarden. Genoemde f 2000-regeling geldt ook voor te verbeteren woningen in de particuliere sector.
- Ook voor het aanbrengen van een c.v.-installatie in bejaardenwoningen geldt een maximumbijdrage van f 2000 voor de woningwetsector en f 2500 voor de particuliere sector.
- Ten slotte is als subsidie-instrument een van rijkswege te verstrekken subsidie mogelijk in de kosten die gemeenten maken voor het geven van een tegemoetkoming in de kosten van verhuizing en herinrichting van huurders, die de leeftijd van 65 jaar hebben bereikt.

Tabel. Aantallen bejaardenwoningen waarvoor financiële steun is toegezegd

Jaar	Woningwet	Premie		Totaal
		corporaties	niet toegelaten instellingen	
1970	3637	2435	7840	13 912
1971	4183	1700	7261	13 144
1972	4641	2282	8486	15 409
1973	5274	1479	8019	14 772
1974	5381	989	5301	11 671
1975	6567	1075	3122	10 764
1976	3947	286	2376	6 609
1977	3905	145	745	4 795
1978	2645	49	1326	4 020
1979	3359	97	1307	4 763

Bron: Centrale Directie van de Volkshuisvesting.

Toekenningen van financiële steun voor bejaardenwoningen en totale huursector

Jaar	Bejaardenwoningen		Totale huursector	
	absoluut	index	absoluut	index
1971	13 144	100	83 428	100
1972	15 409	117	95 441	114
1973	14 772	112	93 391	112
1974	11 671	89	80 537	97
1975	10 764	82	63 584	76
1976	6 609	50	53 835	65
1977	4 795	36	50 437	60
1978	4 020	31	41 036	49
1979	4 763	36	30 804	37

Bron: C.D.V.

Tabel. Huurquote en leeftijd (in 1975)

Huurquote in %	65 jaar en ouder	Alle leeftijdscategorieën
1-5	6,8	8,3
6-10	29,7	37,6
11-15	31,2	29,6
≥ 16	32,2	24,5
	100	100

Bron: Cebeon, Eigendoms- en huurverhouding deel II.

Tabel. Gebruikers individuele huursubsidie voor de periode 1976-1979

Leeftijd	Periode			Index 1976/1977 = 100	
	'76/'77	'77/'78	'78/'79	'77/'78	'78/'79
55-64	50 460	53 973	55 100	107	109
65+	153 127	164 731	173 042	108	113
Alle huishoudens	356 939	383 619	394 718	107	111

Bron: MVRO, Individuele huursubsidiëring, een kwantitatieve analyse van het subsidietijdvak 1976-1977, aangevuld met intern beschikbaar materiaal.

Tabel. Gemiddeld toegekend bedrag bij gebruikers van de individuele huursubsidie voor de periode 1976-1979

Leeftijd	Periode			Index 1976/1977 = 100	
	'76/'77	'77/'78	'78/'79	'77/'78	'78/'79
65 jaar en ouder	1095	1285	1306	117	119
Alle huishoudens	1006	1206	1207	120	120

Bron: MVRO, Individuele huursubsidiëring, een kwantitatieve analyse van het subsidietijdvak 1976-1977, aangevuld met intern beschikbaar materiaal.

RAMINGEN BEJAARDENOORDEN, VERPLEEGHUIZEN EN KRUISWERK

a. Berekening officiële meerjarenraming indirecte financiering bejaarden-
oorden (Miljoenennota 1982)

Bejaarden in bejaardenoorden (Realisatie 1978 t/m 1980)

	Uitgaven	Gem. aantal
1978	1 437,3	107 000
1979	1 553,7	107 300
1980	1 720,3	107 800

Uit de realisatie 1980 volgt, uitgaande van een gemiddeld tarief van f 63,30 per dag (tarief 1979 ad f 58,83 x 1076), een verhouding van de gemiddelde kosten van bijstand en het gemiddeld tarief («IFI-quote») van 0,767

$$\frac{1\,720,3 \text{ mln.}}{107\,800 \times 63,30 \times 365 \times 0,9} = 0,767$$

Herziene raming 1981 en meerjarenraming t/m 1986

Ramingsveronderstellingen:

tarief: de stijging van het tarief wordt voor de jaren 1981 t/m 1986 geraamd op 8,5% per jaar

eigen middelen: prijsstijging	6%
reële daling minima	1%
stijging eigen midd.	5% (MEV 1981)

IFI-quote 1980 t/m 1986

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Tarief	100	108,5	117,7	127,7	138,6	150,4	163,1
Eigen middelen	23,3	24,5	25,7	27,0	28,3	29,7	31,2
Bijstand	76,7	84,0	92,0	100,7	110,3	120,7	131,9
IFI-quote	0,767	0,774	0,782	0,789	0,796	0,803	0,809

Gelet op de realisatie van het gemiddeld aantal (107 800 i.p.v. de 108 200 van Van Dien) wordt de aantallenraming van Van Dien eenmalig met 400 verlaagd tot

1981	107 700 (83 250 alleenst. en 12 225 echtparen)
1982	107 400
1983	107 200
1984	107 200
1985	107 200
1986	107 200

Meerjarenraming 1981 t/m 1986

	Herziene raming	1981	Bijstelling
		mln.	
1981:			
107 700 x 63,30 x 1.085 x 365 x 0,9 x 0,774 =	1880,7		
gedefleerd (x 101.02) ¹	1843,8		
bij: beleidsaanpassingen	+ 7,0		
	1850,8	1780,2	+ 70,6
1982:			
107 400 x 63,30 x (1.085) ² x 365 x 0,9 x 0,782 =	2055,9		
gedefleerd (x 1/1.02 x 1/1.0368) ¹	1944,1		
bij: beleidsaanpassingen 1981	+ 8,7		
	1952,8	1883,6	+ 69,2
1983:			
107 200 x 63,30 x (1.085) ³ x 365 x 0,9 x 0,789 =	2246,5		
gedefleerd {x 1/1.02 x 1/1.0368 ² } ¹	2048,8		
bij: beleidsaanpassingen 1981	+ 8,8		
	2057,6	1992,1	+ 65,5
1984:			
107 200 x 63,30 x (1.085) ⁴ x 365 x 0,9 x 0,796 =	2459,0		
gedefleerd {x 1/1.02 x 1/1.0368 ³ } ¹	2163,0		
bij: beleidsaanpassingen 1981	+ 8,9		
	2171,9	2112,0	+ 59,9
1985:			
107 200 x 63,30 x (1.085) ⁵ x 365 x 0,9 x 0,803 =	2691,5		
gedefleerd {x 1/1.02 x (1.0368) ⁴ } ²	2283,5		
bij: beleidsaanpassingen 1981	+ 8,9		
	2292,4	2236,7	+ 55,7
1986:			
107 200 x 63,30 x (1.085) ⁶ x 365 x 0,9 x 0,809 =	2942,1		
gedefleerd {x 1/1.02 x 1/1.0368 ⁵ } ¹	2407,5		
bij: beleidsaanpassingen 1981	+ 9,0		
	2416,5		

¹ Deflatiefactor

1981: 70% van 0,5% }
30% van 5,5% } 2,0%

1982 t/m 1986: 70% van 2,9% }
30% van 5,5% } 3,6%

NB. Bij de raming voor 1981 t/m 1986 is geen rekening gehouden met de financiële consequenties van het arbeidsplaatsenplan. T.z.t. zal aan de begroting 1981 een bedrag van f 38,8 mln. worden toegevoegd uit het centrale artikel van het arbeidsplaatsen CRM.

Blijkens nota PTB/BK nr. 927 en 1262 d.d. 7-5-1981 worden de volgende bedragen aan het artikel toegevoegd:

1981	38,5 mln.	1984	40,0 mln.
1982	39,2 mln.	1985	40,4 mln.
1983	39,6 mln.		

b. *Onofficiële nevenraming kosten indirecte financiering bejaardenoorden*

Bijstand aan bejaardenoorden

Veronderstellingen voor 1982 t/m 1986

1. Tarievenverloop (tussen haakjes opgave van DMD/BSR, HPK 14-5-1982)

1981	f	68,67	(68,667)
1982	f	74,50	(72,248)
1983	f	81,15	(78,763)
1984	f	88,68	(86,164)
1985	f	97,18	(94,541)
1986	f	106,67	(103,872)

N.B. DBZ heeft voor 1982 t.o.v. 1981 een hogere tariefsstijging aangenomen en vervolgens de DMD/BSR-systematiek gevolgd voor 1983 t/m 1986.

In de tarieven zitten verwerkt:

2. algemeen prijspeilstijging '82/'86	,	+	6%
3. loonpeilstijging '82/'86		+	5%
4. bezettingsgraad '82/'86			100%
5. daling bed/functionaris '82/'86 met			0,065
6. bouwrijzenstijging '82/'86		+	6,5%
7. aantal bedden	8. aantal renovaties		
1982 143 979	1982 5200		
1983 144 000	1983 6200		
1984 144 000	1984 7200		
1985 144 000	1985 8200		
1986 144 000	1986 9200		

De veronderstellingen 2 en 3 zijn gezamenlijk door DMD en DBZ opgesteld; de veronderstellingen 4 t/m 8 zijn voor verantwoordelijkheid van DMD.

Voorts veronderstelt DBZ dat:

9. aantal personen in de bijstand	10. stijging eigen middelen
1981 117 139	— —
1982 119 215	1982 + 4%
1983 120 672	1983 + 5%
1984 122 256	1984 + 5%
1985 123 696	1985 + 5%
1986 124 992	1986 + 5%

De in 1981 verstrekte bijstand aan bejaarden in bejaardenoorden bedroeg 72,8% van de door de bijstandsccliënten betaalde tarieven. Uitgaande van de veronderstelde tariefsontwikkeling enerzijds en de stijging van eigen middelen anderzijds volgen voor 1982 en latere jaren de volgende percentages:

1982	73,9%
1983	74,9%
1984	75,8%
1985	76,9%
1986	77,8%

Bijstandsbedragen in miljoenen guldens van 1982 in

1982		
119 215 x 74,50 x 365 x 0,9 x 0,739	=	2156
af: aanpassing zak- en kleedgeld	=	— 13
		<hr/>
		2143
1983		
120 672 x 81,15 x 365 x 0,9 x 0,749	=	2409
gedefleerd (x 1.053) ⁻¹	=	2288
af: aanpassing zak- en kleedgeld	=	— 17
		<hr/>
		2271

1984			
122 256 x 88,68 x 365 x 0,9 x 0,758	=	2700	
gedefleerd (x 1,053 ⁻²)	=	2435	
af: aanpassing zak- en kleedgeld	=	- 20	
			2415
1985			
123 696 x 97,18 x 365 x 0,9 x 0,769	=	3037	
gedefleerd (x 1,053 ⁻³)	=	2601	
af: aanpassing zak- en kleedgeld	=	- 23	
			2578
1986			
124 992 x 106,67 x 365 x 0,9 x 0,778	=	3407	
gedefleerd (x 1,053 ⁻⁴)	=	2772	
af: aanpassing zak- en kleedgeld	=	- 26	
			2746

c. Ramingen verpleeginrichtingen

Inleiding

Onderstaande ramingen zijn een schatting van het aandeel dat bejaarden hebben in de ramingen van de sectoren verpleeghuizen en kruiswerk, zoals deze in het 5de Financieel Overzicht zijn gepresenteerd. In deze ramingen zijn de ombuigingen voor 1981 en 1982 verwerkt. Met additionele ombuigingen van 1982 en 1983 is nog geen rekening gehouden.

Aangezien in het Financieel Overzicht de bruto-AWBZ-kosten (inclusief eigen bijdragen) worden geraamd, zijn zowel de kosten van verpleeginrichtingen en kruiswerk voor deze eigen bijdragen gecorrigeerd.

Raming verpleeghuizen en niet-erkende tehuizen

	Lopende prijzen					Constate prijzen 1982
	totale kosten	%-aandeel bejaarden	kosten bejaarden	eigen bijdrage	netto- kosten	netto kosten
1982	3287	89,5	2942	419	2523	2523
1983	3576	89,5	3201	456	2745	2617
1984	3892	90,0	3503	499	3004	2731
1985	4237	90,0	3813	543	3270	2831
1986	4609	90,5	4174	594	3577	2952

Veronderstellingen

Personeelskosten: capaciteitsuitbreiding gem. 1,1% per jaar (bouwbeleid)
personeelsintensivering gem. 3,0% per jaar per bezet bed

Overige kosten
(afschrijving, rente, voeding etc.) 3,0% per jaar per bezet bed

lonen trendvolgers (opgave CPB)	1982	4,8%
	volgende jaren	5,4%
prijzen	1982	5,2%
	volgende jaren	4,4%

Een schatting van de eigen bijdragen is gemaakt op basis van het CAK-jaarverslag waarin voor 1980 het aandeel aandeel van bejaarden wordt opgegeven, nl. f289 mln. Onder de veronderstelling dat de stijging van dit bedrag gelijk is aan de stijging van het kostenaandeel van bejaarden is de eigen bijdrage voor latere jaren geraamd. Het %-aandeel van bejaarden in de kosten is geraamd op basis van het aantal patiënten ouder dan 65 jaar zoals in het CAK-jaarverslag 1980 is vermeld.

Geen rekening is gehouden met de ombuigingsvoorstellen voor de jaren 1982 en 1983. Het aandeel van verpleeghuizen in de gepresenteerde ombuigingsbedragen is voor 1982 f 22 mln. en voor 1983 f 65 mln. die betrekking hebben op een lagere personeelsintensivering.

d. *Raming kruiswerk*

Bij de raming van het aandeel bejaarden in het kruiswerk is verondersteld dat het aandeel zoals dat in 1978 is berekend, ongewijzigd is gebleven voor latere jaren.

De berekening van het aandeel in 1978 wordt in de bijgevoegde notitie toegelicht.

	Lopende prijzen, mln. gld.				Constante prijzen 1982
	totale kosten	aandeel bejaarden	eigen bijdrage	netto- kosten	netto-kosten
1982	608	231	47	184	184
1983	678	258	52	206	195
1984	742	282	57	225	203
1985	812	309	62	247	211
1986	888	337	68	269	222
volumeveronderstellingen		1982	6%		
		1983	6%		
		volgende jaren	4%		
lonen (CPB)		1982	5,0%		
		volgende jaren	5,5%		
prijzen		1982	5,2%		
		volgende jaren	4,4%		

Aandeel van bejaarden in het kruiswerk

Toelichting

Voor de mate, waarin bejaarden gebruik maken van de diensten van de wijkverpleging, zijn geen direct toegankelijke gegevens beschikbaar. Bij de hier gepresenteerde berekening van het aandeel van bejaarden in het kruiswerk, welke gebaseerd is op de berekeningen gemaakt bij de voorbereiding van de Nota Bouwstenen, is dan ook gebruik gemaakt van een aantal veronderstellingen, die uit verschillende bronnen zijn verkregen.

De berekening is gemaakt voor het jaar 1978. Dit jaartal heeft te maken met het gegeven dat de verschillende bronnen voor de berekening op elkaar afgestemd dienden te worden.

Sinds 1978 hebben zich onder meer de volgende ontwikkelingen in het kruiswerk voorgedaan: de kruisverenigingen zijn onder het regime van de AWBZ gebracht, het personeelsbestand van de kruisverenigingen heeft een aanzienlijke uitbreiding ondergaan, aangenomen kan worden dat de werkzaamheden van de kruisverenigingen sindsdien aan verandering onderhevig zijn geweest.

Al met al dient gesteld te worden dat onderstaande berekening een grove schatting is van het aandeel van bejaarden in het kruiswerk, voor het jaar 1978; echter recenter materiaal is momenteel niet voorhanden. Met name extrapolaties naar 1986 dienen derhalve met de grootste voorzichtigheid gehanteerd te worden en worden hier dan ook achterwege gelaten. Het aandeel van bejaarden in de kosten van het kruiswerk in 1978 – volgens onderstaande berekening 38% – moet dan ook enkel als een indicatie gehanteerd worden.

Berekening

Als uitvoerende krachten zijn in de wijkverpleging hoofdwijkverpleegkundigen (h.w.v.), wijkverpleegkundigen (w.v.) en wijkzickenverzorgenden (w.z.v.) werkzaam.

De werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen zijn in een vijftal zorgsoorten te onderscheiden:

1. Algemene verpleegkundige zorg, zoals het geven van injecties, het verbinden van wonden en het bieden van «laatste hulp». Het geven van (periodieke) wasbeurten is eveneens een zeer omvangrijk onderdeel van deze zorgsoort.

In de verdere analyse wordt ervan uitgegaan dat dit voor 60% betrekking heeft op de groep bejaarden.

2. Specifieke zorg, bestaande uit de begeleiding en controle van personen lijdende aan tbc, reuma en suikerziekte. Voorts wordt ook specifieke zorg geboden aan personen met een revalidatieproblematiek en aan personen die bepaalde problemen in het vlak van de geestelijke gezondheid ervaren. Voor zover mogelijk zijn de activiteiten met betrekking tot de cara, de sociale hygiëne en de nazorg in de inventarisatie betrokken. Er wordt verondersteld, dat 50% van de diensten worden verricht ten behoeve van bejaarden.

Bovenstaande werkzaamheden worden in de terminologie van de kruisverenigingen gerekend tot het curatieve werk. De overige drie activiteiten worden het preventieve werk genoemd. Hiermede wordt een scheiding in de taken gesuggereerd, die in de praktijk over het algemeen niet bestaat. Juist tijdens de curatieve zorgverlening kunnen immers preventieve activiteiten ontplooid worden. Gelet op de aard van de gegevens is de omvang van deze overlapping niet aan te geven.

De overige drie activiteiten zijn:

3. Bejaardenzorg, bestaande uit regelmatige begeleiding en controle van de ingeschreven bejaarden.

4. Prenatale zorg, bestaande uit de advisering van de a.s. ouders.

5. Zuigelingen- en kleuterzorg, bestaande uit de begeleiding en advisering van kind en ouders in het jonge gezin.

Tabel 1. Workload wijkverpleegkundigen 1977

	Personen in zorg	Bezoeken	Bezoeken per pers. in zorg	Personen in zorg per w.v.	Bezoeken per w.v.
Alg. verpl. zorg	120 773	5 393 286	44,7	32,1	1434,8
Specifieke zorg	104 204	451 962	4,3	27,7	120,2
Bejaardenzorg	153 406	537 303	3,5	40,8	142,9
Prenatale zorg	80 648	66 797	0,8	21,5	17,8
Zuigelingen- en kleuterzorg	1 020 786	1 295 599	1,3	271,6	344,7
Totaal	1 479 817	7 744 947	5,2	393,7	2060,4

Uitgaande van de eerder geformuleerde veronderstelling is het aantal bejaarden die in 1978 zorg van de wijkverpleegkundigen ontvingen, als volgt te berekenen:

algemene verpl. zorg	(60%)	—	72 464
specifieke zorg	(50%)	—	52 102
bejaardenzorg	(100%)	—	153 406
			<u>277 972</u>

Gemiddeld aantal w.v. 1977 — 3768

Gemiddeld aantal w.v. 1978 — 3823

$$\text{Benadering aantal bejaarden} = \frac{3823}{3768} \times 277\,972 = 282\,030^1$$

¹ Veronderstelling, + contactfrequentie 1977/1978 ongewijzigd.

Een zelfde berekening toegepast op het aantal bezoeken van wijkverpleegkundigen heeft als uitkomst dat in 1978 voor 51.6% hulp aan bejaarden gebracht werd. Aangenomen wordt dat voor de hoofdwijkverpleegkundigen een gelijksoortige tijdsbesteding geldt, voor wijkziekenverzorgenden wordt aangenomen dat 80% van de activiteiten bejaarden betreft.

De totale kosten van de kruisorganisaties (wijkverpleegkundige zorg, kraamzorg, consultatiebureaus) bedroegen in 1978 f579 mln. Hiervan werd 41% aan de wijkverpleging besteed, terwijl het aandeel van de overheidskosten op ruim 18% gesteld kan worden. Bij de berekening van deze kosten aan de bejaarden worden de hierboven genoemde verhoudingsgetallen toegepast. Als toedelingseenheid wordt het aantal werkzame personeelsleden gebruikt.

Tabel 2. Toerekening kosten bejaarden (1978)

Werkvorm	Gemiddelde personeelsbeh.	% aandeel 65+ consulten	Eenheden t.b.v. 65+
h.w.v.	190	51,6	98
w.v.	3823	51,6	1972
w.z.v.	587	80	470
	4600	55,2	2540

Verdeling totale kosten (in miljoenen guldens)

$$\text{Wijkverpleging} \quad \frac{41}{100} \times 579 = 237,4$$

Aandeel wijkverpleging in overheadkosten

$$\frac{41}{100} \times \frac{18}{100} \times 579 = \frac{52,1}{289,5}$$

waarvan ten laste bejaarden

$$\frac{55,2}{100} \times 289,5 = 160 \text{ miljoen}$$

Derhalve zou het aandeel van bejaarden in de kosten van het kruiswerk in

$$1978 - \frac{160}{418} \times 100 = 38\% \text{ bedragen.}$$

Berekening kostenstijging als gevolg van vergrijzing

Inleiding

Bedoeling van de hier gepresenteerde berekening is het mogelijke effect van de vergrijzing van de (bejaarde) bevolking op de kosten van het voorzieningengebruik te schatten. De wijze waarop dit effect is geschat, is ontleend aan het project «Personeelsvoorziening kwartaire sector» (SCP en CPB, De kwartaire sector in de jaren tachtig; Den Haag 1980) maar is ten opzichte van dit onderzoek op één belangrijk punt beperkt. Bij de hier uitgevoerde berekeningen wordt alleen gekeken naar de groei van aantallen ouderen en niet naar andere demografische ontwikkelingen zoals toename van het aantal alleenstaanden of daling van het kinderaantal.

Laatstgenoemde demografische ontwikkelingen hebben invloed op algemene voorzieningen als gezinsverzorging en kruiswerk. Zo kan de toenemende vraag naar bejaardenzorg door de wijkverpleging deels gecompenseerd worden door een afnemende vraag naar zuigelingen- en kleuterzorg.

Dit soort herverdelingen binnen voorzieningen staat hier niet ter discussie, evenmin als herverdelingen tussen delen van de kwartaire sector. Voor een goed begrip is het echter wenselijk dat iets gezegd is over de context waaruit hier een element is gelicht.

Veronderstellingen bij de berekening

Aan de berekening ligt als centrale veronderstelling ten grondslag dat het leeftijd- en geslachtspecifieke gebruik van voorzieningen in de toekomst constant blijft. In feite wordt daarmee verondersteld dat de overheid het huidige niveau van dienstverlening in de toekomst zal handhaven.

Als concrete basis voor de schatting zijn de berekeningen gebruikt zoals gepresenteerd in SCP-cahier 26, «Zorgen voor later». Alle in dat cahier genoemde veronderstellingen spelen bij de hier gemaakte schatting ook een rol. Voor een overzicht zij verwezen naar bijlage 2 van het genoemde cahier. Vermeld moet worden dat bij alle veronderstellingen gekozen is voor het alternatief dat leidt tot onderschatting van de groei.

Bij de schatting van het effect van de vergrijzing op het gebruik van bejaardenwoningen heeft de deelstudie «behoefte bejaardenwoningen» van het CEBEON als uitgangspunt gediend.

De wijkverpleging is uitgesloten van de berekening. In de gehanteerde ramingen van de centrale variant is immers met het effect van demografische ontwikkelingen, als hier bedoeld, al rekening gehouden.

Berekening

Voor 1982 en 1986 is berekend welk percentage van de bevolking van 65 jaar en ouder gebruik maakt dan wel zal maken van voorzieningen. Voor iedere voorziening is een procentuele toename tussen 1982 en 1986 uitgerekend. Verondersteld wordt dat deze toename gepaard gaat met een kostenstijging ter grootte van een zelfde percentage. Een en ander is in de volgende tabel samengevat.

INHOUDSOPGAVE

	Blz.
I Inleiding	3
II Hoofdstuk A, beschrijving van het beleid	6
III Hoofdstuk B, evaluatie van het beleid	16
IV Hoofdstuk C, beleidsvarianten	34
Bijlagen:	
1. Cijfermatige gegevens, behorende bij Hoofdstuk A	55
2. Ramingen bejaardenoorden, verpleeghuizen en kruiswerk	66
3. De rol van informele hulp in de zorg voor ouderen	75
4. Substitutievariant	77

Gezien de taakopdracht heeft de werkgroep zich moeten beperken tot verzorging en huisvesting van bejaarden.

Een strikte scheiding in diverse verzorgingselementen zonder op doublures en overlappings te stuiten is welhaast onmogelijk. De tijd die ter beschikking is gesteld om dit onderzoek te doen vormt een randvoorwaarde om een zo verantwoord mogelijke keuze te doen.

De werkgroep heeft besloten onder verzorging en huisvesting van ouderen op te nemen:

- a. de bejaardenoorden;
- b. de bejaardenwoningen;
- c. de gezinsverzorging;
- d. de verpleeghuizen;
- e. het kruiswerk.

Aandachtspunten en knelpunten

Bij de uitwerking van het in de taakopdracht omschrevene ondervond de werkgroep enige problemen, waarover in dat kader besluiten moesten worden genomen.

Ten einde een en ander inzichtelijk te maken volgt hieronder een globale opsomming:

a. Spanningsveld voorziene demografische ontwikkeling en geaccordeerde meerjarencijfers

Het feit dat alle varianten dienden uit te monden in een besparing ten opzichte van de meerjarenraming 1986 – zoals vermeld in Miljoenennota 1982 en Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG), nr. 5 – verhoudt zich problematisch met het gegeven van de toename van het aantal bejaarden en met name het aantal hoogbejaarden.

Het gebruik van zorgvoorzieningen, zo blijkt, neemt over het algemeen sterk toe met de leeftijd. Verwacht mag dus worden dat bij ongewijzigd beleid de vergrijzing van de Nederlandse bevolking in hoge mate effect zal hebben op het gebruik dat ouderen in de toekomst zullen maken van bejaardenoorden, verpleeghuizen, bejaardenhulp, wijkverpleging en bejaardenwoningen.

b. Problematiek ICCK-circuit

De werkgroep heeft besloten aangaande de vraag van het al dan niet betrekken van zaken vanuit het z.g. Interdepartementale Coördinatie Commissie kostenbeheersing Kwartaire sector (ICCK)-circuit zich exact te houden aan de omschrijving van het bejaardenbeleid zoals vermeld in bijlage I bij ministerraadsbrief 981-613 d.d. 8 december 1981. Wel zal worden aangegeven waar sprake is van een zich bevinden op het grensgebied.

c. Inhoudelijke uitgangspunten van de meerjarencijfers

Als formeel ijkpunt van de te ontwikkelen varianten gelden de meerjarencijfers 1982–1986 conform de Miljoenennota van 1982 en het FOG. Gezien het feit dat de varianten betrekking dienden te hebben op de totale kosten van huisvesting en verzorging van het bejaardenbeleid was het gewenst de diverse achtergronden en veronderstellingen alsmede demografische prognoses bij de gepresenteerde cijfers en meerjarenramingen van de relevante sectoren duidelijk te omschrijven.

d. Decentralisatieproblematiek

Van belang is het tevens te wijzen op de gedachten met betrekking tot de in de toekomst voorziene decentralisatie van diverse voorzieningen. Het

A. BESCHRIJVING VAN HET BELEID

Zoals reeds in de inleiding gesteld, volgt in dit hoofdstuk voor een vijftal beleidsterreinen een beschrijving van de doelstelling, de capaciteitsontwikkeling en de financiële ontwikkeling alsmede meerjarenramingen tot 1986.

Beleidsterreinen:

- I. Bejaardenoorden
- II. Verpleeghuizen
- III. Gezinsverzorging
- IV. Kruiswerk
- V. Bejaardenwoningen.

Aan het slot van dit hoofdstuk volgt dan nog een summierië paragraaf betreffende de interrelatie van genoemde beleidsterreinen.

I. BEJAARDENOORDEN

1. Inhoudelijk

Het beleid ten aanzien van de bejaardenoorden berust in zijn verschillende onderdelen op de Wet op de bejaardenoorden (WBO), de Algemene Bijstandswet en de Voorschriften en Wenken voor het ontwerpen van verzorgingstehuizen, welke laatste door het Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening worden uitgevaardigd.

2. Kwaliteits-, toezichts- en prijsbeleid

De Wet op de bejaardenoorden van 1963 had het karakter van een kwaliteits- en toezichtswet en beoogde slechts bescherming te bieden aan de bewoners. Gekozen is voor een ruime definitie van de inrichtingen welke onder het regime van de wet vallen: «inrichtingen waarin aan ten minste vijf bejaarden duurzame huisvesting gepaard met gehele of gedeeltelijke verzorging wordt verschaft». Gedeputeerde staten werden belast met het stellen van voorschriften ten aanzien van de bejaardenoorden over ten minste de volgende onderwerpen: de vrijheid van de bejaarden hun leven naar eigen inzicht in te richten, de hygiëne en de zorg voor de gezondheid; de veiligheid; het aantal, de bekwaamheid en de geschiktheid van het personeel; de inrichting van het gebouw en de boekhouding. Tevens dienen gedeputeerde staten toe te zien op de billijke verhouding tussen het verzorgingstarief en de huisvesting en verzorging. Dit toezicht op de naleving van de wet is opgedragen aan de in de provincies werkzame inspecteurs voor de bejaardenoorden. In iedere provincie functioneren een prijs- en kwaliteitsinspectie. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen door het Ministerie van CRM nadere onderwerpen worden aangegeven, die in de provinciale verordeningen moeten worden geregeld.

De bemoeienis van het Rijk met de tarieven heeft geleid tot de jaarlijkse publikatie van de «Prijsregelen Bejaardenoorden».

3. Personeelsformatiebeleid

De totaliteit van de personeelskosten is gemiddeld voor 60% verantwoordelijk voor de hoogte van de verzorgingstarieven. Sedert 1 juli 1980 hanteren de provinciale besturen en de besturen van de drie grote steden een door de Staatssecretaris van CRM, hoofdzakelijk aan het rapport van het raadgevend bureau Twijnstra en Gudde ontleend, aanbevolen formatiemodel bij de beoordeling van de behoefte aan personeel in de bejaardenoorden. Een Overlegcommissie Personeelsformatie Bejaardenoorden houdt zich bezig met afspraken over de contingentering van de jaarlijks door

7. Financiering

Bejaardenoorden vormen de grootste categorie van de, via de bijstand, zogenaamde indirect gefinancierde voorzieningen van medische of maatschappelijke dienstverlening. De bewoners zijn door het ontbreken van een verzekeringssysteem of subsidieregeling voor de bejaardenoorden gehouden tot volledige vergoeding van de verzorgingskosten. Door de recente wijziging van de Algemene Bijstandswet kan slechts bijstand worden verstrekt, indien de betreffende voorziening is toegelaten tot de indirecte financiering. De toelating van de bejaardenoorden is groepsgewijs geschied.

8. Reparatiwetgeving en versnelde overdracht

Binnenkort zal een voorstel tot wijziging van de WBO het parlement bereiken. Dit voorstel beoogt in belangrijke mate het verschaffen van een solide instrumentarium voor de beheersing van de kostenontwikkeling in de bejaardenoorden. Hiermee hangt samen de problematiek van de vervanging van het systeem van de indirecte financiering door het systeem van de directe financiering.

II. VERPLEEGHUIZEN

1. Inhoudelijk

Het verpleegtehuis kan worden omschreven als een instelling, waarin voor kortere of langere duur verzorging, verpleging, geneeskundig onderzoek en behandeling, alsmede paramedische hulp worden geboden en een reacterende behandeling, voor wie de dagelijkse zorg van een medisch specialist niet (meer) nodig is, maar die thuis geen adequate verzorging krijgen. Indien het verpleeghuis of de verpleeghuisafdeling bestemd is voor psycho-geriatrische patiënten, dient met betrekking tot de indicatiestelling gestipuleerd te worden, dat deze bejaarde patiënten worden opgenomen op grond van hun geestelijke gestoordheid. Thans worden de navolgende groepen onderkend:

- somatische zieke patiënten
- psycho-geriatrische patiënten.

De verpleeghuizen worden onderscheiden in:

- verpleeghuizen voor somatisch zieken
- verpleeghuizen voor psycho-geriatrische patiënten
- gecombineerde verpleeghuizen, waarin zowel somatisch zieken als psycho-geriatrische patiënten – veelal in aparte vleugels – worden opgenomen.

2. Financiering

Eind 1967 werd de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) van kracht. In mei 1968 volgden de algemene maatregel van bestuur en het ministerieel besluit waarbij de opnemings- en het verder verblijf in een verpleeginrichting met ingang van 1 april 1968 onder de werkingssfeer van de wet werden gebracht. De bloei van de verpleeginrichtingen is mede te danken aan deze wet.

De AWBZ heeft tot doel binnen het raam van de sociale zekerheid een verantwoorde oplossing te bieden voor verpleging, waaronder begrepen verzorging gedurende dag en nacht, geneeskundige behandeling, waaronder begrepen verder onderzoek, te verlenen door artsen, alsmede de daarmee verband houdende revalidatie, reactivering, fysiotherapie en bezigheidstherapie. Deze financieringsregeling wordt gezien als de afronding van het

Het blijkt dat het voor 1980 toegestane aantal bedden voor somatisch zieken reeds in 1973 aanwezig was. In verband met de overcapaciteit aan bedden voor de verpleging van somatisch zieken werd na 1975 de bouw van verpleeghuizen voor somatisch zieken afgeremd. Door de stijging van het aantal bejaarden komt het aantal bedden voor somatisch zieke bejaarden in 1980 overeen met 1,4% van het aantal bejaarden.

Anders is het gesteld met de ontwikkeling van het aantal verpleeghuisbedden voor psycho-geriatrische patiënten. De werkelijke capaciteit in 1980 ligt ruim 5000 bedden lager dan het voor 1990 toegestane aantal voor psycho-geriatrische patiënten. Bij gelijkblijvend bouwtempo (950 bedden per jaar) zal omstreeks 1985 de beleidsnorm van 1,25% van het aantal bejaarden voor bedden voor psycho-geriatrische patiënten zijn gerealiseerd.

4. Toelatingsbeleid

Verpleging in een verpleeghuis is een verstrekking (in natura) ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Om in aanmerking te komen voor AWBZ-vergoeding, moet de patiënt met een indicatie in het verpleeghuis opgenomen zijn. Voorgeschreven is dat er een indicatie moet zijn en dat de indicatiestelling wordt getoetst door het ziekenfonds, de ziektekostenverzekeraar of het uitvoerend orgaan (verbindingskantoor AWBZ). Wat onder indicatiestelling moet worden verstaan en welke criteria daarbij gehanteerd moeten worden is niet wettelijk geregeld.

Naast de wettelijke bepalingen van de AWBZ zijn met betrekking tot de indicatiestelling van belang de aan de AWBZ-verbindingskantoren gerichte circulaire van de Ziekenfondsraad over de interpretatie van de wettelijke bepalingen en de adviezen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid ter zake.

Verplegingsbehoevend in de zin van een verpleeghuisindicatie is degene, die voortdurend medische, paramedische en/of verpleegkundige hulp nodig heeft, welke hem of haar in het eigen milieu (woning of verzorgings-situatie) niet op verantwoorde wijze kan worden gegeven, zonder dat er zodanige aandoeningen bestaan, dat continue specialistische hulp in een ziekenhuis vereist is. Opneming in een verpleeghuis is derhalve geïndiceerd, indien ter behandeling dan wel ter verbetering van een gezondheidseffect continue, systematische, vaak langdurige en multidisciplinaire (CSLM) zorg moet worden geboden.

Voor de bepaling of een opnemingsindicatie geacht wordt aanwezig te zijn moeten echter naast medische factoren ook maatschappelijke factoren (omstandigheden waarin de verzekerde thuis verkeert en die thuisbehandeling onmogelijk of ongewenst maken) in aanmerking worden genomen. Tot de maatschappelijke factoren dient zeker ook te worden gerekend, dat scheiding van partners door opneming zoveel mogelijk vermeden dient te worden. In de praktijk komen bij opneming in een verpleeghuis verschillende procedures voor. Het opnamebeleid ten aanzien van geïndiceerde patiënten berust geheel bij de huizen, al komen ook op dat gebied samenwerkingsverbanden voor. Als de patiënt eenmaal is opgenomen, «toetst» (de arts van) het verbindingskantoor de indicatiestelling.

5. Dagbehandeling

In een gezondheidsregio dienen in één of enkele van de verpleeghuizen dagbehandelingsfaciliteiten aanwezig te zijn voor somatisch zieken en voor psycho-geriatrische patiënten.

De norm voor het aantal dagbehandelingsplaatsen wordt toegepast op de woonbevolking van een gezondheidsregio (geprognostiseerd) en bedraagt voor:

– somatisch zieken:

0,72 plaats voor 1000 inwoners van de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder plus 0,002 plaats per 1000 inwoners van de totale bevolking;

– psycho-geriatrische patiënten:

0,75 plaats per 1000 inwoners van de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder.

het sociale minimum, waaronder bejaarden die veelal alleen een inkomen vanuit de AOW genieten, worden geacht over minimale draagkracht te beschikken. Zij behoeven derhalve een minimale bijdrage te leveren. Deze bedraagt f 2,75 per week, ongeacht de hoeveelheid hulp die verleend is in die week.

De gezinsverzorging is – op het gebied van huishoudelijke en verzorgende hulpverlening – de enige door de rijksoverheid gefinancierde extramurale hulpverleningsbron ten behoeve van bejaarden.

3. Capaciteitsbeleid

Voor wat betreft bejaarden geldt bij de gezinsverzorging dat de formatie-uren worden vastgesteld op basis van het aantal zelfstandig wonende bejaarden in het werkgebied van een instelling. Voor 1980 geldt een verzorgingsniveau van minimaal 25 uur per jaar per thuiswonende bejaarde. Voor de door de rijksoverheid officieel aangemerkte groeikernen/steden geldt 35 uur per jaar per thuiswonende bejaarde.

Op grond van historisch gegroeide situaties en de relatieve krapte c.q. ruimte op de arbeidsmarkt verlenen vele instellingen boven het minimum-verzorgingsniveau hulp. Het landelijk gemiddelde verzorgingsniveau voor thuiswonende bejaarden voor 1980 bedraagt 25, 16 uur per thuiswonende bejaarde (exclusief GSD-hulpverlening). Tot voor kort gold voor de grote steden Amsterdam en 's-Gravenhage de speciale problematiek van het door personeelsgebrek niet kunnen verbruiken van het uren aanbod, dat in Amsterdam op het minimumniveau ligt.

4. Indicatiebeleid

Bij de hulpverlening aan bejaarden vanuit de instellingen voor gezinsverzorging is sprake van een gereguleerde toegang tot de voorziening door middel van het reeds enige jaren functionerende stelsel van indicatierichtlijnen.

IV. HET KRUISWERK

1. Inhoudelijk

Het kruiswerk als onderdeel van de eerstelijnsgezondheidszorg neemt als gezondheidszorgvoorziening voor de ouder wordende mens een sleutelpositie in, omdat deze zorg geografisch dichtbij is gesitueerd en gericht is op de thuissituatie. Door het integrale en continue karakter van deze hulpverlening kan de hulpvraag van de oudere mede gezien worden tegen de achtergrond van diens leef- en woonsituatie.

De werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen zijn in een vijftal zorgsoorten te onderscheiden:

- a. Algemene verpleegkundige zorg; er wordt van uitgegaan dat dit voor 60% betrekking heeft op de groep bejaarden.
- b. Specifieke zorg, bestaande uit de begeleiding en controle.
- c. Bejaardenzorg, bestaande uit regelmatig begeleiden en controle van de ingeschreven bejaarden.
- d. Prenatale zorg, bestaande uit de advisering van de a.s. ouders.
- e. *Zuigelingen- en kleuterzorg*, bestaande uit de begeleiding en advisering van kind en ouders in het jonge gezin.

2. Indicatiestelling

De hulp vanwege kruisorganisaties (waaronder wijkverpleging) valt sinds 1 januari 1980 onder de bepalingen van de AWBZ. Ofschoon bij besluit (Besluit hulp vanwege een kruisorganisatie. Bijzondere Ziektekostenverze-

2.3. Financiële gegevens

De specifieke «bejaarden»-bijdrage betreft een extra éénmalige bijdrage van f 2000 per woning. Dit betreft dus niet de basissubsidiëring op grond van het dynamische kostprijshuursysteem. De bedragen voor de extra bijdragen zijn opgenomen in het totaal aan subsidie volgens de regeling 1975. Er bestaat dus geen apart programma of afgescheiden begrotingspost. Tot en met 1987 wordt er rekening gehouden met in de Woningwet 3000 stuks en in de particuliere sector 2000 stuks.

3. Verzorgingstehuizen

3.1. Algemeen

Voor de bouw of de verbouw van verzorgingstehuizen kent VRO subsidiëringmogelijkheden. In geval van nieuwbouw zijn deze gebaseerd op het z.g. dynamische kostprijshuursysteem zoals dat ook van kracht is voor de «normale» woningbouw. In geval van verbouw bestaan er eveneens mogelijkheden tot subsidiëring, echter onderscheiden naar de tehuizen in de woningwetsector en die in de particuliere sector.

3.2. Financiële gegevens

In de begroting 1982 is rekening gehouden voor wat betreft de nieuwbouw met 300 bedden in de woningwetsector en 3500 bedden in de particuliere sector. Voor de ramingen voor de jaren tot en met 1987 zullen vooralsnog dezelfde aantallen worden gehanteerd. Verbeteringen (verbouw) worden binnen de bestaande budgetten voor de verbetering van voor- en na-oorlogse woningen en de verbetering van particuliere woningen uitgevoerd.

4. Individuele subsidiëring

4.1. Algemeen: woonlasten en subsidiegebruik

Vastgesteld kan worden dat ouderen minder vaak eigenaar-bewoner zijn en dat bovendien met het toenemen van de leeftijd het eigen-woningbezit afneemt. Ouderen hebben tevens gemiddeld een lagere huur te betalen dan alle leeftijdscategorieën gezamenlijk. Daarentegen is hun aandeel in de duurste huurwoning nagenoeg even groot. Ondanks het feit dat ouderen iets vaker in een goedkopere huurwoning wonen, is er toch een groot deel dat een huurquote heeft die hoger is dan 16%.

4.2. Individuele huursubsidie

Dat ouderen relatief hoge woonlasten hebben komt ook tot uitdrukking in het gebruik dat zij maken van de individuele huursubsidieregeling (voor het tijdvak 1977–1978 kreeg maar liefst 27% van de oudere huishoudens, die een woning huren, een toekenning voor individuele huursubsidie. Van de bijna 165 000 bejaarde subsidie-ontvangers behoren er 130 000 tot de laagste inkomenscategorieën (minder dan f 17 500 per jaar belastbaar inkomen). Niet het huurniveau, doch veeleer de zwakke inkomenspositie vormt hier een achterliggende oorzaak. Al met al bestaat momenteel bijna 50% van het totale aantal gebruikers van de regeling individuele huursubsidie uit personen van 65 jaar en ouder.

4.3. Verhuis- en herinrichtingskosten

In de begroting voor 1983 wordt rekening gehouden met 13 000 gevallen tegen een gemiddelde bijdrage van f 2800. Dit betreft een raming, het aantal wordt dus niet absoluut gehanteerd. In de meerjarenraming tot en met 1987 wordt van hetzelfde aantal uitgegaan.

B. EVALUATIE VAN HET BELEID

In dit hoofdstuk B zal getracht worden vanuit verschillende invalshoeken te komen tot een kritische evaluatie op enige hoofdpunten van het in het voorgaande hoofdstuk beschreven beleid, met als doel, op basis van de hieruit verkregen informatie, in hoofdstuk C een aantal beleidsvarianten te ontwikkelen. Na de evaluatie van de in hoofdstuk A genoemde beleidsterreinen volgt dan nog een paragraaf aangaande een meer algemene evaluatie van het gevoerde ouderenbeleid en bemerkingen met betrekking tot de samenhang van de geëvalueerde voorzieningen.

I. BEJAARDENOORDEN

1. Wijziging van de Wet op de bejaardenoorden

De grote maatschappelijke ontwikkelingen in de afgelopen tien jaar in en rond de bejaardenoorden hebben in de afbakening van de bevoegdheden tussen de betrokken instanties ingrijpende wijzigingen teweeggebracht, welke slechts gedeeltelijk in wetgeving zijn geformaliseerd en voor het overige een voorlopige vertaling hebben gevonden in werkafspraken. De toenemende financiële betrokkenheid van de centrale overheid bij de bejaardenoorden, gepaard aan de economische teruggang en de daaraan verbonden noodzaak tot kostenbeheersing, hebben de afgelopen jaren genoopt tot een vanwege het departement gevoerd strak plannings-, prijs- en personeelsformatiebeleid. De huidige wet van 1963 biedt daarvoor in veel opzichten een onvoldoende basis. Het voorstel tot wijziging van de Wet op de bejaardenoorden, dat op korte termijn het parlement zal bereiken, beoogt in belangrijke mate de praktisch gegroeide afbakening van de bevoegdheden van de centrale overheid en de provinciale besturen te formaliseren. Tevens zal worden voorzien in instrumenten om een effectief spreidingsbeleid te kunnen voeren, alsmede in de mogelijkheid richtlijnen te ontwerpen van kwalitatieve aard voor de bouw en renovatie van bejaardenoorden. Voornoemde wetswijziging met als belangrijkste doel het verschaffen van een solide instrumentarium voor de beheersing van de kostenontwikkelingen van de bejaardenoorden komt in de hiernavolgende opsomming van enkele beleidsterreinen nog nader ter sprake.

2. Toelatings- of indicatiebeleid

a. Algemeen

Sedert het in werking treden van het Besluit Opneming in bejaardenoorden 1 januari 1977, waar wordt voorzien in een systeem van criteria voor de beoordeling van de behoefte aan opneming, is het opnamebeleid van bejaardenoorden in sterkere mate gericht op intensief verzorgingsbehoevende bejaarden, die ook met steun van de extramurale hulpverlening niet langer verantwoord een zelfstandige huishouding kunnen voeren. Dit restrictieve opnamebeleid steunde daarbij mede op de uitbreiding van de extramurale hulpverleningsmogelijkheden en de totstandkoming van meer voor bewoning door ouderen geschikte woningen, als voorwaarden voor het langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

Het bovenstaande houdt tevens in dat het indicatiegebeuren met betrekking tot bejaardenoorden moet worden gezien tegen een bredere achtergrond van het totale indicatiegebeuren. Met name kan in dit kader gewezen worden op de door de extramurale hulpverleningsvormen gehanteerde indicatiesystemen en het toelatingsbeleid ten aanzien van het verpleeghuis. Een indicatiesysteem meet in dit geheel slechts de totale hulpbehoefte van de bejaarde, die zich voor een voorziening meldt. De uitkomst van de daarna te voeren discussie aangaande de geëigende voorziening is richtinggevend voor de gewenste kwantiteit van deze voorzieningen.

van de breuk wordt dus gevormd door het verschil tussen de 7%-norm en de feitelijke capaciteit in de regio, uitgedrukt in een percentage van het aantal bejaarden in 1985.

In het geval van nieuwbouw en capaciteitsuitbreiding van een bejaardenoord wordt de te realiseren capaciteit ter bepaling van de inlevering vermenigvuldigd met een factor, waarvan de teller wordt gevormd door de feitelijke capaciteit in de regio, uitgedrukt in een percentage van het aantal bejaarden in 1985, en de noemer door de 7%-norm. Voor nieuwbouw van een bejaardenoord van 70 bedden in een regio met capaciteit van 10% moet dus elders in de provincie $10/7 \times 70 = 100$ bedden aan capaciteitsreductie gerealiseerd worden.

Het genoemde spreidingsbeleid kan binnen de door CRM vastgestelde capaciteitsnormen zonder bezwaar een provinciale bevoegdheid zijn. Wel moet gezegd worden dat door het ontbreken van effectieve instrumenten – bij voorbeeld de in de wet verankerde sluitingsbevoegdheid – het vormgeven van de in veel provincies aanwezige scheve verdeling van de capaciteit nog onvoldoende inhoud heeft kunnen krijgen. Vandaar de sluitingsparagraaf in de te verwachten wetswijziging. Wat betreft het onderwerp spreidingsbeleid zou ook gedacht kunnen worden aan het vaststellen van een regio-indeling bejaardenoorden op een zodanige wijze dat een optimale relatie met verpleeghuizen wordt verkregen.

Evaluatie 7%-norm

De aanvaarding van de z.g. 7%-norm heeft indertijd door het parlement plaatsgevonden onder het voorbehoud dat deze norm een voorlopig karakter zou hebben en getoetst zou worden aan de uitkomsten van de in de voorgaande paragraaf genoemde indicatiecommissies voor opnemingsbejaardenoorden.

In de praktijk zal sprake moeten zijn van een zekere relatie tussen de geconstateerde behoefte aan verzorgingsplaatsen en de voor bejaardenoorden te hanteren planningsnorm. Een te grote discrepantie tussen deze norm en de uitkomsten vanuit het indicatiesysteem dient hierbij te worden voorkomen. Zowel de planningsnorm als de indicatienormen worden immers ongeloofwaardig als de hoogte van de indicatie-uitkomsten te veel verschilt van de capaciteitsnormen. Bovendien is uit het onderzoek gebleken dat het te lang staan op wachtlijsten voor bejaardenoorden schadelijke gevolgen kan hebben voor het psychisch en lichamelijk welzijn van deze bejaarden ten gevolge van de onzekerheid van hun situatie.

Met betrekking tot de relatie indicatienormen en planningsnormen kan een drietal opmerkingen worden gemaakt.

a. Gewezen moet ook worden op het feit dat, gezien de beschikbaarheid van financiële middelen, het in zekere mate noodzakelijk kan zijn af te wijken van de uit genoemde relatie resulterende gewenste planningsnorm. Het indicatiebeleid dient dan wel te worden aangepast.

b. Het aanscherpen van de normen voor een positieve indicatie en uitbreiding van extramuraal hulpverleningsmogelijkheden kunnen, zoals reeds gesteld, de behoefte aan verzorgingsplaatsen doen verminderen.

c. Naast het percentage positief geïndiceerden per jaar en de gemiddelde verblijfsduur in het bejaardenoord dient voor de toekomst rekening te worden gehouden met de invloed op de planningsnorm van de absolute en relatieve toename van het aantal hoogbejaarden, bij uitstek de potentiële en ook feitelijke gebruikers van het bejaardenoord. In de nota Bouwstenen voor een Ouderenbeleid wordt gedetailleerd ingegaan op de hier bedoelde leeftijdsspecifieke herberekening onder handhaving van de beleidsuitgangspunten die aan de berekening van de 7%-norm ten grondslag hebben gelegen.

worden gehouden dat beëindiging van de indirecte financiering gepaard moet gaan met waarborgen dat de hulpverlening voor de cliënten niet ophoudt of zodanig verslechtert, dat zij daarvan de dupe worden.

5. Prijsbeleid en kostenontwikkeling bejaardenoorden

De ontwikkeling van de tarieven in bejaardenoorden is niet louter een provinciale aangelegenheid, doch ook een zaak van de rijksoverheid en dan met name van de Ministeries van Economische Zaken en van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk.

Dat de tarieven van bejaardenoorden steeds meer een voorwerp van zorg van de rijksoverheid zijn geworden is niet in de laatste plaats een gevolg van de grote tariefstijgingen die in de bejaardenoorden de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden. De bemoeienis van het Rijk met de tarieven, welke een rechtstreeks gevolg is van de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Economische Zaken voor de prijsstijgingen in het algemeen en van CRM voor de kwaliteit van de verzorging in de bejaardenoorden en de ontwikkeling van de bijstandsuitgaven aan bewoners van bejaardenoorden, heeft geleid tot de jaarlijkse publikatie van de in hoofdstuk A genoemde «Prijsregelen Bejaardenoorden», als toetsingsinstrument bij de beoordeling van begrotings- en jaarrekeningen. Deze jaarlijkse prijsregelen als richtlijnen voor de provinciale besturen bij de beoordeling van de tarieven zijn uit de nood geboren en slechts bij wijze van «gentlemen's agreement» met de provinciale besturen overeengekomen beheersmaatregelen, die hun basis niet ontleen aan de Wet op de bejaardenoorden. Het voorstel tot wijziging van de wet zal deze aangelegenheid nader formaliseren.

Ten aanzien van de kostenontwikkeling in het algemeen kan worden vermeld dat uit een door de accountantsdienst van CRM ingesteld onderzoek onder de begrotingen van bejaardenoorden over het jaar 1979 aanzienlijke verschillen blijken tussen de provinciale gemiddelden van kostenposten in de bejaardenoorden, zonder dat plausibele oorzaken zijn aan te geven. De verschillen hebben niet slechts betrekking op de huisvestingskosten, maar ook op voeding, personeelskosten en overige kosten. De maximale afwijkingen ten opzichte van het landelijk gemiddelde van de totale begrotingen per bed bedroegen: -12,3% en +20,7%. Uitgesplitst per kostencategorie bedragen deze verschillen ten opzichte van de landelijke gemiddelden voor:

— arbeidskosten:	— 2,7% en + 13,5%
— huisvestingskosten:	— 15,6% en + 15,2%
— voedingskosten:	— 11,8% en + 9,0%
— overige kosten:	— 15,7% en + 52,1% .

N.B. Het betreft hier slechts vergelijkingen tussen provinciale (en groot-gemeentelijke) gemiddelden. Vergelijkingen tussen individuele bejaardenoorden zullen zeker nog grotere verschillen te zien geven.

Voor de grote omvang van de relatieve verschillen per kostenpost is geen plausibele verklaring te geven. De conclusie ligt wel voor de hand dat het toezichthoudende beleid van de prijzeninspecties van de provincies en de grote gemeenten zich kenmerkt door gebrek aan eenheid. Het relatieve karakter van de provinciale bevoegdheid in dezen, en daardoor de betrekkelijk grote beleidsvrijheid van de houders van bejaardenoorden, zal zeker ook van invloed zijn. Ten einde onnodige omzetverschillen tussen bejaardenoorden te corrigeren zal op basis van inzicht in de oorzaken van die verschillen, en op basis van de adequate beleidsinstrumenten, scheefgroei moeten worden teruggedraaid.

Met betrekking tot het onderwerp tarieven kan ten slotte nog opgemerkt worden, dat naast de invloed van personeels- en huisvestingskosten een tweetal posten zich leent voor een kritische beschouwing: het lijkt aanbeve-

punt van de gewenste minimale en maximale omvang van het bejaardenoord zonder dat dit reeds heeft geleid tot de ontwikkeling van een strakker en meer gedetailleerd normenstelsel dat, mede uit het oogpunt van kostenbeheersing, in plaats van de Voorschriften en Wenken voor het ontwerpen van verzorgingstehuizen, de bouw en renovatie van bejaardenoorden aan systematische bepalingen onderwerpt.

Voor de nieuwbouw en verbetering van bedden in de tehuizen is het mogelijk een beroep te doen op de ter zake vigerende subsidieregelingen van het Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. De praktijk is tot nu toe dat dit ministerie alle initiatieven, voor zover deze voldoen aan de subsidievoorwaarden, subsidieert. Op dit moment staan onvoldoende planningsinstrumenten beschikbaar om het sterk stijgende aantal initiatieven tegemoet te treden met een meerjarenprogramma, waarin op basis van een inventarisatie van initiatieven de beschikbare middelen kunnen worden toebedeeld.

De nota Bouwstenen voor een Ouderenbeleid komt met betrekking tot de te verwachten renovatie-ontwikkelingen in de bejaardenoorden tot de volgende prognose:

«De huidige Voorschriften en Wenken voor het ontwerpen van Verzorgingstehuizen voor bejaarden (1965) zijn pas na 1 januari 1968 effectief geworden, met andere woorden: na 1 januari 1968 zijn tehuizen gereedgekomen, die voldoen aan de V en W vt (1965). Dit betreft in totaal 84 500 bedden, die na 1 januari 1968 gereed zijn gekomen; hiervan zijn 78 000 bedden in de gesubsidieerde sector en 6000 bedden in de vrije sector tot stand gekomen. Van vóór 1 januari 1968 zijn dus $155\ 000 - 85\ 000 = 70\ 000$ bedden. Hiervan zijn er circa 2000 verbeterd in de afgelopen jaren, zodat er een aantal van 68 000 bedden resteert welke niet voldoen aan de huidige V en W vt (1965) en voor verbetering in aanmerking komen.»

Deze theoretische verwachting wordt bevestigd door feitelijke ontwikkelingen.

Het aantal verzorgingsplaatsen waarvoor verklaringen van geen bezwaar zijn afgegeven (merendeels renovatie/vervangende nieuwbouw) bedroeg in:

1979	—	3315
1980	—	3916
1981	—	9003
1982	—	2523
(tot heden)		

Na het afgeven van een verklaring van geen bezwaar duurt het veelal een aantal jaren alvorens met (ver)bouw wordt begonnen. De stijgende tendens die in de aantallen afgegeven vgb's is waar te nemen, zal zich daardoor met vertraging vertonen in de cijfers over gereedgekomen verzorgingstehuizen.

In 1977 kwam de renovatie gereed (met financiële steun van rijkswege) van 486 bedden. Dit waren er in

1978	—	829
1979	—	902
1980	—	403
1981	—	circa 4200 (mondelijke opgave VHRO)

De potentieel nog te renoveren bedden van vóór 1 januari 1968 zullen naar verwachting vrijwel alleen (ruim 60 000) voor renovatie worden aangemeld. Hierbij spelen overwegingen van concurrentie met beter geoutilleerde verzorgingstehuizen, overwegingen op het terrein van de bedrijfsvoering en nieuwe brandveiligheidseisen de belangrijkste rol. Ook vinden veel ad hoc-verbeteringen en aanpassingen plaats (op grond van de generieke toestemming) waarbij de daaraan verbonden kosten een totale aanpak in de toekomst in de weg kunnen staan. Een redelijk inzicht in de woon- en bouwtechnische toestand van de bejaarden-

naar de taxatie van deskundigen verpleegbehoefteige bejaarden, voor wie geen plaats is in psycho-geriatrische verpleeghuizen. In de z.g. niet erkende verpleeghuizen, die wel onder de vigeur van de Wet op de bejaardenoorden vallen, vindt hierbij de financiering ingevolge de 1-oktoberregeling via de AWBZ plaats.

II. VERPLEEGHUIZEN

1. Algemeen

Behoudens de verpleeghuizen voor psycho-geriatrische patiënten bestaan er geen specifieke tweedelijns gezondheidsvoorzieningen voor ouderen. Van de bedden voor somatische patiënten wordt echter ook het grootste deel door ouderen bezet.

Oneigenlijk gebruik van ziekenhuisbedden komt nog vrij veel voor als vanwege een gebrek aan plaatsingsmogelijkheden in verpleeghuizen en bejaardenoorden patiënten gedurende een wachtperiode langer dan noodzakelijk ziekenhuisbedden blijven bezetten. Door de uitbreiding van de verpleeghuiscapaciteit gedurende de afgelopen jaren komt dit nu minder voor, maar wachttijden voor verpleeghuizen komen in verschillende plaatsen nog voor.

Ten aanzien van deze in het kader van de samenwerking tussen verpleeghuis en ziekenhuis optredende doorstroomproblematiek is op 16 maart 1982 een adviesaanvraag uitgegaan naar de Ziekenfondsraad, waarin de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een financiële oplossing vraagt te vinden voor die patiënten met een indicatie voor opname en verder verblijf in een verpleeginrichting, voor wie niet op korte termijn tot plaatsing kan worden overgegaan in verband met de tekortsituatie. Hierin wordt onder meer gesteld dat een goede registratie van het door tijdelijk plaatsgebrek gebruiken van «het verkeerde bed» in de regio's dient te worden nagestreefd.

In studie is de vraag of aparte geriatrische afdelingen aan algemene ziekenhuizen zouden moeten worden verbonden. Hiertegen zijn nogal wat bezwaren aan te voeren.

Genoemde afzonderlijke units creëren zou betekenen, dat andere afdelingen moeten worden afgebouwd en dat tevens nogal wat aanvullende voorzieningen moeten worden getroffen. Tevens zal het moeilijk zijn te bepalen in welke ziekenhuizen dan bedden op deze afzonderlijke afdelingen moeten worden gereserveerd alsmede hoeveel bedden, dit nog los van de problematiek van de sterk wisselende vraag naar deze bedden.

2. Capaciteitsbeleid

a. *Capaciteit van het verpleeghuis*

In de richtlijnen ex artikel 3 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen zijn bepalingen opgenomen ten aanzien van de begrenzing van de capaciteit van een verpleeghuis. Zo is de minimumgrootte van een niet-gecombineerd verpleeghuis 90 bedden en van een gecombineerd verpleeghuis 150 bedden.

De maximale grootte bedraagt momenteel 180 en 210 bedden.

De maximumomvang bedroeg tot voor kort 210 respectievelijk 300 bedden, hetgeen een aanzienlijke verlaging betekent. Bedoelde verlaging geschiedde vanuit de gedachte dat een onthechting door verhuizing vanuit het eigen vertrouwde milieu van op te nemen patiënten steeds minder aanvaardbaar wordt geacht. Door verlaging van de minimum- en maximumcapaciteit wordt het mogelijk om te komen tot enerzijds een groter aantal verpleeghuizen, maar kan ook anderzijds een betere spreiding bereikt worden.

Evaluerend kan gezegd worden dat indien de hierboven genoemde verhoging van de behoeftenorm wel zou plaatsvinden, er nog een 4000 bedden extra moeten worden gerealiseerd, hetgeen een bouwkosteninvestering zou vergen van f 650 à 700 mln.

In het verlengde van het bij het onderdeel bejaardenoorden beschrevene is eveneens de vraag gerechtvaardigd of ook voor de sector verpleeghuizen niet moet worden gekomen tot een leeftijdsspecifieke en sekse-specifieke herberekening van de vigerende normen.

De beleidsnorm van het aantal bedden voor psycho-geriatrische patiënten leent zich hiervoor het beste vanwege het ontbreken van de bij de norm voor somatisch zieken toe te voegen 0,35 ‰ van de bevolking. Toepassing van dit principe leidt in 1990 tot een benodigd aantal bedden van 24 255, hetgeen overeenkomt met 1,36% van het aantal bejaarden in dat jaar. Er zouden dan nog eens 4000 bedden voor psycho-geriatrische patiënten nodig zijn boven de hierboven genoemde aantallen.

De vraag is gewettigd of dergelijke investeringen, nog afgezien van de exploitatiekosten, inpasbaar zijn in de huidige financiële mogelijkheden. Voorts is de vrees gewettigd dat verhoging van de normen een sterk aanzuigende werking zal hebben voor die gebieden waar thans nog geen sprake is van een normatief tekort aan bedden. Het is immers zo dat normverhoging automatisch zal leiden tot achterstanden in die gebieden waar nu sprake is van een evenwicht tussen aanwezige capaciteit en de normatief toe te stane capaciteit.

3. Indicatiebeleid

Bij onderdeel A is reeds gezegd dat de exacte omschrijving van een verpleeghuisindicatie (nog) niet kan worden gegeven. Daardoor is het mogelijk dat sommige verpleeghuizen relatief lichte verplegingsbehoefte patiënten opnemen, waardoor andere verpleeghuizen in dezelfde regio naar verhouding zwaarder worden belast en de kans bestaat dat zelfs een categorie patiënten, voor wie het verpleeghuis in eerste instantie is bedoeld, door plaatsgebrek c.q. onvoldoende doorstroming *niet* opgenomen kan worden. Inmiddels zijn ontwikkelingen gaande om een en ander beter bestuurbaar te maken. Gestreefd wordt naar betere afstemming van het indicatiebeleid voor bejaardenoorden en verpleeghuizen en het tot stand brengen van nadere regelen inzake de indicatiestelling in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

4. Personeelsbeleid

De ramingsmethodiek van het Financieel Overzicht Gezondheidszorg gaat uit van ramingen met een indicatief karakter.

Bij de onderbouwing van de beleidsvoornemens spelen de diverse adviezen van geëigende instanties een belangrijke rol, doch ook gekwantificeerde wensen uit het veld, op basis waarvan prioriteiten worden gesteld. Naast de kosten verbonden aan de gevolgen van bouwbeslissingen nemen vooral de kosten ten gevolge van personeelsintensivering een belangrijke plaats in. Op dit aantal personeelsleden per bed kan rechtstreeks invloed worden uitgeoefend door middel van personeelsrichtlijnen. De omvang van toegestane richtlijnuitbreidingen wordt per jaar door de overheid vastgesteld en is een zaak van beleidsmatige beslissingen.

Evenals dit het geval is voor de bejaardenoorden dient ook voor de sector verpleeghuizen kritisch te worden nagegaan hoe noodzakelijk de per jaar in de ramingen opgenomen personeelsintensivering van 3% per jaar per bed is.

III. HET KRUISWERK

1. Algemeen

Alhoewel met het oog op een integrale hulpverlening aan ouderen de laatste jaren meer samenwerking tot stand is gekomen tussen de betrokken eerstelijnswerkers en de hen ondersteunende instanties, in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden of home-teams van huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden en eventueel gezinsverzorging vormt deze samenwerking nog een knelpunt, met name in geurbaniseerde gebieden.

Waar nog een overzichtelijke samenleving bestaat, zoals in dorpen, kennen de hulpverleners elkaar wel en weten ze elkaar wel te vinden. Over het algemeen is het de bejaarden daar ook wel bekend dat wijkzickenverzorgenden en wijkverpleegkundigen beschikbaar zijn om hulp te geven. In de stad is dit niet bij een ieder bekend en is de hulpverlening veelal zo onsamenhangend dat het aanbeveling verdient te bezien of een meer wijksgewijze organisatie van deze hulpverlening niet te overwegen is.

2. Capaciteitsbeleid

Sinds 1971 is er een behoorlijke jaarlijkse groei van de aantallen wijkzickenverzorgenden en verpleegkundigen, die uitvoerende zorg verlenen. Deze groei vond plaats in het kader van een nagestreefde uitbreiding van de personeelsbezetting met 4% per jaar.

Gelet op de advisering van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid zal voor de jaren 1982 en 1983 een volumegroei van 6% worden nagestreefd. In latere jaren zal dan, afhankelijk van de prioriteiten in de dienstverlening en de tot stand gebrachte volume-ontwikkeling, de groei eventueel kunnen worden bijgesteld. Gelet zal moeten worden op de capaciteitsontwikkelingen in andere voorzieningen voor de extramurale en intramurale zorgverlening.

3. Financiering en indicatiebeleid

De hulp vanwege kruisorganisaties (onder meer de wijkverpleging omvattend) is sinds 1 januari 1980 een verstrekking in het kader van de AWBZ. De capaciteit van de hulpverlening wordt van jaar tot jaar vastgelegd in de begrotingen van erkende kruisorganisaties waarover onderhandeld wordt tussen deze kruisorganisaties en de verbindingskantoren. De aldus tot stand gekomen overeenkomsten behoeven de goedkeuring van het COTG.

De hulpverlening, waaronder de hulpverlening aan bejaarden een belangrijke plaats inneemt, wordt gegeven op signalen van de huisartsen of – soms – andere hulpverleners. De wijkverpleegkundige stelt vast welke zorg aanvullend op de zelfzorg en mantelzorg nodig is. Een belangrijk deel van de curatieve zorgverlening geschiedt door de wijkzickenverzorgenden.

4. Samenhang wijkverpleging – andere voorzieningen voor bejaarden

a. In de extramurale hulpverlening vindt zeer regelmatig samenwerking plaats met de instellingen voor gezinsverzorging. De taakafbakening tussen deze beide werksoorten zou nader onderzocht dienen te worden, als blijkt dat er overlappingsen zijn.

b. Een eventuele capaciteitsbeperking van de bejaardenoorden (al dan niet als gevolg van een scherpere indicatiestelling) zal zeker uitbreiding van extramurale hulpverlening en derhalve mede van de wijkverpleegkundige zorg tot gevolg moeten hebben.

c. Hetzelfde geldt voor een relatieve of absolute capaciteitsreductie van verpleeghuisbedden.

en de verkorting van de ligduur in ziekenhuizen. De achterstand tot 1982, alleen al als gevolg van demografische ontwikkelingen, belooft circa 10 000 000 uur. Daarnaast heeft men nog te maken met, als gevolg van historisch gegroeide situaties en het resultaat van arbeidsplaatsenplannen, onevenwichtige spreiding.

Vele instellingen, vooral in Oost-Groningen, Drenthe, Overijssel en Limburg, verlenen hulp ruim boven het door CRM gegarandeerde minimumverzorgingsniveau, veelal ten gevolge van de historisch gegroeide situaties en de werkgelegenheidsproblematiek in genoemde provincies. Met betrekking tot de capaciteitstekorten kan gesteld worden dat in zekere mate een oplossing gezocht kan worden in de richting van een doelmatiger beleidsvoering, waaronder een meer doelgericht en efficiënter hulpaanbod door middel van werkdifferentiatie.

In dit kader wordt speciaal gedacht aan uitbreiding van alfa-hulpverlening om aan de behoefte aan hulp op huishoudelijk terrein te kunnen voldoen. Ervaringsgegevens van de instellingen die reeds alfa-hulp hebben ingevoerd, wijzen uit dat een redelijk percentage van alfa-hulp realiseerbaar is, zonder dat geweld aangedaan wordt aan de kwalitatieve hulpbehoefte van bejaarden. Opgemerkt dient te worden dat dit percentage door verschillende omstandigheden zal verschillen van werkgebied tot werkgebied.

Ook de wijkbejaardenverzorging zal wellicht een doelmatiger, efficiënter en kwalitatief beter antwoord kunnen geven door een meer flexibele wijze van werken, waarbij tevens een groter bereik in de hulpverleningscapaciteit aan zelfstandig wonenden tot stand kan komen. Binnen de werksoort gezinsverzorging wordt reeds prioriteit gegeven aan de hulpverlening aan thuiswonende bejaarden, immers meer dan de helft van de hulpverleningsuren wordt aan deze doelgroep besteed. Een nadere herallocatie van de formatie-uren in de richting van de categorie thuiswonende bejaarden zou de druk op de kortdurende hulpverlening aan gezinnen te sterk vergroten.

Van de improductiviteit binnen de gezinsverzorging van ca. 25% wordt 13,5% verklaard door vakantie en bijzonder verlof (bijv. feestdagen), ± 10,5% wordt veroorzaakt door ziekte. De resterende ca. 2% kunnen worden verklaard uit cursussen etc. Slechts met algemene maatregelen is dit percentage terug te dringen (bijv. veranderingen in de c.a.o.-Welzijn).

4. Financiering

In het veld van de gezinsverzorging hebben zich de afgelopen tien jaar op het punt van de financiering nogal wat veranderingen voorgedaan. Met name kunnen hier genoemd worden de sinds 1971 plaatsgevonden overgang van Gemeentefonds naar rijksbegroting en de verdubbeling van de subsidies waardoor de hulpverlening aan bejaarden voor 85% werd gesubsidieerd. In 1976 werd vervolgens de Algemene Bijstandswet voor de kosten van gezinsverzorging afgesloten, waarna in de jaren 1979 en 1980 de hulpverleningen die rechtstreeks via de Bijstandswet werden gefinancierd door de gezinsverzorging werden overgenomen. Ten slotte vond de invoering van het retributiesysteem naar draagkracht plaats. Met betrekking tot deze eigen draagkracht zou nader bezien kunnen worden of het profijitbeginsel hierin voldoende doorwerkt.

Bij een eventuele verhoging van de retributie is de jaardraagkracht van de ABW maatgevend. Een bijkomend probleem betreffende de financiën, gemoeid met de gezinsverzorging, is het gegeven dat deze hulpvorm geldt als een voorliggende voorziening voor de Bijstandswet en in gevolge een kroonuitspraak als zodanig afdwingbaar is.

5. Personeelsbeleid

Met betrekking tot een evenwichtige opbouw van personeel lijken kwantitatieve restricties ten aanzien van hoger gekwalificeerd personeel mogelijk. Reeds genoemd zijn de mogelijkheden voor een grotere kwantita-

e. Ten slotte is het zo dat ook de woonomgeving de mogelijkheden beïnvloedt van het zo lang mogelijk onderhouden van goede contacten met anderen. Ouderen worden vaak teruggeworpen op een relatief beperkt sociaal milieu, relatiepatronen worden eenzijdiger en men is veelal in een wijkgebonden levenskring gesitueerd.

3. Capaciteit

Op basis van behoeftcijfers is de omvang van het op dit moment bestaande tekort aan bejaardenwoningen berekend en welk aantal in de toekomst nodig is, wanneer de leeftijdsspecifieke behoefte dezelfde blijft, maar het aantal oudere huishoudens toeneemt. Per eind 1977 bedroeg het tekort al 33 000 woningen (15 000 officiële en 18 000 geschikte bejaardenwoningen), waarbij deze tekorten vooral in de provincies Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht tot uitdrukking komen. Indien er de komende jaren geen woningen voor bejaarden extra vrijkomen, zullen deze tekorten nog aanzienlijk toenemen. De oorzaken van deze gesignaleerde tekorten zijn vooral gelegen in de sinds 1974 plaatsgevonden terugval in de toekenning van extra financiële steun, waardoor ook de productie van bejaardenwoningen is afgenomen. Met name in de premiesfeer lieten opdrachtgevers en investeerders het gezien de stijgingen van de bouwkosten afweten.

4. Financiën en instrumentarium

Op de woonlasten en het subsidiegebruik van ouderen is reeds gewezen. Volstaan kan hier worden met de bemerking dat in het kader van de heroverweging bejaardenbeleid bezien zal moeten worden of en in hoeverre aanpassing van de huidige subsidieregelingen voor bejaardenwoningen gewenst is. Op basis van het reeds in uitvoering zijnde onderzoek naar de doorstroming zal bezien gaan worden of hier stimulerende maatregelen kunnen en/of moeten worden genomen. Het gaat dan zowel om regelingen die liggen in de objectsfeer (bij voorbeeld de eenmalige bejaardenwoning-regeling) als in de subjectsfeer (bij voorbeeld individuele huursubsidie).

In uitvoeringstechnische zin wordt gewerkt aan het wegnemen van knelpunten bij het eerstgenoemde.

De voorlichting met betrekking tot de huisvesting van ouderen zal moeten worden verbeterd waarbij met name aan het bestaan van de subsidieregeling voor de bouw van bejaardenwoningen meer bekendheid kan worden gegeven.

Ten slotte is het van groot belang dat de duidelijkheid ten aanzien van de woonruimteverdeling ten behoeve van ouderen wordt vergroot. Wellicht dat deze problematiek deel kan uitmaken van het overleg aangaande de Model-Woonruimteverordening.

VI. ALGEMENE EVALUATIE EN AFSTEMMING VAN VOORZIENINGEN

1. Algemene evaluatie

In het bejaardenbeleid in zijn totaliteit valt, met betrekking tot de centrale doelstellingen en beleidsthema's, een verschuiving in prioriteiten waar te nemen. Ging in de nota Bejaardenbeleid 1970 de aandacht vooral uit naar de uitbreiding van bestaande voorzieningen vooral ten aanzien van huisvesting en maatschappelijke dienstverlening en concentreerde de nota Bejaardenbeleid 1975 zich op het versterken van de voorwaarden voor een zelfstandige woon- en leefwijze van bejaarden als gelijkberechtigten aan het maatschappelijk verkeer, de nota Bouwstenen voor een Ouderenbeleid spitst zich toe op de financiële consequenties per beleidssector en per voorziening van het absoluut en relatief snel toenemende aantal ouderen.

C. BELEIDSVARIANTEN

ALGEMENE INLEIDING

Op basis van de in het hieraan voorafgaande hoofdstuk beschreven evaluatie op enige relevante onderdelen van het gevoerde bejaardenbeleid volgt in dit laatste hoofdstuk een overzicht van door de werkgroep Heroverweging bejaardenbeleid ontwikkelde beleidsvarianten, die resulteren in besparingen ten opzichte van de door het Ministerie van Financiën geacordeerde meerjarenramingen 1986, waaronder de ingevolge de taakopdracht verplichte – 20%-variant. De werkgroep heeft echter gemeend er goed aan te doen deze meer technische exercitie van bezuinigingsvarianten vooraf te laten gaan door een meer algemene inleiding, waarin opgenomen enige opmerkingen en kanttekeningen bij de opgestelde varianten.

1. Op de eerste plaats acht de werkgroep het gewenst te wijzen op de positie van de bevolkingsgroep bejaarden in onze samenleving, welke in het algemeen gekenmerkt wordt door een relatief grote kwetsbaarheid c.q. een duidelijke achterstandsituatie met betrekking tot financiële mogelijkheden, gezondheidstoestand, woonomstandigheden en participatie in het sociaal-culturele gebeuren.

Voor wat betreft het bewonersbestand van intramurale voorzieningen als verpleeghuizen en bejaardenoord kan aan deze beschrijving in essentiële kenmerken de hoge gemiddelde leeftijd en de stijgende graad van verzorgingsbehoefendheid worden toegevoegd. De bescherming van de belangen van de bejaarden en het in de onderhavige sector werkende personeelsbestand luistert bijzonder nauw. Een heroverweging bejaardenbeleid zal daarom met de nodige zorgvuldigheid dienen te worden bezien.

2. Naar aanleiding van de in de werkgroep gevoerde discussie met betrekking tot de vraag met welke voorzieningen moet worden begonnen in de ontwikkeling van bezuinigingsvarianten is besloten het regeringsstandpunt inzake het zo lang mogelijk zelfstandig blijven functioneren van de bejaarde als uitgangspunt te nemen. Derhalve zijn de varianten vrijwel uitsluitend ontwikkeld bij de intramurale voorzieningen en is daarbij uitgegaan van een dan noodzakelijke versterking van de extramurale zorg.

Als argumenten, die aan deze keuze ten grondslag liggen, kunnen o.a. worden genoemd¹:

– Het feit dat veel ouderen de wens te kennen geven zo lang mogelijk zelfstandig te blijven. Opname in een bejaardenoord lijkt nogal eens te worden gekozen als een oplossing bij gebrek aan beter.

– Intramurale zorg wordt verondersteld duurder te zijn dan extramurale hulp. In een tijd waarin beheersing van kosten veel aandacht krijgt ligt afremming van intramurale hulp ten gunste van extramurale hulp voor de hand.

– Om redenen van handhaving van de zelfstandigheid en om redenen van financiële aard heeft de overheid meermalen uitgesproken dat overheveling van intramurale naar extramurale voorzieningen wenselijk moet worden geacht.

3. Reeds in de inleiding voorafgaande aan hoofdstuk A, beschrijving van het beleid, en op diverse plaatsen in de evaluatie van het gevoerde beleid is gewezen op het belang te weten hoe de vergrijzing van de bevolking zal doorwerken in de vraag naar dienstverlening.

Het gebruik van zorgvoorzieningen blijkt met de leeftijd in het algemeen sterk toe te nemen. De conclusie uit de nu bekende feiten kan dan ook niet anders luiden dan dat handhaving van het huidige zorg- en voorzieningenniveau gezien de vergrijzing zal leiden tot een opwaartse druk op het voorzieningengebruik.

¹ S.C.P.-cahier: «Zorgen voor later».

aanzien van de praktische uitvoerbaarheid, worden in bijlage 4 bij dit rapport nader beschreven.

Met betrekking tot het onderwerp substitutie, dat bij de in dit hoofdstuk C uitgewerkte capaciteitsreductievarianten inzake bejaardenoorden en verpleeghuizen concreet aan de orde komt, volgen hier nog enkele meer algemene opmerkingen.

- Substitutie waarbij wordt beoogd een zelfde aantal personen door middel van verschuivingen in de zorg hulp te blijven bieden, impliceert niet alleen het verleggen van geldstromen, doch vooral ook het veranderen van beleidsintenties.

- Een knelpunt bij de substitutie wordt gevormd door het ontbreken van zodanige criteria dat hulpvormen elkaar uitsluiten en dat duidelijk wordt welke voorziening aan welke hulpvraag beantwoordt.

- De huidige wetgeving met betrekking tot de diverse vormen van dienstbetoon aan bejaarden vormt in het geheel een duidelijke belemmering voor de substitutie van voorzieningen.

- De werkgroep wijst ook met nadruk op de noodzaak van stimulering van het vrijwilligerswerk en de overige zorg in de informele sfeer.

In de bij dit rapport opgenomen bijlage 3 is de rol van de informele hulp in de zorg voor ouderen verder beschreven.

6. Aangaande de in dit hoofdstuk op te nemen varianten heeft werkgroep besloten tot de volgende systematiek.

De ontwikkelde varianten hebben betrekking op het totaal van de uitgaven voor huisvesting en verzorging aan bejaarden. De som van de geaccordeerde bedragen aangaande de heroverwogen beleidsterreinen is dus als uitgangspunt genomen.

Vervolgens zijn alle aan de orde zijnde gekwantificeerde varianten per beleidssector (bejaardenoorden en verpleeghuizen) uitgedrukt in een percentage van genoemd totaalbedrag. Tevens is in het geheel een rangschikking aangebracht, een hiërarchie van varianten van realistisch en haalbaar tot en met zogenaamde kreunvarianten, waarbij capaciteitsbeperking in het geding is en waarvan besloten is dit als sluitstuk van de verplichte –20%-variant op te nemen.

Inzake deze laatste variant kan gesteld worden dat een 20%-besparing in de sector van de zorg aan bejaarden vrijwel onmogelijk moet worden geacht. Slechts rigoureuze vermindering van huisvesting en dienstverlening tot op een onverantwoord niveau zou in dit kader een oplossing kunnen bieden, waarbij echter de capaciteitsvermindering tevens gepaard zou gaan met grote kapitaalvernietiging van gebouwen en een aanzienlijke vermindering van de werkgelegenheid.

Verpleeghuizen e.d.:

Zie de bijlagen.

Gezinsverzorging:

In de eerste raming wordt aangenomen dat in 1986 (zonder loon- en prijsstijgingen) hetzelfde bedrag als vermeld in de jongste Miljoenennota zal worden uitgegeven. Aan bejaarden wordt hiervan 50% toegerekend; het uiteindelijke bedrag (650) is in guldens 1982 uitgedrukt.

Raming III is de leeftijdsspecifieke herberekening van dit bedrag.

Kruiswerk:

Dit cijfer is in alle ramingen gelijk. Een leeftijd- en geslachtsspecifieke herberekening werd niet op raming I toegepast, omdat deze al in het bedrag uit het FOG is begrepen.

Voor een verdere uiteenzetting van de uitgangspunten wordt verwezen naar de bijlagen.

Huisvesting bejaarden:

Uitgegaan wordt van een subsidie van f 2000 per bejaardenwoning (1986: 5000 bejaardenwoningen), en een gemiddelde bijdrage van f 2800 aan verhuis- en herinrichtingskosten (1986: 13 000 gevallen). De bedragen zijn in guldens 1982.

Raming III geeft de demografische herberekening.

Tabel 2. Uitgaven van de rijksoverheid c.q. van sociale verzekeringen ten behoeve van de verzorging en huisvesting van bejaarden in 1986: IJkpunt '86 (geaccordeerde raming)

	Netto-uitgaven; guldens 1982; x f 1 mln.	
	I	Bijzonderheden
	IJkpunt '86 (geaccordeerde raming)	
Bejaardenoorden	2530	bijstand
	12	VHRO-subsidie
Verpleeghuizen en niet-erkende tehuizen (incl. dagbehandeling)	2952	
Gezinsverzorging	650	
Kruiswerk	222	
Huisvesting bejaarden	10	subsidie bej. woningen
	36	verhuis- en herinrichtingskosten
Totaal	6412	
20% bezuiniging =	1282	

Het aantal verzorgingsbedden, voor de renovatie c.q. vervangende nieuwbouw waarvan verklaringen van geen bezwaar zijn afgegeven, vertoont een sterke stijging, van ruim 3000 in 1979 en 1980 tot omstreeks 10 000 in 1981 en 1982. In verband met de gemiddelde tijdsduur van drie jaar tussen de afgifte van een verklaring van geen bezwaar en de realisatie ervan zullen de financiële consequenties van de renovatiegolf eerst zichtbaar worden in de extra stijging van de exploitatielasten bejaardenoorden, en daarmee van de bijstandsuitgaven, in de komende periode.

In verband met de discrepantie tussen de vooronderstellingen, die aan de geaccordeerde ramingen ten grondslag liggen, en de feitelijke ontwikkelingen is een tweede raming ontwikkeld (zie bijlage 2) van de bij ongewijzigd besluit te verwachten kosten indirecte financiering bejaardenoorden. Uitgedrukt in guldens 1982 komt deze neer op f 2746 mln. in 1986.

Voor de goede orde dienen hierbij nog twee kanttekeningen te worden geplaatst:

1. De wenselijkheid van bijstelling van de ramingen is gelegen in ontwikkelingen, die autonoom plaatsvinden, omdat het huidige wettelijke instrumentarium, de Wet op de bejaardenoorden, geen basis biedt voor capaciteitsreductie, c.q. vermindering aantal opnamen, en evenmin voor het weigeren van verklaringen van geen bezwaar voor renovaties om financiële redenen.

2. Indien de op het officiële ijkpunt bejaardenoorden (mede) gebaseerde bezuinigingsvariant taakstellend zou worden, zal boven op die variant nog een bedrag van f 216 mln., zijnde het verschil tussen de officiële en de reële raming, extra moeten worden bezuinigd.

II. Onderwerpen bezuinigingsvarianten

De volgende onderwerpen zijn in het navolgende object van berekening van bezuinigingsmogelijkheden:

- renovaties
- personeelsformatie
- brandverzekering
- capaciteit in relatie tot indicatiesysteem.

Met betrekking tot deze onderwerpen zal, waar opportuun, worden aangegeven wat de consequenties zijn op de punten:

- uitvoerbaarheid op korte termijn, inclusief noodzakelijke aanpassingen wetgeving;
- eventuele aantasting essentie verzorging, verpleging of huisvesting;
- gevolgen voor de werkgelegenheid;
- gevolgen voor de kapitaalmarkt
- substitutiekosten.

III. Renovaties

Het aantal verzorgingsplaatsen waarvoor verklaringen van geen bezwaar zijn afgegeven (merendeels renovaties/vervangende nieuwbouw) bedroeg in

1979	-	3315
1980	-	3916
1981	-	9003
1982	-	2523 (1ste kwartaal)

Na het afgeven van een verklaring van geen bezwaar duurt het veelal een aantal jaren alvorens met (ver)bouw wordt begonnen. De stijgende tendens die in de aantallen afgegeven verklaringen van geen bezwaar is waar te nemen, zal zich daardoor met vertraging vertonen in de cijfers over gereedgekomen verzorgingstehuizen.

De stichtingskosten (inclusief inrichtingskosten) per bed bedragen maximaal f 100 000 en gemiddeld in de praktijk f 80 000. Totale investeringskosten: bijna f 3 mld. (36 000 x 80 000). Dit leidt tot een stijging van de exploitatielasten van f 300 mln. per jaar.

Aangezien in 1980 de renovatie c.q. vervangende nieuwbouw van ruim 2400 bedden in het stijgingspercentage van 8,5% exploitatielasten begrepen was (zie hiervoor) en dit percentage ten grondslag ligt aan de raming Miljoenennota 1982 die als formeel ijkpunt voor de berekening van de bezuinigingsvarianten dient, wordt daarin uitgegaan van in de periode 1983 tot en met 1986 jaarlijkse renovaties van 2400 bedden, dit is een totaal van 9200 bedden tot en met 1986.

In de hiernavolgende berekening bezuinigingsmogelijkheden bejaardenoorden wordt uitgegaan van een absolute renovatiestop met ingang van 1 januari 1983, waardoor de in de officiële raming voorziene renovatie van 9200 bedden als besparing wordt opgevoerd, inclusief de besparing op de objectsubsidie VHRO.

Bij deze voorgestelde renovatiestop moeten de volgende kanttekeningen worden geplaatst.

1. Een renovatiestop zal niet-kwantificeerbare gevolgen hebben voor de bouwmarkt: verlies werkgelegenheid.
2. Een renovatiestop zal gunstige gevolgen hebben voor de kapitaalmarkt: omstreeks f 1 mld. minder leningen in de officiële bezuinigingsvariant, feitelijk f 1 mld. minder leningen.

Een en ander zal de rentestand gunstig kunnen beïnvloeden.

IV. Personeelsformatie

Het in 1980 geïntroduceerde personeelsformatiemodel voor de bejaardenoorden heeft nog een experimentele status, in afwachting van de verstrekking van evaluatiegegevens door het Interprovinciaal Overleg Maatschappelijk Welzijn en de tehuizenorganisaties. Beoordelingen van de mogelijkheden tot bijstelling van de normen van het model, die niet gepaard gaan met aantasting van de essentie van de verzorging, zijn nog niet op formeel aangereikte ervaringsgegevens te baseren.

Met betrekking tot twee onderdelen van het personeelsformatiesysteem: de basiszorg en het schoonhouden van de wooneenheden van bejaarden, kan gesteld worden dat een geringe correctie naar beneden van de normen voor de berekening van de personeelssterkte mogelijk is. Ten aanzien van de basiszorg (zes minuten per bejaarde per dag) is het mogelijk tot een norm van 5,5 minuut te komen, omdat niet alle elementen van die zorg: verstrekken broodmaaltijden, serveren koffie en thee, uitzetten medicijnen en onderhouden algemene sociale contacten, voor iedere bewoner nodig zijn, terwijl de berekening over alle bewoners plaatsvindt. Voor bepaalde onderdelen van de basiszorg kan men tevens de vraag stellen of zij voor althans een deel van de bejaarden niet leiden tot verzorging.

Voor wat betreft de normen voor het schoonhouden wooneenheden bejaarden (normen: 60 minuten per week voor éénpersoonseenheden, 90 minuten voor tweepersoonseenheden) geldt dat deze zijn vastgesteld op basis van de gemiddelden van feitelijk gemeten tijden in bejaardenoorden en op basis van normen schoonmaakdiensten. In tehuizen met een efficiënte organisatie blijkt men met lagere normen te kunnen werken, vandaar dat een verlaging van de normen met vijf minuten per week niet tot aantasting van de kwaliteit van het werk lijkt te hoeven leiden.

In de bezuinigingsvariant is uitgegaan van vorengenoemde bijstellingen. Hierbij dienen nog de volgende kanttekeningen te worden geplaatst:

1. Tegenover de constatering dat sommige normen van het formatiemodel verscherpt kunnen worden staat de correctie dat op andere punten tot verruiming zal moeten worden gekomen:

2. In het kader van de bezuinigingsvariant moet de mogelijkheid van aanpassing van het indicatiesysteem bezien worden. Bij realisatie van de capaciteitsreductie zullen lage urgentieclassen van het Besluit opnemings in bejaardenoorden moeten vervallen. Het zal daarbij met name moeten gaan om de urgentieklasse I, het geven van een positieve indicatie op grond van bijzondere individuele omstandigheden (art. lid 2) en de klassen III en V, waarbij sprake is van huishoudelijke hulpbehoefte sec (resp. wel en geen hulp aanwezig).

De urgentiecategorie I fungeert in de praktijk als een soort grote vergaarbak van allerlei zinnige maar ook onzinnige redenen voor een positieve indicatie. Bij voorbeeld het bestempelen van «hoge leeftijd» als indicatie voor opname in een bejaardenoord, waarbij op het standaardformulier echter nergens huishoudelijke, geestelijke of sociale invaliditeit voldoende tot uitdrukking komt.

Zoals onderstaande tabel duidelijk maakt, vormen de genoemde categorieën I, III en V een totaal van 46,9% van het totaal aantal afgegeven positieve indicaties.

Tabel. Verdeling positieve indicaties naar urgentiecategorie

Urgentie-categorie	Omschrijving	Absoluut	In % aantal positieve indicaties
I	— Bijzondere individuele omstandigheden	3 348	10,2
II	— Huish. hulpbehoefte in combinatie met psycho-sociale factoren, hulp aanwezig	4 235	12,9
III	— Huis. hulpbehoefte sec; hulp aanwezig	6 383	19,4
IV	— zie categorie II; geen hulp aanwezig	2 763	8,4
V	— zie categorie III; geen hulp aanwezig	5 698	17,3
VI	— ADL-hulpbehoefte of zeer slecht gezichtsvermogen	10 167	30,9
VII	— Afkomstig uit opgeheven bejaardenoord	294	0,9
		32 886	100%

Bron: Statistisch Cahier 24; Min. van CRM; 1 januari 1980 — 13 december 1980

Men mag niet zonder meer concluderen dat de genoemde 46,9% nu positief geïndiceerden bij eventuele herindicatie aan de hand van een gewijzigd en aangescherpt indicatiesysteem in zijn totaliteit negatief geïndiceerd zal worden. Derhalve kan worden voorgesteld rekening te houden met een reductie van het aantal positieve indicaties met 40%. Het aantal op 1 januari 1986 benodigde aantal bedden in bejaardenoorden zal dan 116 160 moeten bedragen, dit is 7000 meer dan in de bezuinigingsvariant bejaardenoorden wordt voorzien. Dat impliceert dat dan alsnog, zij het aanvaardbare, wachtlijsten ontstaan. Hierbij zij aangetekend dat het natuurlijk verloop in de bejaardenoorden gemiddeld vijf à zes jaar bedraagt, zodat met ingang van 1986 het beddenaantal nog méér dan deze 116 160 zal moeten bedragen.

3. Het spreekt vanzelf dat capaciteitsreductie bejaardenoorden, inclusief aanscherping indicatienormen, in sterke mate zal doorwerken in een verhoogde vraag naar andere bejaardenvoorzieningen, met name de instellingen voor gezinsverzorging.

VII. Samenvatting en berekening bezuinigingsvarianten bejaardenoorden

Volgens de geaccordeerde raming zijn de uitgaven van de rijksoverheid voor bejaardenoorden in 1986 (in guldens 1982) 2530 mln. aan bijstand 12 mln. aan VHRO-subsidie 2542 mln. totaal.

Dit bedrag ligt aanzienlijk onder dat van de (onofficiële) realistische raming II ten bedrage van, in totaal f 2792 mln. Het verschil tussen deze twee ramingen wordt voornamelijk veroorzaakt door het feit dat in de geaccordeerde raming uitgegaan wordt van:

- een te gering aantal verzorgden (121 500 in 1986 i.p.v. 144 000);
- te weinig renovaties/nieuwbouw.

Bezuinigen op grond van de geaccordeerde raming betekent daardoor in feite dat vóórdat enige bezuiniging wordt toegepast in het kader van de heroverwegingsoperatie, reeds aan uitgaven – en capaciteit – door de sector bejaardenoorden is ingeleverd. Een dergelijke bezuiniging wordt ten onrechte niet als bezuiniging in het kader van de heroverwegingsoperatie aangemerkt.

Er bestaan een aantal realiseerbare bezuinigingsmaatregelen:

1. Een volledige stop met ingang van 1 januari 1983 van alle renovaties/(vervangende)nieuwbouw/bouw op grond van generieke VGB's of VGB's vanwege (wijziging in) brandveiligheidsvoorschriften.

In de geaccordeerde raming is een klein deel van de te verwachten renovatie etc. verdisconteerd. Op grond van gegevens uit het verleden wordt er hier van uitgegaan dat in de geaccordeerde raming de renovatie etc. van 2400 bedden per jaar werd verdisconteerd.

De investeringsbedragen vanwege generieke VGB's etc. worden gesteld op 15% van het investeringsbedrag vanwege renovatie/(vervangende) nieuwbouw.

Een volledige bouwstop per 1 januari 1983 zou de exploitatielasten in 1986 met f 171 mln. (guldens 1982) doen dalen (vooronderstellingen: zie toelichting bij de meerjarenreeksen). Voor de uitgaven van de rijksoverheid in 1986 betekent dit een vermindering met (guldens 1982):

134 mln. aan bijstand
12 mln. aan VHRO-subsidie

146 mln. totaal

Dit komt overeen met 2,3% van de totale uitgaven van de rijksoverheid c.q. sociale verzekeringen in 1986 ten behoeve van de verzorging en huisvesting van bejaarden.

2. Een vermindering van de normen voor de wekelijkse schoonmaakbeurt van de kamers van de bewoners met 1/12 en een vermindering van de norm voor de basiszorg per bewoner met eveneens 1/12.

De verlaging van de norm voor de wekelijkse schoonmaakbeurt brengt een vermindering van het aantal personeelsleden voor dit soort werk met zich mee van: 296 (op fulltime-basis gerekend).

De verlaging van de norm voor de basiszorg doet het aantal personeelsleden voor dit soort werk dalen met: 217 (fulltime-basis).

Hierbij wordt uitgegaan van (in 1986) 121 500 verzorgden. De bruto-loonkosten worden gesteld op f 35 000 resp. f 40 000 per jaar. Door de vermindering van de normen wordt in 1986 een bedrag van f 19 mln. (guldens 1982) aan exploitatielasten bespaard. De uitgaven van de rijksoverheid dalen daardoor met f 15 mln. in 1986 (bijstand: guldens 1982). Dit komt overeen met 0,2% van de totale uitgaven van de rijksoverheid c.q. sociale verzekeringen (in 1986) ten behoeve van de verzorging en huisvesting van bejaarden.

3. Opzeggen van de brandverzekeringen van bejaardenoorden en het in plaats daarvan ten laste van de rijksbegroting laten komen van eventuele brandschade.

– Verpleeghuizen zijn net als de wijkverpleging algemene voorzieningen, waarvan door de groep bejaarden wel voor een groot deel van de aanwezige capaciteit gebruik wordt gemaakt, doch ze maken onderdeel uit van het sociale-zekerheidsstelsel, waarop iedere Nederlander een recht kan doen gelden.

– De verschillende hierna voorgestelde maatregelen hebben nadelige gevolgen voor de werkgelegenheid, omdat personeelsintensivering uitblijft (punten 2 en 3) of de personeelsbezetting terugloopt in geval van capaciteitsreductie (punt 6).

2. Stopzetten personeelsintensivering van 3% per jaar per bezet bed, ingaande 1983

De hieruit resulterende besparing in 1986 is f 406 mln.

Toelichting berekening:

– Bij ongewijzigd beleid ten opzichte van 1982 12,6% meer personeel in verpleeghuizen 1986.

– Personeelskosten vormen 70% van de exploitatiekosten.

Kanttekeningen

– Stopzetten van de personeelsintensivering heeft tot gevolg dat juist ontwikkelingen, die tot doel hebben het leefklimaat in verpleeghuizen te bevorderen, belemmerd worden. Met name de gedachte dat het verpleeghuis een woonfunctie heeft komt de laatste tijd tot uitdrukking in de meer personeel vergende teamverpleging en in verschillende activiteiten die gericht zijn om de restcapaciteit van de bewoners optimaal te benutten (bij voorbeeld eettafelprojecten in een veertigtal verpleeghuizen).

– Bestaande of nieuwe knelpunten in de personeelsbezetting kunnen niet meer worden opgevangen. Tevens kan gewezen worden op het ontstaan van eventuele fricties, bij voorbeeld wat betreft de bezetting met verpleegkundigen en de gevolgen van deze maatregel voor de werkgelegenheid in de verpleeghuissector.

3. Tegengaan autonome toename functies en verrichtingen en verruiming exploitatierichtlijnen

Besparing in 1986: P.M.

N.B. De toename van de kosten in 1982 van de verpleeghuizen is in 1982 voor de bovengenoemde kostenposten op f 66 mln. geraamd. De besparing in 1986 is hier P.M. opgevoerd vanwege de overlap die met punt 2 bestaat wat betreft een groot deel van de personeelskosten.

4. Eigen bijdrage – profijtbeginsel

De eigen bijdrage is bij de beschrijving van het beleid in onderdeel A reeds opgevoerd, voor zover het betreft het in de adviesaanvraag voor de Ziekenfondsraad vervatte voorstel om rekening te houden met het gehele inkomen. In het concept-advies inzake wijziging van het eigen-bijdragebesluit dat door een commissie van de Ziekenfondsraad is voorbereid wordt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voorgesteld, waarbij het vermogen echter buiten beschouwing blijft, gezien de strijdigheid van dit laatste met de verzekeringsgedachte.

Daarnaast is het denkbaar om na te gaan of de bijdragevrije periode van 6 maanden verkort kan worden, bij voorbeeld tot 2 of 3 maanden. Dat zou een extra besparing opleveren. Deze extra besparing kan voor het jaar 1986 voorlopig geschat worden op f 132 mln. wat betreft het aandeel van de bejaarden.

6. Beperking beddenscapaciteit verpleeghuizen

Zoals in de inleidende paragraaf gezegd, wordt de capaciteitsbeperking hier opgenomen als het sluitstuk om te geraken tot een –20% variant. Capaciteitsbeperking houdt in een wijziging van de vigerende normen voor wat betreft somatische en psycho-geriatrische verpleegtehuizen.

Situatie m.b.t. somatische verpleeghuizen

De indruk bestaat dat we, zeker op dit moment, min of meer het verzadigingspunt hebben bereikt als het gaat om de bouw van verpleeghuizen voor somatisch zieken. Strikt cijfermatig beredeneerd zou zelfs gesteld kunnen worden dat er thans meer bedden voor somatisch zieken aanwezig zijn dan voor de huidige bevolking en volgens de huidige normen beschikbaar zouden mogen zijn. Echter hoewel er regio's zijn waar sprake is van een beperkt overschot – naast regio's waar thans nog tekorten zijn – is nergens sprake van leegstand.

Situatie m.b.t. psycho-geriatrische verpleeghuizen

Ten aanzien van psycho-geriatrische verpleeghuizen geldt een geheel ander beeld. Geenszins blijkt dat op dit gebied het verzadigingspunt is bereikt. Integendeel. Zelfs in regio's waar het aantal bedden dat op grond van de bevolkingsprognoses voor 1990 beschikbaar mag worden gesteld, al is gerealiseerd, blijken wachtlijsten te bestaan.

Vanuit diverse regio's, bij voorbeeld Groningen, Friesland, het gebied rond Deventer, Twente, hebben het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in de afgelopen jaren verzoeken bereikt om de geldende norm voor psycho-geriatrische verpleeghuizen te verhogen tot op een niveau van rond de 1,8 à 2% van de bevolking ouder dan 65 jaar.

Op 30 maart 1978 heeft de toenmalige Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan het College voor ziekenhuisvoorzieningen gevraagd advies uit te brengen over een mogelijke tussentijdse verhoging van de 1,25%-norm voor psycho-geriatrische verpleeghuizen. Een door het College voor ziekenhuisvoorzieningen daartoe ingestelde commissie van deskundigen kwam tot de conclusie, dat: «men met aanpassing van de huidige norm naar 1,5% bepaald niet te hoog lijkt te zitten». De indruk bestaat, aldus deze commissie, dat de norm van 1,5% zelfs wel wat hoger zou moeten zijn. Voor de grote steden zou de norm zelfs moeten worden gebracht op 1,8%. Het College voor ziekenhuisvoorzieningen heeft daarop aan de Staatssecretaris gerapporteerd, ondanks de bevindingen neergelegd in het rapport van genoemde commissie en gezien het thans nog bestaande grote beddentekort, niet tot normverhoging te moeten adviseren. Een goed zicht zou eerst kunnen worden verkregen in deze problematiek zodra de bestaande achterstanden zouden zijn ingelopen. Niet ontkend werd evenwel dat de becijferingen van de commissie juist waren.

De vermindering van de beddenscapaciteit in algemene ziekenhuizen in relatie tot de verpleeghuizen

Zoals bekend mag worden verondersteld, dient het aantal ziekenhuisbedden drastisch te worden ingekrompen. Vorig jaar is een operatie afgerond om het aantal, toch niet in gebruik zijnde bedden, uit de erkenning te schrappen. Voor dit jaar staat een veel structurelere operatie op stapel. In het kader van die operatie zullen zo rond de 8000 ziekenhuisbedden moeten verdwijnen. Dat zal niet binnen enkele jaren zijn geëffectueerd, maar de gevolgen voor het verpleeghuiswezen lijken ons zeer nadrukkelijk aanwezig.

In het kader van de maatregelen van 1981, gericht op de vermindering van het aantal bedden, is tevens afgesproken dat de ziekenhuizen in de

b. Verlaging van de norm voor somatische verpleeghuizen

Om te geraken tot de verplichte -20% variant aangaande de totale kosten voor huisvesting en verzorging in 1986 dient door verlaging van bovengenoemde norm nog f93 mln. bezuinigd te worden. Uitgaande van de totale exploitatiekosten voor verpleeghuizen in 1986 betekent dit een verlaging van de norm voor somatische verpleeghuizen van 1,2 naar $\pm 1,12$ per 100 bejaarden, of wel ruim 1300 bedden.

Om een verlaging van de norm voor somatische verpleeghuizen te realiseren zal sluiting van een aantal tehuizen onontkoombaar zijn. Naast het gegeven dat sluiting van bestaande tehuizen een moeizaam proces is, dat op veel weerstanden stuit, heeft sluiting een aantal effecten die in mindering gebracht dienen te worden op de berekende bruto-besparingen. Te noemen zijn met name kapitaalvernietiging en werkloosheid. Tevens geldt ook hier weer het substitutie-effect.

Voor de patiënten zal een vermindering van de capaciteit leiden tot een verdere vergroting van wachtlijsten, onzekerheid over plaatsing en verblijf in de thuissituatie ook als daar niet meer op verantwoorde wijze hulp geboden kan worden door extramurale voorzieningen. Schrijnende leefsituaties kunnen het gevolg zijn.

NB. Gegeven het feit dat verondersteld wordt, dat ongeveer een kwart van de patiënten in somatische verpleeghuizen in werkelijkheid psycho-geriatrie patiënten zijn, zou een verlaging van de norm voor somatische verpleeghuizen met een gelijktijdige overheveling van de nu voor somatische patiënten beschikbare bedden naar de psycho-geriatrie sector de voorgenomen uitbreiding van het aantal psycho-geriatrie plaatsen, nodig om volledig aan de norm te komen, overbodig maken.

c. Substitutie

Bij de bezuinigingsvarianten voor de verpleeghuizen, die betrekking hebben op capaciteitsreductie, is bij de daaruit voortvloeiende besparingen nog geen rekening gehouden met het feit dat de bejaarden, die anders deze verpleeghuisbedden zouden bezetten in ruime mate thuisverzorging nodig zullen hebben. De vraag naar gezinsverzorging zal bij voorbeeld sterk toenemen alsmede de behoefte aan hulp vanuit de wijkverpleging.

Als uitgangspunt van deze substitutie bij de capaciteitsbepalende varianten kunnen worden weggenomen:

- 20 uur per week gezinsverzorging, waarbij in het licht van het zwaar verzorgingsbehoevend zijn niet kan worden volstaan met alfa-hulp;
- een uurprijs voor traditionele gezinsverzorging van f 17, waarin de eigen bijdrage is verrekend;
- 200 contacten à f 40 per jaar met de wijkverpleging.

De bij punten a en b genoemde maatregelen zullen derhalve in de substitutiesfeer ongeveer een bedrag van \pm f 100 mln. voor extramurale hulp vergen, waardoor de capaciteitsreductie in de realiteit groter zal dienen te zijn.

Slotopmerkingen

Op dit moment is er, uitgaande van de vigerende normen voor 1990 als planningsjaar, een tekort van 6000 à 6500 bedden. De bedoeling is dat deze gefaseerd gebouwd gaan worden. Voor een groot deel zijn voor de bouw hiervan (4000) reeds toestemmingen verleend. In de planning zit dus nu nog ruimte voor toestemmingen tot een capaciteit van 2000 bedden. Het totaal van de met genoemde 6000 bedden geraamde kosten bedraagt f835 mln. Voorgesteld zou kunnen worden de 2000 bedden die nog in de planning zitten niet te realiseren, te meer daar het hier om de bouw op

2. Berekening van de «totale omzet» van de bejaardenoorden² (x f 1 mln.)

1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
(2093)	(2464)	2702	2941	3077	3309	3599

3. Bijstandsuitgaven ten laste van het Rijk (exclusief gemeentelijk aandeel); x f 1 mln.

1977	1978	1979	1980	1981
1322	1437	1562	1720	1937 (vermoedelijk beloop)

De opgaven over 1982 betreffen voorlopige cijfers (op basis van 641 oorden).

¹ Uitsluitend voor de bejaardenoorden die een tariefsverhoging hebben aangevraagd, op basis van de (door het college van gedeputeerde staten) aanvaarde begroting volgens de opgave in het enquêtejaar zelf.

² Met inbegrip van de niet-aanvragers (bedragen afgerond); de jaren 1975 en 1976 op grond van het aantal bedden maal tarief Rekening maal het bezettingspercentage (98,6 resp. 98,9).

Bron: — Met uitzondering van 2.b.3 (bijstandsuitgaven): «Financiële Registratie Bejaardenoorden», Stafafdeling Statistiek CRM, 11-6-'82
— Voor 2.b.3: Miljoenennota 1982 en 1981.

3. Verpleeghuizen

a. Capaciteitsgegevens

In onderstaande tabel is over de periode 1973 tot en met 1980 de ontwikkeling van het aantal verpleeghuisbedden voor somatisch zieken weergegeven. Tevens wordt vermeld de voor die jaren toegestane capaciteit op basis van de beleidsnormen.

Tabel. Somatisch zieken

	Totaal aantal verpleeghuisbedden erkend			
	s.z.	toegestaan 1,2% + 0,35 ‰	verschil (overschot)	bouwtempo
1973	24 179	21 465	+ 2714	1613
1974	25 792	21 875	+ 3917	1106
1975	26 898	22 320	+ 4578	- 46
1976	26 852	22 717	+ 4135	343
1977	27 195	23 036	+ 4159	-190
1978	27 005	23 487	+ 3518	182
1979	27 187	23 903	+ 3284	200
1980	27 387	24 316	+ 3071	
1990 t.o.v. 1980		27 260	+ 27	
1995 t.o.v. 1980		28 335	- 948	

Bron: VAR, NZI

Loonkosten in de verpleeghuizen 1975–1980 (mln. gld.)

Jaar	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Loonkosten	1079	1281	1430	1613	1769	1948

Gegevens betreffende verpleeginrichtingen en niet-erkende tehuizen te zamen

Jaar	Capaciteit (bedden)	Kosten mln. gld.	% toe te rekenen aan bejaarden	Kosten toe te rekenen aan bejaarden mln. gld.	Door bejaarden betaalde eigen bijdrage mln. gld.	Netto-kosten AWBZ mln. gld.
1970	24 000	424	80,75	342	45	297
1975	46 000	1742	84,0	1464	146	1318
1980	49 690	2865	87,85	2517	289	2228
1981	49 389	3035	88,5	2685	302	2383
1982	49 264	3285	89,0	2925	321	2604
1983	49 381	3630	89,5	3250	342	2908
1984	49 555	4010	90,0	3610	369	3241
1985	49 786	4435	90,0	3990	398	3592

4. Gezinsverzorging

a. Capaciteitsgegevens

Gelet op de hieronderstaande cijfermatige gegevens blijkt de hulpverlening aan bejaarden als onderdeel van het geheel van activiteiten binnen de gezinsverzorging een belangrijke plaats in te nemen.

In de jaren 1975, 1977 en 1979 werden de volgende uren verbruikt.

Tabel

	Gezinsverzorging totaal (uur)	Thuiswonende bejaarden (uur)	Hulp aan bejaarden (%)
1975	66 986 621	28 311 769	42
1977	71 246 411	31 013 839	44
1979	64 615 754	30 122 182	47

Bron: Min. van CRM; alle uurtotalen zijn exclusief alpha-uren en GSD-uren omdat deze nooit in de telling zijn opgenomen.

Tabel. Aantal hulpverleningsuren (inclusief improductieve uren) ten behoeve van thuiswonende bejaarden per provincie

Provincie	1975	1977	1979
Groningen	1 552 008	1 637 807	1 437 204
Friesland	1 516 072	1 564 666	1 421 648
Drenthe	1 278 677	1 282 338	1 125 919
Overijssel	2 042 696	2 215 434	2 196 502
Gelderland	3 196 485	3 580 571	3 359 299
Utrecht	1 505 898	1 747 590	1 911 781
Noord-Holland	4 316 045	4 725 145	4 772 912
Zuid-Holland	7 144 170	7 947 683	7 784 303
Zeeland	925 742	1 100 943	972 513
Noord-Brabant	3 446 956	3 216 148	3 361 658
Limburg	1 645 226	1 900 236	1 816 058
Totalen	28 539 975	30 924 561	30 159 807

Begrotingspost gezinsverzorging en gezinshulp vanaf 1970

1970	f	77,4 mln.
1971	f	250,4 mln.
1972	f	312,2 mln.
1973	f	390,6 mln.
1974	f	531,8 mln.
1975	f	679 mln.
1976	f	897,9 mln.
1977	f	997,8 mln.
1978	f	1024,6 mln.
1979	f	1023 mln.
1980	f	1143,7 mln.
1981	f	1248,5 mln.
1982	f	1140,6 mln. (stand 31 januari 1982)

Op dit moment zijn de getallen met betrekking tot meerjarenramingen niet bruikbaar.

NB: Deze cijfers gelden de totale gezinsverzorging, de hulpverlening aan bejaarden beslaat ongeveer 50% van deze bedragen.

5. Kruiswerk

a. Capaciteitsgegevens

In de nota Bejaardenbeleid 1970 is reeds sprake van een jaarlijkse uitbreiding van het aantal ziekenverzorgsters in het kader van de wijkverpleging en wel als volgt:

1970	80
1971	160
1972	240
1973	320
1974	400
gerealiseerd 309 (w.v. 82 vacatures).	

Het achterblijven op de planning werd veroorzaakt door geringe animo bij ziekenverzorgsters om na hun opleiding in de wijk te gaan werken en door de opvatting dat in het algemeen slechts ziekenverzorgsters kunnen worden aangesteld bij grotere instellingen waar een hoofdwijkverpleegster aanwezig is om de gewenste leiding te geven.

Tabel. Overzicht van een aantal beroepsbeoefenaren in de extramurale gezondheidszorg 1975–1980, per 1 januari

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	verandering in % t.o.v. voorgaand jaar				
Huisartsen	4809	4937	4926	5188	5339	5468	2,7	-0,2	5,3	2,9	2,4
Tandartsen	3930	4268	4398	4630	4821	5087	8,6	3,0	5,3	4,2	5,5
Fysiotherapeuten	3000	3400	3900	4400	5000	5500	13,3	14,7	12,8	13,6	10,0
(Hoofd)wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden	4074	4191	4361	4529	4669	4857	2,9	4,1	3,9	3,1	4,0
Kraamverzorgsters, inclusief leerlingen	3380	3346	3411	3606	3800	3898	-1,0	1,9	5,7	5,4	2,6
Aantal bezette arbeidsplaatsen AGG	2547	2682	2850	3029	3243	3477	5,3	6,3	6,3	7,1	7,2

Tabel. De financiering van de extramurale gezondheidszorg 1975–1980

	1975	1976	1977	1978	1979	1980 ¹	1975	1976	1977	1978	1979	1980
	mln. gld.						%					
Totale kosten	2728	3059	3399	3744	4086	4485	100	100	100	100	100	100
waarvan gefinancierd door:												
ziekenfondsverzekeringen	1232	1384	1556	1700	1897	2126	45,2	45,2	45,7	45,5	46,4	47,4
AWBZ	121	145	161	178	193	771	4,4	4,7	4,7	4,8	4,7	17,2
overheid (Rijk, provincie, gemeente)	272	312	357	402	448	143	9,9	10,2	10,5	10,7	10,9	3,2
particulieren, incl. particuliere ziektekostenverzekeringen	1103	1218	1325	1464	1548	1445	40,5	39,9	39,1	39,0	38,0	32,2

¹ Voorlopige cijfers.

Bron: CBS.

6. Zelfstandige huisvesting voor bejaarden

a. Capaciteit

In de nota Bejaardenbeleid 1970 werd als doelstelling geformuleerd het per jaar in aanbouw nemen van 12 000 bejaardenwoningen. Dit werd aldus gerealiseerd;

1970	—	13 526 woningen
1971	—	15 055 woningen
1972	—	15 472 woningen
1973	—	14 638 woningen
1974	—	11 760 woningen

Per eind 1977 bedroeg het tekort aan bejaardenwoningen 33 000 (te weten 15 000 officiële en 18 000 geschikte bejaardenwoningen). Regionaal loopt dit tekort sterk uiteen. Wanneer er geen bejaardenwoningen meer gebouwd zouden worden en ook geen woningen geschikt voor bejaarden *extra* vrij zouden komen, loopt het tekort op tot 72 000 in 1984 en 98 000 in 1989.

Tabel. Zelfstandig wonende ouderen en ontbrekende faciliteiten in de woning

Leeftijd	% geen bad of douche	% geen centrale verwarming	% slechts toegankelijk	% (zeer) slechte onderlinge bereikbaarheid vertrekken
55–59 jaar	11	55	8	42
60–64 jaar	13	59	8	39
65–69 jaar	17	59	6	35
70–74 jaar	20	57	8	29
75–79 jaar	28	64	4	26
80 jaar en ouder	34	65	5	25
Alle 55+	17	59	7	35

Bron: Leefsituatie-onderzoek 55+ 1976 (CBS).

Tabel. De behoefte aan officiële en geschikte bejaardenwoningen per leeftijdscategorie

Leeftijdscategorie	Aantal huishoudens (x 1000)	Officiële bejaardenwoningen %	Geschikte bejaardenwoningen %	Totaal behoefte aan officiële en geschikte bej. woningen %
55-59 jaar	374	0,8	13,0	13,8
60-64 jaar	345	2,9	16,9	19,8
65-69 jaar	323	8,7	19,2	27,9
70-74 jaar	280	13,9	21,2	35,1
75-79 jaar	195	21,2	23,5	44,7
80-84 jaar	91	24,7	21,2	45,9
85+	50	15,9	21,4	37,3
	1658	9,2	18,3	27,5

Bron: Cebeon, De behoefte aan bejaardenwoningen.

b. Financiële gegevens

Alhoewel voor de huisvesting van bejaarden de toepassing van de algemeen geldende subsidieregeling vooropstaat, zijn nochtans enige specifieke subsidiemogelijkheden ten behoeve van de huisvesting voor initiatiefnemers beschikbaar.

- maximale eenmalige bijdrage van f 2000 per woning bij nieuwbouw van bejaardenwoningen.
- sinds 1 januari 1978 bestaat er een regeling, volgens welke een bijdrage ineens wordt verstrekt van f 2000 per woning in de kosten van voorzieningen, die aan een huurwoning met niet meer dan 3,5 verblijfeenheden worden getroffen ten einde de woning geschikt te maken voor de huisvesting van bejaarden. Genoemde f 2000-regeling geldt ook voor te verbeteren woningen in de particuliere sector.
- Ook voor het aanbrengen van een c.v.-installatie in bejaardenwoningen geldt een maximumbijdrage van f 2000 voor de woningwetsector en f 2500 voor de particuliere sector.
- Ten slotte is als subsidie-instrument een van rijkswege te verstrekken subsidie mogelijk in de kosten die gemeenten maken voor het geven van een tegemoetkoming in de kosten van verhuizing en herinrichting van huurders, die de leeftijd van 65 jaar hebben bereikt.

Tabel. Aantallen bejaardenwoningen waarvoor financiële steun is toegezegd

Jaar	Woningwet	Premie		Totaal
		corporaties	niet toegelaten instellingen	
1970	3637	2435	7840	13 912
1971	4183	1700	7261	13 144
1972	4641	2282	8486	15 409
1973	5274	1479	8019	14 772
1974	5381	989	5301	11 671
1975	6567	1075	3122	10 764
1976	3947	286	2376	6 609
1977	3905	145	745	4 795
1978	2645	49	1326	4 020
1979	3359	97	1307	4 763

Bron: Centrale Directie van de Volkshuisvesting.

RAMINGEN BEJAARDENOORDEN, VERPLEEGHUIZEN EN KRUISWERK

a. Berekening officiële meerjarenraming indirecte financiering bejaarden-
oorden (Miljoenennota 1982)

Bejaarden in bejaardenoorden (Realisatie 1978 t/m 1980)

	Uitgaven	Gem. aantal
1978	1 437,3	107 000
1979	1 553,7	107 300
1980	1 720,3	107 800

Uit de realisatie 1980 volgt, uitgaande van een gemiddeld tarief van f 63,30 per dag (tarief 1979 ad f 58,83 x 1076), een verhouding van de gemiddelde kosten van bijstand en het gemiddeld tarief («IFI-quote») van 0,767

$$\frac{1\,720,3 \text{ mln.}}{107\,800 \times 63,30 \times 365 \times 0,9} = 0,767$$

Herziene raming 1981 en meerjarenraming t/m 1986

Ramingsveronderstellingen:

tarief: de stijging van het tarief wordt voor de jaren 1981 t/m 1986 geraamd op 8,5% per jaar

eigen middelen: prijsstijging	6%
reële daling minima	1%
stijging eigen midd.	5% (MEV 1981)

IFI-quote 1980 t/m 1986

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Tarief	100	108,5	117,7	127,7	138,6	150,4	163,1
Eigen middelen	23,3	24,5	25,7	27,0	28,3	29,7	31,2
Bijstand	76,7	84,0	92,0	100,7	110,3	120,7	131,9
IFI-quote	0,767	0,774	0,782	0,789	0,796	0,803	0,809

Gelet op de realisatie van het gemiddeld aantal (107 800 i.p.v. de 108 200 van Van Dien) wordt de aantallenraming van Van Dien eenmalig met 400 verlaagd tot

1981	107 700 (83 250 alleenst. en 12 225 echtparen)
1982	107 400
1983	107 200
1984	107 200
1985	107 200
1986	107 200

b. *Onofficiële nevenraming kosten indirecte financiering bejaardenoorden*

Bijstand aan bejaardenoorden

Veronderstellingen voor 1982 t/m 1986

1. Tarievenverloop (tussen haakjes opgave van DMD/BSR, HPK 14-5-1982)

1981	f	68,67	(68,667)
1982	f	74,50	(72,248)
1983	f	81,15	(78,763)
1984	f	88,68	(86,164)
1985	f	97,18	(94,541)
1986	f	106,67	(103,872)

N.B. DBZ heeft voor 1982 t.o.v. 1981 een hogere tariefsstijging aangenomen en vervolgens de DMD/BSR-systematiek gevolgd voor 1983 t/m 1986.

In de tarieven zitten verwerkt:

2. algemeen prijspeilstijging '82/'86	,	+	6%
3. loonpeilstijging '82/'86		+	5%
4. bezettingsgraad '82/'86			100%
5. daling bed/functionaris '82/'86 met			0,065
6. bouwrijzenstijging '82/'86		+	6,5%
7. aantal bedden	8. aantal renovaties		
1982 143 979	1982 5200		
1983 144 000	1983 6200		
1984 144 000	1984 7200		
1985 144 000	1985 8200		
1986 144 000	1986 9200		

De veronderstellingen 2 en 3 zijn gezamenlijk door DMD en DBZ opgesteld; de veronderstellingen 4 t/m 8 zijn voor verantwoordelijkheid van DMD.

Voorts veronderstelt DBZ dat:

9. aantal personen in de bijstand	10. stijging eigen middelen
1981 117 139	— —
1982 119 215	1982 + 4%
1983 120 672	1983 + 5%
1984 122 256	1984 + 5%
1985 123 696	1985 + 5%
1986 124 992	1986 + 5%

De in 1981 verstrekte bijstand aan bejaarden in bejaardenoorden bedroeg 72,8% van de door de bijstandsccliënten betaalde tarieven. Uitgaande van de veronderstelde tariefsontwikkeling enerzijds en de stijging van eigen middelen anderzijds volgen voor 1982 en latere jaren de volgende percentages:

1982	73,9%
1983	74,9%
1984	75,8%
1985	76,9%
1986	77,8%

Bijstandsbedragen in miljoenen guldens van 1982 in

1982		
119 215 x 74,50 x 365 x 0,9 x 0,739	=	2156
af: aanpassing zak- en kleedgeld	=	— 13
		<hr/>
		2143
1983		
120 672 x 81,15 x 365 x 0,9 x 0,749	=	2409
gedefleerd (x 1.053) ⁻¹	=	2288
af: aanpassing zak- en kleedgeld	=	— 17
		<hr/>
		2271

Geen rekening is gehouden met de ombuigingsvoorstellen voor de jaren 1982 en 1983. Het aandeel van verpleeghuizen in de gepresenteerde ombuigingsbedragen is voor 1982 f 22 mln. en voor 1983 f 65 mln. die betrekking hebben op een lagere personeelsintensivering.

d. *Raming kruiswerk*

Bij de raming van het aandeel bejaarden in het kruiswerk is verondersteld dat het aandeel zoals dat in 1978 is berekend, ongewijzigd is gebleven voor latere jaren.

De berekening van het aandeel in 1978 wordt in de bijgevoegde notitie toegelicht.

	Lopende prijzen, mln. gld.				Constante prijzen 1982
	totale kosten	aandeel bejaarden	eigen bijdrage	netto- kosten	netto-kosten
1982	608	231	47	184	184
1983	678	258	52	206	195
1984	742	282	57	225	203
1985	812	309	62	247	211
1986	888	337	68	269	222
volumeveronderstellingen		1982	6%		
		1983	6%		
		volgende jaren	4%		
lonen (CPB)		1982	5,0%		
		volgende jaren	5,5%		
prijzen		1982	5,2%		
		volgende jaren	4,4%		

Aandeel van bejaarden in het kruiswerk

Toelichting

Voor de mate, waarin bejaarden gebruik maken van de diensten van de wijkverpleging, zijn geen direct toegankelijke gegevens beschikbaar. Bij de hier gepresenteerde berekening van het aandeel van bejaarden in het kruiswerk, welke gebaseerd is op de berekeningen gemaakt bij de voorbereiding van de Nota Bouwstenen, is dan ook gebruik gemaakt van een aantal veronderstellingen, die uit verschillende bronnen zijn verkregen.

De berekening is gemaakt voor het jaar 1978. Dit jaartal heeft te maken met het gegeven dat de verschillende bronnen voor de berekening op elkaar afgestemd dienden te worden.

Sinds 1978 hebben zich onder meer de volgende ontwikkelingen in het kruiswerk voorgedaan: de kruisverenigingen zijn onder het regime van de AWBZ gebracht, het personeelsbestand van de kruisverenigingen heeft een aanzienlijke uitbreiding ondergaan, aangenomen kan worden dat de werkzaamheden van de kruisverenigingen sindsdien aan verandering onderhevig zijn geweest.

Al met al dient gesteld te worden dat onderstaande berekening een grove schatting is van het aandeel van bejaarden in het kruiswerk, voor het jaar 1978; echter recenter materiaal is momenteel niet voorhanden. Met name extrapolaties naar 1986 dienen derhalve met de grootste voorzichtigheid gehanteerd te worden en worden hier dan ook achterwege gelaten. Het aandeel van bejaarden in de kosten van het kruiswerk in 1978 – volgens onderstaande berekening 38% – moet dan ook enkel als een indicatie gehanteerd worden.

Uitgaande van de eerder geformuleerde veronderstelling is het aantal bejaarden die in 1978 zorg van de wijkverpleegkundigen ontvingen, als volgt te berekenen:

algemene verpl. zorg	(60%)	—	72 464
specifieke zorg	(50%)	—	52 102
bejaardenzorg	(100%)	—	153 406
			<u>277 972</u>

Gemiddeld aantal w.v. 1977 — 3768

Gemiddeld aantal w.v. 1978 — 3823

$$\text{Benadering aantal bejaarden} = \frac{3823}{3768} \times 277\,972 = 282\,030^1$$

¹ Veronderstelling, + contactfrequentie 1977/1978 ongewijzigd.

Een zelfde berekening toegepast op het aantal bezoeken van wijkverpleegkundigen heeft als uitkomst dat in 1978 voor 51.6% hulp aan bejaarden gebracht werd. Aangenomen wordt dat voor de hoofdwijkverpleegkundigen een gelijksoortige tijdsbesteding geldt, voor wijkziekenverzorgenden wordt aangenomen dat 80% van de activiteiten bejaarden betreft.

De totale kosten van de kruisorganisaties (wijkverpleegkundige zorg, kraamzorg, consultatiebureaus) bedroegen in 1978 f579 mln. Hiervan werd 41% aan de wijkverpleging besteed, terwijl het aandeel van de overheidskosten op ruim 18% gesteld kan worden. Bij de berekening van deze kosten aan de bejaarden worden de hierboven genoemde verhoudingsgetallen toegepast. Als toedelingseenheid wordt het aantal werkzame personeelsleden gebruikt.

Tabel 2. Toerekening kosten bejaarden (1978)

Werkvorm	Gemiddelde personeelsbeh.	% aandeel 65+ consulten	Eenheden t.b.v. 65+
h.w.v.	190	51,6	98
w.v.	3823	51,6	1972
w.z.v.	587	80	470
	4600	55,2	2540

Verdeling totale kosten (in miljoenen guldens)

$$\text{Wijkverpleging} \quad \frac{41}{100} \times 579 = 237,4$$

Aandeel wijkverpleging in overheadkosten

$$\frac{41}{100} \times \frac{18}{100} \times 579 = \frac{52,1}{289,5}$$

waarvan ten laste bejaarden

$$\frac{55,2}{100} \times 289,5 = 160 \text{ miljoen}$$

Derhalve zou het aandeel van bejaarden in de kosten van het kruiswerk in

$$1978 - \frac{160}{418} \times 100 = 38\% \text{ bedragen.}$$

Voorziening	Percentage 65+ dat gebruik maakt		Toename in %	Bedrag centrale variant (mln.)	Demografische variant (mln.)
	1982	1986			
Bejaardenoord	9,17	9,64	5,1	2542	2672
Verpleeghuis	2,37	2,48	4,6	2952	3088
Gezinsverz.	8,43	8,53	1,2	650	658
Bejaardenwon.	9,38	9,52	1,5	46	47
Wijkverpleging				222	222
Totaal				6412	6687
Vershil				275 mln.	

Voorziening	Percentage 65+ dat gebruik maakt		Toename in %	Bedrag centrale variant (mln.)	Demografische variant (mln.)
	1982	1986			
Bejaardenoord	9,17	9,64	5,1	2542	2672
Verpleeghuis	2,37	2,48	4,6	2952	3088
Gezinsverz.	8,43	8,53	1,2	650	658
Bejaardenwon.	9,38	9,52	1,5	46	47
Wijkverpleging				222	222
Totaal				6412	6687
Vershil				275 mln.	

De leefsituatie van ouderen is, naar het aantal standaarden gemeten, minder gunstig dan die van andere groepen uit de Nederlandse bevolking. Ouderen hebben een lager inkomen, wonen doorgaans slechter en hebben meer gezondheids- en huishoudelijke problemen dan andere Nederlanders (SCP-SCR 1980, hfdst. 12).

Binnen de categorie ouderen zijn het de oudsten die weer in een relatief veel ongunstiger leefsituatie verkeren dan jongeren. De groep ouden onder de ouderen bestaat voor het grootste deel uit alleenstaand (geworden) vrouwen. (SCP 1981, cahier 26, hfdst. 3)

Een dergelijke ongunstige leefsituatie kan, wat het materiële aspect betreft, worden gecompenseerd door voorzieningen. In de praktijk blijkt van die compensatie ook sprake. De hierboven genoemde groepen die zich in een relatief ongunstige leefsituatie bevinden, blijken ook het meest gebruik te maken van voorzieningen die aan die problemen tegemoet komen (zorgvoorzieningen maar ook huisvesting). Of op die voorzieningen een beroep wordt gedaan hangt voor een belangrijk deel af van eigen mogelijkheden in de vorm van inkomen of vermogen enerzijds en van de aanwezigheid van niet-gesubsidieerde hulp anderzijds.

Uit onderzoek blijkt dat van die andere dan gesubsidieerde hulpbronnen erg veel gebruik wordt gemaakt. Van de personen van 80 jaar en ouder woonde in 1977 26% in bejaardenoorden (CBS-Statistiek Bejaardenoorden 1977) en 21% in 2- of 3-generatiehuishoudens. Onder deze laatste categorie worden relatief veel hulpbehoevenden aangetroffen, d.w.z. ouderen, die naar alle waarschijnlijkheid in aanmerking zouden komen voor opname in verzorgings- of verpleeghuis (CBS, LSS – 55+, 1976, deel III en Vis, 1981).

Wat de huishoudelijke hulp betreft, worden huishoudens waarin hulp nodig is, vaker geholpen door familie, burens, vrienden en particuliere hulp dan door gezinsverzorging. Daaraan moet dan wel meteen worden toegevoegd dat dit beeld verandert zodra gekeken wordt naar de reden van de huishoudelijke problemen. Naarmate langer hulp nodig is, wordt de rol van de gezinsverzorging een grotere (SCP, cahier 26 pp. 56 en 57). Ook dan blijft de rol van niet-gesubsidieerde hulp echter een belangrijke.

Samenvattend kan aan de hand van de bovenstaande voorbeelden gezegd worden dat ouderen die in de situatie verkeren dat ze zonder meer in aanmerking zouden kunnen komen voor hulp vanuit gesubsidieerde instellingen vaak de voorkeur geven aan informele dan wel zelf betaalde hulp. In die zin is hier sprake van substitutie.

Hulp, uit welke sfeer dan ook, is voor ouderen, gezien hun relatief slechte leefsituatie, erg belangrijk. De vraag naar die hulp zal in de komende jaren nog toenemen. Het aantal ouderen als totaal neemt toe en binnen de groep ouderen zal de categorie die als de meest kwetsbare geldt het sterkst in aantal toenemen.

Gegeven de verslechterde economische situatie is het begrijpelijk dat de overheid honorering van de groeiende vraag naar hulp het liefst gerealiseerd zag in de niet-gesubsidieerde sfeer en m.n. in de informele sfeer (groei van eigen middelen van ouderen is immers voor de meest kwetsbare groepen niet te verwachten).

Los van de vraag of dat beroep op informele hulp wenselijk is, is het de vraag of het mogelijk is. Het verlenen van informele hulp is afhankelijk van een aantal noodzakelijke voorwaarden zoals de beschikbaarheid van personen die die hulp willen geven dan wel of ouderen die hulp willen accepteren.

De fysieke beschikbaarheid van personen in de directe omgeving is in het verleden nogal afgenomen en verwacht mag worden dat die ontwikkeling zich nog voortzet. De secundaire groepen waarbinnen informele hulp mogelijk is zijn namelijk voor een groot deel verdwenen. Buurt- of wijkgemeenschap, kerkgemeenschap en grootfamilie spelen een steeds geringere rol. Gezinsverdunning, toename van het aantal alleenstaand-

den betekent: minder potentiële informele helpers en hetzelfde geldt voor de toegenomen mobiliteit van de bevolking, welke soms bewust door de overheid wordt gestimuleerd. (Denk aan de mobiliteitsbevorderende verandering van opvattingen over passende arbeid of «bouwen voor de buurt» in stadsvernieuwingswijken waardoor bestaande informele circuits worden doorbroken).

Aan de noodzakelijke voorwaarde voor het bestaan van informele hulp lijkt in onze geïndividualiseerde samenleving steeds minder te zijn voldaan. Bovendien is deze voorwaarde nog niet voldoende. De aanwezigheid van potentiële hulprelaties betekent nog niet dat ook informele hulp gegeven wordt als dat nodig is. Uit onderzoek blijkt dat de aanwezigheid van hulprelaties geen effect heeft op het al dan niet gebruiken van gezinsverzorging (Coolen 1982). Deze bevinding geeft aanleiding tot twijfel over de veronderstelling dat hulp door de gezinsverzorging zonder meer kan worden overgenomen door informele hulpcircuits.

Op grond van het bovenstaande meent de werkgroep dat informele hulp niet de substitutierol kan spelen die aan die hulp soms wordt toegedacht. Dat zou in strijd zijn met maatschappelijke ontwikkelingen en met het gevoerde overheidsbeleid. Bovendien onttrekt stimulering van die rol zich, waar een mentaliteitskwesitie betreft, aan de invloedssfeer van de overheid. Dat neemt niet weg dat informele hulp een belangrijke rol speelt en kan blijven spelen. Uit het voorgaande valt op te maken aan wat voor voorwaarden dan zou moeten worden voldaan dan wel wat voor factoren van belang zijn. Verdwijnen van de informele hulp betekent niet alleen een verschraling van intermenselijke verhoudingen maar zal ook leiden tot een zware druk op de door de overheid gegarandeerde voorzieningen. Die overheid zou er dan ook voor moeten waken zelf, door haar beleid, informele circuits te verbreken. Een ouderenbeleid verder opbouwen op het fundament van informele hulp zal vermoedelijk betekenen dat meer ouderen dan nu van hulp verstoken zullen blijven.

Literatuurverwijzingen:
(in volgorde van opkomst in tekst)

Sociaal en Cultureel Planbureau: Sociaal en Cultureel Rapport 1980; Den Haag, Staatsuitgeverij, 1980.

Mootz, M., en J. M. Timmermans; Zorgen voor later; Den Haag, Staatsuitgeverij, 1981. SCP-cahier nr. 26.

CBS Statistiek van de bejaardenoorden 1977; Den Haag, Staatsuitgeverij, 1980.

CBS; De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder; Den Haag, Staatsuitgeverij, 1979; Deel III.

Vis, Th. A. M.; Vergrijzing; Den Haag, Staatsuitgeverij 1981. Monografieën volkstelling 1971 nr. 8.

Coolen, J. A. I.; Bejaarden en maatschappelijke dienstverlening. Enschede, TH-Twente 1982.

SUBSTITUTIEVARIANT

De hieronder uitgewerkte substitutievvariant is door enkele leden van de werkgroep opgesteld. Nagegaan werd vanuit enkele veronderstellingen welke besparingen zouden kunnen voortvloeien uit de hier gemaakte exercitie.

Veronderstellingen

1. 2000 personen (ca. 5% van het huidige aantal verpleegden in verpleeghuizen) gaan niet naar verpleeghuizen maar naar een bejaardenoord. Stel dat de helft daarvan een partner heeft.

$$\text{positief effect: } 2000 \times \frac{2\,952}{41\,225} \begin{matrix} \text{(netto AWBZ, FOG, guldens '82)} \\ \text{(cf. 9.21 CSHO p. 14)} \end{matrix} = 142 \text{ mln.}$$

$$\text{negatief effect: } 2000 \times 1,5 \times \frac{2\,436,4}{143\,000} \text{ (MN 82 – guldens '82)} = 51 \text{ mln.}$$

2. 2000 personen gaan niet naar verpleeghuizen maar blijven in hun woning c.q. vertrekken naar bejaardenwoningen met (behoud van) IHS à f 1500 en met gezinsverzorging (400 uren à f 16) en wijkverpleging (100 contacten à f 40).

$$\text{positief effect: } 2000 \times \frac{2\,952}{41\,225} = 142 \text{ mln.}$$

$$\text{negatief effect: } 2000 \times (1500 + 400 \times 16 + 100 \times 40) = 24 \text{ mln.}$$

3. 25 000 personen (ca. 17% van het huidige aantal bewoners van bejaardenoorden, deels alleenstaand) gaan niet naar bejaardenoorden maar blijven in hun woning met (behoud van) IHS en met gezinsverzorging (400 uren à f 16) en met wijkverpleging (50 contacten à f 40). Stel dat van deze 25 000 personen ca. 1/3 alleenstaand is. d.w.z. 50% heeft een partner, dan betekent dit dat we voor IHS, gezinsverzorging en wijkverpleging te maken hebben met ca. 17 000 gevallen.

$$\text{positief effect: } 25\,000 \times \frac{2\,436,4}{143\,000} = 425 \text{ mln.}$$

$$\text{negatief effect: } 17\,000 (1500 + 400 \times 16 + 100 \times 40) = 202 \text{ mln.}$$

Saldo: ca. 430 mln. (7%).

Door de werkgroep werden met betrekking tot deze variant de hiernavolgende kanttekeningen geplaatst:

- De bij deze variant opgenomen cijfers en berekende bezuinigingen, met name wat betreft de 2000 personen die in plaats van opname in een verpleeghuis zelfstandig thuis blijven, zijn niet overeenkomstig de te berekenen werkelijke kosten gemoeid met te verlenen extramurale hulp.
- Voor de grote groep die in deze exercitie zelfstandig blijft functioneren of opnieuw zelfstandig gaat functioneren zal huisvesting gerealiseerd moeten gaan worden, inclusief de daaraan verbonden kosten.
- De tenuitvoerlegging van de in deze variant verdisconteerde maatregelen stuit op grote praktische bezwaren ten aanzien van de uitvoerbaarheid. De mogelijkheden hiervoor werden niet aanwezig geacht.

Gelet op bovenstaande opmerkingen achtte de werkgroep de conclusie gerechtvaardigd, deze variant als niet-realiseerbaar te bestempelen.