

HEROVERWEGINGSONDERZOEK

VAN SAMENWERKEN NAAR SAMENGAAN

Gezinsverzorging en kruiswerk naar een geïntegreerd
aanbod in de thuiszorg

Rapport van de heroverwegingswerkgroep

DOELMATIGHEIDSONDERZOEK ORGANISATIESTRUCTUUR GEZINSVERZORGING EN KRUISWERK

BEGROTINGSVOORBEREIDING 1990
DEELRAPPORT NR. 6



INHOUDSOPGAVE

Ten geleide	
Samenvatting	blz.
Hoofdstuk I <u>Inleiding en taakopdracht</u>	1
Hoofdstuk II <u>Beschrijving en analyse</u>	
2.1. Terreinafbakening	3
2.2. Financiering en kosten van gezins- verzorging en kruiswerk	4
2.3. Organisatiestructuur	
2.3.1. Algemeen	6
2.3.2. Herstructurering en fusies	7
2.3.3. Overhead en schaalgrootte	8
2.4. Productiviteit en kostprijzen	9
2.5. Eigen bijdrage-regelingen	15
2.6. Afstemming van vraag en aanbod	
2.6.1. Het kraptemodel	17
2.6.2. Indicatiestelling	18
2.7. Particuliere organisaties op het terrein van de thuiszorg	21
2.8. Gezinsverzorging en kruiswerk in het buitenland	22
Hoofdstuk III <u>Voorstellen en aanbevelingen</u>	
3.1. Inleiding	25
3.2. Modellen voor integratie van gezinsver- zorging en kruiswerk	
3.2.1. Aanpak van het deelonderzoek naar optimale organisatiemodellen	25
3.2.2. Het model thuiszorgbedrijf	28
3.2.3. Het model thuiszorgketen	31
3.2.4. Effecten van de modellen	33
3.3. Verhoging van uitvoeringsefficiëncy en productiviteit	38
3.4. Regelgeving	39
3.5. Verbetering van de thuiszorgtechnologie	40
3.6. Mogelijkheden voor harmonisatie van de eigen bijdrage-regelingen	41

3.7. Harmonisatie van de richtlijnen voor indicatiestelling	
3.7.1. Uitgangspunten	45
3.7.2. Landelijke geharmoniseerde richt- lijnen en de voordelen ervan	47
3.8. Perspectief voor de jaren negentig	50

Bijlagen:

- A: Samenstelling van de heroverwegingswerkgroep
- B: Taakopdracht van de werkgroep
- C: Onderzoeksopdracht aan Boer en Croon Management Consultants BV
- D: Enige mogelijkheden voor harmonisatie van de eigen bijdrage-regel-
ingen die niet voldoen aan de voorwaarde van budgettaire neutraliteit
- E: Eerste aanzet voor geharmoniseerde richtlijnen met betrekking tot de
indicatiestelling voor gezinsverzorging en kruiswerk
- F: Rapport van Boer en Croon Management Consultants BV "Bedrijfseconomi-
sche analyse van optimale samenwerkingsmodellen van kruiswerk en
gezinsverzorging", Amsterdam, juni 1989

Ten geleide

Voor ligt een verslag van de resultaten van een interdepartementaal heroverwegingsonderzoek naar de mogelijkheden tot verbetering van de doelmatigheid bij de gezinsverzorging en het kruiswerk. Doelmatig functioneren is in eerste instantie een zaak van beide zorgvoorzieningen zelf maar vergt ook betrokkenheid van de rijksoverheid vanuit haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorgverlening. Kwaliteit zal één van de belangrijkste elementen zijn waaraan de gezondheidszorg in de jaren negentig zal moeten voldoen. In de nota Verandering verzekerd is aangegeven, dat met de kwaliteit wordt bedoeld het door de aanbieders van zorg op zinvolle, doelmatige en inhoudelijk verantwoorde wijze omgaan met de ter beschikking gestelde middelen. De doelmatigheid is daarmee te zien als een deelaspect van de kwaliteit van de zorg. De voorstellen en aanbevelingen van de werkgroep hebben dan ook betrekking op de kwaliteit van de organisatie van de zorguitvoering bij de gezinsverzorging en het kruiswerk.

In het "Basisdocument bij het ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid voor de jaren 1990-1995" wordt een belangrijke rol toebedacht aan de huidige kerndisciplines in de eerste lijn met betrekking tot de aanspreekbaarheid voor, de coördinatie van en de regie over de thuiszorg. Tevens wordt gesteld dat de thuiszorg dient aan te sluiten bij het milieu van de patiënt hetgeen inhoudt dat thuiszorg primair verleend moet worden door hulpverleners/instellingen die met zorg in de thuissituatie vertrouwd zijn. Zorgverlening door de generalistisch werkende eerste lijn, zonodig ondersteund door de specialistisch werkende tweede lijn, ligt het meest voor de hand. Gegeven de toename van de hulpverlening in de thuissituatie die voor de nabije toekomst te verwachten is, is het zaak dat de instellingen van gezinsverzorging en kruiswerk zo goed mogelijk zijn voorbereid op het betreden van de negentiger jaren. Doelmatigheid is daarbij het sleutelwoord. De bevindingen van de werkgroep kunnen een inspirerend financieel en bedrijfseconomisch referentiekader vormen voor de vele met name organisatorische veranderingen in de thuiszorg die nodig zijn. Moge dit rapport tot die veranderingen stimuleren.

SAMENVATTING

1. Integratie van gezinsverzorging en kruiswerk

In dit rapport wordt verslag gedaan van het interdepartementale heroverwegingsonderzoek naar de mogelijkheden tot verhoging van de doelmatigheid in het organisatorisch en bedrijfseconomisch functioneren van de instellingen van de gezinsverzorging en het kruiswerk in Nederland. Dit onderzoek heeft geresulteerd in een aantal voorstellen en aanbevelingen die zowel voor de rijksoverheid in haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de gezondheidszorg als voor de thuiszorgsector zelf en voor de ziektekostenverzekeraars van belang zijn. De werkgroep acht het uit oogpunt van doelmatigheid noodzakelijk dat in de komende jaren een integratie van gezinsverzorging en kruiswerk tot stand wordt gebracht. De daaruit resulterende substantiële besparingen kunnen worden aangewend ten behoeve van een groter volume aan directe zorgverlening. Een geïntegreerde gezinsverzorging/kruiswerk is beter toegerust voor de te verwachte toename van de hulpvraag die voortvloeit uit enerzijds het voorgestane substitutiebeleid (substitutie van intra- door extramurale zorg) en anderzijds uit de demografische ontwikkelingen (vergrijzing). De werkgroep ziet tevens mogelijkheden voor verhoging van de uitvoeringsefficiëntie en van de productiviteit. Het onderzoeksrapport kan dienen als bedrijfseconomisch referentiekader voor de beoogde organisatorische veranderingen in de thuiszorg in de jaren negentig.

2. Overhead en schaalgrootte

De capaciteit in de gezinsverzorging en het kruiswerk tot het leveren van effectieve zorg aan cliënten wordt mede bepaald door de verhouding tussen de kosten van de directe zorgverlening en de overige, indirecte kosten, de zogenaamde "overhead". Nationaal gezien is bij beide thuiszorgvoorzieningen sprake van een vrij hoog percentage niet-direkt productieve uren. Bij een bepaalde organisatiestructuur van een thuiszorginstelling zijn schaalvoordelen te behalen, zowel bij de omvang van de overhead als bij de omvang van de totale kosten. In de extramurale zorgverlening ontvangt een deel van de cliënten hulp van zowel de gezinsverzorging als het kruiswerk terwijl bovendien de werkzaamheden van beide voorzieningen elkaar gedeeltelijk overlappen. De afstemming van vraag en aanbod van zorg komt thans gescheiden en via van elkaar

afwijkende systemen tot stand. De werkgroep heeft daarom de mogelijkheden onderzocht van een efficiëntere besteding van de bestaande budgetten van de zorginstellingen door vormen van samenwerking tussen en/of integratie van beide voorzieningen. In opdracht van de werkgroep is door een organisatie-adviesbureau op basis van inzicht in de kostenstructuur en kostenomvang van de thuiszorginstellingen een studie verricht naar optimale organisatie modellen. De resultaten daarvan zijn in het rapport verweven.

3. Thuiszorgbedrijf en thuiszorgketen

Vormen van samenwerking tussen gezinsverzorging en kruiswerk bieden door de daaruit voortvloeiende grotere coördinatiebehoefte weinig mogelijkheden voor terugdringing van de overhead. Daarom zijn door het organisatie-adviesbureau binnen het scala van mogelijke organisatievormen twee rekenkundige modellen gericht op integratie ontwikkeld. Deze vormen de uitersten op de schaal van onder meer grootschalig versus kleinschalig en de mate van centrale sturing. Bij de ontwikkeling is uitgegaan van de huidige situatie in de aanbodzijde en van een zeer klantgerichte managementvisie. Deze twee modellen zijn:

- het thuiszorgbedrijf: volledig geïntegreerde grootschalige organisaties vanuit een kleinschalige geografische opbouw. Dit model haakt in op de reeds bestaande trend naar integratie en schaalvergroting van de uitvoeringsorganisatie in de gezondheidszorg. Het zorgbedrijf werkt voor een geografisch gebied van ca. 400.000 inwoners;
- de thuiszorgketen: zelfstandige kleinschalige eenheden met een geïntegreerd dienstenpakket die zich onderling verbinden tot een ketenorganisatie. Dit model sluit aan op de trend naar "small is beautiful".

De ideale schaalgrootte blijkt met name afhankelijk van een optimale benutting van de zogenaamde span of control van het operationeel management c.q. van het aantal uitvoerende aan wie de manager leiding geeft, uitgedrukt in uitvoerende zorguren. In vergelijking met de huidige situatie wordt in beide modellen een vergroting van de span of control met ca. 60% mogelijk geacht, ook in het licht van ervaringen in het buitenland.

4. Verhoging van efficiëncy en productiviteit

Besparingen zijn ook te genereren door een doelmatiger inzet van uitvoerende krachten. Berekend is dat door verschuiving van de uitvoering van taken van wijkverpleegkundigen naar wijkziekenverzorgenden een totaalbesparing van 50 mln. op jaarbasis kan worden verkregen. Nader onderzoek naar de zorginhoudelijke mogelijkheden van een dergelijke verschuiving zal echter nodig zijn. Verhoging van de produktiviteit is bij de instellingen van de gezinsverzorging te bewerkstelligen door reductie van het relatief hoge ziekteverzuim. Productiviteitsbevorderende maatregelen bij gezinsverzorging en kruiswerk (al dan niet geïntegreerd) hebben potentieel een aanzienlijk effect: elk procent productiviteitsstijging voor beide voorzieningen te zamen maken een uitbreiding van de zorguitvoering mogelijk met ca. 1 mln. uren. Verbetering van de thuiszorgtechnologie verdient in dat licht ook aandacht.

5. Eigen bijdrage-regelingen, indicatiestelling en regelgeving

Op korte termijn, bij voorkeur vóór 1 januari 1991, zullen de voornaamste belemmeringen in de bestaande regelgeving voor de voorgestane integratie (en de productiviteitsverbetering) moeten worden weggenomen. Deze zijn in hoofdzaak gelegen in de verschillen tussen beide zorgvoorzieningen voor wat betreft de financieringsgrondslag, de indicatiestelling en de voorschriften ten aanzien van functie-opbouw (kruiswerk) en organisatiestructuur (gezinsverzorging). De werkgroep heeft zich bepaald tot het onderzoek naar de mogelijkheden voor harmonisatie van de eigen bijdrage-regelingen en van de indicatiestelling.

Het naast elkaar bestaan in de thuiszorgsector van een inkomensonafhankelijke contributieregeling bij het kruiswerk en een inkomensafhankelijke eigen bijdrage per zorguur bij de gezinsverzorging staat een doelmatige allocatie van de hulpvraag in de weg. Twee mogelijkheden voor harmonisatie van deze regelingen zijn in meer of mindere mate budgettair neutraal en te overwegen waard: een nieuwe regeling in de vorm van een eigen bijdrage-regeling op basis van contributie gecombineerd met een inkomensonafhankelijke eigen bijdrage bij daadwerkelijk gebruik van één van beide zorgsoorten, en een regeling die past binnen de voorgenome stelselwijziging voor de gezondheidszorg: opname van de functies van beide voorzieningen in het basispakket en financiering van beide ver-

strekkingen uit verhoging van de nominale premie onder geheel afschaffen van de huidige eigen bijdragen of gedeeltelijk afschaffen (met een inkomensonafhankelijke eigen bijdrage per verrichting). Eerstgenoemde harmonisatiemogelijkheid vergt nader onderzoek. De tweede mogelijkheid, waarbij in geval van geheel afschaffen van de eigen bijdragen de huidige perceptiekosten van ca. 30 mln. worden vermeden, raakt vanwege verhoging van de nominale premie aan de gevoerde discussies over het begrip collectieve lastendruk.

Bij de indicatiestelling speelt de problematiek van het zo doelmatig mogelijk afstemmen van het hulpaanbod op de hulpvraag. De gezinsverzorging kent richtlijnen voor onder meer de urgentiebepaling en de mate van hulpverlening, terwijl deze indicatiestelling en het op basis daarvan afwegen van de hulpinzet in formele zin gescheiden functies zijn. Het kruiswerk kent dergelijke richtlijnen niet. De indicatiestelling geschiedt door de zorgverlener naar eigen deskundige maatstaven en deze stelt eveneens de hulpinzet vast. Aanbevolen wordt over te gaan tot het hanteren van landelijk uniforme geharmoniseerde richtlijnen voor de indicatiestelling voor beide zorgsoorten en de beoordeling van de hulpvraag en de feitelijke hulpinzet te concentreren binnen één organisatie maar wel losgekoppeld van elkaar. Een dergelijke uniformiteit laat onverlet, dat de instellingen zelf indicatiesystemen kunnen ontwikkelen en invullen. De richtlijnen geven slechts de voorwaarden waaraan indicatiesystemen moeten voldoen.

6. Stimulering en sturing

Het belang en ook de omvang van de besparingen gelegen in integratie van gezinsverzorging en kruiswerk vraagt om een actief stimuleringsbeleid. Gedacht kan worden aan financiering door de rijksoverheid van een deel van de aanloopkosten van projecten ter invoering van de voorstellen en aanbevelingen van de werkgroep, in de omvang van ca. 5 mln. per jaar voor de periode 1991-1996 te vinden binnen de begroting van het ministerie van WVC. Ter sturing van de voorgestane ontwikkelingen wordt aanbevolen erkenningseisen met onder meer voorwaarden voor de minimale schaalgrootte voor de thuiszorgorganisatie te formuleren waarin een integraal aanbod van gezinsverzorging en kruiswerk vanaf 1-1-1991 in principe aanwezig wordt verondersteld, en voorlopige erkenningen af te geven. Daarbij wordt tevens bepaald dat per 1-1-1996 (of zoveel eerder

indien aan de erkenningseisen is voldaan) alleen die instellingen definitief worden erkend die ook daadwerkelijk over het integrale zorgaanbod beschikken. Teneinde de omzetting van besparingen voortvloeiend uit integratie en efficiëncyverbetering te waarborgen verdient het aanbeveling aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg advies te vragen omtrent de mogelijkheden te komen tot nadere richtlijnen op dit punt.

Door de gezinsverzorging en het kruiswerk in Nederland geïntegreerd te organiseren volgens het thuiszorgbedrijfmodel kan landelijk gezien (macro) een structurele besparing op de indirecte kosten worden bereikt van ca. 300 mln. op jaarbasis. De uitvoering kan daardoor bij de huidige samenstelling van de zorgsoorten toenemen met bijna 8 mln. zorguren. De besparingen van een mogelijk tussenmodel, een thuiszorgbedrijf met een werkgebied van 250.000 inwoners, toegesneden op de huidige grenzen van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen levert 50 mln. minder besparingen op. Organiseren volgens het ketenmodel geneert een besparing van ca. 375 mln. structureel en daarmee de mogelijkheid van een uitbreiding van de directe zorguitvoering met 9,4 mln. zorguren. Rekening houdend met ruime veiligheidsmarges acht het organisatie-adviesbureau door integratie een landelijke besparing op de indirecte kosten (vooral personeelsuitgaven) van 300 mln. structureel op jaarbasis mogelijk en daarmee een uitbreiding van de zorguitvoering met 12%.

De werkgroep tekent aan, dat de bij de huidige fusietrend aansluitende ontwikkeling van de gezinsverzorging en het kruiswerk naar geïntegreerde thuiszorgbedrijven in de praktijk beter te realiseren zal zijn dan een ontwikkeling naar thuiszorgketens die onder meer een omvangrijke schaalverkleining van de organisaties vergt en op landelijke schaal dient te worden toegepast. Omdat de ontwikkeling van thuiszorgbedrijven zal moeten plaatsvinden vanuit bestaande voorzieningen in bepaalde geografische contexten is het niet waarschijnlijk dat in het gehele land thuiszorgbedrijven met een optimaal werkgebied van 400.000 inwoners zullen ontstaan. Wordt de ontwikkeling van thuiszorgbedrijven met een geografische omvang van 250.000 inwoners als reëel uitgangspunt genomen met een realisatietermijn van ca. 5 jaar, dan zullen de besparingen uiteindelijk kunnen oplopen tot globaal 250 mln.

Tegenover deze besparingen staan evenwel niet alleen eenmalige reorganisatiekosten, geschat op 15 mln. per jaar (in totaal 75 mln.), maar ook deels niet-structurele voor afvloeiingsregelingen, huisvesting en automatisering (p.m. gesteld) alsmede structurele ter hoogte van ca. 60 mln. in de vorm van harmonisatie van de CAO's. Dit leidt tot de conclusie dat niet het gehele besparingsbedrag van 250 mln. zal kunnen worden omgezet in stijging van het volume van de zorguitvoering.

Hoofdstuk I Inleiding en taakopdracht

De thuiszorg waartoe de gezinsverzorging en het kruiswerk behoren vormt een steeds belangrijker onderdeel van de gezondheidszorg in Nederland. Behandeling, verpleging en (huishoudelijke) verzorging van patiënten/cliënten in de eigen woonomgeving wordt alom als wenselijk ervaren, zowel door de patiënt en de thuiszorgaanbieder als ook bijvoorbeeld door de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (de zgn. Commissie Dekker). Gezien het toenemend belang van de extramurale zorg is het gewenst een extra impuls te geven aan de verdere ontwikkeling van het bedrijfseconomisch functioneren van deze sector. Verbeteringen in het functioneren van de gezinsverzorging en het kruiswerk in combinatie met elkaar kunnen er toe leiden dat de zorgsector adequaat is toegerust voor de toekomstige taakverzwaring die zal voortvloeien enerzijds uit substitutie van intramurale zorg (duurdere voorzieningen) door extramurale zorg (goedkopere voorzieningen) en anderzijds uit de demografische ontwikkeling c.q. de vergrijzing. Het onderzoek was niet gericht op voorstellen tot ombuigingen maar op het ontwikkelen van maatregelen bij de instellingen van gezinsverzorging en kruiswerk die gegeven de bestaande budgetten door middel van een hogere efficiency een groter volume aan directe zorg kunnen genereren. Daarmee is tevens de centrale onderzoeksvraag geformuleerd¹.

De interdepartementaal samengestelde werkgroep² heeft het onderzoek verricht in het besef dat in beide zorgvoorzieningen gezinsverzorging en kruiswerk volop in beweging zijn. Dit geldt met name de financieringsstructuur, maar ook de organisatie en het management. Omdat niet duidelijk was in welke mate en tempo de invoering van de voorstellen van de commissie Dekker waartoe het vorige kabinet besloten had gestalte zal krijgen dan wel welke andere wijzigingen in structuur en financiering van de gezondheidszorg in de jaren negentig zullen worden aangebracht, heeft de werkgroep voor een pragmatische aanpak gekozen. De voorstellen en aanbevelingen in de rapportage haken in op de reeds in gang gezette ontwikkelingen in de gezondheidszorg, waarbij de werkgroep tevens rekening heeft gehouden met de mogelijkheid dat de komende jaren in de zorgsector sprake zal kunnen zijn van een grotere marktwerking dan thans.

¹ Voor de formele taakopdracht zie bijlage B.

² De samenstelling van de werkgroep is opgenomen in bijlage A.

De werkgroep heeft een deel van het onderzoek laten verrichten door een extern organisatie-adviesbureau. Doel van dit onderzoeksdeel was op basis van inzicht in de kostenstructuur van gezinsverzorging en kruiswerk aan te geven welke concrete efficiencyverbetering valt te verwachten van modellen van samenwerking tussen en/of integratie van de betrokken organisaties en instellingen. Er diende met name te worden nagegaan in hoeverre een verschuiving van indirecte kosten (overhead) naar directe kosten alsmede substitutie binnen de directe kosten een bijdrage kunnen leveren aan een efficiëntere besteding van de bestaande budgetten in de richting van het uitvoerend werk³. Het onderzoek is uitgevoerd door Boer en Croon Management Consultants B.V. te Amsterdam. De onderzoeksresultaten zijn weergegeven in het rapport "Bedrijfseconomische analyse van optimale samenwerkingsmodellen van kruiswerk en gezinsverzorging" (juni 1989). Dit rapport is als afzonderlijke bijlage aan de rapportage van de werkgroep toegevoegd. In grote lijnen onderschrijft de werkgroep de conclusies van genoemd onderzoek, maar plaatst wel een aantal kanttekeningen. Een korte schets van de aanpak van het deelonderzoek is in de onderhavige rapportage opgenomen, de bevindingen zijn waar relevant onder bronvermelding in de navolgende paragrafen verweven.

³ De onderzoeksopdracht is opgenomen als bijlage C.

Hoofdstuk II Beschrijving en analyse

2.1. Terreinafbakening

Thuiszorg is het gehele complex van verzorging, behandeling en verpleging door professionele hulp aangevuld met mantelzorg, welke vanuit de eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg wordt aangeboden en gericht is op de zelfstandigheid van de patiënt in zijn "thuis"-omgeving. De eerstelijns zorg is die zorg welke zonder doorverwijzing wordt bereikt. De tweede lijn vereist doorgaans wel zo'n verwijzing van vooral de huisarts. Op het terrein van de thuiszorg zijn de gezinsverzorging en het kruiswerk (waaronder kraamzorg) kernvoorzieningen. Daarnaast behoren tot de thuiszorg ook de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk, diverse paramedische beroepen, intramurale voorzieningen die in de thuissituatie diensten aanbieden en diverse vormen van dienstverlening aan huis. In de sfeer van de thuiszorg is ook een groeiend aantal particuliere (non-)profitorganisaties actief die anders dan gezinsverzorging en kruiswerk niet uit collectieve middelen worden gefinancierd. De werkgroep heeft de genoemde andere werkvelden van de thuiszorg dan de gezinsverzorging en het kruiswerk alleen in haar onderzoek betrokken voor zover dat vanuit organisatie-optiek relevant was.

De kruisverenigingen en de gezinsverzorgingsinstellingen leveren thuiszorg aan een uiteenlopende groep van patiënten/cliënten (navolgend zal steeds worden gesproken van cliënt). Globaal kan worden gesteld dat het kruiswerk zich kenmerkt door (wijk-)verpleging terwijl de gezinsverzorging zich meer richt op verzorging (huishoudelijke hulp). Doelstelling van de werkzaamheden is in beide gevallen de cliënt op kwalitatief verantwoorde wijze zo lang mogelijk in de thuissituatie te verplegen en/of te verzorgen. Daarmee wordt intramurale opname voorkomen dan wel verkort.

Het kruiswerk is te verdelen in acht zorgterreinen of zorgfuncties (voor het merendeel gericht op specifieke doelgroepen): zwangerschapszorg, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, preventieve ouderenzorg, zorg voor zieken en gehandicapten, voedingsvoorlichting en dieetadvisering, gezondheidsvoorlichting en opvoeding en verschaffing van verpleegartikelen en hulpmiddelen. De gezinsverzorging kent huishoudelijke, verzorgen-

de en begeleidende activiteiten. Een deel van de zorgfuncties van het kruiswerk heeft een preventief karakter. Omdat bij de preventieve zorgterreinen een beroep wordt gedaan op de zgn. overhead van het kruiswerk en het bedrijfseconomisch functioneren en de organisatiestructuur de centrale invalshoeken van het onderzoek zijn, zag de werkgroep geen aanleiding deze terreinen van het onderzoek uit te sluiten. Hetzelfde geldt voor de kraamzorg die qua verstrekking niet tot het kruiswerk gerekend wordt. De werkgroep heeft de mogelijkheden van substitutie tussen onderdelen van gezinsverzorging en kruiswerk in het onderzoek betrokken, voorzover die tot doelmatigheidsverbetering konden leiden.

Gegeven de taakopdracht die is gericht op de uitvoeringsorganisaties zijn de organisaties van het zgn. mesoniveau, dat wil zeggen de organisatiestructuur boven de instellingen, niet in het onderzoek betrokken. Dit houdt in dat de koepelorganisaties van het kruiswerk en de landelijke koepel bij de gezinsverzorging buiten beeld zijn gebleven.

2.2. Financiering en kosten van gezinsverzorging en kruiswerk

In onderstaande tabellen 1, 2 en 3 zijn de kosten alsmede de financieringsbronnen van de gezinsverzorging en het kruiswerk weergegeven voor de jaren 1982, 1985, 1988 en 1989 en voor de jaren 1990 t/m 1993. De cijfers worden met het nodige voorbehoud gepresenteerd. Zowel in de begroting van WVC als in het Financieel Overzicht Zorg worden geen meerjarenramingen ter zake opgenomen. Bij het kruiswerk is uitgegaan van voortzetting van 1% volumegroei (excl. kraamzorg) na 1990, bij de gezinsverzorging van 0% groei na 1990 en van een 1%-groeivariant (bedragen tussen haakjes). De cijfers voor 1990 en volgende jaren hebben derhalve niet het karakter van meerjarenramingen.

Tabel 1 Kosten van gezinsverzorging en kruiswerk incl. kraamzorg (in mln. gld.)^{a)}

	1982	1985	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Kruiswerk	884	1002	1144	1162	1208	1220(1220)	1232(1232)	1244(1244)
Gezinsver- zorging	1580	1600	1679	1711	1783	1783(1801)	1783(1819)	1783(1837)
Totale kosten	2464	2602	2823	2873	2991	3003(3021)	3015(3051)	3027(3081)

a) T/m 1990 incl. trendmatige aanpassingen, 1991 t/m 1993 in constante prijzen
Bron: FOZ 1990 en Ministerie van WVC

Tabel 2 Financiering van de gezinsverzorging (in mln. gld.)

	1982	1985	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Begroting	1314	1324	1351	0	0	0	0	0
WVC								
Overige betalingen ^{a)}	266	276	308	308	308	308(308)	308(308)	308(308)
AWBZ-ver- plichtingen	0	0	0	1403	1475	1475(1493)	1475(1511)	1475(1529)
Totaal	1580	1600	1679	1711	1783	1783(1801)	1789(1819)	1783(1837)

a) Overig betalingen betreffen ontvangen ziekengelden, eigen bijdragen en vergoedin-
gen voor particuliere huishoudelijke hulp krachtens ABW/AAW.
Bron: Ministerie van WVC

Tabel 3 Financiering van het kruiswerk incl. kraamzorg (in mln. gld.)

	1982	1985	1988	1989	1990	1991	1992	1993
<u>Kruiswerk (excl. kraamzorg)</u>								
sub. overheid	77	17	15	15	16	16	16	16
AWBZ	477	576	729	740	770	777	785	793
contributie/ eigen bijdragen	142	161	128	130	136	137	138	139
<u>Kraamzorg</u>								
ziekenfonds	160	150	175	178	184	187	189	190
particulier	88	98	97	99	102	103	104	106
Totaal	844	1002	1144	1162	1208	1220	1232	1244

Bron: Ministerie van WVC

2.3. Organisatiestructuur

2.3.1. Algemeen

De ca. 1000 in oorsprong uit lokale particuliere initiatieven (meestal per geloofsrichting) ontstane kruisverenigingen in Nederland zijn sinds de invoering van de AWBZ-financiering in 1980 gebundeld in ca. 200 zgn. Erkende Kruisorganisaties (EKO's). Binnen deze EKO's wordt de uitvoering van de zorgverlening gerealiseerd vanuit ca. 500 zgn. basiseenheden. Zo'n 3,3 mln. huishoudens zijn lid van een kruisvereniging. De EKO's waren gebundeld in een aantal koepelorganisaties (15) op overwegend provinciaal niveau die lid zijn van de Nationale Kruisvereniging. Een hetstructureringsproces heeft hierin inmiddels enige verandering gebracht. Tevens functioneren binnen het kruiswerk 77 kraamcentra.

De gezinszorg laat een soortgelijk beeld zien (zij het dat hier een mesostructuur als bij het kruiswerk ontbreekt). Er zijn ca. 225 instellingen voor gezinsverzorging over het hele land verspreid. De werkgebieden van de instellingen kunnen elkaar overlappen waarbij in die situaties vaak levensbeschouwelijke achtergronden van instellingen een rol spelen. Door een fusieproces van de laatste jaren is het aantal instel-

lingen sterk teruggebracht tot het huidige aantal. De meest voorkomende rechtsvorm is de stichting. Als landelijke koepel fungeert de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging.

2.3.2. Herstructurering en fusies

Op verschillende niveaus is er in de thuiszorg thans sprake van herstructurering en fusering. In het kader van de herstructurering van landelijke organisaties op het terrein van het specifiek welzijn waartoe besloten is zullen de Nationale Kruisvereniging en de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging weliswaar blijven bestaan, althans in juridische zin, maar op de hoofdfuncties van deze landelijke koepels treedt een volledige fusie op. Daarnaast is een proces aan de gang van fusies tussen gelijke instellingen van verschillende confessionele signatuur dat bij het kruiswerk inmiddels is afgerond. Bovendien vindt er bij het kruiswerk tegen de achtergrond van de invoering in 1987 van budgettering van het basispakket kruiswerk een ingrijpend proces plaats van samenvoeging van lokale aanbieders tot regionale aanbieders van zorg. Uitgaande van een minimale omvang van EKO's op het niveau van 125.000 inwoners en begrensd door de WGR-gebieden zal het aantal EKO's uiteindelijk ca. 60 gaan bedragen. Sinds kort zijn de EKO's rechtstreeks lid van de Nationale Kruisvereniging (ook een op provinciaal niveau gebundeld lidmaatschap is overigens mogelijk). Daarnaast is er sinds kort sprake van samenvoeging van kruisverenigingen en instellingen van gezinsverzorging.

Een van de belangrijkste impulsen voor de geschetste ontwikkelingen in de organisatiestructuur in de afgelopen jaren en ook voor de komende jaren vormen de voorgenomen stelselwijziging voor de gezondheidszorg ook al is thans nog niet te voorzien of en zo ja in welke mate en op welke termijn deze plannen operationeel zullen zijn. Een andere belangrijke vernieuwingsimpuls is gelegen in het besef dat de vergrote hulpvraag in de jaren negentig als gevolg van de vergrijzing en het voorgestane substitutiebeleid dwingt tot een zo goed mogelijke allocatie van menskracht en middelen in de thuiszorg, alsook tot een meer vraaggerichte en klantgerichte oriëntatie. Een zo gunstig mogelijke kwaliteit/-prijsverhouding van het hulpaanbod is daarbij essentieel, een doelmatige organisatiestructuur is daarbij een voorwaarde.

De problemen die met het oog op de groei van de organisatiestructuur naar doelmatig opereren thans om oplossing vragen zijn naar het oordeel van de werkgroep in drie deels met elkaar samenhangende groepen samen te vatten: schaalgrootteproblematiek ("economies of scale"), allocatieproblematiek (afstemming van vraag naar en aanbod van zorg) en kostprijsproblematiek (kostenomvang en kostenstructuur). Daarnaast is sprake van enkele wat meer op zichzelf staande aandachtspunten (in de zin van niet direkt uit de organisatiestructuur voortvloeiend) zoals verbetering van de thuiszorgtechnologie.

2.3.3. Overhead en schaalgrootte

De capaciteit in de gezinszorg en het kruiswerk tot het leveren van effectieve zorg aan cliënten wordt als overal elders medebepaald door de zogenaamde "overhead", de verhouding tussen de kosten van de directe zorgverlening en de overige, indirecte kosten. Bij de gezinsverzorging is deze verhouding in het budgetteringssysteem gefixeerd (de zogenaamde instellingsverhouding) en laat per instelling een verschillend beeld zien⁴. Nationaal is sprake van circa 25% overheadkosten. Bij de kruisorganisaties bedraagt de overhead (beleid en beheerskosten) thans circa 18%. In beide werkvelden wordt het begrip overhead echter verschillend gedefinieerd. Zo wordt bij het kruiswerk de hoofdwijkverpleegkundige wel en bij de gezinsverzorging de leidinggevende niet tot de direkte kosten gerekend.

De werkgroep heeft zich in het onderzoek met name gericht op de vraag hoe de overhead ten faveure van de direkte zorg kan worden teruggedrongen. Aan de overhead in relatie tot meer direkte zorg is het vraagstuk verbonden van de optimale schaalgrootte. Bij een bepaalde organisatiestructuur van een instelling voor thuiszorg zijn schaalvoordelen te behalen, zowel bij de omvang van de overhead als bij de omvang van de totale kosten. Dit werkt verschillend uit al naar gelang sprake is van modaliteiten van samenwerking of integratie (fusies).

⁴ In dit systeem zijn thans prikkels tot efficient gebruik van subsidiegelden en het stimuleren van cliëntgericht, kostenbewust handelen opgenomen. Elke instelling heeft een specifieke verhouding direkte en indirecte kosten waarbinnen het mogelijk is gemaakt over te gaan tot eenzijdige substitutie van middelen ten gunste van de direkte zorgverlening.

Tabel 4 Gemiddelde productiviteitsopbouw van uitvoerende personeel van gezinsverzorging en kruiswerk (in resp. 1988 en 1987)

	wijkverpl. en ziekenverz.1987 a)	Trad. gez. verz. 1988	Alpha 1988
Betaaluren	2.080	2.080	2.080
Verlof e.d.	376	376	108
Capaciteitsuren	1.712	1.712	1.980
Procentuele verdeling (als % capaciteitsuren)	%	%	%
Directe contacturen	51,3	80,1	100
Direct contactgebonden uren	20,3	2,0	-
Totaal contacturen	71,6	82,1	100
Opleiding, overleg en overig	28,4	3,8	-
Ziekte	14,1	14,1	-
Totaal	100	100	100

a) Bron: Notitie "Kostprijsberekening Kruiswerk", 14 september 1989 van het NK
Bron: Rapport Boer en Croon 1989

De gepresenteerde cijfers geven een beeld van de improductiviteit bij beide voorzieningen.

Van de improductiviteit bij de gezinsverzorging is bekend dat hieraan ondermeer een structureel hoog ziekteverzuim bij het uitvoerend personeel ten grondslag ligt. Uit een recent onderzoek van het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) en de Rijksuniversiteit Leiden (RUL)⁶ blijkt dat dit verzuim in 1987 ca. 12,6% (14,1% van de capaciteitsuren) bedroeg. Weliswaar is de verzuimfrequentie in de gezinsverzorging niet hoger dan die (van vrouwen) in andere sectoren, maar de verzuimduur is langer. Ca. 67% van het ziekteverzuim wordt veroorzaakt door ziektegevallen van langer dan zes weken. Het aantal

⁶ Onderzoeksrapport "Ziekteverzuim van de gezinsverzorging" maart 1989. Opdrachtgever voor dit onderzoek was de B.V.G. die te zamen met W.V.C. de financiering heeft verzorgd.

2.4. Productiviteit en kostprijzen

Bij beide voorzieningen is sprake van een vrij hoog percentage niet-direct productieve uren. Dit komt ook naar voren uit de bedrijfseconomische analyse die door Boer en Croon in het kader van hun onderzoek is verricht. Teneinde inzicht te verkrijgen in de kostprijzen per eenheid zorg zijn in het kader van deze analyse de landelijk gemiddelde productiviteitspercentages van uitvoerend personeel van de diverse zorgsoorten (zorgfuncties) berekend. Daartoe diende een eenduidige definiëring van een eenheid zorg en een productief uur zorg te worden gehanteerd. Als eenheid zorg is aangehouden één uur zorgverlening van ieder der onderscheiden vormen van dienstverlening. De definitie van een produktief uur zorg die het meest aansluit op de administratieve registratie in de praktijk en die formeel het meest vergelijkbaar is bij beide werksoorten is die waarbij gerekend wordt met direct productieve uren zorguitvoering bij de cliënt, derhalve contacturen (direkte contacturen en direct contactgebonden uren zoals reistijd). De productiviteit is dan te definiëren als de verhouding tussen het totaal aantal contacturen van uitvoerend personeel per jaar en de capaciteitsuren (hoeveelheid betaall-uren minus verlof e.d.). Rekening houdend met de afwijkende praktijk van met name wijkverpleging in vergelijking met de andere zorgsoorten⁵ en gebruikmakend van landelijke productiegegevens (gezinsverzorging cijfers 1988, kruiswerk cijfers 1987) werd de volgende landelijk gemiddelde productiviteit van uitvoerend personeel (excl. verlof en arbeidstijdverkorting) berekend: verpleging/ziekenverzorging 71,6%, gezinsverzorging 82,1% en alphahulp 100%. In onderstaand overzicht (tabel 4) is de gemiddelde productiviteitsopbouw schematisch weergegeven.

⁵ Door de vele kortdurende behandelingen en klantencontacten is een wijkverpleegkundige relatief zeer veel reistijd kwijt. Bij gezinsverzorging en andere zorgsoorten is deze reistijd niet groot. Deze en andere elementen van de functie van wijkverpleegkundige maakte een meer uitvoerige analyse van de productiviteit bij de wijkverpleging nodig (bijlage 12 van het rapport Boer en Croon).

WAO-gevallen is in de gezinsverzorging ook relatief hoog. Persoons- en functiekenmerken blijken slechts een geringe invloed op het verzuim te hebben. Het opleidingsniveau lijkt wel enige verklaring te bieden. De organisatiegebondenheid van het ziekteverzuim is in de gezinsverzorging hoger dan elders: het ziekteverzuim van gezinsverzorgingsinstellingen varieert van 5% tot 20%. Uit diagnosegegevens blijkt dat het langdurig ziekteverzuim vaak wordt veroorzaakt door motorische aandoeningen en minder vaak door psychische aandoeningen. In de aanbevelingen van het NIA en de RUL worden wegen aangegeven waarlangs de belasting verminderd, de belastbaarheid verlaagd, de verzuimdrempel verhoogd en de hervattingsdrempel verlaagd kan worden. In hoofdstuk 3 (par 3.3.) wordt op het ziekteverzuim bij de gezinsverzorging teruggekomen.

Op basis van de hierboven vermelde productiviteitscijfers zijn de kostprijzen per productief uur zorg te berekenen door de totale kosten van gezinsverzorging en kruiswerk te delen op de totale hoeveelheid productieve uren. Aldus resulteren (zie ook tabel 8) voor de (totale) gezinsverzorging en kruiswerk (gewogen gemiddelden van de diverse vormen van dienstverlening) landelijk gemiddelde kostprijzen van de zorguitvoering van respectievelijk f. 30,85 (1988) en f. 71,75 (1987)⁷. Het verschil tussen beide kostprijzen is zeer aanzienlijk.

Het onderzoek van Boer en Croon biedt de mogelijkheid nader inzicht te verkrijgen in de achtergronden van het verschil in kostprijzen tussen gezinsverzorging en kruiswerk. Weliswaar betreft dit onderzoek een beperkte steekproef (zie ook par. 3.2.1.) maar de resultaten uit de analyse geven naar het oordeel van de werkgroep toch een indicatie van de relevante verschillen tussen de instellingen van gezinsverzorging en kruiswerk. Deze lijken ook enigszins te worden ondersteund door landelijk cijfermateriaal. Hieronder wordt de methode van aanpak van de bedrijfseconomische analyse van de instellingen uit de steekproef van Boer en Croon kort samengevat en de belangrijkste verschillen met betrekking tot de uurkostprijzen in de steekproefsituatie vermeld. Voor een uitgebreidere beschouwing over de aanpak en de verschillen tussen de instellingen zij verwezen naar de bijlagen 2 en 5 van het desbetreffende onderzoeksrapport.

⁷ De kostprijzen van het kruiswerk zijn inclusief kraamzorgoproepkrachten en uren consultatiebureauwerk.

In het kader van genoemd onderzoek is een zgn. normatief kostenmodel ontwikkeld waarbij de toewijzing van de niet-direkt toewijsbare kosten geschiedt op zo reëel mogelijke basis, om te vermijden dat alle indirecte kosten als gemiddelde worden "omgeslagen"⁸ Aan de hand van een zgn. "direct-costing"-onderzoek in de twee getoetste praktijksituaties⁹ (zie par. 3.2.1) kan gekomen worden tot bedrijfseconomische normen voor de toerekening van direkt en niet-direkt toewijsbare kosten aan de kostendragers c.q. de verschillende soorten van zorgverlening (productgroepen). Uit de praktijkgegevens zijn daarbij niet de desbetreffende gemiddelden genomen, maar zoveel mogelijk de bedrijfseconomisch "gunstige" situaties c.q. cijfers. Met behulp van een rekenmodel kan vervolgens een gedifferentieerd en een totaalbeeld worden verkregen van de integrale kostprijs per productgroep en van de direkt en de indirect toewijsbare kosten¹⁰. Dit resulteerde uiteindelijk in de integrale kostprijzen van een cliënt-contactuur in de steekproefsituatie, derhalve in de uurkostprijzen van de verschillende zorgsoorten. In onderstaand overzicht (tabel 5) zijn deze kostprijzen alsmede de opbouw ervan over de kostensoorten weergegeven. Benadrukt zij dat het overzicht alleen vergelijkingswaarde heeft.

⁸ Als "direct toewijsbare" kosten worden gedefinieerd de kosten die direkt te relateren zijn aan het leveren van de desbetreffende zorg. De omvang van deze kosten is op enigerlei wijze te relateren aan de omvang van de productieve uren.

⁹ Aangevuld met eigen know-how van Boer en Croon vanuit recente financiële analyses in beide werksoorten.

¹⁰ Uit dit rekenmodel zijn per produktgroep ook kwantitatieve aanwijzingen voor de "ideale" schaalgrootte (los van geografische factoren) te destilleren, mede op basis waarvan testmodellen voor samenwerking zijn te ontwerpen (par 3.2.1.).

Tabel 5 Opbouw uurkostprijzen per zorgsoort in de steekproefsituatie (in guldens)

	alpha hulp	gezins- hulp- verle- ning	gezinsver- zorging	gespecia- liseerde gezins- verzor- ging	kraam- zorg	verpleging en zieken- verzorging
Loonkosten uitvoerenden	11	25	26	41	30	50
Overige directe kosten	2	1	2	3	7	8
Toewijsbare kosten	1	1	1	2	1	6
Loonkosten overhead	2	2	2	2	6	9
Overige kosten	1	2	2	2	8	12
Totale kostprijs	17	31	33	50	52	85

Bron: Rapport Boer en Croon 1989.

In de steekproefsituatie blijkt bij de gezinsverzorging vergeleken met het kruiswerk sprake van lagere loonkosten en een geringere omvang van de indirecte kosten. Daarnaast is er bij de gezinsverzorging ook sprake van een hogere productiviteit, zoals blijkt uit het navolgende verschillenoverzicht (tabel 6).

Tabel 6 Belangrijkste verschillen tussen de instellingen voor gezins-
zorg en kruiswerk in de steekproef

		gezinsverzorging	kruiswerk
"span of control" direkt leidinggevend	26.000 uur	KW 29.000 uur KZ 17.000 uur gemid. 24.000 uur	
direkte contacturen	steekproef 64-70% gemid. 65,7%	KW R'dam 50 % KW R'dam 77 % KZ gemid. 67 %	
reiskosten per directe medewerker	f. 350,--	f. 4.000,--	
vergoedingen per directe medewerker	f. 65,--	f. 125,--	
opleiding per directe medewerker	f. 300,--	f. 400,--	
overige personeels- kosten per medew.	f. 200,--	f. 700,--	
huisvestingskosten per "kantoor"medew.	f. 4.600,--	f. 17.000,--	
verhouding dir. versus indirec. kosten	87:13	70:30	
salariskosten uitvoe- renden ^{a)}			
- verpleegkundige		f. 58.800,--	
- verzorgster/ziek- enverz./kraamver- zorgster	f. 41.800,--	wzw 48.700/kv 49.200,--	
- helpster	f. 36.500,--		
- alphahulp	f. 22.800,--		
- gemiddeld	f. 36.000,--	f. 53.800,--	

a) Berekend op basis van landelijke gemiddelden
Bron: Rapport Boer en Croon 1989

Uit de analyse van de steekproefsituatie kwam voor wat betreft de instellingen voor de gezinsverzorging ook naar voren, dat de indirecte kosten van de grote instellingen 1 à 2% lager zijn dan die van de kleine, maar dat ook de productiviteit 4,5% lager is (mogelijk mede veroorzaakt door fusie-effecten bij de grote instellingen of door een wat hoger ziekteverzuim). Dit resulteert in een ca. f. 2,-- hoger gemiddelde uurkostprijs dan bij de kleine instellingen. Het verschil wordt overigens door een groter aandeel alphahulp (16% versus 12%) weer teruggebracht tot ca. f. 0,50. De voorzichtige conclusie is dat er enige indicatie is dat grote instellingen voor de gezinsverzorging de

besparing als gevolg van "economies of scale" weer inleveren door een lagere productiviteit. Tussen een regio-instelling en een stad-instelling voor de gezinsverzorging blijken in de steekproefsituatie in financiële zin nauwelijks relevante verschillen te zijn. Opgemerkt zij dat het kruiswerk niet in de vergelijking van deze typen verschillen is opgenomen vanwege de zeer beperkte steekproef daarin.

2.5. Eigen bijdrage-regelingen

De eigen bijdrage-regelingen van gezinsverzorging en kruiswerk wijken in aanzienlijke mate van elkaar af. Het meest kenmerkende verschil tussen beide regelingen is, dat die van het kruiswerk een inkomensafhankelijke contributieregeling is, waarbij de contribuant door betaling van een jaarlijks vast bedrag (thans f 42,50) bijdraagt in de kosten, ook al maakt hij geen gebruik van de voorziening. Daarentegen is er in de gezinsverzorging sprake van een inkomensafhankelijke eigen bijdrage, die de cliënt alleen verschuldigd is bij daadwerkelijk gegeven zorgverlening. Deze eigen bijdrage van de cliënt c.q. leefeenheid mag de financiële draagkracht van de leefeenheid niet te boven gaan. Overschrijding zou een beroep op de Algemene Bijstandswet (ABW) veroorzaken omdat de kosten evenals overigens de contributie bij het kruiswerk gerekend worden tot de zgn. bijzondere noodzakelijke kosten van het bestaan¹¹. De eigen bijdrage in de gezinsverzorging bedraagt derhalve het aantal ontvangen uren hulp vermenigvuldigd met de maximum uurprijs (thans f 8,25) maar nooit meer dan de draagkracht volgens de zgn. inkomensafhankelijke tabel.

Omdat voor de cliënt de band tussen betaling en verstrekking van zorgverlening bij het kruiswerk niet aanwezig is, is er - met name in de zgn. overloop tussen kruiswerk en gezinsverzorging - bij de cliënt een geneigdheid meer gebruik te maken van de verzorgende functies van het kruiswerk dan van de gezinsverzorging. Zoals ook blijkt uit het onderzoek van Boer en Croon is er bij de uitvoerende krachten in het kruiswerk zoals bijvoorbeeld de wijkziekenverzorgenden sprake van een aan-

¹¹ Deze draagkracht is nader geregeld in het Bijstandsbesluit Landelijke Draagkrachtcriteria (art. 6b.1.b.). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat iedereen zelf per jaar een bijdrage van f 171,-- dient bij te dragen aan uitgaven welke aangemerkt kunnen worden als bijzondere noodzakelijke kosten van bestaan. Van de inkomsten boven het minimum wordt 35% als draagkracht aangemerkt.

zienlijk hogere bedrijfseconomische kostprijs per eenheid zorg dan bij die binnen de gezinsverzorging. Dit staat een doelmatige allocatie van de hulpvraag in de weg. Harmonisatie van de beide eigen bijdrage-regelingen zal een efficiënter gebruik van de functies c.q. activiteiten van gezinsverzorging en kruiswerk kunnen bewerkstelligen. Van belang daarbij zijn ook de perceptiekosten (de kosten van inning van de eigen bijdragen). Bij de gezinsverzorging bedragen deze globaal geschat 10 à 20 mln. en bij het kruiswerk 5 à 10 mln., in totaal derhalve 15 à 30 mln. (ramingen van het ministerie van WVC).

Bedoelde harmonisatie wordt ook van regeringswege voorgestaan, teneinde deze hindernis voor een zo soepel mogelijke substitutie tussen nauw gelieerde zorgvoorzieningen weg te nemen. Hierover is in de adviesaanvraag van 2 mei 1988 van de Ziekenfondsraad ook expliciet advies gevraagd. De Raad is gezien de complexiteit van de eigen bijdrage-regimes voornemens in een later stadium op deze problematiek terug te komen. In het kader van haar taakopdracht heeft de werkgroep verschillende mogelijkheden voor harmonisatie van de bijdrage-regelingen onderzocht (par. 3.6). Daarbij is uitgegaan van de voorwaarden die op dit punt ingevolge het Kabinetsstandpunt inzake de Commissie Dekker (nota Verandering Verzekerd) zijn gesteld: de huidige opbrengst van de bijdrage-regelingen dient in beginsel niet te worden aangetast (zgn. budgettaire neutraliteit) en rekening moet worden gehouden met de draagvlakgrenzen van de ABW.

2.6. Afstemming van vraag en aanbod

2.6.1. Het kraptemodel

In het veld van de extramurale zorgverlening ontvangt een groep cliënten hulp van zowel de gezinsverzorging als het kruiswerk. Daarnaast doet de situatie zich voor dat de werkzaamheden van het kruiswerk en de gezinsverzorging elkaar gedeeltelijk overlappen (het zgn. overloopgebied). Omdat de afstemming van de hulpvraag en het hulpaanbod met betrekking tot de extramurale activiteiten van beide voorzieningen thans gescheiden en door middel van elkaar afwijkende systemen tot stand komt is de hulpverlening terzake van de huishoudelijke, begeleidende, verzorgende en verpleegkundige functies suboptimaal. Zo kan het thans voorkomen dat bij de vervulling van een bepaalde hulpvraag relatief te dure uitvoerende krachten worden ingezet.

Bij de gezinsverzorging wordt de toegang tot de voorziening geregeld via landelijke uniforme richtlijnen voor de indicatiestelling. Door middel van indicatiestelling wordt binnen de gezinsverzorging zowel de kwantiteit als de kwaliteit van het hulpaanbod vastgesteld. Het kruiswerk kent formeel geen indicatiestelling en derhalve ook geen landelijke uniforme richtlijnen.

Waar voorzieningen voor gezondheidszorg geconfronteerd kunnen worden met een grotere vraag dan er aan aanbod van zorg beschikbaar is, is dit ook het geval voor wat betreft de diensten van een eerstelijnsvoorziening: het zgn. kraptemodel. Iedere hulpverlener in de gezinsverzorging en in zekere mate ook in het kruiswerk ziet zich geconfronteerd met het gegeven dat vraag en aanbod niet optimaal op elkaar kunnen worden afgestemd.

Dat heeft tot gevolg dat in veel situaties de werkelijk verleende hulp minder is dan de geïndiceerde/gevraagde. Met uiteraard als hoofdoorzaak het aanwezig zijn van gelimiteerde middelen zijn de organisaties uit het principe van rechtsgelijkheid verplicht de urgentie en de prioriteitsstelling met betrekking tot de al aanwezige hulpvragers af te wegen tegen die van de nieuwe hulpvrager. Sommige cliënten zullen voor wat betreft de gezinsverzorging worden doorverwezen naar de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW). Bij andere cliënten zal sprake zijn van minder daadwerkelijk gegeven hulp dan geïndiceerd. In laatste

instantie kan overgegaan worden tot plaatsing op een wachtlijst dan wel langer of eerder gebruik van andere, bijvoorbeeld intramurale voorzieningen.

Bij de kruisverenigingen is sprake van een in het gedrang komen van de preventieve en voorlichtende activiteiten. Deze zijn de afgelopen jaren zeer aanzienlijk gedaald. Doordat een formeel indicatiesysteem ontbreekt zijn geen harde gegevens beschikbaar over de vraag of ook de curatieve hulp minder is dan wat "objectief" noodzakelijk is. Er zijn echter wel indicaties dat ook in het kruiswerk sprake is van wachtlijsten, wat tot gevolg heeft dat ondanks het bestaan van een "recht op verstrekking" in de praktijk afwegingen en keuzes moeten worden gemaakt. Aangezien op het terrein van de gezinsverzorging de organisatie binnen dit spanningsveld tussen vraag en aanbod het meeste inzicht heeft in haar capaciteit, ligt het voor de hand dat het de instelling zelf is die via het instrument van de planning (al dan niet via interne deelbudgettering) uit kan en moet maken wie welke hulp en in welke intensiteit kan krijgen. De gezinsverzorgster is hiertoe, gegeven het kleine aantal cliënten dat zij (tegelijk) bedient, niet voor toegerust: inzicht in de totale vraag-aanbod problematiek ontbreekt bij de uitvoerende kracht.

2.6.2. Indicatiestelling

Om een gelijke handelwijze van de instellingen voor gezinsverzorging bij hulpvragers te bevorderen en de rechtsgelijkheid van de hulpvragers zoveel mogelijk te garanderen zijn in het Subsidiebesluit Gezinsverzorging van de Ziekenfondsraad richtlijnen opgenomen waaraan het systeem van indicatiestelling van een instelling voor gezinsverzorging moet voldoen. Deze richtlijnen hebben betrekking op de voorwaarden voor en de bovengrens van de hulpverlening, op de urgentiebepaling en op de bepaling van het aantal uren verleende hulp en benadrukken het aanvullende karakter van de voorziening. Er kan pas sprake zijn van een positieve indicatie, indien niet op niet-professionele wijze kan worden voorzien in de ontstane hulpbehoefte¹². Door middel van een richtlijn

¹² Niet de aard of de ernst van de uitval van de persoon die normaliter zorgdraagt voor de huishoudelijke en verzorgende taken maar het onvermogen van het totale huishouden (gezin, samenwonenden, e.d.) om daarvoor toereikende compensatie te bieden bepaalt of voor een positieve indicatie in aanmerking kan worden gekomen.

met betrekking tot de urgentiebepaling is geregeld dat nieuwe hulpvragers "dezelfde rechten" hebben als cliënten die reeds geholpen worden.

De instellingen voor gezinsverzorging dienen een indicatiesysteem te hanteren dat voldoet aan genoemde richtlijnen. Binnen deze richtlijnen zijn zij vrij met betrekking tot de nadere invulling en vormgeving. De indicatiegegevens dienen te worden geregistreerd met het oog op de planning van de activiteiten. Het merendeel van de instellingen voor gezinsverzorging hanteert het betrekking tot het systeem van indicatiestelling het LIER-systeem (Landelijk Informatie-en Registratiesysteem). Dit systeem is een hulpmiddel bij de indicatiestelling waarbij er voor zorg gedragen wordt dat in aansluiting op het gestelde in de richtlijnen voor de indicatiestelling de hulp van de gezinsverzorging naar aard, taken, omvang en kwaliteit aansluit op de resterende mogelijkheden van de cliënt, respectievelijk gericht is op de verdere stimulering van de eigen mogelijkheden.

Behalve in de gezinsverzorging kwam tot voor kort het begrip indicatiestelling in de gezondheidszorg niet voor. Hiervoor zijn twee, onderling samenhangende, oorzaken aan te wijzen. In de eerste plaats betreft (een groot deel van) de zorgverlening in de gezondheidszorg hulp op professioneel niveau, waarbij het stellen van de "indicatie" uitsluitend door de zorgverlener zelf met behulp van zijn eigen professionele maatstaven kan geschieden (vergelijk de huisarts). Voorts geschiedt de zorgverlening in de gezondheidszorg op basis van een min of meer scherp omschreven verstrekkingenbesluit, waarin de rechten van de verzekerde omschreven zijn¹³. Hoewel de wijkverpleegkundige zeker niet zonder meer als een met bijvoorbeeld de huisarts vergelijkbare "professional" (met de bijbehorende professionele autonomie) kan worden beschouwd, is deze van oudsher een functionaris die door specifieke deskundigheid met een vrij grote mate van zelfstandigheid kan bepalen welke hulp er in een concreet geval geleverd moet worden. Vandaar dat het kruiswerk op dit moment geen formele richtlijnen kent die bij de indicatiestelling moeten worden gehanteerd.

¹³ Veelal wordt in zo'n verstrekkingenbesluit de professionele autonomie van de betrokken beroepsgroep benadrukt (en de nadere invulling van de verstrekking dus aan het veld overgelaten) door omschrijvingen als "wat in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is".

Wel is door de Nationale Kruisvereniging als hulpmiddel voor het maken van een verpleegplan een nota uitgebracht over het methodisch verpleegkundig handelen: een methode die de wijkverpleging in staat stelt bewust en planmatig om te gaan met het verpleegkundig aspect, vanaf het moment dat dit door de cliënt in gang gezet wordt als hij zich met een verzoek om hulp tot de wijkverpleging wendt. Als pendant van het LIER-systeem kent het kruiswerk het Wijk Administratie Systeem (WAS), dat echter meer nog dan het LIER-systeem kan worden getypeerd als een registratiesysteem. Bij de wijkverpleging kan via een (telefonisch) spreekuur hulp worden aangevraagd. Daarop volgt een huisbezoek van een wijkverpleegkundige. In overleg met de aanvrager wordt vastgesteld welke hulp zal worden geboden. Daarbij wordt niet, zoals in de gezinsverzorging, gebruik gemaakt van een geformaliseerd beoordelingssysteem, dat voldoet aan landelijke richtlijnen voor de indicatiestelling. De beoordeling vindt plaats op basis van de deskundigheid van de betrokken verpleegkundige. Soms vindt over het verpleegplan, dat door de wijkverpleegkundige wordt opgesteld, overleg plaats met de hoofdwijkverpleegkundige.

Bij de wijkverpleegkundige geldt over het algemeen dat diegene die de hulpvraag beoordeelt veelal ook zelf zorgdraagt voor de hulpverlening (de beoordelaar is dan tevens de hulpverlener): indicatiestelling en afweging van de hulpinzet zijn in één hand. In de gezinsverzorging zijn deze functies daarentegen in formele zin gescheiden. Een leidinggevende of een speciaal daartoe aangestelde zgn. "intaker" onderzoekt de hulpvraag en stelt de indicatie vast, waarna vervolgens - via het instrument van planning - wordt vastgesteld welke hoeveelheid in welke hoedanigheid daadwerkelijk aan de cliënt wordt verstrekt. De hier en daar toegepaste methode om (wijk)-teams van verzorgenden/helpenden de taak van indicatiestelling te laten verrichten laat dit principe van controleerbare en geregistreerde indicatiestelling onaangetast.

De hierboven beschreven allocatieproblematiek vraagt om een beter op de vraag afgestemde inzet van personeel, waarvoor het ontwikkelen van landelijke uniforme richtlijnen voor de indicatiestelling voor het kruiswerk (en deze vanzelfsprekend harmoniseren met de landelijke richtlijnen voor de indicatiestelling in de gezinsverzorging) een oplossing kan bieden. Met betrekking tot een dergelijke harmonisatie is mededeling gedaan aan de Tweede Kamer bij schrijven van 25 november 1986 met als onderwerp "Voorlopige beleidsconclusies over de kosten van

vergrijzing voor WVC-terreinen". In de nota Verandering Verzekerd is tevens medegedeeld dat tussen de gezinsverzorging en het kruiswerk een nadere harmonisatie van de indicatiestelling zal plaatsvinden. Aan de Ziekenfondsraad is op 2 mei 1988 op dit onderwerp advies gevraagd waarbij de Raad rekening diende te houden met handhaving van het complementaire karakter van de voorziening gezinsverzorging. Vanwege de organisatie-aspecten van de indicatiestelling in relatie tot de allocatieproblematiek heeft de werkgroep gemeend zich in het kader van haar taakopdracht eveneens te moeten buigen over de mogelijkheden tot harmonisatie van de indicatiestelling. Hiervan wordt in hoofdstuk III (par. 3.7.) verslag gedaan.

2.7. Particuliere organisaties op het terrein van de thuiszorg

Op het terrein van de thuiszorg opereren in toenemende mate particuliere hulpverleningsorganisaties. In veel gevallen werken deze bureaus met aanzienlijk lagere tarieven dan de reguliere instanties, al is sprake van een grote verscheidenheid daarin. Zo blijken uit een vorig jaar gehouden enquête de uurtarieven te variëren van f. 10,- à f. 12,- tot f. 32,50. Voor het onderhavige heroverwegingsonderzoek zou het met name interessant zijn meer te weten over de relatie kostprijsberekening/tariefopbouw en de mate waarin deze particuliere organisaties wellicht efficiënter weten te werken dan de reguliere. Aangezien dergelijke op de vrije markt opererende organisaties geen erkenning behoeven en bijvoorbeeld ook geen CAO-verplichtingen kennen is er echter zeer weinig informatie bekend. Thans loopt er wel een door het Ministerie van WVC gefinancierd inventariserend onderzoek van een onderzoeksbureau naar de particuliere organisaties in de thuiszorg.

Uit het deelonderzoek van Boer en Croon zijn wel enige indicaties gekomen uit de particuliere verpleegpraktijk die voor het heroverwegingsonderzoek van belang zijn. Deze indicaties berusten op interviews met een viertal particuliere verpleegbureaus (PV). De PV's blijken vrijwel uitsluitend te werken in de markt van de aanvullende of intensieve thuiszorg, waarbij er soms sprake is van intensieve samenwerking met de reguliere instanties, terwijl recent ook veel particuliere verzekeraars en ziekenfondsen een vergoeding voor deze vorm van gezondheidszorg in hun verzekeringbepalingen hebben opgenomen. PV's opereren als uitzend- of als bemiddelingsbureau of hebben goed en flexibele

inzetbaar verpleegkundig personeel in loondienst op afroep-basis. Er blijkt een opvallend verschil tussen het gehanteerde uurtarief (op basis van een direct productief uur zorg) en de op basis van "direct costing" door Boer en Croon berekende werkelijke kostprijs voor de wijkverpleging. Zonder nader vergelijkend onderzoek naar werkelijke kostprijsofbouw en kwaliteit van de dienstverlening zijn echter geen conclusies te trekken. De relatief lage tarieven zijn voor een groot deel te verklaren uit het personeelsbeleid met een onduidelijke arbeidsrechtelijke situatie. De werkgroep is dan ook de verwachting toegedaan dat een arbeidsrechtelijke regulering van de thuiszorg met daaruit voortvloeiende CAO-verplichtingen zal leiden tot een verdere uniformering en stijging van de tarieven van de particuliere organisaties. Wel vormen deze organisaties een duidelijk voorbeeld van de marktwerking in de gezondheidszorg.

2.8 Gezinsverzorging en kruiswerk in het buitenland

De werkgroep heeft in het kader van haar onderzoek ook gezien of vergelijking met voorzieningen voor extramurale verzorging en verpleging in andere westerse landen nuttig materiaal oplevert. Statistische vergelijking bleek evenwel niet mogelijk omdat betrouwbaar cijfermateriaal ten aanzien van ondermeer de kosten van de voorzieningen (in relatie tot bijvoorbeeld inwonertal en bruto nationaal produkt), het aantal gebruikers en het aantal bij de voorzieningen werkzaam niet voorhanden is¹⁴. De werkgroep heeft daarom aan de hand van beschikbare literatuur kwalitatieve studies verricht van een vijftal West-Europese landen, te weten België, West Duitsland, Finland, Frankrijk en Engeland. Daarbij is met name aandacht besteed aan structurering en financiering van de gezondheidszorg in totaliteit en aan experimentele ontwikkelingen op het terrein van de thuiszorgvoorzieningen in deze landen. Deze studies waren noodgedwongen beperkt vanwege met name het geringe aantal verge-

¹⁴ Het grootste probleem bij het statistisch vergelijken is de onvergelijkbaarheid van de gegevens. Zo wordt in het ene land maaltijdverstrekking aan ouderen tot de taak van de gezinsverzorging en daarmee tot de kosten van de gezondheidszorg gerekend, terwijl deze dienstverlening in het andere land als een vorm van particulier initiatief wordt gezien dat niet voor financiering/subsidiëring door de gezondheidszorg in aanmerking komt.

lijkende publicaties en definitieproblemen¹⁵

Het blijkt, dat er op het terrein van de gezondheidszorg, waaronder de extramurale verzorging en verpleging i.c. gezinsverzorging en kruiswerk dermate grote verschillen tussen de hierboven genoemde vijf landen zijn, dat conclusies relevant voor de specifieke probleemstelling van de werkgroep nauwelijks te trekken zijn. Deze verschillen op terreinen als financieringswijze, mate van professionalisering en privatisering, organisatie en coördinatie van de zorg en de kosten daarvan komen vooral voort uit historisch gegroeide ontwikkelingen en uit cultuurverschillen. Wat de vijf landen gemeenschappelijk hebben is dat in geen enkel land de overtuiging heerst, dat een geheel bevredigende oplossing is gevonden voor de vraag naar de beste manier waarop - tegen een aanvaardbare prijs - aan de behoefte aan thuiszorg van de bevolking kan worden voldaan. Wel wordt in de meeste Westeuropese landen prioriteit gelegd bij het verleggen van het zwaartepunt van de zorg van "residentiële" naar "thuiszorg" (van "institutional care" naar "community care"). Er bestaat geen uniformiteit met betrekking tot de verantwoordelijkheid voor thuiszorg. In het ene land behoort de realisatie van een gecoördineerde thuiszorg meer tot de verantwoordelijkheid van de gezondheidszorg, in het andere land meer tot die van de maatschappelijke en/of sociale dienstverlening. In alle bestudeerde landen zijn de gezinsverzorging en het kruiswerk vanuit historische achtergrond gescheiden tot stand gekomen. In vele landen wordt thans de vraag gesteld of daarin verandering moet worden gebracht. De voornaamste algemene conclusie van de werkgroep uit het buitenlandonderzoek is dat internationaal geen rechtvaardiging te vinden is om af te zien van integratie van de twee thuiszorgvoorzieningen.

¹⁵ De definiëring van extramurale verzorging en verpleging (met name gezinsverzorging en kruiswerk) is - voorzover in de literatuur al aanwezig - niet éénduidig. In het ene land wordt de "gezinsverzorging" i.c. "dat wat wij onder gezinsverzorging verstaan" in totaliteit of deels als onderdeel van de gezondheidszorg gezien; in het andere land wordt zij gerekend tot het terrein van de maatschappelijke en sociale hulpverlening. Ook het kruiswerk in de vorm zoals hier te lande bekend komt nergens voor. De functies van het kruiswerk worden in de geraadpleegde literatuur veelal versmald tot die van de "wijkverpleging". Deze wijkverpleging maakt meestal deel uit van de gezondheidszorg. Er wordt een breed scala van benamingen gehanteerd: van thuisverpleging tot thuisgezondheidszorg.

Een dergelijke conclusie valt ook te trekken uit de beperkte buitenlandverkenning die in het kader van het deelonderzoek van Boer en Croon is verricht met betrekking tot Finland en Engeland¹⁶. In vergelijking tot deze landen lijkt Nederland nog het verst gekomen in de ontwikkeling naar integratie. Voorts wordt ook geconstateerd, dat zich ten aanzien van de zogenaamde operationele management-functie in de drie landen vergelijkbare problemen voordoen en dat de inhoud van deze functie dringend aan herziening toe is.

¹⁶ Zie bijlage 9 van het rapport van Boer en Croon.

Hoofdstuk III Voorstellen en aanbevelingen

3.1. Inleiding

De werkgroep heeft zich er toe gezet op basis van de in het voorgaande hoofdstuk II opgenomen analyse van het huidige (organisatorisch) functioneren van de gezinsverzorging en het kruiswerk te komen tot praktische voorstellen en aanbevelingen tot een doelmatiger zorgverlening door beide voorzieningen. De resultaten worden hieronder weergegeven. De voorstellen en aanbevelingen kunnen worden gezien als bouwstenen voor een veranderingsproces dat door de zorginstellingen in hoge mate zelf zal moeten worden geëntameerd en gerealiseerd. Niettemin kan de overheid daarbij stimulerend en sturend optreden. Daarop wordt door de werkgroep in een afzonderlijke paragraaf (par. 3.8) op ingegaan.

3.2. Modellen voor integratie van gezinsverzorging en kruiswerk

3.2.1. Aanpak van het deelonderzoek naar optimale organisatiemodellen

Vanuit de vraag die voor het onderhavige heroverwegingsonderzoek als kernvraag kan gelden hoe met hetzelfde budget voor gezinsverzorging en kruiswerk de komende jaren meer cliënten verantwoord geholpen kunnen worden, heeft het organisatie-adviesbureau Boer en Croon een studie verricht naar organisatiemodellen voor integratie van gezinsverzorging en kruiswerk en de bedrijfseconomische basis daarvan. Het onderzoek geeft vooral antwoord op de vraag: welke zijn de financiële besparingen in de indirecte sfeer van een efficiënte en geïntegreerde uitvoeringsorganisatie van het huidige gezinsverzorgings- en kruiswerkaanbod, vanuit de huidige vraag-aanbod relatie. Vormen van samenwerking zijn niet uitgewerkt omdat daarvan door de stijgende coördinatiebehoefte weinig mogelijkheden tot terugdringing van de indirecte kosten zijn te verwachten.

De beleidsmatige relevantie van de onderzoeksresultaten is naar het oordeel van het adviesbureau vooral gelegen in:

- het bieden van een financieel referentiekader vanuit een eenduidige kostendefinitie en doorgerekende integratiemodellen ten behoeve van overheid, management en ziektekostenverzekeraars;
- een indicatie van ideale schaalgrootte op basis van uitgangspunten in de huidige situatie;

- een onderbouwd rekenmodel ten behoeve van verdere modelontwikkeling in deze zorgsector.

De hoofdlijnen van de aanpak waren het ontwerpen van ideaal-typische testmodellen voor samenwerking/integratie van beide sectoren en het vervolgens doorrekenen van deze modellen aan de hand van een eveneens tijdens dit onderzoek ontwikkeld en onderbouwd normatief rekenmodel, op basis van de "direct-costing"-methode. In de modellenontwikkeling is geabstraheerd van een aantal belangrijke factoren zoals ondermeer de kwaliteit van het beschikbare management en staf, regionale en/of historische banden en indelingen en cultuurverschillen tussen de betrokken werksoorten.

Het sterk technisch gekleurde onderzoek is in een zestal fasen verlopen: inventarisatie en benaderen van de praktijksituaties, het ontwikkelen van een normtarief kostenmodel, het ontwikkelen van testmodellen van integratie, kwantificering en toetsing in praktijksituaties en tenslotte vertaling van de resultaten naar het landelijk budget en aanwijzingen voor regelgeving¹⁷.

Voor het onderzoek is uitgegaan van twee geografisch van elkaar verschillende praktijksituaties: een groot stedelijk en een ruraal gebied¹⁸. Op basis van pragmatische overwegingen als beschikbaarheid en kwaliteit van informatie, reeds bestaande kontakten en onderzoeksplanning is gekozen voor (instellingen in) Rotterdam en Oost-Gelderland en Rosendaal (GZ)/West.

Binnen de randvoorwaarden van het onderzoek zijn voor de modellenontwikkeling een aantal uitgangspunten vanuit de huidige situatie in de aanbodzijde gehanteerd, zoals ondermeer de bestaande produkten/diensten van de beide werksoorten, de bestaande "produkten-mix", de huidige functie-indeling (behoudens enige hypothesen voor verandering die zijn doorgerekend) en de huidige productiviteit en omvang van de uitvoering. Een belangrijk uitgangspunt vormt ook de te hanteren (management-)visie op de thuiszorgorganisatie. Deze visie kan getypeerd worden als vraag- en cliëntgericht.

¹⁷ Voor een gedetailleerde weergave van de verrichte activiteiten zie hoofdstuk 2 en bijlage 2 van het rapport van Boer en Croon.

¹⁸ De achterliggende gedachten daarbij waren: verwachte verschillen in productiviteit (reistijden, leegloop) en mogelijk verdergaande splitsing in units en derhalve kostenverhoging en mogelijke schaalvoordelen.

Sterk punt bij beide voorzieningen en tevens de basis van deze zorgfilosofie is de reeds grote cliëntgerichtheid in de directe uitvoering. De management-stijlen van beide zullen in de nabije toekomst meer naar elkaar toe moeten groeien vanwege ondermeer de noodzaak bij intensieve patiënten flexibel samen te werken, ook met andere disciplines in de eerste lijn, vanwege het toenemend belang van management van schaarste en kostenbewustzijn en vanwege gelijklopende externe ontwikkelingen. Om die reden mag in de lange termijn-visie zeker uitgegaan worden van één operationeel management voor beide werksoorten, waarbij de diverse uitvoerende disciplines over verschillende vrijheidsgraden en mogelijk ook afzonderlijk discipline-overleg en dergelijke zullen beschikken.

De managementvisie vanuit de cliënt alsmede de gehanteerde uitgangspunten houden in dat de geografisch geordende uitvoeringseenheden zoveel mogelijk het complete en geïntegreerde aanbod van thuiszorgdiensten dienen te bevatten of daarover zeer flexibel kunnen beschikken (inhuuren). Voor beperkte gemeenschappelijke diensten is een relatief klein landelijk bureau nodig¹⁹.

Binnen het scala van mogelijke organisatievormen is in de context van het deelonderzoek en de hierboven aangeduide managementvisie gekozen voor het ontwikkelen van twee modellen die de uitersten vormen op de schaal van: grootschalige versus kleinschalig, de mate van centrale sturing en economies of scale versus "economies of people" (produktiviteit, service-gerichtheid, inzet en dergelijke). Vrijwel alle samenwerkings- en fusieprocessen, zeker bij organisaties in de zorgsector die in hoge mate zijn gebaseerd op mensenwerk spelen de discussies zich ook vaak rondom deze aspecten af. Tevens vormen deze beide uitersten het beste testkader voor de vraag of en in welke mate besparingen in de indirecte sfeer mogelijk zijn en welke effecten daarvan mogelijk uitgaan.

Deze twee modellen zijn:

- A. het thuiszorgbedrijf: volledig geïntegreerde grootschalige organisaties, vanuit een kleinschalige geografische opbouw;

¹⁹ Daarbij moet ook bedacht worden, dat een deel van de ook bij profit-organisaties aanwezige "concernsturing" zal blijven plaatsvinden door de overheid.

B. de thuiszorgketen: zelfstandige kleinschalige eenheden met een geïntegreerd dienstenpakket die zich onderling verbinden tot een keten-organisatie.

Deze worden hierna kort samengevat. Voor nadere bijzonderheden zij verwezen naar het rapport van Boer en Croon²⁰.

3.2.2. Het model thuiszorgbedrijf

Het door Boer en Croon ontwikkelde geïntegreerde, grootschalige thuiszorgbedrijf als organisatiemodel sluit aan op de reeds bestaande trend naar integratie en schaalvergroting van de uitvoeringsorganisaties in de gezondheidszorg. De schaalvergroting moet zodanig zijn dat ondermeer een strategische omvang wordt bereikt die vergelijkbaar is met andere belangrijke zorginstellingen als ziekenhuizen en verzekeraars, de kwetsbaarheid van staf en management wordt verminderd en overlap en dubbelfuncties kunnen worden uitgebannen en daardoor de kostprijs verlaagd. De ideale schaalgrootte is met name afhankelijk van een optimale benutting van de zogenaamde "span of control" of "case load" van het management, dat wil zeggen het aantal uitvoerenden aan wie de manager leiding geeft, uitgedrukt in uitvoerende zorguren. Deze optimale benutting betekent dat steeds sprake dient te zijn van full-time (fte) plaatsen van management.

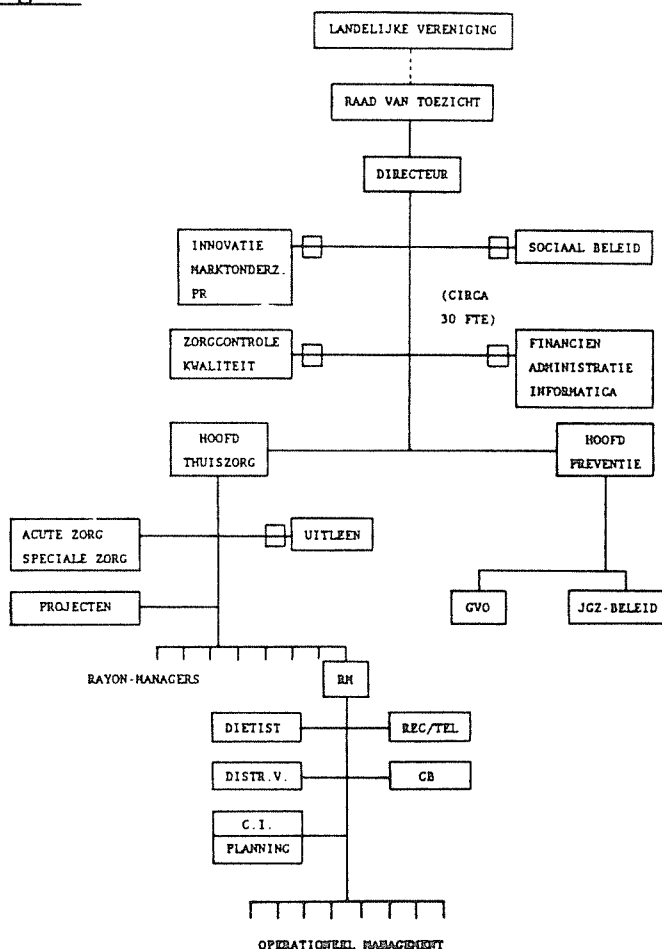
In navolgend organigram is de structuur van het zorgbedrijf weergegeven, bestaande uit kleine bedrijfseenheden (8) op operationeel niveau, rayons (8) en staf en leiding. De verschillende zorgsoorten worden zoveel mogelijk decentraal vanuit de verschillende rayons door de kleine bedrijfseenheden aangeboden, zodat vanuit de klant gezien een zo integraal aanbod ontstaat. Essentieel uitgangspunt in het model is de maximale span of control van de operationeel manager, door Boer en Croon gesteld op circa 20 full time formatieplaatsen, danwel 42.000 uren zorg per jaar. Op basis van de huidige produktsamenstelling qua

²⁰ Zie de hoofdstukken 5 en 6 en bijlagen 6 en 7 (technische specificaties) van het rapport van Boer en Croon. In hoofdstuk 7 wordt nader ingegaan op de belangrijke gevoeligheden, mogelijke alternatieven en de overwegingen bij de keuze en ontwikkeling van de testmodellen, met als belangrijkste aspecten: de "span of control" van het operationeel management, één operationeel management voor alle werksoorten, het geografisch bereik van kraamzorg, de plaats van preventie en het maximaliseren van het uitbesteden van de uitvoering.

personele omvang van de diverse zorgsoorten werkt een bedrijfseenheid voor een geografisch gebied van circa 6200 inwoners. Het totale zorgbedrijf met een globale formatieomvang van circa 1500 fte (waarvan circa 1350 in de uitvoering inclusief alpha-hulp) werkt daarmee bij maximale benutting van de mogelijke span of control voor een geografisch gebied van circa 400.000 inwoners.

De huidige gemiddelde case-load van een leidinggevende in de gezinsverzorging is circa 25.000 zorguren per jaar, met een duidelijke groeitrend naar circa 30.000 zorguren. Voor hoofdwijkverpleegkundigen geldt een gemiddelde case-load van circa 25.000 zorguren per jaar. Door de functie uit te zuiveren van uitvoerende (onder andere begeleiding cliënten) en stafachtige taken (in het thuiszorgbedrijf maar ook in het ketenmodel worden daartoe ook formatieplaatsen stafondersteuning toegevoegd) en door de overige uren zorguitvoering te laten doen door een aantal zelfstandig werkende professionele krachten wordt een span of control van het operationeel management van circa 42.000 zorguren per jaar haalbaar geacht. Ervaringen in het buitenland wijzen ook in die richting. In Engeland wordt een case-load van de leidinggevende in de thuishulp van bijna 48.000 zorguren bereikt, in Finland een case-load van bijna 50.000 zorguren. Wel zal de beoogde case-load in de praktijk een aanzienlijke uitdaging betekenen voor het management. Er zal daarom geïnvesteerd dienen te worden in managementontwikkeling.

Organigram



FTE = FULL-TIME EQUIVALENTEN

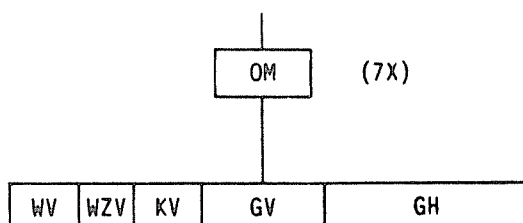
GVO = GEZONDHEIDSVORLICHTING EN -OPVOEDIN

CB = CONSULTATIEBUREAUS

CI = CENTRALE INTAKE

JGZ = JEUGDGEZONDHEIDSZORG

KLEINSTE BEDRIJFSEENHEDEN PER RAYON



OM = OPERATIONEEL MANAGER

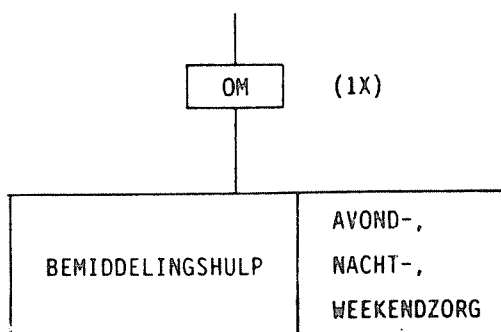
WV = WIJKVERPLEEGKUNDIGE

WZV = WIJKZIEKENVERZORGENDE

KV = KRAAMVERZORGSTER

GV = GEZINSVERZORGSTER

GH = GEZINSHELPSTER



3.2.3. Het model thuiszorgketen

Bij het organisatiemodel van de thuiszorgketen gaat het om in de uitvoering geïntegreerde, maar kleinschalige "buurtvoorzieningen" die een aantal economies of scale trachten te realiseren in een keten-organisatie. Dit model legt minder druk dan het bedrijfsmodel op voorwaarden in de sfeer van management, sturing en overhead, maar veel meer op de kern van de zorg: buurtgericht en service-gericht beschikbaar zijn. Het sluit aan op de trend naar "small is beautiful" en ondernemerschap in de zorg. Het sluit tevens aan op de reeds bestaande kleinschalige zorgvormen van huisarts-, tandarts- en fysiotherapiepraktijk, apotheek en drogist.

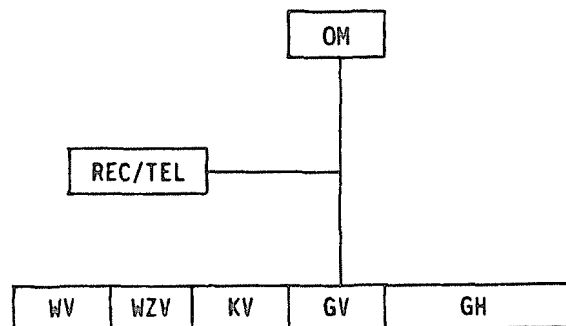
De eerder aangeduide integratie tot zorg-management (par. 3.2.1.) zal in dit model goed te verwezenlijken zijn. Via de ketenorganisatie worden zorgdiensten en stafdiensten georganiseerd, die om redenen van omvang of specialisme bedrijfseconomisch niet verantwoord in de kleine uitvoeringseenheid passen.

Essentieel in het model is dat het hoofd van de buurtvoorziening via een franchise-contract ten dele daadwerkelijk ondernemer is. Het huidige centrale sturen wordt vervangen door zelfsturing.

Navolgend organigram geeft een weergave van de structuur van de keten, die is opgebouwd uit twee niveaus: een landelijk bureau dat een aantal centrale functies vervult en negen steunpunten, verspreid over het land, die elk ongeveer 270 thuiszorgpraktijken ondersteunen en bedienen. De buurtvoorziening heeft dezelfde structuur als de kleinste bedrijfs-eenheid van het thuiszorgbedrijf, te weten: 1 fte operationeel manager/winkelier en minimaal 17,5 fte zorgverleners. Dit betekent circa 36.500 zorguren per jaar, waarbij circa 3500 uren bemiddelingshulp worden ingehuurd (extra?). Deze case-load is lager dan bij het thuiszorgbedrijf omdat de beheerder van de thuiszorgpraktijk meer taken zelf moet uitvoeren. Met de thuiszorgpraktijk kunnen circa 6000 inwoners bediend worden, zodat in totaal in Nederland ruim 2400 winkels nodig zijn.

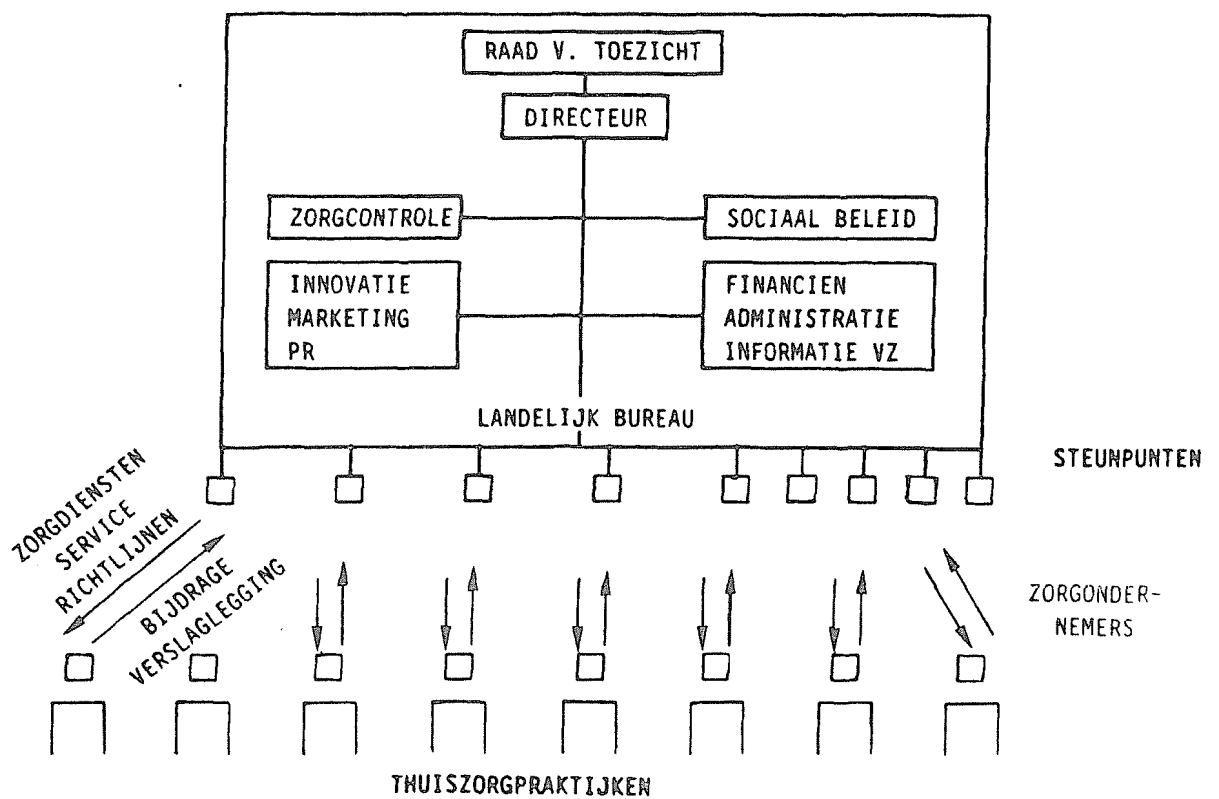
Organigram

THUISZORGPRAKTIJK



INCLUSIEF AVOND-, WEEKEND- EN NACHTZORG
ACUTE ZORG

ORGANIGRAM



Het begrip "ideale schaalgrootte" is in een ketenmodel van toepassing op enerzijds de thuiszorgpraktijk - hierbij is gerelateerd aan de optimale omvang van de operationele unit in het model thuiszorgbedrijf - anderzijds op de omvang van de steunpunten. Bij deze laatste is gezocht naar aansluiting bij de huidige provinciale indeling van steunpunten, waarbij op basis van inwonertal enige steunpunten zijn samengevoegd. In een puur bedrijfsmatige opzet zijn deze nog verder terug te brengen naar 4 à 5 steunpunten.

3.2.4. Effekten van de modellen

Het organisatie-adviesbureau heeft doorgerekend welke besparingen op de indirecte kosten landelijk gezien (macro) kunnen worden gerealiseerd bij toepassing van elk van de twee organisatiemodellen. Tevens is nagegaan tot welke toename van het aantal zorguren de besparingen kunnen leiden.

Bij de huidige samenstelling van zorgsoorten is de relatie tussen financiële besparingen en de omvang van de zorguitvoering de volgende: 1 miljoen gulden besparing in de indirecte sfeer betekent circa 25.000 uur extra zorgverlening. In onderstaand overzicht (tabel 7) zijn de structurele besparingseffecten van beide modellen weergegeven. Meer dan de helft van de totale besparingen betreft personeelslasten²¹.

Tabel 7 Besparing op de indirecte kosten op jaarbasis (in mln gld)

	<u>thuiszorgbedrijf</u>	<u>ketenmodel</u>
direkte uitvoering	0	0
direkte leiding	60	70
overige zorgverlening	5	0
overig personeel	110	155
overige kosten	<u>140</u>	<u>150</u>
totaal	315	375
totaal in % van de totale kosten	±12	±14

Bron: Rapport Boer en Croon 1989

²¹ Zie ook par. 8.2 en bijlage 8 van het rapport van Boer en Croon. In bijlage 8 is voor beide testmodellen aangegeven waar zich de voornaamste personele besparingen in de indirecte sfeer zullen voordoen en zijn de personeelscategorieën van tabel 7 nader gespecificeerd.

Door de gezinsverzorging en het kruiswerk in Nederland geïntegreerd te organiseren volgens het thuiszorgbedrijfmodel kan de uitvoering bij de huidige zorgmix met bijna 8 miljoen zorguren toenemen, dat is met circa 12%. Organiseren volgens het ketenmodel levert bijna 9,4 miljoen zorguren extra op, een toename met circa 14%. Omdat de berekeningen zijn gebaseerd op een integrale kostprijs zijn de kosten van management en staf ten behoeve van deze uitbreiding reeds verdisconteerd. Rekening houdend met ruime veiligheidsmarges acht Boer en Croon een landelijke besparing op de indirecte kosten van 300 miljoen structureel op jaarbasis mogelijk en daarmee een uitbreiding van de directe zorguitvoering met 12%. Hierbij is steeds uitgegaan van gelijkblijvende opbrengsten en zijn eigen vermogens en dergelijke buiten beschouwing gelaten. Berekend zijn ook de besparingen van een mogelijk tussenmodel: een thuiszorgbedrijf op een schaal van 250.000 inwoners, toegesneden op de huidige grenzen van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen. De besparingen van dit model zijn circa 250 miljoen en daarmee circa 50 miljoen lager (30 mln indirecte loonkosten en 20 mln overige kosten).

Interessant is na te gaan tot welke kostprijzen van een productief uur zorguitvoering (zie ook par. 2.4) de beide testmodellen leiden in vergelijking tot de huidige situatie. In tabel 8 zijn de berekende kostprijzen weergegeven (waarin verwerkt de totale kosten).

Tabel 8 Berekende kostprijzen per zorgsoort van een productief uur zorguitvoering (in guldens)

	<u>landelijk gemiddelde^{a)}</u>	<u>thuiszorgbedrijf</u>	<u>ketenmodel</u>
1. alphahulp		15.60	15.40
2. gezinshulpverlening		30.40	30.00
3. gezinsverzorging		34.30	34.00
totaal gezinsverzorging ^{b)}	30.85	29.00	28.65
4. verplegen		69.20	65.95
5. kraamzorg		47.00	44.20
totaal kruiswerk ^{b)c)}	71.75	58.35	55.35
totaal thuiszorg ^{b)c)}	40.00	35.65	34.75

a) De huidige landelijke kostprijzen per productgroep zijn niet weergegeven, omdat deze door andere toerekeningsregels voor overheadkosten niet vergelijkbaar zijn met de kostprijzen in de beide modellen.

b) Gewogen gemiddelde.

c) Inclusief kraamzorgoproepkrachten en uren consultatiebureau-artsen.

Bron: Rapport Boer en Croon 1989

Uit het kostprijzenoverzicht blijkt, dat geïntegreerde organisatie volgens het thuiszorgmodel voor de gezinsverzorging ten opzichte van de huidige situatie een kostprijsdaling betekent van f. 1.85 en dat deze daling bij het ketenmodel in dezelfde orde van grootte ligt, namelijk f. 2.20. Voor het kruiswerk betekent integratie een aanzienlijk grotere daling van de uurkostprijs: f. 13.40 (thuiszorgbedrijf) en f. 16.40 (thuiszorgketen). Voor gezinsverzorging en kruiswerk in totaliteit bedraagt de besparing - uitgaande van het gewogen gemiddelde voor beide voorzieningen - respectievelijk f. 4.35 en f. 5.25 per productief uur. In laatstgenoemde kostprijsdalingen doet zich de invloed gelden van het aanzienlijk grotere aantal jaarlijkse contacturen gezinsverzorging in vergelijking tot het kruiswerk.

Tegenover genoemde besparingen staan evenwel kosten. Voor een deel betreft het eenmalige kosten. Uitgaande van een realisatietermijn van 5 jaar voor de beoogde integratie-operatie op landelijke schaal worden de eenmalige kosten (van begeleiding van fusies, managementontwikkeling en opleiding van professionals in verband met de integratie van de werkwijze) door het organisatie-adviesbureau ingeschat op in totaal 75 mln. (15 mln. per jaar). Daarnaast zal er sprake zijn van deels niet structurele kosten die voortvloeien uit afvloeiingsregelingen, automatisering en huisvesting. In het onderzoek zijn deze kosten als p.m.-post aangegeven, omdat de hoogte hiervan op dit moment niet goed te bepalen is. Integratie van kruiswerk en gezinsverzorging brengt ook harmonisatie van de beide afzonderlijke CAO's met zich mee. De kosten daarvan worden geschat op ca. 60 mln. structureel. Onderstaande tabel 9 bevat een overzicht van de kosten van integratie op basis van de genoemde realisatietermijn van 5 jaar.

Tabel 9 Kosten van realisatie van integratie volgens de rekenmodellen
(in mln. gld.)

	Totaal	op jaarbasis
begeleiding fusies	20	4
managementontwikkeling	30	6
opleiding professionals	25	5
harmonisatie CAO's	-	60
financiering sociaal plan	p.m.	p.m.
automatisering	p.m.	p.m.
huisvesting	p.m.	p.m.

Bron: Rapport Boer en Croon 1989

De werkgroep plaatst enkele kanttekeningen bij de bevindingen van het organisatie-adviesbureau ten aanzien van de rekenmodellen. Een organisatorische integratie van de bestaande functies gezinsverzorging en kruiswerk kan leiden tot substantiële besparingen, die kunnen worden aangewend voor realisering van meer directe zorguren bij de cliënt. Ook al laat het model van de thuiszorgketen een grotere besparing zien, in de praktijk lijkt de ontwikkeling van het thuiszorgbedrijf meer voor de hand te liggen. Immers, de ontwikkeling van een thuiszorgketen betekent enerzijds een samenvoeging van functies op een bovenliggend niveau en anderzijds een omvangrijke schaalverkleining van de bestaande organisaties. Een dergelijke operatie zou een buitengewoon grote bestuurskracht en besluitvorming van het particulier initiatief vergen. Tevens zou de ontwikkeling van een thuiszorgketen van de aanvang af een veel breder geografisch draagvlak vergen (de beoogde effecten van het ketenmodel zullen zich alleen voordoen als bijna alle instellingen meedoen) dan bij de ontwikkeling van thuiszorgbedrijven. Bovendien lijkt deze in strijd met de huidige trend binnen de extramurale hulpverlening tot het samenvoegen van organisaties van kruiswerk en gezinsverzorging tot grotere thuiszorgbedrijven.

De werkgroep is er zich van bewust dat de realisering van de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging via de ontwikkeling van het thuiszorgbedrijf zal moeten plaatsvinden vanuit bestaande voorzieningen in bepaalde geografische contexten, waardoor het niet waarschijnlijk is

dat er over het gehele land thuiszorgbedrijven met een optimaal werkgebied van 400.000 inwoners ontstaan. Als reële mogelijkheid ziet de werkgroep daarom een uiteindelijk te bereiken maximale structurele besparing van 250 mln., te realiseren door de ontwikkeling van het thuiszorgbedrijf bij een geografische omvang van ca. 250.000 inwoners.

Het feit dat de integratie en de daaruit voortvloeiende baten gepaard gaan met reorganisatiekosten betekent, dat niet het gehele besparingsbedrag van 250 mln. conform de doelstelling van de onderhavige heroverweging zal kunnen worden omgezet in louter volumestijging in de uitvoering, zeker voor zover structurele kosten in het geding zijn. Bovendien zal van de ingrijpende structuurveranderingen eerst op langere termijn het volledige effect te verwachten zijn. Deze structuurveranderingen zijn alleen dan goed realiseerbaar als aan drie voorwaarden is voldaan:

- totstandkoming van een uniforme financieringsstructuur; dit betekent in het huidige traject van besluitvorming opname van de gezinsverzorging in het reguliere verstrekkingenpakket van de AWBZ;
- harmonisatie van de retributieregeling in de gezinsverzorging en de contributieregeling van het kruiswerk;
- het wegnemen van eventuele belemmeringen in de bestaande regelgeving.

Daarnaast zal ook de harmonisatie van de landelijke richtlijnen voor de indicatiestelling ter hand moeten worden genomen. Ervan uitgaande dat aan de drie voorwaarden op z'n vroegst per 1 januari 1991 kan worden voldaan zal de beoogde integratie pas 1996 zijn beslag kunnen krijgen en daarmee is ook pas in dat jaar het maximale besparingseffect te verwachten.

3.3. Verhoging van uitvoeringsefficiëncy en productiviteit

Naast de besparingen die kunnen voortvloeien uit een andere, geïntegreerde organisatie-opzet voor de gezinsverzorging en het kruiswerk zijn er ook besparingen te genereren door verhoging van de efficiëncy in de uitvoering. Hierbij valt met name te denken aan uitvoering van dezelfde taken door goedkopere krachten (of aan een variant daarop, namelijk uitbesteden van zorguitvoering). Op grond van het verkregen kosteninzicht is in het onderzoek van Boer en Croon doorgerekend dat een verschuiving van de uitvoering van taken van wijkverpleegkundigen door wijkziekenverzorgenden in de verhouding 4:1 naar 1:1 een besparing oplevert van 20 mln. op jaarbasis. Wordt deze verschuiving gecombineerd met samenvoeging van de functies gezinsverzorgende en wijkziekenverzorgende (deze voert dan alle lichamelijke en hygiënische verzorging uit), dan resulteert volgens berekening een besparing van ca. 40 mln. Een totaalbesparing van globaal 50 mln. op jaarbasis wordt bereikt als vervolgens ook nog de helft van het toedienen van medicatie wordt overgebracht naar de wijkziekenverzorgenden. Overigens is bij deze rekenexercitie geabstraheerd van zorginhoudelijke overwegingen. Onderzoek naar de praktische waarde en naar de zorgeffekten zal nodig zijn.

Of de beoogde efficiëncywinst - om te zetten in meer zorguren - zich zal voordoen is mede afhankelijk van een doelmatige inzet van uitvoerende krachten. In een aantal situaties zowel binnen de beide voorzieningen als in de overloop tussen gezinsverzorging en kruiswerk is als eerder geconstateerd (par. 2.5 en 2.6.1) sprake van minder goede allocatie. Een systeem van geharmoniseerde richtlijnen voor de indicatiestelling van gezinsverzorging en kruiswerk zal een instrument kunnen gaan vormen voor een efficiëntere bedrijfsvoering. Hiervoor zij verwezen naar par. 3.7.

Productiviteitsverhoging is ook bijzonder relevant, omdat elk procent productiviteitsstijging uitgaande van het huidige aantal van ca. 100 mln. zorguren per jaar bij beide voorzieningen te zamen een uitbreiding betekent van de zorgverlening met ca. 1 mln. zorguren.

Bij de instellingen van de gezinsverzorging is een produktiviteitsverhoging te bewerkstelligen door een reductie van het ziekteverzuim. Voor wat betreft de mogelijkheden om een reductie te realiseren verwijst de werkgroep naar het al eerder (par. 2.4) aangehaalde onderzoek van

het NIA en de RUL naar het ziekteverzuim bij de gezinsverzorging. Daarnaast worden aanbevelingen die met name het management van de instellingen regarder en enkele aanbevelingen gedaan die van overheidswege kunnen worden gestimuleerd. De werkgroep volstaat met verwijzing naar deze aanbevelingen.

De werkgroep merkt overigens op dat de huidige Ziektewet in combinatie met de huidige C.A.O. bij de werkgever tot financiële nadelen leidt bij ziekteverzuim²² en daarmee tot een verminderd hulppotentieel voor de cliënten. Terugdringing van het ziekteverzuim heeft in dat licht de volgende effecten:

- a. door afnemende opbrengsten ziekengelduitkeringen zal de instelling de loonkosten moeten verminderen omdat in het huidige beschikbare budget uitgegaan wordt van hogere opbrengsten;
- b. de hulpverlening zal stijgen door een toegenomen productiviteit bij een lagere loonsom.

Nadere berekeningen (van het ministerie van WVC) wijzen uit dat bij een reductie van het ziekteverzuim met 1% het totaal aantal contacturen in de gezinsverzorging zal stijgen met 0,7% zijnde ca. 500.000 zorguren.

3.4 Regelgeving

In het kader van het deelonderzoek van Boer en Croon is ook een globale analyse verricht van de bestaande regelgeving op belemmeringen voor een doelmatiger organisatiestructuur c.q. voor de integratie volgens de beide testmodellen. Als belangrijkste belemmeringen voor de beoogde integratie, voor de besparingen in de indirecte sfeer en voor de verhoging van de uitvoeringsefficiëntie in de thuiszorg kunnen worden aange-merkt de verschillen tussen gezinsverzorging en kruiswerk voor wat betreft de financieringsgrondslag en de voorschriften ten aanzien van functie-opbouw (kruiswerk), respectievelijk organisatiestructuur (gezinsverzorging).

²² Bij ziekteverzuim krijgen de instellingen uitkeringen van de B.V.G. De Ziektewet kent twee karenzdagen. Deze komen ten laste van de werkgever conform de C.A.O. Over de uitkeringsdagen betaalt de B.V.G. conform de ziekteweg 70% van het loon inclusief werkgeverslasten, maar exclusief de pensioenlasten. De werkgever is conform de C.A.O. verplicht de werknemer 100% uit te betalen.

De regelclusters van het Besluit Erkenningennormen Kruisorganisaties, van de Financiering gezinsverzorging via de AWBZ, Ziekenfondsraad 1988, nr. 423 en van de Regeling subsidiëring gezinsverzorging 1989, Staatscourant 23-1-1989 zijn getoetst. Voor een overzicht van de bevindingen zijn verwezen naar bijlage 11 van het rapport van Boer en Croon. In par. 3.8. doet de werkgroep met betrekking tot de regelgeving nadere aanbeveling.

3.5. Verbetering van de thuiszorgtechnologie

Bij het vergroten van het aandeel van de thuiszorg in de totale zorgverlening kan aan het verder ontwikkelen van technologie een belangrijke plaats worden toegekend. In dat verband is in opdracht van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg een onderzoek verricht naar mogelijkheden voor thuiszorgtechnologie. Het gelijknamige rapport hanteert als definitie van technologie "niet alleen apparaten, geneesmiddelen en handelingen, maar ook de organisatorische en onderbouwende systemen waarbinnen de zorg verleend wordt". Daarnaast moest bedacht worden dat technologie niet altijd duidt op "high-tech", maar ook simpele hulpmiddelen kan betreffen.

Belangrijke terreinen waarop technologie kan bijdragen zijn:

- diagnosticeren (bijv. ontwikkeling van diagnostische sets voor thuisgebruik);
- monitoring (een standaardvoorbeeld is diabetes, die zeer goed zelf gemonitord kan worden);
- behandeling (parenterale voeding, nierdialyse, chemotherapie);
- technologieën ter bevordering van het functioneren (gericht op het functioneren zelf, zoals prothesen, of gericht op aanpassing van de omgeving);
- telecommunicatie en computers (bijv. alarmeringssystemen, informatie-uitwisseling).

Genoemde mogelijkheden zijn vooral relevant vanuit het perspectief van substitutie: zwaar verplegings- en verzorgingsbehoeftige patiënten kunnen met behulp van technologie (en een goede organisatie daaromheen) thuis worden gehouden in plaats van te worden intramuraal verpleegd en verzorgd. Maar ook zijn van belang technologieën die de hulpverleners in kruiswerk en gezinsverzorging in staat stellen hun verplegende en verzorgende taken efficiënter te verrichten. Daarbij gaat het dan met name om:

- snelheid van handelingen (bijv. snellere maaltijdbereiding m.b.v. magnetrons);
- minder belasting van hulpverleners ('stalen verpleegster', tiltechnieken);
- ongevalspreventie (veiliger materiaal).

Tenslotte zij er ook op gewezen dat de thuiszorgtechnologie de mogelijkheden voor zelf- en mantelzorg kan vergroten.

Uit het onderzoek naar het ziekteverzuim bij de gezinsverzorging (par. 2.4) zijn sterke aanwijzingen gekomen, dat inefficiënte hulpmiddelen een negatieve invloed hebben op de produktiviteit: overbelasting (met name rug en gewrichten) leidt tot langdurig ziekteverzuim. Ook gelet op de omvang van het verzuim lijkt dit probleem omvangrijk genoeg om gerichte maatregelen te nemen. Voor het kruiswerk zijn voor zover bekend geen gegevens op dit gebied voorradig. De werkgroep heeft het aspect van de thuiszorgtechnologie binnen het bestek van haar onderzoek niet verder uitgediept. Volstaan is met het signaleren van een aantal ontwikkelingen op dit terrein.

3.6. Mogelijkheden voor harmonisatie van de eigen bijdrage-regelingen

Een doelmatige allocatie van de hulpvraag vergt, zeker wanneer een integraal pakket van zorgvoorzieningen wordt aangeboden, een harmonisatie van de huidige eigen bijdrage-regelingen van gezinsverzorging en kruiswerk. De werkgroep heeft een viertal mogelijkheden voor harmonisatie onderzocht:

- a. toepassing van de inkomensonafhankelijke regeling van het kruiswerk ook bij de gezinsverzorging;
- b. toepassing van de inkomensafhankelijke regeling van de gezinsverzorging ook bij het kruiswerk;
- c. hantering van een nieuwe regeling voor beide voorzieningen;
- d. volledige (of gedeeltelijke) afschaffing van de eigen bijdragen gekoppeld aan opname van beide voorzieningen in het zgn. basispakket als aangegeven in de nota "Verandering verzekerd".

Het uitgangspunt van budgettaire neutraliteit (par 2.5.) bij de uitwerking van deze mogelijkheden in beleidsvarianten betekent, dat de geharmoniseerde regelingen minimaal ca. 264 mln. dienen op te brengen, zijnde de som van de huidige opbrengsten van ca. 134 mln. kruiswerk (AWBZ-af

dracht) en ca. 130 mln. gezinsverzorging²³. Tevens moet rekening worden gehouden met het draagkrachtbeginsel van de ABW. Enkele mogelijkheden blijken volgens berekening niet budgettair neutraal te zijn. Voor de volledigheid zijn deze wel in bijlage D bij deze rapportage weergegeven. Twee alternatieven bieden wel perspectief: een nieuwe regeling in de vorm van een contributie (en boete-clausule) gecombineerd met een inkomensonafhankelijke eigen bijdrage per verrichting en een mogelijkheid voor harmonisatie die kan passen binnen het voorgenumen nieuwe stelsel voor de gezondheidszorg (mogelijkheid d.). De werkgroep wijst erop dat bij de uiteindelijke bepaling van de eigen bijdrage aangesloten zal moeten worden bij het bredere stelsel van eigen bijdragen van de intra- en extramurale voorzieningen. De eigen bijdragen zullen in een zodanige verhouding tot elkaar moeten staan dat de gewenste substitutie bevorderd wordt.

Een eigen bijdrage-regeling op basis van contributie en een inkomensonafhankelijke eigen bijdrage bij daadwerkelijk gebruik van één van beide voorzieningen gaat uit van vrijwillig lidmaatschap (abstraherend van het feit dat de gezinsverzorging thans geen verenigingsstructuur kent) en een (hoog) boetebeding voor niet-leden. Of bij deze mogelijkheid sprake kan zijn van budgettaire neutraliteit is afhankelijk van diverse variabelen: de hoogte van de contributie en van de boete, de hoogte van de eigen bijdrage, het aantal leden alsmede de inkomenscategorieën in verband met de draagkracht. De werkgroep heeft schattenderwijs op basis van veronderstellingen omtrent deze variabelen enig rekenwerk verricht. Plausibel is dat het aantal vrijwillige leden zal stijgen vanwege de introductie van een hoge boete maar ook door het breder worden van het (verzekeringen-)pakket aan zorgactiviteiten dan de voorzieningen elk afzonderlijk thans bieden. Wordt uitgegaan van een mogelijke toename met een kwart van het huidige aantal leden van het kruiswerk (ca. 3,3 mln.) en de feitelijke gebruikers van gezinsverzorging (ca. 0.3 mln.) te zamen genomen, daar resulteert bij een contributie van 40 gulden per jaar een opbrengst van 180 mln. De opbrengst zou met bijvoorbeeld 10

²³ Daarnaast ontvangt het Kruiswerk ca. 10 mln. vrij te besteden middelen binnen het kruiswerk (b.v. voor voorlichting, "meer bewegen voor ouderen" e.d.). Indien geen contributies meer zouden worden geheven vervalt de mogelijkheid voor het kruiswerk om deze middelen te innen. Immers, de verenigingsstructuur wordt twijfelachtig, terwijl daarnaast de inningskosten voor dit soort kleine bedragen veel te hoog zouden zijn. Om deze middelen toch ter beschikking van het kruiswerk te houden dient een oplossing gevonden te worden buiten de eigen bijdrage sfeer. De werkgroep heeft dit niet verder uitgewerkt.

mln. toenemen als de ledentoe name uit 25.000 aanvankelijk niet-leden zou bestaan die tegen een boete van stel 400 gulden alsnog gebruik gaan maken van de voorzieningen. Het dan nog voor budgettaire neutraliteit ontbrekende bedrag van 74 mln. dient te worden gegenereerd uit de opbrengst van inkomensonafhankelijke eigen bijdrage per verrichting. Wordt rekening houdend met het draagkrachtbeginsel en de gemiddelde hulpverlening in uren per jaar bij de gezinsverzorging deze bijdrage op 50 cent per uur gezinsverzorging en per contact kruiswerk gesteld, dan resulteert een nog onvoldoende opbrengst van ca. 36 mln. Mogelijkheden die resteren om toch tot budgettaire neutraliteit te komen zijn: het heffen van een hogere contributie (hetgeen leidt tot grotere onzekerheid over het ledenaantal), met in extremo 171 gulden (in welke geval ruim 1,5 mln. leden voldoende zijn en geen eigen bijdrage per verrichting geheven behoeft te worden), een hogere boete wat slechts een marginale meeropbrengst geeft, of een hogere inkomensonafhankelijke eigen bijdrage per verrichting waarbij in verband met het draagkrachtbeginsel sprake is van dalende meeropbrengsten. Uitgaande van de door de werkgroep gehanteerde veronderstellingen omtrent de waarde der variabelen wordt bij de onderhavige regeling met een totaal opbrengst van 226 mln. de budgettaire neutraliteit niet gehaald. Gegeven echter het aantal onzekerheden valt nader onderzoek te overwegen naar de vraag of hier wellicht toch sprake is van een realistische variant. Hierbij zij opgemerkt dat het inkomensonafhankelijke karakter van de eigen bijdrage per verrichting in lijn is met de premiefinanciering van extramurale zorgvoorzieningen en dat de variant naar het zich laat aanzien niet interfereert met de voorgenomen stelselwijziging. De eigen bijdrage per verrichting kan overigens wel belemmerend werken op de substitutie van intramuraal naar extramuraal.

De werkgroep heeft ook bezien of een harmonisatiemogelijkheid valt aan te geven die kan passen binnen het voorgenomen nieuwe stelsel voor de gezondheidszorg. De gedachte is dat de functies van beide voorzieningen als verstrekking worden opgenomen in het basispakket, waarvan de financiering als beoogd zal geschieden middels nominale en inkomensafhankelijke premies en de uitvoering van de basisverzekering in handen zal zijn van de ziektekostenverzekeraars. De volgende twee subvarianten zijn vanuit deze gedachte te onderscheiden:

- a. volledig afschaffen van de huidige eigen bijdragen en financiering van beide verstrekkingen uit de geheven premies, waarbij de totale opbrengst van de nominale premies met 264 mln. wordt verhoogd.
Uitgaande van ca. 9 mln. verzekerde volwassenenequivalenten en in de AWBZ komt dit neer op een verhoging van de nominale premie in de AWBZ van ca. 29 gulden per volwassenenequivalenten. De band tussen betaling en verstrekking is bij deze subvariant geheel verbroken;
- b. gedeeltelijk afschaffen van de huidige eigen bijdragen in die zin dat per verrichting nog een inkomensonafhankelijke eigen bijdrage wordt verlangd en daarmee de band tussen betaling en verstrekking niet geheel verbroken is. Hierbij dient een afweging te worden gemaakt tussen de hoogte van de eigen bijdrage en de perceptiekosten. De nominale premie valt afhankelijk van bedoelde hoogte lager uit.

Voorwaarde bij deze harmonisatievariant is de introductie van nominale premies in de AWBZ. Of en waarvoor dergelijke premies geheven kunnen worden is afhankelijk van de voortgang in de uitvoering van de voorgenoemen stelselwijziging. Vanwege de koppeling aan de voorstellen voor een nieuw gezondheidszorgstelsel en omdat uitgegaan wordt van gezinsverzorging als verstrekking is realisering van deze variant voor 1 januari 1991 niet waarschijnlijk. De werkgroep benadrukt dat de onderhavige subvarianten vanwege de ermee gepaard gaande verhoging van de nominale premie raken aan de gevoerde discussies rond de collectieve lastendruk. De werkgroep volstaat met te wijzen op de voordelen van de subvarianten: aansluiting wordt verkregen met de voorstellen voor een nieuw stelsel en een volledige harmonisatie wordt bereikt zonder perceptiekosten, althans bij subvariant a., en op het nadeel dat de band tussen betaling en het profijt geheel of gedeeltelijk afwezig is.

3.7. Harmonisatie van de richtlijnen voor indicatiestelling

3.7.1. Uitgangspunten

Naar het inzicht van de werkgroep dient met betrekking tot oplossingen voor de harmonisatieproblematiek allereerst een duidelijk onderscheid gemaakt te worden tussen enerzijds landelijke richtlijnen waaraan de indicatie moet voldoen en anderzijds de daaraan verbonden indicatiesystemen. Harmonisatie van de richtlijnen biedt voldoende mogelijkheden het hulpaanbod voor wat betreft de functies verpleging verzorging/begeleiding/huishouding op een doelmatige wijze af te stemmen op de hulpvraag. Het ontwikkelen en hanteren van indicatiesystemen is -binnen de door de rijksoverheid gestelde voorwaarden - altijd al een verantwoordelijkheid geweest van het particulier initiatief, dat de ruimte biedt aan de instellingen om systemen aan te passen aan de ontwikkelingen binnen de praktijk. Door middel van het harmoniseren van richtlijnen is de mogelijkheid reëler aanwezig - anders dan bij het algemeen voorschrijven van een systeem - categoriale voorzieningen in ieder geval procedureel te koppelen aan de algemene voorzieningen.

Een tweede uitgangspunt voor de vormgeving van de harmonisatie vloeit voort uit een spanningsveld dat bij het harmoniseren van de richtlijnen ontstaat als gevolg van de tweedeling in de huidige functie van de wijkverpleegkundige. Aan de ene kant is er de zorgverlening van medisch verpleegkundige aard, direct gericht op het herstel van de patiënt (herstelfunctie) en meer kortdurend. Aan de andere kant is er de hulpverlening van meer verzorgende aard, waarbij het met name gaat om hulpverlening aan chronische, langdurige zieken.

Vastgesteld moet worden dat het met een zekere mate van professionele autonomie en eigen verantwoordelijkheid functioneren van de wijkverpleegkundige een aantal duidelijke voordelen heeft. Op fluctuaties in de toestand van de patiënt kan sneller gereageerd worden (er hoeft geen herindicering plaats te vinden, maar er kan direct naar bevind van zaken gehandeld worden) en de vrij grote mate van zelfstandigheid en verantwoordelijkheid hebben een zeer stimulerende uitwerking op de beroepsuitoefening (resultierend in bijvoorbeeld een relatief laag ziekteverzuim in het kruiswerk). Dit is dan met name van belang in die situaties waarbij het gaat om de herstelfunctie van de wijkverpleging.

Geduid spanningsveld zou kunnen worden opgelost door de tweedeling in de huidige functie van de wijkverpleging op een zodanige wijze te hanteren dat de zorgverlening welke betrekking heeft op de herstelfunctie niet te laten vallen onder de richtlijnen voor de indicatiestelling (wel zou overigens sprake moeten zijn van een goed functionerend registratiesysteem met betrekking tot deze zorgverlening). Op deze wijze wordt recht gedaan aan de flexibiliteit van de hulpverlening op kortere termijn. Door deze soort van zorg onder te brengen in een systeem van geharmoniseerde richtlijnen voor de indicatiestelling zou immers "het middel waarschijnlijk erger worden dan de kwaal". Daarentegen zouden die zorgactiviteiten welke gericht zijn op de categorie langdurende zorg aan cliënten wél onderdeel moeten gaan uitmaken van de gezamenlijke

richtlijnen, aangezien juist bij deze zorgcategorie de allocatieproblematiek het sterkst aanwezig is²⁴. Door de tweedeling in de huidige functie wijkverpleging als uitgangspunt te nemen zullen de harmoniserende richtlijnen betrekking hebben op het gehele terrein van verzorgende (inclusief wijkziekenverzorging), begeleidende en huishoudelijke activiteiten.

De werkgroep is er zich van bewust dat door het aanbrengen van een dergelijk onderscheid in de zorgverlening in relatie tot de indicatiestelling de functie van de wijkverpleegkundige principieel ter discussie wordt gesteld. Het lijkt niet geheel onlogisch te veronderstellen dat deze discussie ertoe zou kunnen leiden dat de functie wijkverpleegkundige zich in de toekomst zou moeten richten op die activiteiten welke met name betrekking hebben op de herstelfunctie, terwijl de zorg aan de categorie chronisch c.q. langdurig hulpbehoevenden in toenemende mate zal worden verricht door wijkzieken- c.q. gezinsverzorgenden. Deze opsplitsing kan de doelmatigheid van inzet van hulpkrachten vergroten en kan derhalve kostenbesparend werken (hulp op maat). Ze kan bovendien een antwoord zijn op de te verwachten ontwikkeling naar meer medisch verpleegkundige zorg in de thuissituatie. Op die manier kan de specifieke

²⁴ Dit is overigens iets anders dan de vraag of diegene die binnen de organisatie de indicatie stelt, ook diegene moet zijn die de urgentie en de prioriteiten bepaalt, ook zelf daadwerkelijk de hulp verleent (zie par. 3.2.2. ter zake van het onderdeel loskoppeling van indicatiestelling en afweging van hulpinzet).

ke opleiding tot verpleegkundige meer effectief dan op dit moment worden ingezet.

Een derde uitgangspunt voor het ontwerpen van richtlijnen die voor gezinsverzorging als kruiswerk toepasbaar zijn betreft het handhaven van het principe van de zelfredzaamheid en van de onvrijwilligheid van de uitval. Genoemd principe is van belang vanwege het aanvullende karakter van beide voorzieningen op mogelijke vormen van georganiseerde of niet-georganiseerde zorg (mantel- en zelfzorg), met andere woorden niet meer en niet langer hulp dan noodzakelijk is. Indien bij de hulpvraag geen sprake is van onvrijwilligheid (in het door de gebruikelijke verzorgende(n) vervullen van verzorgende taken in de leefeenheid) dient de hulpvraag binnen de eerstelijnszorg niet te worden vervuld (uitgezonderd relevante onderdelen van de activiteiten van de wijkverpleegkundigen).

3.7.2. Landelijke geharmoniseerde richtlijnen en de voordelen ervan

De werkgroep heeft met de hierboven aangeduide aspecten als uitgangspunt een eerste tentatieve aanzet gemaakt voor een systeem van landelijk uniforme, geharmoniseerde richtlijnen voor de indicatiestelling voor de gezinsverzorging en het kruiswerk. Deze proeve is in deze rapportage opgenomen in bijlage E. Navolgend wijst de werkgroep op een aantal voordelen van de harmonisatie en op enkele organisatorische aspecten.

Door middel van harmonisatie van de richtlijnen voor de indicatiestelling voor de functies verzorging (waaronder ook ziekenverzorging)/begeleiding en/of huishouden wordt aan de planning van de werkzaamheden verantwoordelijke management van de organisatie de mogelijkheid geboden om op een zo doelmatig mogelijke wijze het hulpaanbod op de hulpvraag af te stemmen. Voorkomen kan worden dat bij de vervulling van een bepaalde hulpvraag een relatief "te dure" uitvoerende kracht wordt ingezet. Voorwaarde is wel, dat een organisatie die deze extramurale functie uitvoert niet wordt belemmerd in z'n flexibiliteit door de aanwezigheid van normen met betrekking tot de personeelsbezetting. Met betrekking tot het Kruiswerk bestaat het voornemen de bestaande erkenningsnormen op korte termijn aanzienlijk te globaliseren en de getalsmatige personeelsnormen af te schaffen. Voor wat betreft de gezinsverzorging bestaat de subsidievoorwaarde (neergelegd in de regeling subsidie-

ring gezinsverzorging van de Ziekenfondsraad) dat het hulpaanbod moet zijn afgestemd op de in het werkgebied aanwezige hulpvraag.

Een systeem van geharmoniseerde richtlijnen voor de indicatiestelling zal stellig leiden tot een efficiëntere bedrijfsvoering in de extramurale zorgverlening, waardoor besparingen kunnen worden gerealiseerd welke kunnen worden omgezet in meer zorguren. Het organisatiebureau Boer & Croon heeft op grond van aannames de besparingen berekend die ontstaan als gevolg van het verschuiven van de uitvoering van taken van wijkverpleegkundigen naar wijkziekenverzorgenden (zie par. 3.3). De werkgroep is van oordeel dat een systeem van geharmoniseerde richtlijnen voor de indicatiestelling zeer zeker zal leiden tot een grotere doelmatigheid in de extramurale sector, maar dat gezien het ontbreken van adequaat onderzoek geen inhoudelijk verantwoorde kwantitatieve uitspraken gedaan kunnen worden.

Het kraptemodel (par. 2.6.1) binnen de extramurale zorgverlening maakt het noodzakelijk de beoordeling van de hulpvraag en de feitelijke hulpinzet te concentreren binnen één organisatie. Een punt van overweging is of beide taken door één en dezelfde functionaris moeten worden uitgeoefend. Vanuit doelmatigheidsoverwegingen en vanuit het oogpunt van urgentiebepaling en prioriteitsstelling ligt het voor de hand de indicatiestelling en de afweging van de hulpinzet binnen de organisatie los te koppelen. Het operationeel management heeft het beste overzicht over de totale hoeveelheid - ook kwalitatief - ter beschikking staande hulp in het totale werkgebied en is daarmee de meest aangewezen voor de allocatie van het hulpaanbod²⁵.

Voor de functie verpleging is een dergelijke loskoppeling aanzienlijk minder vanzelfsprekend. Gegeven de fluctuaties in de hulpvraag met betrekking tot met name de herstelfunctie (patiënten gaan plotseling

²⁵ Met betrekking tot de loskoppeling van indicatiestelling en uitvoerend werk is vermeldenswaardig dat in Canada bij de provinciale "Home-Care Programs" - waarbij overigens de wijkverpleging een kwantitatief dominante positie inneemt ten opzichte van de gezinsverzorging - de indicatiestelling volledig is losgekoppeld van de uitvoering. De organisatie voor "Home-Care" stellen de hulpbehoefte vast (zowel voor de kortdurende als de langdurende hulpverlening), waarna de uitvoerende krachten worden "ingehuurd" van andere organisaties, zoals de Victorian Order of Nurses, het Rode Kruis en in voorkomende gevallen ook van particuliere bureaus.

achteruit, knappen onverwacht snel op) lijkt, als eerder gesteld, een al te grote scheiding tussen indicatie, beslissing over inzet, en uitvoering eerder bureaucratiserend en contra-productief. De werkgroep constateert dan ook dat er argumenten zijn om loskoppeling in deze functie niet toe te passen. Het lijkt de werkgroep gewenst op dit gebied proefondervindelijk na te gaan wat de doelmatigheidsvoordelen zijn van scheiding tussen indicatie en uitvoering. In ieder geval zal tenminste een geobjectiveerde registratie moeten worden ontwikkeld, die in de praktijk dezelfde elementen bevat als een los van de uitvoering georganiseerde indicatiestelling.

Harmonisering van de richtlijnen voor indicatiestelling is van belang voor de verantwoording naar enerzijds de financiers van de zorg en anderzijds de cliënten. Het kruiswerk wordt al sinds 1980 als reguliere verstrekking gefinancierd krachtens de AWBZ, het ligt in de bedoeling de gezinsverzorging per 1 januari 1991 in hetzelfde financieringskader op te nemen. Bij beide voorzieningen is er sprake van budgetfinanciering. De richtlijnen voor de indicatiestelling bepalen in feite de toegang tot de voorziening. Door middel van de richtlijnen wordt geformuleerd in hoeverre en in welke mate gegeven het aanvullende karakter van de voorziening iemand in het kader van de AWBZ zijn/haar recht kan doen laten gelden op de verstrekking. Door middel van de aldus verkregen objectivering van de hulpvraag en de in redelijke mate aanwezige zekerheid dat de hulpvraag op basis van urgentie en prioriteitenstelling wordt afgewogen wordt bereikt dat de financier een zekere garantie heeft dat de door hem ter beschikking gestelde middelen zo goed mogelijk worden aangewend voor de zorg. Aan de verzekerde wordt door middel van de geharmoniseerde richtlijnen eenduidig inzicht gegeven in de voorwaarden om in aanmerking te komen voor de verstrekking. Deze heeft de zekerheid dat zijn hulpvraag zo objectief mogelijk zal worden beoordeeld.

Een van de belangrijkste redenen om de gezinsverzorging in hetzelfde financieringskader op te nemen als andere zorgvoorzieningen is de belangrijke plaats die de gezinsverzorging te zamen met het kruiswerk inneemt in het substitutie-beleid van de rijksoverheid. Door middel van een eenduidige formulering van de toegang tot de onderhavige eerste

lijnsfuncties kan inzicht worden verkregen in de grenzen van de extramu-

rale hulpverlening en daardoor in de substitutiemogelijkheden of - onmogelijkheden. Beoordeeld kan worden of de zorgbehoefte de extramurale mogelijkheden al dan niet te boven gaat, waarna afhankelijk van die beoordeling naar een extramurale dan wel intramurale oplossing moeten worden gezocht.

Tenslotte wijst de werkgroep op de relatie met het Harmonisatiebesluit 1978. De gezinsverzorging is voorliggende voorziening voor de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW). De relatie tussen de gezinsverzorging en de AAW is geformaliseerd in genoemd besluit. Binnen bepaalde voorwaarden hebben voor gezinsverzorging positief geïndiceerde cliënten jonger dan 65 jaar recht op een vergoeding voor particuliere hulpverlening krachtens de AAW, indien de instelling voor gezinsverzorging bijvoorbeeld door budgetkrapte niet in de geïndiceerde hulp kan voorzien. Indien echter de instelling daartoe weer de mogelijkheden heeft, moet de cliënt uit de AAW worden overgenomen in het reguliere cliëntenbestand. In feite is hier dus sprake van een vangnetfunctie. Omdat de richtlijnen voor de indicatiestelling de toegang tot de voorziening vormen, zijn deze in het kader van het Harmonisatiebesluit ook de toegang tot de AAW. Het is immers de instelling voor gezinsverzorging die ten behoeve van de bedrijfsvereniging de indicatie moet afgeven.

3.8. Perspectief voor de jaren negentig

De vele uit oogpunt van doelmatigheidsverhoging noodzakelijke organisatorische veranderingen op het terrein van de gezinsverzorging en het kruiswerk die de werkgroep in het onderhavige rapport heeft geschetst vergen een aanzienlijke reorganisatie van beide voorzieningen. Realisatie ervan zal een aantal jaren vergen. Dit betekent ook dat de substantiële besparingen zich eerst op termijn in volle omvang zullen kunnen voordoen. De werkgroep schat de besparingen als gevolg van integratie voorzichtigshalve in op structureel ca. 250 mln., nog daargelaten de baten van enige omvang als gevolg van efficiëncy- en productiviteitsverhogende maatregelen. De werkgroep is zich er van bewust dat het beoogde veranderingsproces van rijkswege niet moet worden gestimuleerd door gedetailleerde regelgeving aan de inputzijde van de beide voorzieningen. De verschillende actoren op het terrein van de extramurale zorgverlening zullen zelf - in goed overleg met de financiers - de beoogde veranderingen in gang dienen te zetten en dienen door te voeren. De onderzoeksre-

sultaten van de werkgroep kunnen daarbij als referentiekader dienen.

Wel liggen er in de sfeer van stimulering en sturing van de voorgestane organisatorische ontwikkelingen ook voor de rijksoverheid een aantal mogelijkheden:

1. De werkgroep acht het noodzakelijk dat ten behoeve van de thuiszorg op korte termijn een uniforme financieringsstructuur tot stand komt, hetgeen betekent dat een verstrekking wordt geformuleerd, waarin de verstrekking kruiswerk en de huidige activiteiten van de gezinsverzorging worden geïntegreerd. Alleen door middel van een dergelijke gecombineerde verstrekking is het mogelijk een zo goed mogelijke allocatie van het hulpaanbod te realiseren.
2. Eventuele belemmeringen in de huidige regelgeving voor realisatie van de voorstellen in deze rapportage dienen te worden weggenomen.
3. Om te komen tot een instrumentarium van erkenningseisen gekoppeld aan een geïntegreerde verstrekking thuiszorg acht de werkgroep het noodzakelijk dat een adviesaanvraag zal worden gericht aan de Ziekenfondsraad en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg als aanvulling en actualisering van de adviesaanvraag van 2 mei, resp. 16 mei 1988 met betrekking tot de gezinsverzorging.
4. Gezien de substantiële besparingen die kunnen worden gerealiseerd door de integratie van gezinsverzorging en kruiswerk zal er sprake moeten zijn van actieve stimulering. De werkgroep denkt hierbij aan financiering van een deel van de aanloopkosten. Met behulp van een dergelijk beleidsinstrument zouden een aantal invoeringsprojecten kunnen worden opgezet. Te denken ware aan een binnen de meerjarenramingen van het ministerie van WVC te vinden bedrag van 5 mln. op jaarbasis voor de periode 1991-1996 (en 2 mln. voor 1990). De thuiszorgsector zal zelf de financiering van de overige aanloopkosten op zich dienen te nemen op een zodanige wijze dat het hulpverleningsvolume niet wordt aangetast.
5. Naast het voorgestelde stimuleringsbeleid acht de werkgroep de aanwending van een ander instrument noodzakelijk. Zoals eerder vermeld zal het tijdspad van de realisering van de als gevolg van de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging te genereren besparingen minimaal 5 jaar beslaan. Wanneer ervan wordt uitgegaan dat aan de in par. 3.2.4. aangeduide voorwaarden per 1 januari 1991 is voldaan zal de integratie in 1996 tot stand kunnen zijn gebracht.

De werkgroep staat het volgende voor ogen. Er dienen erkenningseisen voor de thuiszorg te worden geformuleerd, waarin staat vermeld dat de organisatie die zich bezighoudt op het terrein van de thuiszorg (d.w.z. de voorzieningen kruiswerk en gezinsverzorging) vanaf 1-1-1991 in principe moet beschikken over een integraal aanbod op het terrein van de thuiszorg. Er kunnen dan bijvoorbeeld voorlopige erkenningen worden afgegeven. Aangezien echter het integratieproces enige jaren zal vergen moet tevens worden bepaald dat per 1-1-1996 (of zoveel eerder indien aan de erkenningseisen is voldaan) alleen die instellingen definitief worden erkend, welke ook daadwerkelijk over dit integrale zorgaanbod beschikken. In de erkenningseisen zullen onder meer voorwaarden met betrekking tot de minimale schaal-grootte moeten worden opgenomen.

6. Met betrekking tot het bevorderen van meer directe zorgverlening als gevolg van de integratie tussen gezinsverzorging en kruiswerk (substitutie van indirecte naar directe kosten) en een meer doelmatige allocatie van het hulpaanbod (substitutie tussen verschillende categorieën uitvoerende krachten) wordt aanbevolen advies te vragen aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg om de mogelijkheid na te gaan te komen tot nadere richtlijnen.
7. Omdat de harmonisatie van de landelijke richtlijnen voor de indicatiestelling van kruiswerk en gezinsverzorging een belangrijk instrument is met betrekking tot de verbetering van de doelmatigheid, verdient het aanbeveling in de hierboven genoemde invoeringsprojecten een aanvang te maken met een geïntegreerde planning van vraag en aanbod op basis van geharmoniseerde richtlijnen. Bij de vormgeving en implementatie van de harmonisatie dient aandacht te worden gegeven aan de relatie met de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (par. 3.7).
8. Van belang is, dat in de geïntegreerde thuiszorgorganisaties zodanige voorzieningen worden getroffen dat aan een eventuele wens van een cliënt verzorgd te worden door een hulpverlener met dezelfde religie of levensovertuiging zoveel mogelijk tegemoet gekomen kan worden.
9. Een adequaat managementinstrument is een belangrijke voorwaarde voor een geïntegreerd doelmatig hulpaanbod en de afstemming daarvan op de hulpvraag. Het verdient aanbeveling dat met behulp van binnen de begroting van WVC te vinden middelen projecten worden ondersteund, gericht op een voor kruiswerk en gezinsverzorging gemeenschappelijk te ontwikkelen geautomatiseerd informatie- en registratiesysteem.

Een dergelijk systeem heeft zowel een functie als intern managementinstrument als een functie als "informatie-drager" ten behoeve van de overheid uit hoofde van haar verantwoordelijkheid met betrekking tot de kwaliteit van de hulpverlening, waarvan de doelmatigheid een belangrijk deelaspect vormt.

BIJLAGE A Samenstelling van de werkgroep

J.M. van der Klaauw (voorzitter)	Directie Algemene Gezondheidszorg Ministerie van Welzijn, Volksgezond- heid en Cultuur
ir. F. Uit den Bogaard (secretaris)	Inspectie der Rijksfinanciën Ministerie van Financiën
R. van der Loos (adjunct-secretaris)	Directie Algemene Gezondheidszorg Ministerie van Welzijn, Volksgezond- heid en Cultuur
mr. drs. J.P. Dopheide	Directie Algemene Gezondheidszorg Ministerie van Welzijn, Volksge- zond heid en Cultuur
drs. J. van Essen	Directie Financieel-Economisch Beleid en Onderzoek Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
drs. G. Hylkema	Directie Verzekeringen, Tarieven en Arbeidsvoorwaarden Ministerie van Welzijn, Volksgezond- heid en Cultuur
mr.drs. T.W. Langejan	Directie Financieel-Economische Zaken Ministerie van Welzijn, Volksgezond- heid en Cultuur
drs. H. Wilmink	Directie Interbestuurlijke Betrekkin- gen en Informatievoorziening Ministerie van Binnenlandse Zaken
drs. L.J. Winkelhage	Inspectie der Rijksfinanciën Ministerie van Financiën
drs. J. Wijnhoud	Kabinet van de Minister-President Ministerie van Algemene Zaken

Bijlage B TAAKOPDRACHT VAN DE WERKGROEP
(overdruk uit Miljoenennota 1989, hoofdstuk 7)

6. Doelmatigheidsonderzoek organisatiestructuur gezinsverzorging en kruiswerk

De thuiszorg is globaal in te delen in twee gedeelten: (1) het kruiswerk en (2) de gezinsverzorging. Het kruiswerk houdt zich bezig met een breed scala van activiteiten: pré- en postnatale zorg, kraamzorg, jeugd-gezondheidszorg, zorg voor zieken en gehandicapten, preventieve ouderenzorg, voedingsvoorlichting en diët-advisering alsmede gezondheidsvoorlichting en opvoeding. De omvang van deze sector is zowel in budgettaire zin als in volume van dienstverlening de afgelopen jaren gegroeid. Onder andere in verband met de verwachte vergrijzing zal de druk op de voorzieningen toenemen.

Met «substitutie in de zorg» wordt bedoeld de verschuiving tussen het gebruik van dure (met name intramurale) voorzieningen naar goedkopere (extramurale) voorzieningen als hierboven genoemd.

Tegen deze achtergrond dient in dit onderzoek het bedrijfseconomisch functioneren van de organisaties van het kruiswerk en de gezinsverzorging (extramurale voorzieningen) te worden geëvalueerd.

Als centrale onderzoeksvraag geldt hierbij:

Welke maatregelen zijn gewenst, om, gegeven de bestaande budgetten, door middel van een betere efficiëntie een groter volume aan directe zorg te kunnen produceren.

Daarbij moeten de volgende vragen aan de orde komen:

- Inzicht dient te worden verkregen in de tariefstructuur en de verhouding tarief-dienstverlening per onderdeel van zorg. Welke aanpassingen zijn mogelijk c.q. wenselijk (incentives)?
- Welke maatregelen kunnen bijdragen aan een betere onderlinge afstemming in het aanbod van activiteiten van op dit terrein werkzame instellingen.
- Op welke wijze kan een verschuiving plaatsvinden van zogenaamde indirecte kosten (overhead) naar directe kosten (zorg- en dienstverlening). Herstructurering van de organisatie dient daarbij expliciet te worden onderzocht.

In de beleidsvarianten zullen opties moeten worden beschreven ter realisering van de centrale onderzoeksvraag.

In de loop van het onderzoek zal ook de vraag worden gezien in hoeverre uitbreiding van dit onderwerp tot de beheersstructuur in de gehele volksgezondheidssector – mede tegen de achtergrond van de uitvoering van de Dekker-operatie – voor dit onderzoek nodig en mogelijk is.

Deelnemende departementen: WVC (voorz.), AZ, BiZa, Financiën, SZW

Onderzoeksopdracht optimale organisatie kruiswerk/gezinsverzorging

Op 1 oktober 1989 heeft het Kabinet een heroverwegingswerkgroep opdracht gegeven een doelmatigheidsonderzoek te verrichten naar de organisatie-structuur bij het kruiswerk en de gezinsverzorging. Achtergrond van deze taakopdracht is de notie dat verbeteringen in het bedrijfseconomische functioneren van deze onderdelen van de thuiszorg in combinatie met elkaar er toe kunnen leiden dat de zorgsector is toegerust voor de toekomstige taakverzwaring die zal voortvloeien enerzijds uit substitutie van intramurale zorg door extramurale zorg en anderzijds uit de demografische ontwikkeling c.q. de vergrijzing. Het heroverwegingsonderzoek dient maart 1989 te zijn afgerond.

De werkgroep heeft besloten een deel van het onderzoek door een extern bureau te laten verrichten. Doel van dit deel van het onderzoek is op basis van inzicht in de kostenstructuur van beiden voorzieningen/werksoorten aan te geven welke concrete efficiencyverbetering er valt te verwachten van modellen van samenwerking tussen en integratie van de betrokken organisaties en instellingen. De te bereiken efficiencyverbetering dient zoveel mogelijk te worden gekwantificeerd.

Met betrekking tot de kostenstructuur dient op basis van eenduidige kostendefiniëring inzicht te worden verschaft in de diverse kostencategorieën, met name in de verhouding directe en indirecte kosten, en in de kosten per functie en per eenheid zorg. Nagegaan moet worden in hoeverre een verschuiving van indirecte kosten naar directe kosten alsmede substitutie binnen de directe kosten een bijdrage kunnen leveren aan een efficiëntere besteding van de bestaande budgetten in de richting van het uitvoerende werk. In dit verband wordt aangegeven in hoeverre de huidige regelgeving hiervoor belemmerend werkt en hoe deze belemmeringen kunnen worden weggenomen. Bij het ontwikkelen van doelmatigheidsverhogende organisatiemodellen van samenwerking of integratie dient voorts rekening te worden gehouden met de optimale schaalgrootte ("economies of scale") en de daarmee samenhangende geografische afstemming van werkgebieden. Het is de bedoeling dat een dergelijk onderzoek zal worden verricht in een drietal locale werkgebieden, te weten: een duidelijke agglomeratie, een combinatie van een grote(re) stad met periferie en een sterk regionale situatie.

Gegeven de inhoud van onderzoeksopdracht dient het beoogde organisatieadviesbureau naast ervaring met organisatie-modellen over de nodige bedrijfseconomische expertise in de onderhavige sector te beschikken. Het onderzoek dient 1 maart 1989 te zijn afgerond. Als aanspreekpunt en begeleidingsteam zullen de voorzitter en het secretariaat van de heroverwegingswerkgroep functioneren. Met het bureau zal namens de minister van Financiën als opdrachtgever een (standaard-)contract worden afgesloten.

Bijlage D Enige mogelijkheden voor harmonisatie van de eigen bijdrage-regelingen die niet voldoen aan de voorwaarde van budgettaire neutraliteit

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de door de werkgroep onderzochte mogelijkheden voor harmonisatie van de eigen bijdrage-regelingen van gezinsverzorging en kruiswerk die teveel blijken te botsen met de voorwaarde van budgettaire neutraliteit en daarom niet door de werkgroep worden voorgesteld voor verder onderzoek.

Inkomensafhankelijke eigen bijdrage kruiswerk ook bij gezinsverzorging

Toepassing bij de gezinsverzorging van de contributieregeling van het kruiswerk (gemakshalve wordt geabstraheerd van het feit dat instellingen voor gezinsverzorging stichtingen zijn en als zodanig geen verenigingsstructuur kennen) betekent dat door de potentiële "leden gezinsverzorging" ca. 130 mln. aan eigen bijdragen moet worden gebracht. Uitgaande van een gelijk contributiebedrag als wordt gehanteerd in het kruiswerk (met een opbrengst van 134 mln.), betekent dit dat er ca. 3,3 mln. "leden gezinsverzorging" zouden moeten zijn. Wanneer bijvoorbeeld uitgegaan wordt van een verdubbeling van het contributiebedrag betekent dit nog altijd 1,7 mln. leden. Het is zeer de vraag of die 3,3 of 1,7 mln. (maar dan bij een verdubbeling van het contributiebedrag) leden (c.q. gezinnen/samenlevingsverbanden) te vinden zijn.

Alleen met een gedegen marktonderzoek kan wellicht een antwoord worden verkregen op deze vraag. Voorshands heeft de werkgroep grote twijfels over de haalbaarheid van het voor de vereiste budgettaire neutraliteit benodigde aantal "leden gezinsverzorging". Alhoewel de gezinsverzorging een algemene voorziening is bestaat 70% van de cliënten en 60% van het hulpvolume uit 65-plussers en daarmee uit overwegend lagere inkomenscategoriën. In tegenstelling tot het kruiswerk, waarin het consultatiebureau is opgenomen, zal er bij de gezinsverzorging nauwelijks sprake zijn van ledeninstroom uit jongere gezinnen.

Denkbaar is ook een inkomensafhankelijke eigen bijdrage-regeling voor een geïntegreerde voorziening kruiswerk/gezinsverzorging, waarin de huidige functies van beide voorzieningen zijn samengevoegd.

Gelet op de huidige ABW ten aanzien van de bijzondere noodzakelijke kosten van bestaan mag de contributie van een dergelijke vereniging nooit hoger mag zijn dan f. 171,-- per jaar. In verband met de vereiste

budgettaire neutraliteit zijn er bij dit bedrag 1,5 mln. contribuerende huishoudens nodig. Uiteraard kan het contributiebedrag verlaagd worden, doch dan zal er sprake moeten zijn van een evenredige toename van het aantal contribuanten. Ook hier moet dus de vraag beantwoord worden of het voor de vereiste budgettaire neutraliteit benodigde aantal leden wel gehaald zal worden. Alhoewel een dergelijke geïntegreerde voorziening ook de consultatiebureau-functie heeft, waardoor er een instroom zal plaatsvinden van jonge gezinnen met kinderen, is het toch zeer twijfelachtig of er gezien de hogere contributie het benodigd aantal leden gehaald zal worden.

Gegeven bovenstaande overwegingen acht de werkgroep in beide gevallen (een vereniging gezinsverzorging of vereniging kruiswerk/gezinsverzorging) geen realistische harmonisatiemogelijkheid aanwezig en presenteert deze dan ook niet als concrete variant.

Inkomensafhankelijke eigen bijdrage-regeling ook bij het kruiswerk

Ook bij deze harmonisatiemogelijkheid vormt de vereiste budgettaire neutraliteit een probleem. Indien de huidige maximale eigen bijdrage van de gezinsverzorging (8,25 gulden per verleend zorguur) bij het kruiswerk wordt toegepast levert dat een opbrengst op van ca. 51 mln.¹, derhalve is sprake van een tekort van ca. 83 mln. Hierbij dient bedacht te worden dat alleen is uitgegaan van het ~~maximum~~ uurtarief. Het inkomensafhankelijke karakter van de bijdrage leidt met name bij de categorie cliënten die veel zorg nodig hebben tot een lager bijdrage dan op basis van het uurtarief zou resulteren. De mogelijkheid van verhoging van het maximum uurtarief is niet door de werkgroep gezien, omdat dit buiten haar mandaat lag.

¹ Bij de wijkverpleging is circa 6,3% van de bevolking in zorg. Het gemiddeld aantal contacten is 11,2 mln. per cliënt per jaar. Voor de wijkverpleging (excl. de consultatiebureaus) betekent dit ca. 10 mln. contacten per jaar. Het aantal contacten bij de consultatiebureaus bedraagt 2,4 mln. per jaar. Het totaal aantal contacten voor het kruiswerk beloopt ca. 12,4 mln. hetgeen uitgaande van de gemiddelde duur van een contact van ongeveer 30 minuten ca. 6,2 mln. zorguren betekent.

BIJLAGE E Eerste aanzet voor geharmoniseerde richtlijnen met betrekking tot de indicatiestelling voor gezinsverzorging en kruiswerk

I Algemene voorwaarden

- a. De instelling hanteert een schriftelijk vastgelegd systeem van indicatiestelling, waarin de criteria zijn omschreven aan de hand waarvan de aanvragen om hulp van verpleegkundige, verzorgende, huishoudelijke en begeleidende aard worden beoordeeld.
- b. Het systeem van indicatiestelling voldoet aan de hier opgenomen richtlijnen.
- c. Cliënten/patienten en andere belanghebbenden worden in staat gesteld kennis te nemen van het systeem van indicatiestelling.
- d. De geheimhouding van persoonlijke gegevens van cliënten wordt gewaarborgd binnen de beperkingen die voortvloeien uit de aard van de verleende hulp.
- e. De cliënt/patiënt wordt niet meer hulp verleend dan in de mate waarin deze is geïndiceerd voor hulp van verpleegkundige en/of verzorgende en/of huishoudelijke en begeleidende aard.
- f. Bij de bepaling van het aantal contacten c.q. uren van verplegende en/of verzorgende en/of huishoudelijke en begeleidende aard dat in een bepaald huishouden per week nodig wordt geacht, wordt in ieder geval uitgegaan van datgene wat leden van het huishouden zelf kunnen en/of wat derden van buiten het huishouden kunnen doen.

II Voorwaarden voor hulpverlening

- a. Er is sprake van een te kwantificeren zorgbehoefte naar huishoudelijke, verzorgende, verplegende en begeleidende taken.
- b. De uit a. voortvloeiende hulpvraag is afkomstig van een verzekerde in wiens huishouden de verzorging geheel of gedeeltelijk is uitgevallen, of waarvan verwacht kan worden dat dit op korte termijn het geval zal zijn, en/of verpleegkundige hulp nodig is die niet door huisgenoten geboden kan worden.
- c. De benodigde hulp kan niet dan wel ontoereikend op verantwoorde wijze door de mantelzorg of vrijwilligers geboden worden.

- d. De oorzaak of aanleiding die ten grondslag ligt aan de hulpvraag heeft een onvrijwillig karakter en houdt verband met ziekte, herstel, invaliditeit, ouderdom, overlijden of psycho-sociale en relationele problemen.

III Urgentiebepaling

De instelling weegt de urgentie van hulpverlening van de nieuwe aanvraag af, waarbij de al lopende hulpverleningen worden meegewogen.

IV Acute zorgverlening

- a. De indicatiestelling geschiedt vóór de aanvang van de hulpverlening, tenzij er sprake is van een acute noodsituatie.
- b. Indien sprake is van een acute noodsituatie, vindt de indicatiestelling plaats binnen twee werkdagen na de dag waarop de hulpaanvraag plaatsvond.

V Afstemming verzorgingshuizen/verpleeghuizen

Ingeval een cliënt door de Indicatiecommissie ten behoeve van de verzorging- c.q. verpleeghuizen gewezen is op de mogelijkheden van de verplegende, verzorgende, huishoudelijke en begeleidende extramurale zorgverlening dient binnen 2 dagen de indicatiestelling te worden verricht.

VI Herindicatie

- a. Herindicatie vindt plaats bij iedere wijziging in de situatie van de cliënt/patiënt die kan leiden tot een verandering van de noodzakelijke geachte hoeveelheid ingezette hulp.
- b. Bij cliënten welke zijn doorverwezen naar de AAW vindt halfjaarlijkse herindicatie plaats.

Advies over en begeleiding in: koersbepaling, organisatie, marketing, management-ontwikkeling, sociaal en financieel beleid

**BEDRIJFSECONOMISCHE ANALYSE
VAN OPTIMALE SAMENWERKINGS-
MODELLEN VAN KRUISWERK
EN GEZINSVERZORGING**

In opdracht van de
Heroverwegingswerkgroep

ir. E.P. de Groot
drs. L. Hupkes
drs. G.W. Meerman
drs. H. Reerink
drs. S.P.M. de Waal
(projectleider)

Amsterdam, november 1989.

INHOUDSOPGAVE

	<u>Pagina</u>
1. Vraagstelling en uitgangspunten van het onderzoek	1.
2. Werkwijze en verantwoording onderzoeksresultaten	4.
3. De gehanteerde visie op de thuiszorgorganisatie	7.
4. Het ontwikkelen van testmodellen	12.
5. Beschrijving testmodel A: Thuiszorgbedrijf	16.
6. Beschrijving testmodel B: Thuiszorgketen	21.
7. Nadere toelichting op de organisatiemodellen	25.
8. Bedrijfseconomische analyse	30.
8.1. Vergelijking kostprijzen	30.
8.2. Macro-verschuiving van indirecte naar directe kosten	34.
8.3. Verschuivingen binnen de directe kosten (substitutie, efficiency)	37.
8.4. Eenmalige kosten van realisatie	40.
9. Conclusies	41.
10. Globale analyse van bestaande regelgeving	43.
11. Advies ten aanzien van het gebruik van de onderzoeksresultaten	44.

BIJLAGEN

1. Onderzoeksopdracht optimale organisatiestructuur kruiswerk/
gezinsverzorging
2. Onderzoeksverantwoording in fasen
3. Definities van kosten
4. Bronvermelding van kwantitatieve gegevens
5. Belangrijkste verschillen tussen typen instellingen uit de
steekproef
6. Technische specificatie testmodel A
7. Technische specificatie testmodel B
8. Personele besparingen
9. Beschrijving van een beperkte buitenland-verkenning
10. Globale beschrijving van particuliere verpleegbureaus
11. Analyse van bestaande regelgeving
12. Produktiviteitsanalyse wijkverpleging en -verzorging

1. VRAAGSTELLING EN UITGANGSPUNTEN VAN HET ONDERZOEK

Kader

Dit onderzoek is een deelonderzoek van het heroverwegingsonderzoek "Doelmatigheidsonderzoek organisatiestructuur gezinsverzorging en kruiswerk", dat wordt uitgevoerd ten behoeve van de Minister van Financiën door een heroverwegingswerkgroep (voorzitter: Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, secretaris: Financiën). De uiteindelijke besluitvorming vindt plaats door de Ministerraad. De heroverwegingen zijn onderdeel van de "grote operaties" van de rijksoverheid en verlopen volgens uniforme voorschriften. Jaarlijks worden daarin door de Ministerraad gebieden met een groot budgetbeslag aangewezen waarop heroverweging plaatsvindt.

Doel, zoals omschreven in de opdrachtbrief (zie bijlage 1) Doel van het onderzoek is een extra impuls te geven voor de verbetering van de organisatiestructuur van de extramurale zorgsector, meer specifiek op de combinatie van gezinsverzorging en kruiswerk. Het onderzoek is niet gericht op ombuigingen, maar op verdere toerusting van de extramurale zorgsector op de te verwachten toekomstige taakverzwaring

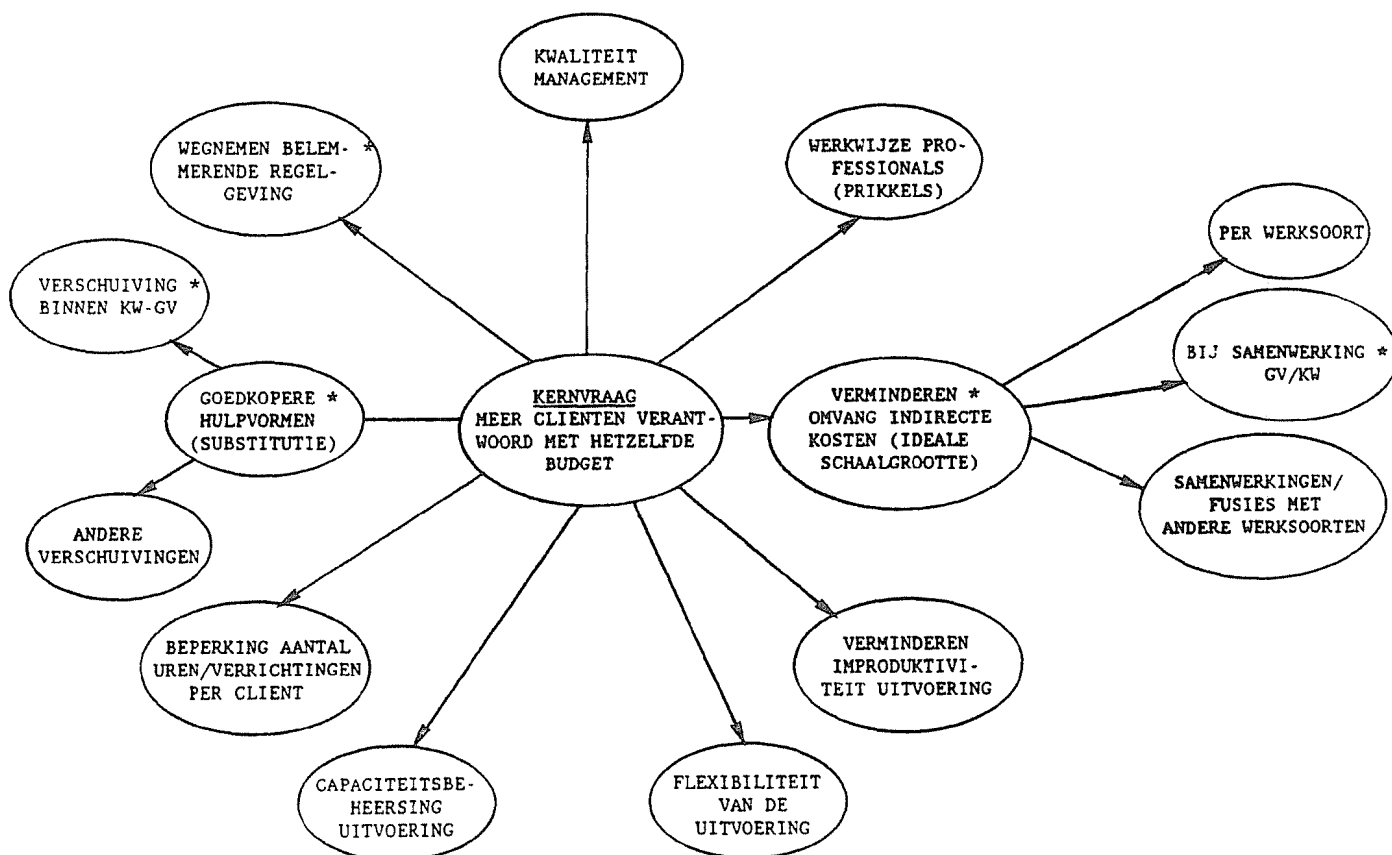
Op grond van deze uitspraak zijn wij er in onze opdrachtaanvaarding van uitgegaan dat aangetroffen besparingsmogelijkheden in de indirecte sfeer ten goede zullen komen aan een uitbreiding in de directe uitvoering, mede vanwege vergrijzing en de gewenste versterking van de extramurale sector.

Vraag

De kernvraag van het gehele heroverwegingsonderzoek luidt daarom onzes inziens: "Hoe kunnen met hetzelfde budget voor thuiszorg de komende jaren meer cliënten verantwoord geholpen worden?"

De deelvraag aan Boer & Croon Management Consultants B.V. luidde:
 "Op basis van inzicht in de kostenstructuur van beide voorzieningen/werksoorten aan te geven welke concrete efficiency-verbetering er valt te verwachten van modellen van samenwerking tussen en integratie van de betrokken organisaties en instellingen....
 Nagegaan moet worden in hoeverre een verschuiving van indirecte kosten naar directe kosten alsmede substitutie binnen de directe kosten een bijdrage kunnen leveren aan een efficiëntere besteding van de bestaande budgetten in de richting van het uitvoerend werk".

Als volgt is in schema weer te geven welke aspecten aan de kernvraag van het heroverwegingsonderzoek zijn te onderscheiden en vervolgens welke aspecten daarvan door Boer & Croon zijn onderzocht.



* = DIRECT ONDERDEEL VAN DE VRAAG AAN BOER & CROON

Voor zover de overige genoemde aspecten beïnvloed worden door de organisatiestructuur is daarmee uiteraard in de door ons ontwikkelde organisatiemodellen rekening gehouden.

Geen onderdelen van de onderzoeksoopdracht aan Boer & Croon Management Consultants B.V. waren verder:

- * onderzoek van de inefficiency in bestaande organisaties buiten structuuraspecten;
- * onderzoek naar de verbetering van kwaliteit van zorg;
- * onderzoek naar de mogelijke noodzaak van extra inzet van middelen in de indirecte sfeer, bijvoorbeeld als gevolg van externe ontwikkelingen (innovatie) of veranderingen in regelgeving (Public Relations, marktonderzoek);
- * onderzoek naar de optimale organisatiestructuur van landelijke en provinciale koepels; het onderzoek richtte zich op de uitvoeringsorganisatie;
- * onderzoek naar de wisselwerking tussen vraag en aanbod, respectievelijk naar de mate waarin het huidige aanbod (breed opgevat) onvoldoende aansluit op de vraag.

Als belangrijkste randvoorwaarden voor het onderzoek zijn meegegeven:

- * een eenduidig gedefinieerd kosteninzicht, met name in de verhouding direct-indirect en per eenheid zorg;
- * indicatieve kwantificering van besparingen in de indirecte sfeer door samenwerking/integratie kruiswerk - gezinsverzorging;
- * onafhankelijkheid van het onderzoeksbureau en objectiviteit van de eindresultaten, dat wil zeggen geen tussentijds formeel overleg of aftasten van de acceptatie van bepaalde voorstellen/resultaten;
- * een uiterst korte doorlooptijd van circa 2 à 3 maanden.

Een nieuwe regeling voor zowel gezinsverzorging als kruiswerk

Twee alternatieven voor een nieuwe regeling voor beide voorzieningen zijn onderzocht:

- i. een nominaal bedrag per gebruiker van de beide voorzieningen;
- ii. een contributie (en boete-clausule) gecombineerd met een inkomens-onafhankelijke eigen bijdrage per verrichting.

Laatstgenoemde mogelijkheid is nader aangegeven in de hoofdtekst van de rapportage (par. 3.6.). Een derde mogelijkheid, namelijk afschaffing van de eigen bijdrage- regelingen onder gelijktijdige verhoging van de AWBZ-premie is ook bezien. Deze is eveneens in de hoofdtekst beschreven.

Het alternatief van een nominaal bedrag per gebruiker per voorziening blijkt te botsen met het draagkrachtbeginsel van de ABW. Uitgaande van het huidige aantal gebruikers van beide voorzieningen van ca. 800.000 (leefeenheden)² en budgettaire neutraliteit zou het nominale bedrag ca. 330 gulden dienen te bedragen, hetgeen bijna het dubbele is van de 171 gulden die in het kader van het draagkrachtbeginsel wordt gehanteerd. Laatstgenoemd bedrag aanhoudend als bovengrens voor de totale eigen bijdrage als nominaal bedrag geeft een ontoereikende opbrengst van 137 mln.

² Dit aantal gebruikers is de som van ca. 175.000 gebruikers van individuele wijkverpleging, ca. 350.000 gebruikers van het consultatiebureau en ca. 280.000 gebruikers van gezinsverzorging. Daarbij is dan nog geen rekening gehouden met een zekere dubbeltelling: een aantal cliënten maakt zowel van de ene als de andere voorziening gebruik. Daarnaast zal een stijging van de eigen bijdrage van 40 gulden naar 330 gulden voor wat betreft de consultatiebureaus waarschijnlijk tot een daling leiden van het aantal gebruikers van deze voorziening.

2. WERKWIJZE EN VERANTWOORDING ONDERZOEKSRÉSULTATEN

De onderzoeks-aanpak diende, gezien de gestelde randvoorwaarden, uiterst pragmatisch te zijn en is in de volgende fasen verlopen:

Fase 1: Inventarisatie en benaderen praktijksituaties.

Fase 2: Ontwikkelen normatief kostenmodel.

Fase 3: Ontwikkelen testmodellen van integratie.

Fase 4: Kwantificering en toetsing in praktijksituaties.

Fase 5: Vertaling van de resultaten naar landelijk budget en
aanwijzingen voor regelgeving.

Fase 6: Eindrapport.

(In bijlage 2 worden de verrichte activiteiten per fase meer gedetailleerd weergegeven).

De hoofdlijn van de aanpak was: het ontwerpen van ideaal-typische testmodellen voor samenwerking/integratie van beide sectoren en vervolgens deze doorrekenen. Dit gebeurde volgens een eveneens tijdens dit onderzoek ontwikkeld en onderbouwd normatief rekenmodel, op basis van de "direct-costing"-methode (zie bijlage 2).

Uiteraard heeft dit ontwerpen van beide typen modellen in een onderlinge wisselwerking plaatsgevonden: bedrijfseconomisch interessante situaties leveren hypothesen op voor de samenwerkingsmodellen; nieuwe inzichten vanuit een samenwerkingsfilosofie dienen ook doorgerekend te kunnen worden in het normatief rekenmodel en kunnen op grond daarvan weer aangepast worden.

De onderzoeksvraag en randvoorwaarden, zoals aangegeven, leiden tot een sterk technisch en ideaal-typisch gericht onderzoek.

Er wordt in de modellenontwikkeling geabstraheerd van belangrijke factoren als:

- * kwaliteit beschikbaar management en staf;
- * regionale en/of historische banden en indelingen;
- * cultuurverschillen tussen de betrokken werksoorten;
- * bestaande combinaties met andere werksoorten, zoals in gezondheidscentra of met het algemeen maatschappelijk werk;
- * management-overwegingen om over te gaan tot reorganisaties, fusies en dergelijke, zoals de timing;
- * acceptatie op werkvloer, bij management en bij nationale koepelverenigingen;
- * specifieke marktomstandigheden.

Dit betekent dat de in deze studie ontwikkelde en berekende organisatiemodellen onzerzijds niet als advies kunnen worden gezien, ten aanzien van de organisatie van de gehele kruiswerk - gezinsverzorgingssector in geheel Nederland.

In een daadwerkelijke adviesaanpak, die zich richt op het management van betrokken instellingen, dient evenzeer met bovenstaande factoren rekening te worden gehouden en zal uiteindelijk vanuit een eigen visie op zorg, markt en strategie en op basis van zakelijke afwegingen en onderhandelingen door instellingen tot een goede samenwerkingsvorm kunnen worden besloten.

Deze studie dient daarom primair als een onderbouwing van het beleid van de rijksoverheid voor de komende jaren.

Voor de actuele koersbepaling door het betrokken instellingsmanagement vormt deze studie ons inziens echter toch ook een belangrijke bouwsteen en toetsingskader. Kort gezegd: er kwam steeds meer behoefte aan een studie naar mogelijke gezamenlijke organisatiemodellen voor kruiswerk en gezinsverzorging en de bedrijfseconomische basis daarvan.

- *) We hebben deze aanpak verder ontwikkeld en onderbouwd in het door ons bureau uitgegeven handboek "Samenwerking wijkverpleging - gezinsverzorging".

Het onderzoek geeft vooral antwoord op de operationele onderzoeksvraag: welke zijn de financiële besparingen in de indirecte sfeer van een efficiënte en geïntegreerde organisatie van het huidige kruiswerk- en gezinsverzorgingsaanbod, vanuit de huidige relatie vraag - aanbod.

De beleidsmatige relevantie van de resultaten is daarom vooral gelegen in:

- * het bieden van een financieel referentiekader vanuit een eenduidige kostendefinitie en doorgerekende integratiemodellen ten behoeve van overheid, management en verzekeraars;
- * een indicatie van ideale schaalgrootte op basis van uitgangspunten in de huidige situatie;
- * een onderbouwd rekenmodel ten behoeve van verdere modelontwikkeling in deze zorgsector.

3. DE GEHANTEERDE VISIE OP DE THUISZORGORGANISATIE

Het uitgangspunt in de onderzoeksvraagstelling is dat samenwerking/integratie van kruiswerk en gezinsverzorging nuttig/noodzakelijk is. Een strategische vraag die nu in de gehele sector op lokaal, regionaal en districtsniveau intensief wordt gezien. Vervolgens is ook voor de ontwikkeling van daarop geënte organisatiestructuren een onderbouwing en filosofie/strategie ten aanzien van thuiszorg en gezondheidszorg noodzakelijk.

Onze visie, gevoegd bij onze intensieve adviespraktijk in deze sector en enige - informele - discussies met "opinion leaders" tijdens dit onderzoek, leidt tot de volgende uitgangspunten voor ieder te ontwikkelen (thuis)zorgorganisatiemodel:

1. Klantgericht

Dat wil zeggen: overzichtelijk, inzichtelijk en service-gericht (bijvoorbeeld beperking wachttijden) vanuit het cliëntperspectief (één loket, buurtgerichte opbouw, duidelijke klachtenprocedure).

2. Vraaggericht

Dat wil zeggen: aandacht voor marktonderzoek en daarop geënte produktinnovatie, flexibiliteit en dergelijke. Dit betekent ook een onderbouwing door een zo objectief mogelijke bepaling en registratie van de vraag (centrale intake- en indicatiestelling).

3. Geografische geordend

Dat wil zeggen dat geïntegreerde thuiszorg van enige omvang zich primair zal moeten organiseren naar de geografische situatie, mede vanwege uitgangspunt 1. Met de huidige telecommunicatietechnieken en mobiliteit zijn hierop functionele uitzonderingen mogelijk.

4. Planmatig

Dat wil zeggen dat gewerkt wordt met zorg- en behandelplannen en tevens de cliënt gevolgd en geleid wordt op zijn/haar route door het zorgcircuit. Dit laatste om efficiency-redenen (capaciteitsplanning) en vanwege de doelstelling van de thuiszorg om mensen "uit de 2de lijn te houden" en hierin signalerend te kunnen optreden.

De integrerende kaders van iedere thuiszorgorganisatie zullen dus zijn: klant, buurt, loket en plan.

Dit houdt tevens in dat vanuit de organisatie zoveel mogelijk sprake dient te zijn van zorg-management per cliënt.

De meest optimale vorm vanuit de cliënt is integratie van uitvoerder, cliëntcontact en zorgplanbeheer (inclusief budgetbeheer), waarbij ten behoeve van de cliënt een duidelijk aanspreekbare hiërarchisch hogere functionaris beschikbaar dient te blijven ("objectieve" toetsing, klachtenprocedure).

Juist op dit punt komt het verschil in professionaliseringsgraad tussen kruiswerk en dan vooral wijkverpleging en gezinsverzorging het meest pregnant naar voren. Hieronder wordt dit vereenvoudigd schematisch weergegeven. Er zijn in de praktijk al allerlei tussenvarianten ontstaan.

In de wijkverpleging is sprake van sterk autonoom functionerende professionals, die bovengenoemde integratie al grotendeels (kunnen) realiseren. In de gezinsverzorging is sprake van een getrapte opbouw van uitvoering naar management, waarbij de eerste weinig bevoegdheden heeft en dus ook naar cliënt en samenwerkingspartners weinig onderhandelingsruimte heeft. Hier botsen beide culturen, gerelateerd aan de verschillende taken en opleidingsniveaus, het duidelijkst. Het direct overplanten van de management-stijl van gezinsverzorging naar wijkverpleging zou ten koste gaan van flexibiliteit, korte beslissingslijnen rond de cliënt en goede samenwerking op de werkvloer. En zeker ook van de motivatie van de wijkverpleegkundigen.

Werksoorten als kraamzorg en ziekenzorg binnen het kruiswerk zijn zeker wel vergelijkbaar met gezinsverzorging qua management-stijl. Anderzijds zal de werksoort gezinsverzorging bij een poging tot vergaande professionalisering van de uitvoering te kostbaar en te weinig toegankelijk worden. Beide management-stijlen zullen echter in de nabije toekomst zeker naar elkaar toe groeien, door:

- * de gezamenlijke noodzaak rond intensieve patiënten flexibel samen te werken, ook met andere disciplines in de eerste lijn;
- * het toenemend belang van management van schaarste en kostenbewustzijn;
- * gelijklopende externe ontwikkelingen, zoals Dekker, richtlijnen AWBZ en dergelijke.

Om die reden mag in de lange termijn-visie zeker uitgegaan worden van één operationeel management voor deze werksoorten, waarbij de diverse uitvoerende disciplines over verschillende vrijheidsgraden en mogelijk ook afzonderlijk discipline-overleg en dergelijke zullen beschikken. Op de korte termijn zal om bovengenoemde redenen vaak voor een gescheiden management-structuur worden gekozen.

Dit operationeel en zorg-management, gericht op de cliënt, vormt de kern van de voorziening.

Van daaruit kan uitvoering, organisatie en stafondersteuning permanent getoetst worden aan strategische vragen zoals: make or buy, kostprijzen, flexibiliteit en dergelijke.

Dit zorg-management kan verder onderscheiden worden in:

- * de "diagnose"-fase, inclusief regelen van de start van de zorgverlening;
- * de "uitvoerings"-fase, inclusief einde zorgverlening.

Belangrijke punten die verandering behoeven, uitgaande van deze visie zijn onder andere:

Gezinsverzorging

- * meer verantwoordelijkheid bij uitvoerder
- * interdisciplinair overleg
- * centrale intake
- * relatie 2de lijn

Kruiswerk

- * gestuurde objectieve indicatiestelling en centrale intake
- * budgetbewaking, kostenoverwegingen

Sterk punt bij beide sectoren en tevens de basis van deze visie is echter reeds de grote cliëntgerichtheid in de directe uitvoering.

Deze visie en uitgangspunten houden in dat de geografisch geordende uitvoeringseenheden zoveel mogelijk het complete en geïntegreerde aanbod van thuiszorgdiensten dienen te bevatten of daar zeer flexibel over kunnen beschikken ("inhuren").

Deze management-visie vanuit de cliënt probeert zo sterk en flexibel mogelijke uitvoeringsorganisaties te maken. Voor beperkte - collectief ervaren en betaalde - diensten is een relatief klein landelijk bureau nodig. Daarbij moet immers ook bedacht worden dat een deel van de ook bij profit-organisaties aanwezige "concernsturing" zal blijven plaatsvinden door de landelijke overheid als collectieve financier en regelgever en dus niet in deze formatie-opzet behoeft te worden meegenomen.

4. HET ONTWIKKELEN VAN TESTMODELLEN

Vanuit deze - summier weergegeven - visie op de toekomstige thuiszorg, zijn vervolgens organisatiemodellen ontworpen die:

- * recht doen aan deze visie;
- * een organisatorische plaats inruimen voor alle huidige kruiswerk- en gezinsverzorgingsdiensten;
- * zo efficiënt mogelijk en bedrijfsmatig verantwoord zijn;
- * door te rekenen zijn op de besparingen in de indirecte kosten.

Bij het ontwerpen hiervan hebben wij ons onder andere gebaseerd op ons eerdere onderzoek naar samenwerkingsmodellen tussen wijkverpleging en gezinsverzorging en op de modelontwikkeling zoals deze in allerlei huidige fusieprocessen in onze adviespraktijk plaatsvindt. Daarnaast is in de testsituaties intensief gekeken naar aard, omvang en werkwijze van bestaande zorgdiensten en staf- en management-functies.

De gestelde onderzoeksvraag en randvoorwaarden leiden, zoals eerder gezegd, tot een sterk technisch gekleurd onderzoek.

In de beide typen modellen is daarom uitgegaan van een groot aantal uitgangspunten vanuit de huidige situatie in de aanbodzijde, te weten:

A. De bestaande produkten/diensten van de beide werksoorten en hun indeling.

Dit in tegenstelling tot een meer strategische benadering, waarbij vanuit een onderzoek naar een brede marktvraag (de behoeften van "zieken" en hulpbehoevenden in de thuissituatie) vervolgens het noodzakelijke dienstenpakket, de beste plaats van aanbieding, de tariefstelling en dergelijke worden bepaald. Dit kan tot geheel andere indelingen van de aanbodzijde leiden dan nu gebruikelijk is (bijvoorbeeld ook woning-onderhoud aanbieden of geheel andere samenwerkingsrelaties aangaan (artsen, ziekenhuizen) en overstijgt in ieder geval de combinatie kruiswerk - gezinsverzorging.

B. De bestaande "produkt-mix".

Dat wil zeggen de percentuele verhouding van de omvang/intensiteit waarmee de diverse diensten nu worden aangeboden. Ook hier geldt weer dat een dergelijk uitgangspunt eigenlijk vanuit een onderzoek naar de behoeften in de markt onderbouwd zou dienen te worden.

De substitutievraag staat hier enigszins haaks op en kan dan ook op dit moment niet volledig onderbouwd beantwoord worden (zie hoofdstuk 8.3).

C. De bestaande functie-indeling in de uitvoering.

We geven op dit punt wel enige hypothesen voor verandering, die ook worden doorgerekend.

D. De bestaande verhouding van aanbod en (potentiële) markt, in casu geografische gebieden van een specifieke bevolkings-omvang.

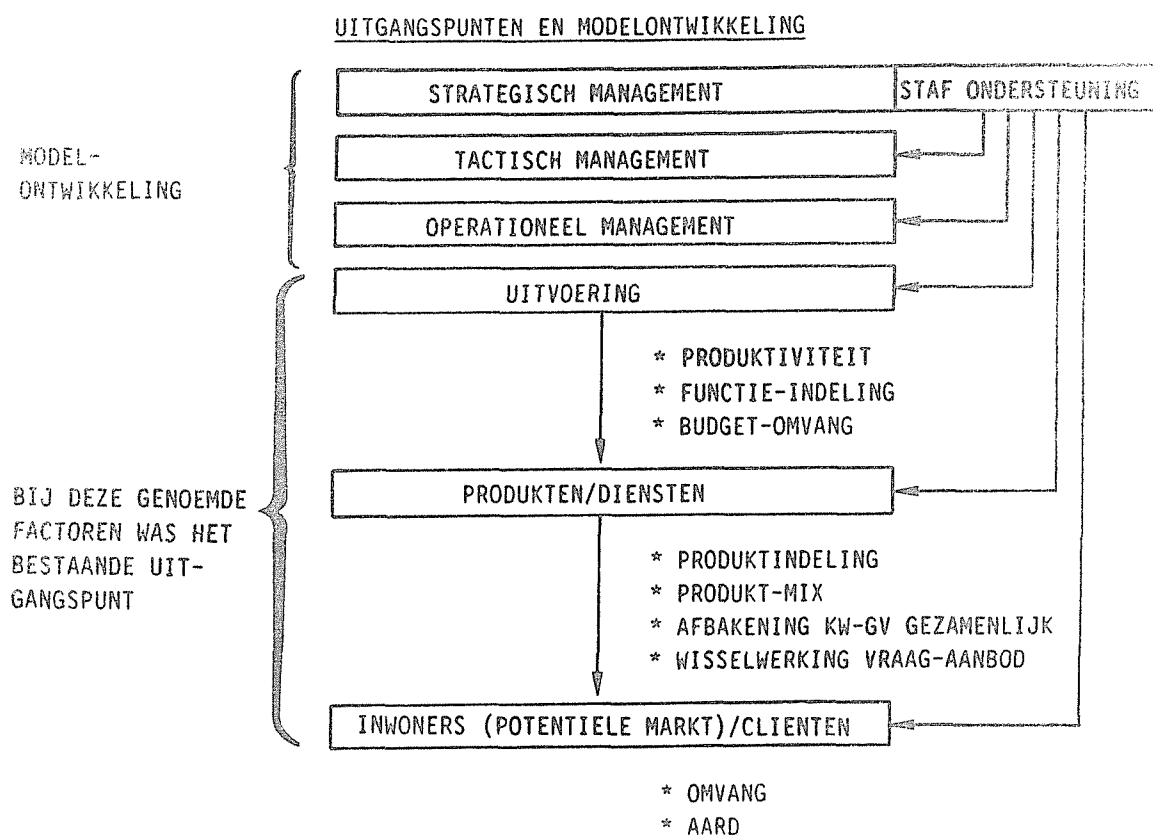
Om de doorgerekende kosten van de samenwerkingsmodellen te kunnen relateren aan het landelijk budget en om de relatie met de bestaande verzorgingsgebieden te kunnen leggen, is dit verband nodig. Een alleen bedrijfseconomisch onderbouwde ideale schaalgrootte zou los hiervan beantwoord kunnen worden. Ook hier geldt weer dat voor een juiste onderbouwing een marktonderzoek nodig is, waarbij nog kan worden aangetekend dat op dit punt een regionaal onderzoek voor (een) specifieke opdrachtgever(s) veel interessanter is, dan een landelijk - gemiddeld - marktonderzoek.

E. De bestaande beïnvloeding van de vraag door het (type) aanbod.

Zo is niet onderzocht in hoeverre door een forse uitbouw van de preventie-inspanning of ondersteuning van de mantelzorg een deel van de curatieve vraag kan worden verminderd.

F. Gezien de vraagstelling die zich richt op de indirecte sfeer is natuurlijk in alle varianten de produktiviteit en omvang van de uitvoering eveneens gelijk aan het bestaande gesteld.

Schematisch zijn deze uitgangspunten als volgt weer te geven.



Er is uiteraard ook binnen deze uitgangspunten een heel scala van organisatievormen mogelijk, met name door keuzen in:

- * een basisprincipe van functionele opdeling of geografische ordening dan wel produktgroepen;
- * zelf doen of uitbesteden;
- * management of sturing op afstand/hoofdpijnen;
- * integratie van werkwijzen of scheiding van zorgtypen.

Deze factoren leiden zeker tot een 10-tal organisatievarianten, die weer zijn onder te verdelen in vele subvarianten.

In de context van dit onderzoek en onze visie (zie hoofdstuk 3) hebben wij getracht twee modellen te ontwikkelen die de uitersten vormen op de schaal van:

- * grootschalig versus kleinschalig;
- * de mate van centrale sturing;
- * economies of scale versus "economies of people"
(produktiviteit, service-gerichtheid, inzet en dergelijke).

Hiervoor is gekozen, omdat bij vrijwel alle samenwerkings- en fusieprocessen, zeker bij organisaties die in hoge mate zijn gebaseerd op mensenwerk als de zorgsector, de discussie zich ook hier vaak rondom afspeelt.

Tevens vormen deze beide uitersten het beste testkader voor de vraag of en in welke mate besparingen in de indirecte sfeer mogelijk zijn en welke effecten daarvan mogelijk uitgaan.

Deze twee modellen zijn:

- A. Het thuiszorgbedrijf: volledig geïntegreerde organisaties, vanuit een kleinschalige geografische opbouw.
- B. De thuiszorgketen, zelfstandige kleinschalige eenheden met een geïntegreerd dienstenpakket die zich onderling verbinden tot een keten-organisatie.

Deze worden hierna verder beschreven.

In hoofdstuk 7. zal op onderdelen nader worden ingegaan op de tussenvarianten en de overwegingen bij onze keuzen. In de bijlagen 6. en 7. worden deze keuzen meer technisch en kwantitatief uitgewerkt.

5. TESTMODEL A. THUISZORGBEDRIJF

Dit model wordt in zijn technische details beschreven in bijlage 6.

Organisatiefilosofie

Het gaat hier om geïntegreerde, grootschalige zorgbedrijven. Dit model sluit aan op de reeds bestaande trend naar integratie en schaalvergroting van de uitvoeringsorganisaties in de gezondheidszorg.

Deze organisaties gaan door deze integratie en schaalvergroting als totaliteit op een zodanige geografische en organisatorische schaal opereren dat:

- * een aantal voormalige functies van de koepelorganisaties kunnen worden overgenomen;
- * deze een strategische omvang krijgen die minstens vergelijkbaar is met andere belangrijke zorgactoren, zoals ziekenhuizen en verzekeraars;
- * de kwetsbaarheid van staf- en management wordt verminderd;
- * innovatie, cultuurverandering en budgetinstrumenten in eigen huis kunnen worden ontwikkeld en bestuurd;
- * overlap en dubbelfuncties kunnen worden uitgebannen en daardoor de kostprijs verlaagd;
- * de noodzakelijke loyaliteit tussen voorheen gescheiden werksoorten kan worden gestimuleerd.

De schaalvergroting beoogt daarmee "in één klap" de voorwaarden voor twee mogelijke marktstrategieën te creëren: kostprijs-leiderschap en kwaliteit-excellentie.

(mogelijke) voordelen

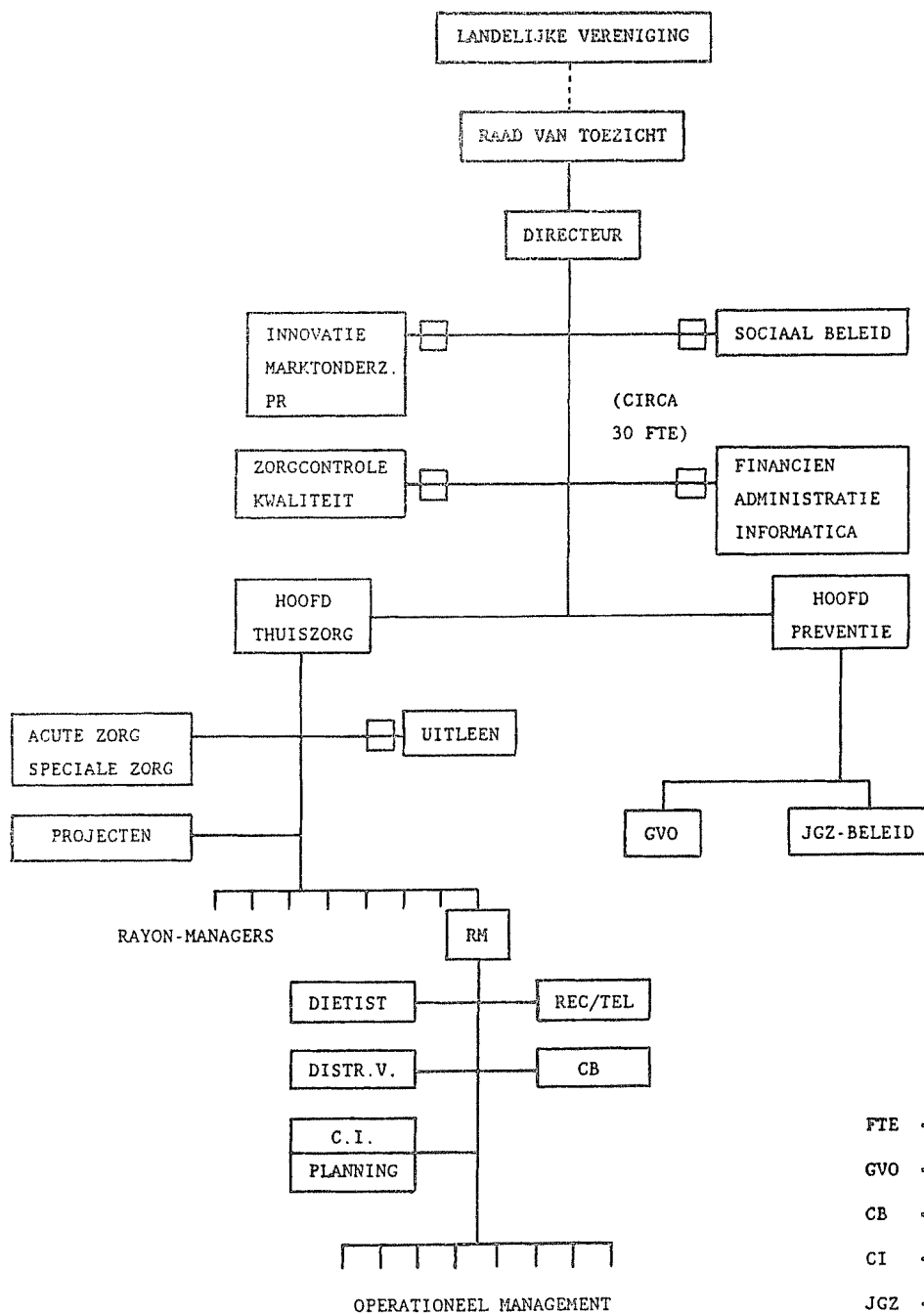
- * centrale sturing
- * kwaliteit en efficiency
in overhead
- * continuïteitsgarantie
- * kwaliteitsbewaking
- * strategische positie
- * economies of scale

(mogelijke) nadelen

- * anonimiteit voor personeel en
cliënt
- * bureaucratisering
- * demotivatie van personele inzet
en initiatief
- * "klant raakt zoek"

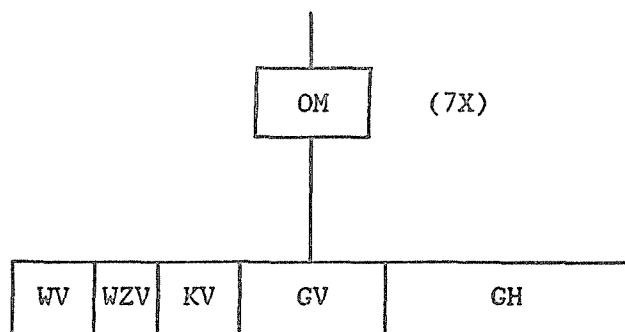
Binnen dit model is het uiteraard mogelijk aanzienlijke bevoegdheden te decentraliseren en intern ondernemerschap te bevorderen, waardoor de mogelijke nadelen kunnen worden tegengegaan.

Organigram



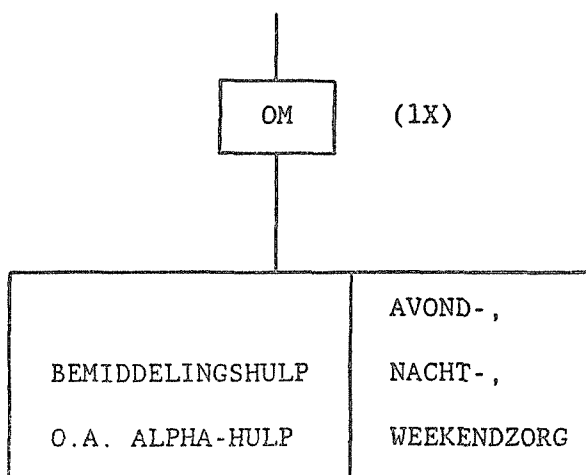
FTE = FULL-TIME EQUIVALENTEN
 GVO = GEZONDHEIDSVOORLICHTING EN -OPVOEDING
 CB = CONSULTATIEBUREAUS
 CI = CENTRALE INTAKE
 JGZ = JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Kleinste bedrijfseenheden per rayon



CIRCA 20 FTE

OM = OPERATIONEEL MANAGER
 WV = WIJKVERPLEEGKUNDIGE
 WZV = WIJKZIEKENVERZORGENDE
 KV = KRAAMVERZORGSTER
 GV = GEZINSVERZORGSTER
 GH = GEZINSHELPSTER



CIRCA 15 FTE

De ideale schaalgrootte van dit zorgbedrijf is afhankelijk van:

- * een optimale benutting van de span of control van het management op alle niveaus.

Dit betekent dat in ieder geval steeds gerekend moet worden op basis van full-time plaatsen van management en hun maximale span of control.

Voor de operationele manager wordt daarbij uitgegaan van een maximale span of control van circa 20 full-time formatieplaatsen (fte), danwel circa 42.000 zorguren. Voor de onderbouwing wordt verwezen naar de bijlagen 6 en 9.

Uitgaande van deze span of control en de huidige produkt-mix qua percentuele omvang van de diverse zorgsoorten werkt een dergelijke eenheid voor een geografisch gebied van circa 6.200 inwoners.

Het totale zorgbedrijf werkt daarmee, bij maximale benutting van de mogelijke span of control, voor een geografisch gebied van circa 400.000 inwoners.

- * Een optimale benutting van de capaciteit en kwaliteit van (centrale) staven.

Voor de definitie van ideale schaalgrootte zijn we er daarbij van uitgegaan dat in de top sprake dient te zijn van in de specifieke markt en eigen bedrijfscultuur verankerd strategisch management. Een besturen op afstand past daar niet bij. Dat betekent dat de span of control van de directeur, inclusief een hoogwaardige centrale staf, niet goed toelaat 2 of meer hoofden thuiszorg van de hier geïndiceerde omvang onder zijn/haar leiding te hebben.

Globale formatiegegevens thuiszorgbedrijf

	<u>Circa</u>
Uitvoering	1340 fte
(inclusief alpha-hulp)	
Operationeel management	80 fte
(inclusief centrale intake)	
Rayon-management	8 fte
Preventie en ondersteunend	25 fte
Directie en staf	<u>50 fte</u>
	<u>1500 fte</u>

6. TESTMODEL B. THUISZORGETEN

Dit model wordt in zijn technische details beschreven in bijlage 7.

Organisatiefilosofie

Het gaat hier om in de uitvoering geïntegreerde, maar kleinschalige "buurtvoorzieningen" die een aantal economies of scale trachten te realiseren in een keten-organisatie. Dit model legt minder nadruk dan het bedrijfsmodel op voorwaarden in de sfeer van management, sturing en overhead, maar veel meer op de kern van de zorg: buurtgericht en service-gericht beschikbaar zijn. Het sluit aan op de trend naar "small is beautiful" en ondernemerschap in de zorg. Het sluit tevens aan op de reeds bestaande kleinschalige zorgvormen van huisarts-, tandarts- en fysiotherapiepraktijk, apotheek en drogist.

De filosofie van het model sluit tevens in hoge mate aan op de historische werkwijze in de vroegere "thuiszorg":

- * zichtbaar in de buurt;
- * dag en nacht paraat;
- * uitvoeringsgericht.

De genoemde integratie tot zorg-management (zie hoofdstuk 3) zal in dit model goed te verwezenlijken zijn. Via de ketenorganisatie worden zorgdiensten en stafdiensten georganiseerd, die om redenen van omvang of specialisme bedrijfseconomisch niet verantwoord in de kleine uitvoeringseenheid passen.

Essentieel in het model is dat het hoofd van de buurtvoorziening via een franchise-contract en inkoopsummen ten dele daadwerkelijk ondernemer is. Het huidige centrale sturen moet immers vervangen worden door zelfsturing.

(Mogelijke) voordelen

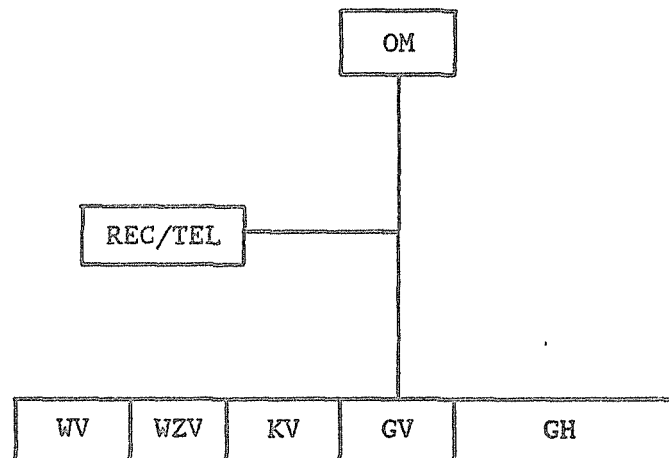
- * hoge produktiviteit
(zie bijlage 5)
- * herkenbaar voor de klant
- * aansluitend op thuisschaal
(buurt)
- * werkgericht
- * flexibiliteit
- * sociale dienstbaarheid

(Mogelijke) nadelen

- * kwetsbaarheid bij ziekte e.d.
- * moeizame kwaliteitszorg en
innovatie
- * fraudegevoelig?
- * gebrekkige onderlinge uitwisseling en vervanging, continuïteit
- * versnipperd extern beleid
- * gebrekkige zakelijkheid in
toewijzing van zorg

Naarmate in dit model de kleinste bedrijfseenheden groter worden ingevuld, om de nadelen te beperken, komt dit model dichterbij zeer decentraal ingerichte thuiszorgbedrijven.

Thuiszorgpraktijk



CIRCA 17,5 FTE

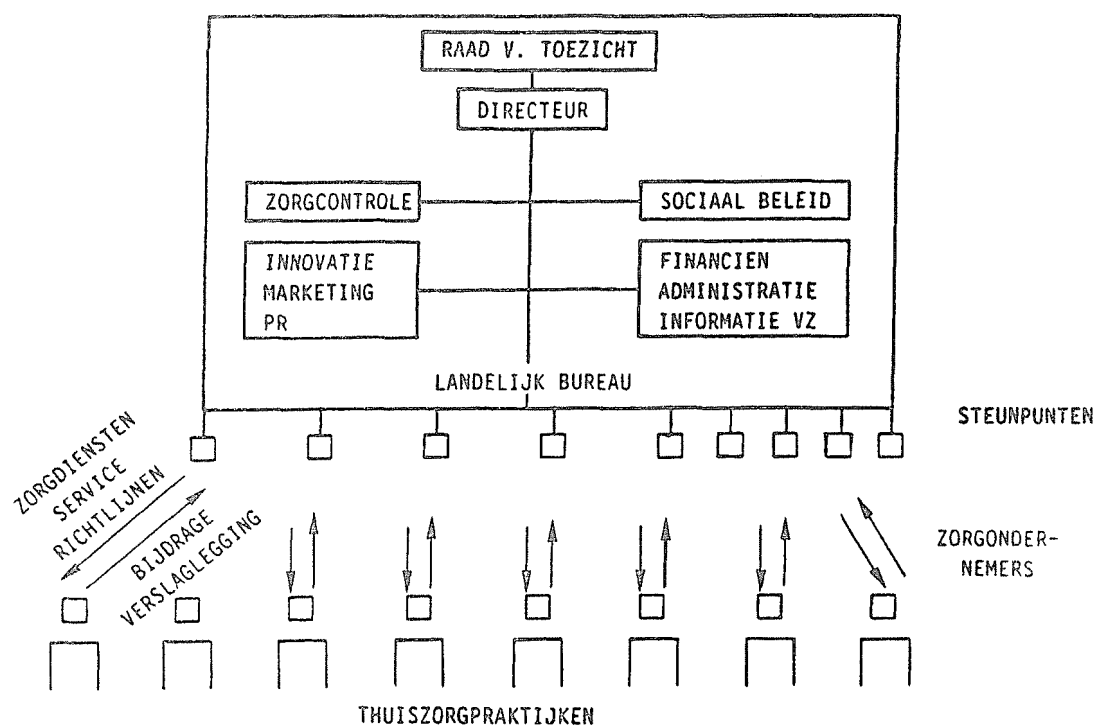
INCLUSIEF AVOND-, WEEKEND- EN NACHTZORG

ACUTE ZORG.

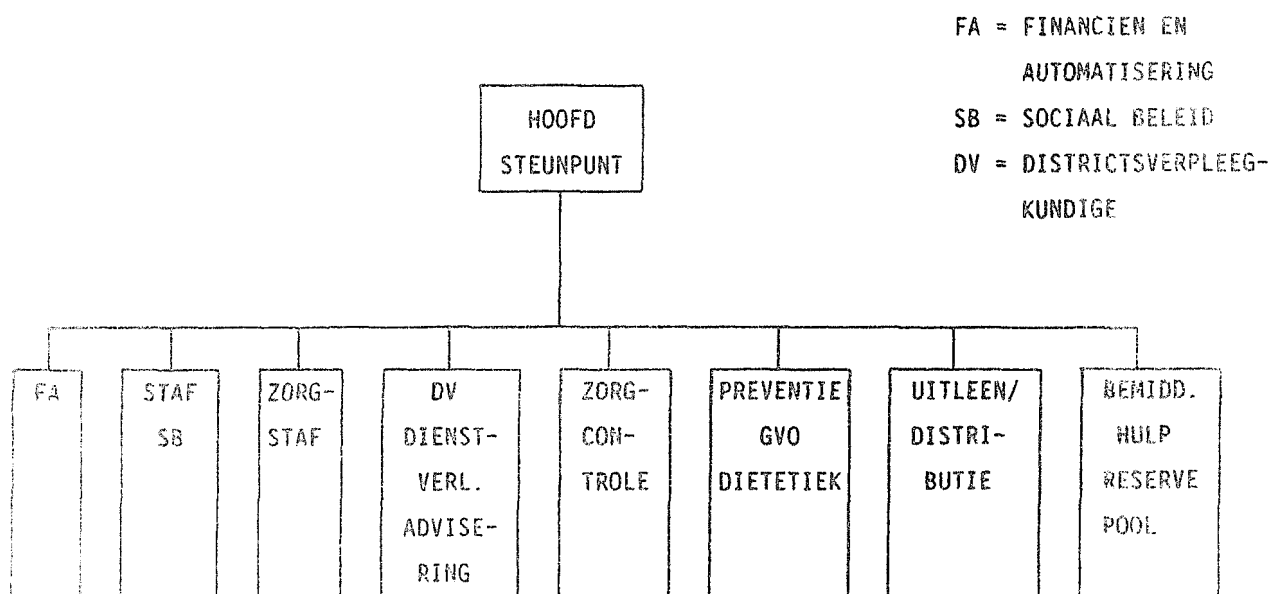
OVERIGE UITVOERENDE EN STAFDIENSTEN

WORDEN INGEHUURD.

Organigram



Functies in een steunpunt



N.B. DIT IS GEEN ORGANIGRAM

Het begrip "ideale schaalgrootte" is in een ketenmodel van toepassing op enerzijds de thuiszorgpraktijk - hierbij is gerelateerd aan de optimale omvang van de operationele unit in het model "thuiszorgbedrijf" - anderzijds op de omvang van de steunpunten.

Bij deze laatste hebben we gezocht naar aansluiting bij de huidige provinciale indeling van steunpunten, waarbij op basis van inwonertal enige provinciale steunpunten zijn samengevoegd. In een puur bedrijfsmatige opzet zijn deze nog verder terug te brengen naar 4 à 5 steunpunten.

Globale formatiegegevens

Thuiszorgpraktijk

Circa 2.470 praktijken, waarin in ieder:

Circa 17 fte uitvoering

1 fte operationeel management

1 fte secretariaat/administratie

<u>Steunpunt</u> (9 x)	<u>circa</u>
alpha-hulp	450 fte
overige zorgverlening	
en ondersteuning	110 fte
magazijn	10 fte
management	<u>1</u> fte
	571 fte

7. NADERE TOELICHTING OP DE ORGANISATIEMODELLEN

De testmodellen geven een integrale en samenhangende visie op de organisatorische plaats van de diensten die nu door kruiswerk en gezinsverzorging worden geboden. Daarbij moet nogmaals benadrukt worden dat het bestaande, qua produktindeling, functie-indeling, vraag-aanbodrelaties uitgangspunt was en geabstraheerd is van allerlei mee-bepalende lokale factoren!

In deze integratie in één thuiszorgorganisatie kunnen en zullen soms echter per produktgroep, vanuit de huidige situatie geredeneerd, verliespunten qua doelgerichtheid en doelmatigheid kunnen optreden.

In het hiernavolgende wordt daarom nader ingegaan op de belangrijkste gevoeligheden, mogelijke alternatieven en onze overwegingen bij de keuze en ontwikkeling van deze testmodellen.

De belangrijkste punten waarop dit speelt, zijn:

1. Span of control operationeel management.
2. Eén operationeel management voor de werksoorten huishoudelijke hulp, verzorging en verpleging.
3. Het geografisch bereik van kraamzorg.
4. De plaats van preventie.
5. Maximaliseren van het uitbesteden in de uitvoering.

Ad 1. Span of control operationeel management

(zie ook bijlage 6)

De huidige gemiddelde case-load van een leidinggevende gezinsverzorging is circa 25.000 zorguren/jaar, met een duidelijke groeitrend naar circa 30.000 zorguren/jaar.

De belangrijkste bepalende factor hiervoor is de uitzuivering van deze functie van uitvoerende (onder andere begeleiding cliënten) en stafachtige taken. In beide modellen worden hiertoe ook formatieplaatsen stafondersteuning toegevoegd.

Dit, gevoegd bij het feit dat de overige uren zorguitvoering zullen worden gedaan door een aantal zelfstandig werkende professionele krachten en de ervaringen in het buitenland (zie bijlage 9) rechtvaardigen zeker een span of control van circa 42.000 zorguren. Hierbij moet dan bedacht worden dat de aangegeven administratieve en bedrijfsbureau-ondersteuning deze span of control zullen helpen verlichten. Voorwaarde daarbij is dat het dient te gaan om pure management-functies, die maximaal inspelen op de zelfstandigheid van diverse typen uitvoerende krachten.

Ad 2. Eén operationeel management voor huishoudelijke hulp,
verzorging en verpleging

Het betreft hier de kern van het nieuwe thuiszorgmodel; immers alleen GVO, jeugdgezondheidszorg en uitleen worden van de concrete diensten hierbuiten georganiseerd. Vanuit de basisprincipes van onze thuiszorgvisie (zie hoofdstuk 3) en de onderzoeksvraag naar bedrijfseconomisch optimale modellen heeft het alternatief, een volledig gedivisionaliseerd model, grote nadelen. Een dergelijk model kent afzonderlijke divisies van respectievelijk verpleging, verzorging en huishoudelijke hulp.

De voornaamste nadelen hiervan zijn in onze ogen:

- * Inflexibel naar de klant, dan wel noodzaak van extra investering in coördinatie (case-management), onderlinge planning en overleg.

In essentie wordt hernieuwd gekozen voor een sterke professionele ingang, in plaats van cliëntgerichtheid. Gezien het toenemend belang van intensieve patiënten maakt dit onderdeel het model ook duurder.

- * Onvoldoende vergelijkbare bedrijfseenheden binnen de organisatie.

Bij gebrek aan een daadwerkelijk marktmechanisme zijn de divisieleiders niet goed te beoordelen op hun prestaties. Het voordeel van het geïntegreerde model daarentegen is de onderlinge vergelijkbaarheid, de mogelijkheid van uitwisseling van innovaties en efficiency-maatregelen en de duidelijkheid en beleidsmatig gehalte van de onderlinge budgetverdeling.

In het divisiemodel is daarom het centraal management verzwakt en de centrale staf minder nuttig inzetbaar, ten gunste van de landelijke inbreng via budgetverdelingen, richtlijnen en beleidsontwikkeling. Dit achten wij vanuit management- en cliëntenoptiek geen goede ontwikkeling.

- * De genoemde integrerende kaders, namelijk klant, buurt en plan, zullen moeilijker realiseerbaar zijn en voortdurend moeten concurreren met het divisiebelang en de daarbinnen geldende beslislijnen. Het ene loket zal wel realiseerbaar zijn.

In deze toekomstgerichte en bedrijfseconomische studie hebben wij daarom dit model niet uitgewerkt. Op de korte termijn is het in de huidige fusiepraktijk zeker een zinvol alternatief, omdat dan 2 andere factoren van groot belang zijn:

- * de kwaliteit en achtergrond van het zittend management;
- * het vormgeven van een proces van acceptatie en mogelijkheid van onderlinge gewenning.

Het zal echter moeilijk zijn om van een divisiemodel na een aantal jaren alsnog over te gaan op een van de geïntegreerde modellen, zoals wij hier ontwikkelen.

Ad 3. Het geografisch bereik van kraamzorg

In onze modelontwikkeling is er van uitgegaan dat de aard van het werk van kraamverzorging zeer goed aansluit bij en overeenkomt met gezinsverzorging en ziekenverzorging. Het is dan efficiënter en taakverrijkend dit gehele pakket door dezelfde verzorgende krachten te laten uitvoeren.

Uit oogpunt van planning van werkinzet en dus produktiviteit is echter duidelijk dat kraamzorg hierin hoog scoort. Overigens vergelijkbaar met gezinsverzorging. Om die reden is integratie, zoals wij ontwikkelen, zeker bedrijfseconomisch verantwoord. Naarmate men een groter demografisch bereik heeft, kan deze planning, en dus afstemming vraag - aanbod, beter zijn. Om die reden is het zeker een alternatief om kraamzorg op het niveau van een gebied van 400.000 inwoners of zelfs meer te organiseren.

Ad 4. De plaats van preventie

Preventie en curatie vormen twee verschillende optieken, en zelfs belangen, in het gezondheidszorgsysteem. Dit klemmt temeer indien de curatie wordt gefinancierd op basis van verrichtingen of andere vormen van output (bijvoorbeeld produktief uur).

In markttermen zal de curatie de consument zo goed en veel mogelijk bedienen, binnen kwaliteits- en kostenvoorwaarden. De preventie wil echter voorkomen dat mensen consument worden, respectievelijk blijven! Dit laatste is uit kosten- en gezondheidsoverwegingen even interessant als de curatie!

Uiteraard is er wederzijds enige signalering en beïnvloeding mogelijk; wij hebben echter twijfels of de preventietaak ten opzichte van de thuiszorguitvoering binnen het thuiszorgmodel in de onderlinge machtsverhoudingen wel volledig tot zijn recht zal komen. De bevoegdheden en bijbehorende machtsbronnen van de preventie zullen helderder gedefinieerd moeten worden. Dat kan er toe leiden dat om redenen van invloeduitoefening de werkelijke preventieve taak (waaronder signalering van preventieve omstandigheden en gedragsbeïnvloeding) wordt ondergebracht bij bijvoorbeeld een basisgezondheidsdienst. Binnen het thuiszorginstituut resteren dan alleen marketing-achtige instrumenten, zoals folders en verwijzing.

Een tussenvariant in dit kader, namelijk om het gewicht van de preventie te versterken, is het onderbrengen van de consultatiebureaus en mogelijk zelfs kraamzorg onder het hoofd preventie.

In het ketenmodel kan de preventie vanuit het steunpunt zeker met enig gezag en onafhankelijk van de feitelijke uitvoering worden uitgeoefend.

Ad 5. Maximaliseren van het uitbesteden in de uitvoering

De belangrijkste uitbestedingsvarianten die nu bestaan, zijn:

- * alpha-hulp;
- * particuliere verpleegbureaus;
- * aanvullende thuiszorg.

Het grote bedrijfseconomische voordeel is dat het improduktiviteitsrisico bij de leverancier, respectievelijk de uitvoerende kracht (oproepkrachten) wordt gelegd. De kostprijzen per uur zijn daarom relatief zeer laag.

Nadelen kunnen liggen in kwaliteitselectie en -verbetering, continuïteit en individuele arbeidsvoorwaarden.

Het zal duidelijk zijn dat het in veel grotere mate gebruik gaan maken van deze constructies (vergaande privatisering van de thuiszorg) grote veranderingen betekenen in politiek, management en sociaal opzicht. Deze variant is daarom in dit onderzoek slechts in beperkte mate meegenomen (zie hoofdstuk 8.3 en bijlage 10).

8. BEDRIJFSECONOMISCHE ANALYSE

Het onderzoek richt zich op de volgende bedrijfseconomische aspecten:

1. Kostprijzen per eenheid zorg.
2. Macro-verschuiving van indirect naar direct.
3. Verschuivingen binnen de directe kosten.
4. Eenmalige kosten van realisatie.

8.1. Kostprijzen

Hierbij worden de berekende totaalkosten gedeeld door de totale hoeveelheid eenheden zorg. Daarbij is van belang de wijze waarop de eenheid zorg wordt gedefinieerd en daarvan afgeleid de produktiviteit van de uitvoering.

Als eenheid zorg is 1 uur zorgverlening van ieder der onderscheiden vormen van dienstverlening genomen. Deze zijn:

1. alpha-hulp.
2. gezinshulp.
3. gezinsverzorging.
4. gespecialiseerde gezinsverzorging.
5. kraamzorg.
6. verpleging en ziekenverzorging.

Deze definitie is moeilijk toepasbaar, door de aard van de activiteit, op gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) en op de uitleenfunctie. Daarom wordt hiervan de kostprijs niet weergegeven.

De volgende vraag is hoe een produktief uur zorg wordt gedefinieerd. De definitie die het meest aansluit op de registratie en die nu ook in praktijk wordt gehanteerd (zie bijlage 2) en die formeel het meest vergelijkbaar is tussen beide werksoorten is die, waarbij wordt gerekend met direct produktieve uren zorguitvoering bij de cliënt (contacturen).

Deze - formeel zuivere - definitie doet echter niet goed recht aan de praktijk van met name wijkverpleging in vergelijking met de andere zorgsoorten.

Door de vele kortdurende behandelingen en klantencontacten is een wijkverpleegkundige relatief zeer veel reistijd kwijt. Bij gezinsverzorging en andere zorgsoorten is deze reistijd niet groot. Andere elementen van de functie van wijkverpleegkundige, zoals indicatiestelling en administratie, ware beter niet in de definitie van produktiviteit op te nemen, omdat noch in de gezinsverzorging, noch in de nieuwe organisatie-opzet deze taken bij de uitvoering liggen.

Op basis van een uitvoerige analyse (zie bijlage 12) is dan de volgende gemiddelde produktiviteitsopbouw van uitvoerend personeel schematisch weer te geven.

Productiviteit

	Wijkverpl. & verz. 1)	Trad. gez. verz. 1988	Alpha 1988
Betaal uren	2.088	2.088	2.088
Verlof e.d.	376	376	108
Capaciteitsuren	1.712	1.712	1.980
Procentuele verdeling ²⁾	%	%	%
Directe contacturen	51.3	80.1	100
Direct contactgebonden uren	20.3	2.0	-
Totaal contacturen	71.6	82.1	100
Opleiding, overleg, overig en ziekte	28.4	17.9	-
Totaal	100.0	100.0	100

1) Bron: Notitie "Kostprijsberekening Kruiswerk" 14 september 1989 van het NK.

Zie voor de onderliggende berekening bijlage 12.

2) Als percentage van capaciteitsuren.

We gaan daarmee uit van het volgende overzicht van de landelijk gemiddelde productiviteit van uitvoerend personeel:

Verpleging/ziekenverz.	71.6%
Kraamzorg	82.0%
Gezinsverzorging	82.1%
en -hulpverlening	
Alpha-hulp	100.0%

Dit leidt tot het volgende kostprijzenoverzicht:

<u>Kostprijzen</u>	Landelijk gemiddelde***)	Thuiszorg- bedrijf	Keten model
1. Alpha-hulp		f1. 15,60	f1. 15,40
2. Gezinshulpverl.		f1. 30,40	f1. 30,00
3. Gezinsverzorging		f1. 34,30	f1. 34,00
Totaal gezinsverzorging*)	f1. 30,85	f1. 29,00	f1. 28,65
4. Verplegen		f1. 69,20	f1. 65,95
5. Kraamzorg		f1. 47,00	f1. 44,20
Totaal kruiswerk*) **)	f1. 71,75	f1. 58,35	f1. 55,35
Totaal thuiszorg*) **)	f1. 40,00	f1. 35,65	f1. 34,75

*) Gewogen gemiddelde.

**) Inclusief kraamzorg-oproepkrachten en uren consultatiebureau-artsen.

***) De huidige landelijke kostenprijzen per produktgroep worden hier niet apart weergegeven, aangezien deze door andere toerekeningsregels omtrent overhead-kosten niet vergelijkbaar zijn met de kostprijzen in de beide doorgerekende modellen.

De totale kosten zijn verwerkt in deze weergegeven kostprijzen.

8.2. Macro-verschuivingen van indirect naar direct

Bij realisering van het thuiszorgbedrijf kan een besparing op de indirecte kosten gerealiseerd worden van circa fl. 300 mio per jaar.

Directe uitvoering	0
Directe leiding	60
Overige zorgverlening	5
Overig personeel	110
Overige kosten	<u>125</u>
Totaal	300

Circa 55% van de totale besparing is personeelslasten.

De huidige overige kosten zijn circa fl. 365 mio (GV = 100 mio; KW = 265 mio).

In het thuiszorgmodel worden deze teruggebracht tot fl. 225 mio.

De besparing op de indirecte kosten is met name het gevolg van:

* Huisvesting	circa fl. 40 mio
* Personeel derden	" fl. 30 mio
* Bureau en algemene kosten	" fl. 15 mio
* Overige/onbekend	" fl. 40 mio *)

De relatie tussen financiële besparingen en omvang van de zorguitvoering is bij de huidige mix van zorgsoorten als volgt:

fl. 1 miljoen besparing indirect = circa 25.000 uur extra zorgverlening

fl. 200 à 400 miljoen besparing indirect = 5 à 10 mio miljoen uur extra zorgverlening (+ 8 à 16%)

1% produktiviteitsstijging = circa 1 miljoen uur extra (+ circa 1,5%)

*) Als gevolg van beperkt inzicht in overige kostenopbouw kruiswerk is deze categorie opgenomen.

Deze berekening is gebaseerd op een integrale kostprijsberekening; zodoende zijn de kosten van management en staf ten behoeve van deze uitbreiding reeds verdisconteerd.

Conclusie thuiszorgbedrijf

Door het organiseren volgens het thuiszorgmodel kan zodoende de uitvoering in de huidige zorgmix toenemen met bijna 8 miljoen zorguren, i.c. circa 12% toename.

De besparingen in het keten-model zijn circa fl. 60 miljoen hoger dan in het thuiszorg-model. Fl. 45 miljoen hiervan zijn personeelslasten.

Totale besparing:	
Directe uitvoering	0
Directe leiding	70
Overige zorgverlening	0
Overig personeel	155
Overige kosten	<u>150</u>
Totaal	375

De extra besparingen in de overige kosten zijn met name:

- * huisvestingskosten fl. 5 à fl. 10 miljoen.
- * bureau- en algemene kosten fl. 0 à fl. 5 miljoen.

Conclusie ketenmodel

Door het organiseren volgens het ketenmodel kan zodoende de uitvoering in de huidige zorgmix toenemen met bijna 9,4 miljoen zorguren, i.c. circa 14% toename.

Algemene conclusie

De conclusie uit de doorberekening van 2 extreme integratievarianten is, dat, rekening houdend met ruime veiligheidsmarges, een landelijke besparing op de indirecte kosten van circa fl. 300 miljoen als gevolg van integratie in de indirecte sfeer structureel op jaarbasis mogelijk is, en daarmee een uitbreiding met 12% van de zorguitvoering. Hierbij is steeds rekening gehouden met gelijkblijvende opbrengsten en zijn eigen vermogens en dergelijke buiten beschouwing gelaten.

Overzicht verminderingen indirecte kosten

	Huidige situatie	Thuiszorgmodel		Ketenmodel	
		Bedrag	Besparing(%)	Bedrag	Besparing(%)
Directe leiding	247	185	25	177	28
Zorgstaf	79	72	9	77	3
Overig personeel	228	116	50	72	68
Overige kosten	<u>365</u>	<u>225</u>	<u>38</u>	<u>210</u>	<u>42</u>
Totaal niet- uitvoeringskosten	919	598	35	536	42

Op de totale kosten is de besparing circa:

* Thuiszorgmodel	12%
* Ketenmodel	14%

Een mogelijk "tussenmodel" is een thuiszorgbedrijf op een schaal van 250.000 inwoners, de huidige WGR-grenzen.

De besparingen in dit model zijn circa fl. 50 miljoen lager dan in het model voor 400.000 inwoners, i.c. circa fl. 250 miljoen. Fl. 30 miljoen hiervan zijn indirecte loonkosten en fl. 20 miljoen overige kosten.

Van de overige kosten zijn dit met name:

* Bureau- en administratiekosten (automatisering)	fl. 10 miljoen
* Huisvesting	fl. 5 miljoen

8.3. Verschuivingen door substitutie en uitvoeringsefficiency

Substitutie = vervanging van zorgdiensten door andere zorgdiensten met hetzelfde gezondheids- en/of welzijnseffect. Doelen kunnen zijn: klantgerichtheid, besparing en dergelijke.

Cruciaal in deze definitie is het woord "andere". Het alleen goedkoper organiseren van bestaande zorgdiensten, valt ons inziens niet direct onder substitutie, maar veeleer onder efficiency (binnen zorg-randvoorwaarden).

Deze efficiency kan dan met name worden bereikt door uitvoering van dezelfde taken door goedkopere krachten en door een variant daarop, namelijk uitbesteden.

Zo is de verschuiving van "hulp vanuit instellingsdienstverband" naar "alpha-hulp" een pure efficiency-vraag en geen substitutie, omdat hetzelfde type zorg-dienst wordt aangeboden.

Binnen de eerstelijns disciplines gaat het bij substitutie dan om verschuivingen van medisch naar verpleegkundig naar verzorgend naar huishoudelijk handelen. Andere substitutielijnen gaan van curatief naar preventief of begeleidend.

In deze definitie is het geven van een spuit door een verpleegster, in plaats van de huisarts, geen substitutie, maar efficiency, waarbij de discussie zal gaan over de verantwoording binnen zorgvoorwaarden.

Voorbeelden van substitutiemogelijkheden binnen de eerstelijns disciplines zijn:

- * medicijn-toediening op psycho-sociaal terrein (medisch) vervangen door meer aandacht van de gezinsverzorgster of maatschappelijk werkster (maatschappelijk);
- * fysiotherapie vervangen door rek- en sportoefeningen door de patiënt of mantelzorg;
- * curatieve behandelingen vervangen door preventieve activiteiten.

Er blijkt een opvallend geringe hoeveelheid kwantitatief onderbouwd onderzoek naar deze vraag, zeker binnen thuiszorgdiensten.

Om deze reden en omdat het een expliciet zorginhoudelijk terrein betreft, kunnen we er in dit kader geen verantwoorde kwantitatieve uitspraken over doen.

Ten aanzien van suggesties voor uitvoeringsefficiency geldt zeker wel dat deze op grond van ons kosteninzicht zijn "door te rekenen". Hiervoor geldt echter in hoge mate dat de vraag of deze maatregelen verantwoord zijn vanuit zorginhoudelijke overwegingen niet door ons behandeld is.

Om die reden worden hierna alleen enige suggesties vanuit de praktijk aangegeven en doorgerekend.

1. Uitvoering van taken van wijkverpleegkundigen door wijkziekenverzorgsters
van 4 : 1 naar 1 : 1 : fl. 20 miljoen op jaarbasis
naar 1 : 3 : fl. 35 miljoen op jaarbasis
2. Een nadere, meer inhoudelijke onderbouwing van ditzelfde type suggestie van uitvoeringsefficiency luidt als volgt:
 - * Uitvoering van wijkverpleegkundige taken door wijkziekenverzorgsters in combinatie met verhoging van de produktiviteit van deze laatste tot het niveau van de gezinsverzorging. Dit laatste als gevolg van het samenvoegen van de functies gezinsverzorgster en wijkziekenverzorgster.
 - * Het laten uitvoeren van alle lichamelijke en hygiënische verzorging door wijkziekenverzorgsters leidt dan tot een besparing van circa fl. 40 miljoen op jaarbasis.
 - * Indien ook nog de helft van het toedienen van medicatie wordt overgeheveld naar de wijkziekenverzorgsters levert dit een extra besparing op van circa fl. 10 miljoen.De totaalbesparing komt hiermee op fl. 50 miljoen op jaarbasis.

3. Vervanging van helpsters in dienstverband door alpha-hulp.
Vervanging van 10% van de helpsters door alpha-hulpen geeft een besparing van ruim fl. 45 miljoen op jaarbasis.
4. In de leiding gezinsverzorging toewerken naar een verhouding MBO-HBO-niveau, die voldoet aan de als minimum te beschouwen subsidievoorwaarden van 7 : 1.
Deze variant is niet nader bezien, aangezien in de geïntegreerde modellen:
 - * geen sprake meer is van afzonderlijke leiding gezinsverzorging;
 - * dit operationeel management van zodanig niveau dient te zijn dat 100% HBO-opleiding geïndiceerd is. In de berekeningen is hiermee dan ook qua salarisniveau ruim rekening gehouden.
5. Algemene soepelheid betrachten in de uitvoering van taken, zodat afzonderlijke inzet niet nodig is. (Voorbeeld: de wijkverpleegkundige doet - soms - ook licht huishoudelijk werk).
Deze suggestie is nu niet goed kwantitatief te onderzoeken. Geïntegreerde organisaties vormen voor invoering van deze suggestie wel de beste voorwaarde.

Conclusie

- * Substitutie binnen de thuiszorg, zoals hier gedefinieerd, is nog nauwelijks geïnventariseerd en kwantitatief onderzocht. In dit kader is daarom daarover geen uitspraak te doen.
- * Suggesties voor uitvoeringsefficiency zijn zeker mogelijk, maar nog weinig onderzocht op hun praktische waarde en zorgeffecten.

Een combinatie van maatregelen van verschuiving van verpleegkundigen naar verzorgsters (suggestie 2) en van helpsters in dienstverband naar alpha-hulp (suggestie 3) levert een besparing op van circa fl. 95 miljoen op jaarbasis.

8.4. Eenmalige kosten van realisatie

De hiervoor vermelde besparingen op de indirecte kosten zijn afhankelijk van de volledige en voor geheel Nederland doorgevoerde realisatie van integratie van beide typen organisaties zoals in de testmodellen is aangeduid.

Aan een dergelijke omvangrijke operatie zijn echter ook eenmalige kosten verbonden.

Voor de volledigheid van het financiële beeld worden deze hier eveneens weergegeven. Hierbij wordt uitgegaan van een - wellicht optimistische - doorlooptijd van 5 jaar.

	<u>Totaal</u>	<u>Op jaarbasis</u>
* Kosten begeleiding fusies (fl. 3 à 4 ton per thuiszorg-bedrijf)	fl. 20 mio	fl. 4 mio
* management-development (vergelijking: budgettering sociale werkvoorziening: fl. 30 mio)	fl. 30 mio	fl. 6 mio
* opleiding professionals in verband met integratie werkwijze (circa fl. 500,-- per uitvoerende)	fl. 25 mio	fl. 5 mio
	fl. 75 mio	fl. 15 mio
* financiering sociaal plan	p.m.	p.m.
* eenmalige kosten van integratie automatisering	p.m.	p.m.
* eenmalige kosten van integratie huisvesting	p.m.	p.m.

9. CONCLUSIES

1. De besparingen in de indirecte sfeer als gevolg van andere thuiszorgstructuren kunnen aanzienlijk zijn:
- * thuiszorgorganisatie; 250.000 inwoners circa fl. 250 miljoen.
 - * thuiszorgorganisatie; 400.000 inwoners circa fl. 300 miljoen.
 - * thuiszorgketen; circa fl. 350 miljoen.

Additionele besparingen tussen de fl. 50 en fl. 100 miljoen zijn mogelijk door efficiency als gevolg van verschuiving in de uitvoering.

De minimale besparing wordt hierdoor fl. 250 miljoen (thuiszorgmodel; 250.000 inwoners) en de maximale besparing fl. 450 miljoen (ketenmodel; plus uitvoeringsefficiency). Dit levert maximaal een netto uitbreiding in de uitvoering van circa 17% op.

In deze besparingen is uitgegaan van gelijkblijvende arbeidsvoorwaarden in de uitvoering. Tevens is uitgegaan van de huidige opbrengsten.

De huidige HLO-operatie in deze sector realiseert reeds een deel (circa 10 miljoen) van deze besparing, omdat in de doorgerekende modellen is uitgegaan van een kleine landelijke organisatie.

2. Het ketenmodel is het meest besparend, maar lijkt in zijn management- en stafstructuur kwetsbaar. Tevens is de aansluiting op de huidige management- en bedrijfscultuur mogelijk het moeilijkst te realiseren. Experimenten met deze variant zouden echter zeker gestimuleerd moeten worden. Onder de aannames en randvoorwaarden van het onderzoek en ons beperkend tot kruiswerk en gezinsverzorging, levert het ketenmodel ons inziens de maximale besparing in de indirecte kosten. Er zijn vele tussenvarianten mogelijk (zie ook hoofdstuk 7), maar deze zijn steeds duurder in de indirecte sfeer.

3. Uit oogpunt van kostprijzen is de factor produktiviteit even, zo niet meer doorslaggevend dan de kostenstructuren en -omvang. De factor opbrengstverhoging is dan nog buiten beschouwing gelaten.

Deze factor van produktiviteit is in het onderzoek gelijk gesteld aan het huidige; nader onderzoek naar stimuleringsmaatregelen in deze is echter zeker aan te raden.

4. In de modellenontwikkeling zijn factoren van politieke of management-haalbaarheid buiten beschouwing gebleven. Het onderzoek levert nu vooral een uitdagend en hopelijk inspirerend financieel en bedrijfseconomisch referentiekader voor de vele organisatorische veranderingen in deze sector.

10. GLOBALE ANALYSE VAN BESTAANDE REGELGEVING (ZIE BIJLAGE 11)

De belangrijkste belemmeringen in de bestaande regelgeving voor de integratie volgens de beide testmodellen zijn:

- * De verschillen in financieringsgrondslag, namelijk
budgetsysteem versus verzekeringssysteem.

Als belangrijkste praktische verschilpunten die daaruit voortvloeien, kunnen genoemd worden:

- de eigen bijdrageregeling versus contributieregeling;
- de objectieve indicatiestelling;
- centrale intake;
- wachtlijsten;
- het management van schaarste.

- * De voorschriften ten aanzien van functie-opbouw (kruiswerk)
respectievelijk organisatiestructuur (gezinsverzorging).

11. ADVIES TEN AANZIEN VAN HET GEBRUIK VAN DE ONDERZOEKSRESULTATEN

Het past het best bij de eigen rolopvatting van de overheid (terugtrekkende overheid, commissie Dekker) en moderne inzichten in besturingsprocessen, de in dit rapport geschetste ontwikkelingsrichting aan de output-zijde te stimuleren/voor te schrijven.

Het zou niet passen in de gewenste management-cultuur en ook niet bij de opdracht en aanpak van dit onderzoek, indien deze testmodellen zouden "neerslaan" in (gedetailleerde) formatie- en structuurvoorschriften.

De gepresenteerde modellen dagen uit tot verdere discussie over de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging, mede omdat zij een grote financiële besparing in de indirecte sfeer laten zien.

De belangrijkste elementen aan de output-zijde zijn:

- * lage kostprijs;
- * nieuwe geïntegreerde zorgdiensten;
- * klant- en buurtgerichtheid;
- * 1 loket;
- * zorgplannen.

Hierop zou een innovatie- en stimuleringsprogramma ingezet kunnen worden dat bijvoorbeeld een bijdrage financiert ter hoogte van de eigen bijdrage van de betrokken instelling (50/50-basis).

Naast het bevorderen van ontwikkelingen rond de hiervoor aangegeven 5 punten, kunnen elementen in zo'n programma zijn:

- * het beleggen van conferenties over deze thematiek, bijvoorbeeld in samenwerking met koepelorganisaties of congresbureaus;
- * het subsidiëren van een tijdschrift voor thuiszorg-management;
- * het financieren via een management-ondersteuningsregeling thuiszorg van aanloopkosten van fusieprocessen;
- * het stimuleren van internationale ervarings- en kennisuitwisseling door studiereizen en conferenties.

Daarnaast is in het rapport al aangegeven op welke terreinen een onderzoeksprogramma zich zou dienen te richten, om tot onderbouwing van beleid te komen.

De belangrijkste thema's zijn:

- * substitutiemogelijkheden en gevolgen binnen de eerste lijn;
- * analyse en bevorderen van produktiviteit;
- * het program van eisen voor een toekomstgericht management-development-programma;
- * structurering en financiële samenhang tussen eerste en tweede lijn;
- * logistiek van en rond de cliënt (verwijsstromen, zorg-planning, werk-planning, registratie, signalering);
- * marktscenario's voor de thuiszorg: ontwikkeling vraag, effecten voor aanbod, gevolgen Europa 1992, sterkte/zwakte-analyse van de huidige organisaties.

Dit programma zou in samenhang bewaakt moeten worden, en kan worden uitgevoerd binnen bestaande onderzoeksgelden en -instituten. Met name de samenhang met de 2e lijn en basisgezondheidszorg/preventie, een analyse van de gevolgen van "Dekker" en de marktvragen zijn zodanig complex en verweven dat een specifieke stuur- en stimuleringsgroep "toekomst thuiszorg Nederland" daartoe het meest aangewezen is. Deze zou dan ook de coördinatie van het vermelde stimuleringsprogramma op zich kunnen nemen.

BIJLAGEN

Amsterdam, november 1989.

Bijlagen

1. Onderzoeksopdracht optimale organisatiestructuur kruiswerk/
gezinsverzorging.
2. Onderzoeksverantwoording in fasen.
3. Definities van kosten.
4. Bronvermelding van kwantitatieve gegevens.
5. Belangrijkste verschillen tussen typen instellingen uit de steek-
proef.
6. Technische specificatie testmodel A.
7. Technische specificatie testmodel B.
8. Toelichting op de berekende besparingen.
9. Beschrijving van een beperkte buitenland-verkenning.
10. Globale beschrijving van particuliere verpleegbureaus.
11. Analyse van bestaande regelgeving.
12. Produktiviteit wijkverpleging & verzorging

BIJLAGE 1: ONDERZOEKSOPDRACHT OPTIMALE ORGANISATIESTRUCTUUR
KRUISWERK/GEZINSVERZORGING

Op 1 oktober 1988 heeft het Kabinet een heroverwegingswerkgroep opdracht gegeven een doelmatigheidsonderzoek te verrichten naar de organisatiestructuur bij het kruiswerk en de gezinsverzorging. Achtergrond van deze taakopdracht is de notie dat verbeteringen in het bedrijfseconomisch functioneren van deze onderdelen van de thuiszorg in combinatie met elkaar er toe kunnen leiden dat de zorgsector is toegerust voor de toekomstige taakverzwaring die zal voortvloeien enerzijds uit substitutie van intramurale zorg door extramurale zorg en anderzijds uit de demografische ontwikkeling c.q. de vergrijzing. Het heroverwegingsonderzoek dient maart 1989 te zijn afgerond.

De werkgroep heeft besloten een deel van het onderzoek door een extern bureau te laten verrichten. Doel van dit deel van het onderzoek is op basis van inzicht in de kostenstructuur van beide voorzieningen/werksoorten aan te geven welke concrete efficiencyverbetering er valt te verwachten van modellen van samenwerking tussen en integratie van de betrokken organisaties en instellingen. De te bereiken efficiencyverbetering dient zoveel mogelijk te worden gekwantificeerd.

Met betrekking tot de kostenstructuur dient op basis van eenduidige kostendefiniëring inzicht te worden verschaft in de diverse kostencategoriën, met name in de verhouding directe en indirecte kosten, en in de kosten per functie en per eenheid zorg. Nagegaan moet worden in hoeverre een verschuiving van indirecte kosten naar directe kosten alsmede substitutie binnen de directe kosten een bijdrage kunnen leveren aan een efficiëntere besteding van de bestaande budgetten in de richting van het uitvoerende werk. In dit verband wordt aangegeven in hoeverre de huidige regelgeving hiervoor belemmerend werkt en hoe deze belemmeringen kunnen worden weggenomen.

Bij het ontwikkelen van doelmatigheidsverhogende organisatiemodellen van samenwerking of integratie dient voorts rekening te worden gehouden met de optimale schaalgrootte ("economies of scale") en de daarmee samenhangende geografische afstemming van werkgebieden. Het is de bedoeling dat een dergelijk onderzoek zal worden verricht in een drietal lokale werkgebieden, te weten: een duidelijke agglomeratie, een combinatie van een grote(re) stad met periferie en een sterk regionale situatie.

Gegeven de inhoud van de onderzoeksopdracht dient het beoogde organisatie-adviesbureau naast ervaring met organisatie-modellen over de nodige bedrijfseconomische expertise in de onderhavige sector te beschikken. Het onderzoek dient 1 maart 1989 te zijn afgerond. Als aanspreekpunt en begeleidingsteam zullen de voorzitter en het secretariaat van de heroverwegingswerkgroep functioneren. Met het bureau zal namens de minister van Financiën als opdrachtgever een (standaard-)contract worden afgesloten.

BIJLAGE 2: ONDERZOEKSVERANTWOORDING IN FASEN

Gedurende het gehele onderzoek zijn de voortgang en tussentijdse keuzen steeds afgestemd met de delegatie van de heroverwegingswerkgroep, bestaande uit de voorzitter, J. v.d. Klaauw (WVC) en het secretariaat, F. uit den Bogaard (Financiën) en R. v.d. Loos (WVC).

Het onderzoek is vanuit Boer & Croon uitgevoerd door een team van organisatie-adviseurs/onderzoekers, bestaande uit:
drs. L. Hupkes, drs. H. Reerink, ir. E.P. de Groot, drs. G.W. Meerman en drs. S.P.M. de Waal (projectleider).
De partners drs. J.C.B. Bontje en drs. F. van Harten treden daarbij op als schaduwadviseurs.

Fase 1: Inventarisatie en benaderen praktijksituaties

A. Selectie van praktijksituaties

Voor het onderzoek zijn we uitgegaan van twee praktijksituaties, welke onderling geografisch van elkaar verschillen.

Gekozen is voor twee gebieden:

- * groot stedelijk;
- * ruraal.

De achterliggende gedachten daarbij waren: verwachte verschillen in produktiviteit (reistijden, leegloop) en mogelijk verdergaande splitsing in units en derhalve kostenverhoging en mogelijke schaalvoordelen.

Geen aandacht is geschonken aan de vraagzijde ten aanzien van verschillen in de vraag van de cliënt, cultuurverschillen (bereidheid, beschikbaarheid van mantelzorg), demografische aspecten en dergelijke.

Op basis hiervan en pragmatische overwegingen als beschikbaarheid en kwaliteit van informatie, reeds bestaande contacten en onderzoeksplanning is de keuze gevallen op:

- * groot stedelijk: Rotterdam.
- * ruraal: Oost-Gelderland en Roosendaal (GZ)/ West-Brabant (KW).
(Als gedeeltelijke toets.)

In de drie gebieden zijn de volgende instellingen voor gezins-verzorging werkzaam:

Oost-Gelderland

"De Van Nispenhof" - Doetinchem

"Ente" - Eibergen

"De Graafschap" - Hengelo (G)

"Hameland" - Terborg

"Gelreshoeck" - Winterswijk

Madie Zutphen, Warnsveld, Voorst - Zutphen

Roosendaal

"Roosendaal en Nispen"

"Wouw"

"Oud-Gastel"

Rotterdam

Rotterdam Thuishulp Oost

Rotterdam Thuishulp Centrum-Noord-West

Rotterdam Thuishulp Zuid-West

Humanitas

Gereformeerd Centrum voor Welzijnsbevordering

In totaal zijn 11 instellingen voor maatschappelijke dienstverlening (madie) benaderd.

Bij het kruiswerk zijn in Rotterdam de SSRK en in Oost-Gelderland en West-Brabant de respectievelijke EKO's benaderd.

B. Benadering van de Madie's en EKO's

De benadering van de werkzame instellingen in de twee praktijk-situaties is in twee stappen uiteengevallen.

1. Een introductie van het onderhavige onderzoek bij besturen en/of directies van de te onderzoeken instellingen.
Zowel schriftelijk als mondeling is het onderzoek uiteengezet.

Daarnaast zijn ook de (praktische) consequenties aangegeven voor de organisaties qua werkbelasting en doorlooptijd. Uiteraard onder vermelding van vertrouwelijke behandeling van gegevens en ander relevant materiaal.

2. Na accoord van de instellingen zijn de administrateurs benaderd. In Oost-Gelderland is een informatiebijeenkomst belegd tijdens het Madie-administrateursoverleg van de genoemde instellingen. Na een korte uitleg zijn invulformulieren overhandigd en verder toegelicht. In Rotterdam zijn de instellingen ieder individueel bezocht en is met de administrateur eenzelfde procedure als hierboven gevolgd. Bij het kruiswerk is de introductie, de informatievergaring, -verwerking, -structurering en validatie steeds begeleid door directie en administratie.

Tevens is in deze fase een start gemaakt met het verder opsporen van bedrijfseconomisch "gunstige" situaties. Dit heeft zowel betrekking op efficiency in organisaties voor gezinsverzorging of (delen van) kruiswerk, dan wel een gecombineerde instelling. Daarbij is voor wat betreft de gezinsverzorging via WVC gebruik gemaakt van het uitgebreide en zeer toegankelijke centrale databestand.

Voor wat betreft het kruiswerk bleken centrale vergelijkingscijfers van Erkende Kruisorganisaties via NK en COTG moeilijker bereikbaar.

In praktijk bleken de gegevens in de aangegeven praktijksituaties, gevoegd bij onze eigen know-how vanuit recente financiële analyses in beide werksoorten voldoende basis om te komen tot bedrijfseconomische normen. Het ontbreken van de recente en inzichtelijke kruiswerkgegevens leidt echter wel tot een noodzakelijkerwijs grotere veiligheidsmarge.

Tenslotte is eveneens in deze fase gestart met de inventarisatie van overige landelijk beschikbare gegevens, onder andere met betrekking tot regelgeving.

Fase 2: Ontwikkelen normatief kostenmodel

Stap 1: Definitiefase

- * Definitie van produkten/diensten.
- * Definitie van produktgroepen.
- * Definitie van de betrokken eenheid zorg (produktief uur).
- * Definitie van kostensoorten.
- * Definitie van direct aanwijsbare kosten per produkt.
- * Definitie van overige kostentypen.

Deze definities zijn gemaakt op basis van het bij ons beschikbare inzicht, aangevuld met interviews in de geselecteerde praktijksituaties (management en administrateur).

Stap 2: Normatieve toewijzing niet-direct toewijsbare kosten

In de zogenaamde integrale kostprijsberekening worden de indirecte kosten verdeeld via toeslagen op de directe kosten.

Deze methode wordt inmiddels in grote delen van het bedrijfsleven aangevuld met "direct-costing", omdat alleen toepassen van de integrale berekening kan leiden tot:

- * een veel te hoge kostprijs voor sommige produkten;
- * onvoldoende inzicht in het werkelijke gebruik van de indirecte kosten (in bedrijfsleven: de dekking van de indirecte kosten).

Er moet dus gezocht worden naar een zo reëel mogelijke toerekening van de niet-direct toewijsbare kosten, om te vermijden dat alles als gemiddelde wordt "omgeslagen".

Hierbij wordt als "direct toewijsbare" kosten gedefinieerd diegene die direct zijn te relateren aan het leveren van die desbetreffende dienst. Een van de belangrijkste criteria daarbij is dat de omvang van deze kosten op enigerlei wijze is te relateren aan de omvang van de produktieve uren.

Dit "direct-costing"-onderzoek heeft plaatsgevonden in de praktijk-situaties op basis van de in stap 1 ontwikkelde definities. Het onderzoek vond plaats naar "span of control", gebruik van stafcapaciteit en dergelijke.

De informatieverzameling is daarbij verricht met behulp van invulformulieren en een schriftelijke toelichting.

De formulieren bevatten invulstaten met betrekking tot:

- * aantal cliënten;
- * produktieve uren;
- * aantal formatieplaatsen (full-time equivalenten en verdeling);
- * salarisschalen;
- * totale kosten en opbrengsten;
- * verbijzondering van cliënten, produktieve uren en fte's naar kostendragers/produktgroepen.

Daarnaast werd nog een aantal aanvullende gegevens gevraagd als een indicatie van de produktiviteit, mate van opleiding en begeleiding, verdeling van vergoedingen en reiskosten.

Follow-up en verwerking

Tijdens de invulling van de formulieren is regelmatig overleg geweest met verschillende administrateurs. Rond produktiviteit, definities en formatie-/kosten-verdelingen waren vaak terugkerende vragen. Met name een vergaande verbijzondering naar de onderscheiden produktgroepen bleek binnen de gestelde tijd en administratieve kaders voor de gezinsverzorging niet haalbaar. Voor de meeste instellingen kwam een verdeling naar voren in: verzorging (gespecialiseerd, traditioneel), hulpverlening en bemiddeling (alpha).

Na ontvangst van de ingevulde formulieren zijn de gegevens van de madie's en kruiswerk in een spreadsheet-programma's op de computer ingevoerd en verder verwerkt.

Het invoermodel

Het invoermodel van het spreadsheet-programma heeft min of meer dezelfde lay-out als die van de invulformulieren. Horizontaal zijn de verschillende onderscheiden produktgroepen (= kostendragers) vermeld en verticaal de kostensoorten.

De produktgroepen van de gezinsverzorging zijn ontleend aan een notitie van de Centrale Raad voor Gezinsverzorging (CRG), "Kostprijs als basis". In deze notitie wordt gepleit voor een indeling naar de verschillende hulpvormen. Daarnaast hebben we nog rekening gehouden met onderlinge verschillen in kosten en de kwaliteit van de in te zetten hulpverlener (alpha-helpende, gespecialiseerd gezinsverzorgster, helpster-verzorgster) en de benodigde planning en begeleiding vanuit de instelling.

Een en ander heeft geresulteerd in een volgende indeling:

verzorging

- * gespecialiseerde verzorging
- * traditionele verzorging
 - dagdelen;
 - minder dan dagdelen;
 - buiten kantooruren;
- * overige verzorging
 - 24-uur/oproep;
 - dagverzorging;
 - kinderopvang.

hulpverlening

- dagdelen;
- minder dan dagdelen.

bemiddeling

- * alpha-hulp;
- * gastgezinnen.

Zoals eerder vermeld is deze verdeling, naar aanleiding van de beschikbare gegevens, gecondenseerd tot:

- * verzorging;
- * hulpverlening;
- * bemiddeling.

De kruiswerk produktgroepen c.q. kostendragers zijn ontleend aan de indeling in het WAS-systeem.

- * behandelend verplegen
 - lich./hyg. verzorging;
 - verpleegtechn. handelen;
 - medicatie.
- * begeleidend verplegen
 - reactivering;
 - helpers bij therapie;
 - probleemsituatiesbegeleider.
- * gezondheidsvoorlichting en opvoeding
 - prenataal;
 - screening;
 - consultatie-bureau.

Daarnaast is nog te onderscheiden:

- * uitleen;
- * kraamzorg.

Aan de kostenkant zijn de kostensoorten gehanteerd zoals deze worden gehanteerd in de bestaande administratiesystemen. De meeste ervan zijn vanzelfsprekend met uitzondering van een scheiding die is aangebracht tussen financieel-administratief boekhoudkundige medewerkers en overige administratieve medewerkers (waaronder ook eventueel aanwezige unit-/rayon-administratie ressorteert). Andere categorieën waarin dergelijke keuzen zijn gemaakt, zijn huishoudelijk en technisch personeel en automatiseringspersoneel.

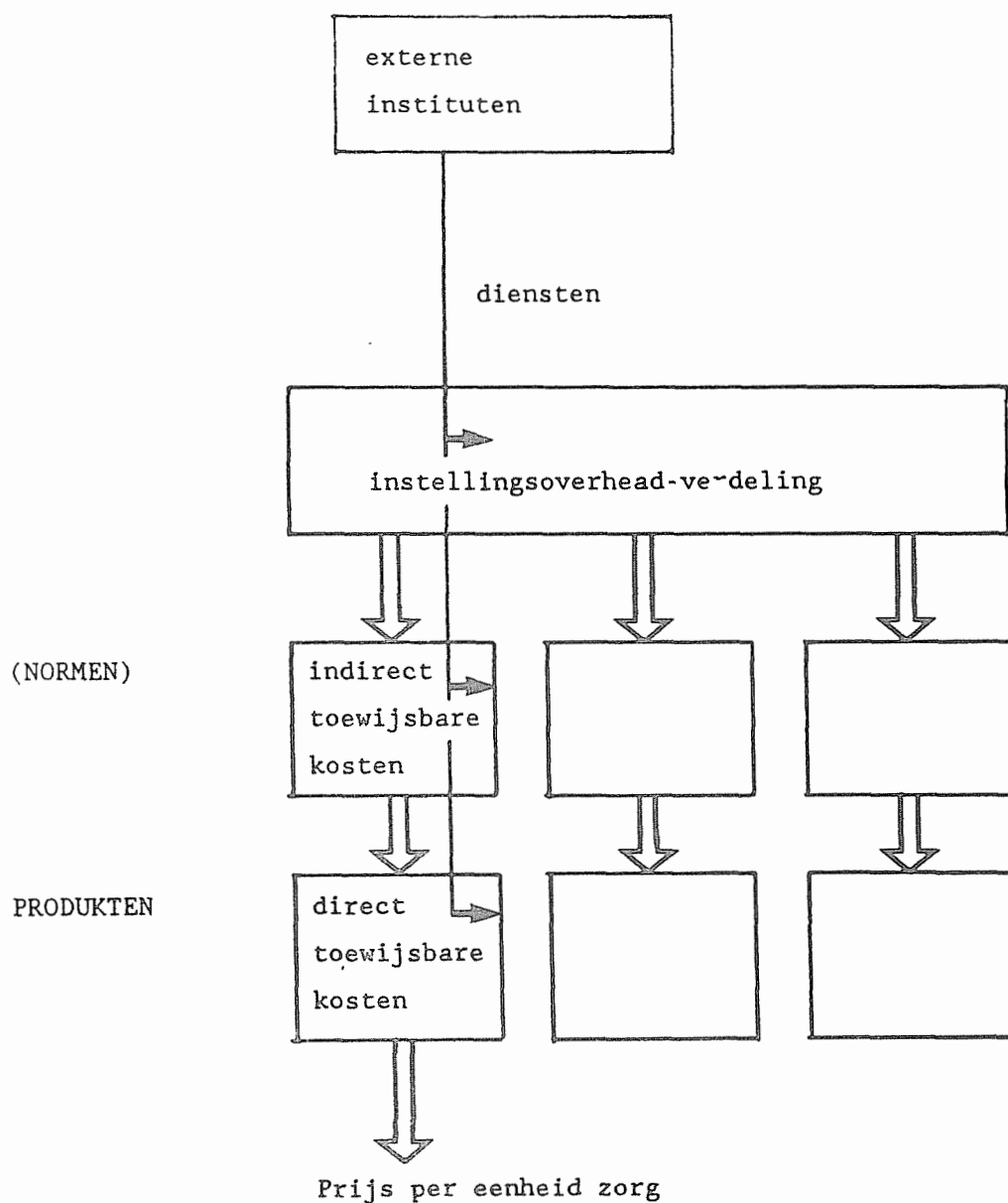
Naast 2 praktijksituaties heeft ook nader onderzoek plaatsgevonden naar:

- a. de bedrijfseconomische werkwijze van drie particuliere verpleegbureaus (zie bijlage 10).
- b. de opzet en kosten van organisaties op het gebied van thuiszorg in het buitenland, namelijk Engeland en Finland (zie bijlage 9).
- c. bestudering van vertrouwelijk onderzoeksmateriaal vanuit onze contacten in het veld.

Uit al deze praktijkgegevens zijn vervolgens niet de desbetreffende gemiddelden genomen, maar zoveel mogelijk de bedrijfseconomisch "gunstige" cijfers: praktijknormen.

Dit betekent echter ook nader onderzoek naar de typische factoren achter de cijfers. Een brede bandbreedte in de antwoorden heeft geleid tot nader onderzoek bij beide extremen.

Dit leidt tot de volgende schematische opbouw van de kostenverdeling:



Stap 3: Rekenmodel

Deze fase is afgerond door alle relevante gegevens te verwerken in een hanteerbaar geautomatiseerd rekenmodel, waaruit per produktgroep ook kwantitatieve aanwijzingen voor de "ideale" schaalgrootte (los van geografische factoren) zijn te destilleren.

Dit rekenmodel is als volgt schematisch weer te geven (zie bijlage 3 voor meer detail).

kostendragers (produkt- groepen) kosten- soorten	A parameters: * produktie-omvang * personeelsomvang	B	C
<u>Direct</u> <u>toewijsbaar</u> (varieert met name met produk- tie-omvang) <u>Indirect</u> <u>toewijsbaar</u> (mede op basis van praktijk- normen) <u>Niet toe- wijsbare overhead</u>			

Het eindresultaat van de berekeningen leidt steeds tot een gedifferentieerd (per produktgroep een andere toedeling van indirect toewijsbare kosten) en totaalbeeld van:

- * de integrale kostprijs per produktgroep;
- * de direct en indirect toewijsbare kosten.

Ten aanzien van substitutie is in deze fase geconstateerd dat:

- a. zeer weinig onderzoek is of wordt uitgevoerd naar substitutie binnen de thuiszorg, vrijwel alle onderzoek concentreert zich op de substitutie tussen intramurale en extramurale zorg.
- b. er nauwelijks voldoende harde bedrijfseconomische gegevens over substitutabele mogelijkheden binnen de eerste lijn voorhanden zijn.

Op dit punt zal nader onderzoek zeker nodig zijn. In het rapport is daarom volstaan met aangeven van efficiency-suggesties en het berekenen van het besparingseffect.

Fase 3: Testmodellen van samenwerking

In deze fase zijn door ons modellen ontworpen op basis van een programma van eisen vanuit:

- * de resultaten van het normatief bedrijfseconomisch inzicht;
- * de eisen vanuit externe en toekomstige ontwikkelingen (summier);
- * samenwerkingsmogelijkheden en -varianten;
- * de beperkingen in de onderzoeksvraag.

Het is immers uitdrukkelijk de bedoeling van het onderzoek de versterking en efficiency-verbetering door samenwerking tussen kruiswerk en gezinsverzorging te onderzoeken.

Wij hebben ons hierbij onder andere gebaseerd op ons eerdere onderzoek in Oost-Gelderland, dat heeft geresulteerd in een handboek waarin veel van de bestaande samenwerkingsvormen zijn aangegeven. Dit is uiteraard aangevuld met aanwezige nieuwe inzichten en recente adviesopdrachten rond integratie thuiszorg.

Gezien het kader van dit onderzoek hebben deze modellen vooral het karakter van hanteerbare testmodellen.

In de ontwikkeling van deze modellen was uitdrukkelijk de bestaande regelgeving (bijvoorbeeld ten aanzien van EKO-vorming) geen uitgangspunt.

Fase 4: Kwantificering en toetsing in praktijksituaties

De ontwikkelde besparingsvarianten/testmodellen zijn doorerekend op basis van het normatieve kostenmodel.

Deze berekening is geplaatst naast een vergelijkbare doorrekening in de 2 praktijksituaties en de gedeeltelijke testsituatie en nog enige aanvullende bedrijfseconomisch "gunstige" situaties.

Op deze wijze zijn de kwantitatieve besparingen in de indirecte en directe sfeer in de uitvoeringsorganisaties onderbouwd, waarbij ook kan worden aangegeven waar de grootste verschillen tussen norm en realiteit zich bevinden (zie bijlage 8).

Er is gezocht naar een zodanig brede praktijktoetsing dat een vertaling, binnen bandbreedtes, naar het landelijk budget mogelijk is. De toetsing vindt vrijwel uitsluitend bedrijfseconomisch plaats. Door meer informele gesprekken met enige directeurs van bestaande uitvoeringsorganisaties en onze eigen inzichten vanuit een intensieve adviespraktijk zijn de testmodellen ook globaal gezien op hun merites vanuit management-optiek.

Fase 5: Vertaling van de resultaten naar landelijk budget en regelgeving

Deze vertaalslag is vanuit de uitvoeringsorganisaties en hun behoeften aan ondersteuning/belangenbehartiging en dergelijke gemaakt. De resultaten dienen tevens als een checklist ten aanzien van de meest relevante landelijke wet- en regelgeving. Op die punten waarop deze belemmerend werkt, is dit aangegeven (zie bijlage 11).

Fase 6: Eindrapportage

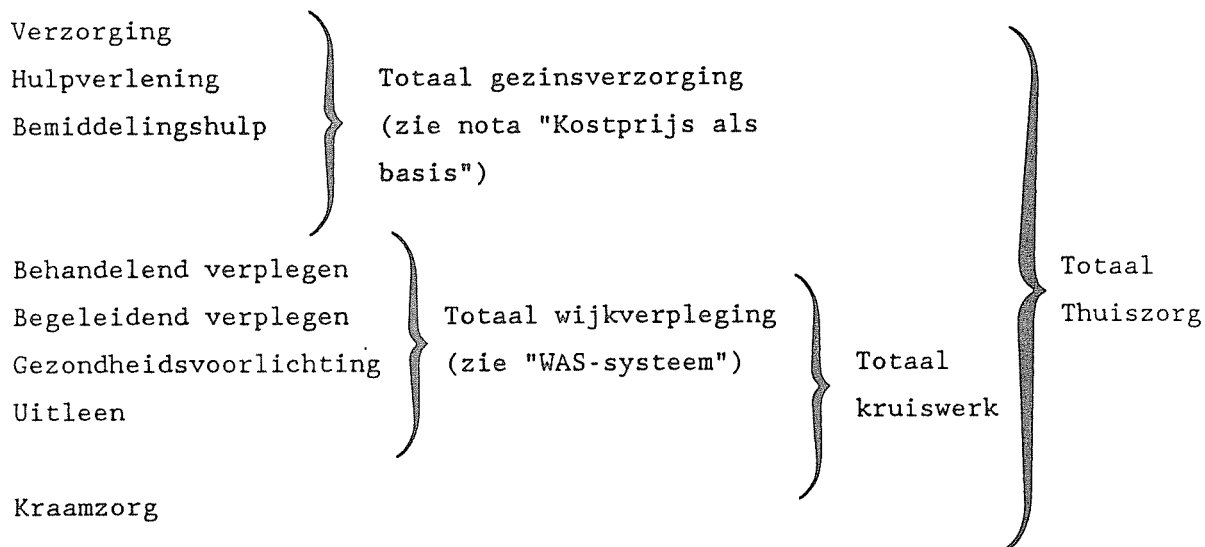
De eindrapportage wordt in concept uitgebracht aan de Herooverwegingswerkgroep en is in concept besproken met de werkgroepdelegatie.

Over de beste wijze en procedure van presenteren, de lay-out en de indeling van het rapport of de deelrapporten wordt overleg gevoerd met de werkgroepdelegatie.

Na het uitbrengen van het rapport aan de Herooverwegingswerkgroep beschouwen we deze opdracht als beëindigd.

BIJLAGE 3: DEFINITIES VAN KOSTEN

In het uiteindelijke rekenmodel zijn de produktgroepen als volgt gedefinieerd:



De kostensoorten zijn als volgt opgebouwd en gedefinieerd:

Directe uur/loonkosten:

Verzorgsters
Helpsters
Alpha
Wijkverpleegkundigen
Wijkziekenverzorgenden
CB-artsen
CB-assistenten
Kraamverzorgsters
Personeel uitleen

a. TOTAAL UITVOERINGS UUR/LOONKOSTEN

Operationeel management

b. TOTAAL DIRECTE UUR/LOONKOSTEN

Reiskosten

Vergoedingen

Opleiding directe medewerkers

Ziekengeld (-)

c. TOTAAL DIRECTE KOSTEN

Unit-manager *

Unit-secretariaat

Diëtist (VDV)

Districtsverpleegkundige (DV)

Centrale intake *

Ondersteuning kraamzorg

Hoofd Zorg

Planningsmedew. *

d. TOTAAL DIRECT TOEWIJSBAAR

Innovatiemedew. *

GVO

Niet-financiële administratief medew. *

Marketing-medew. *

Preventie

Zorg-contrôle *

* Deze aanduiding van functionarissen, die nu vaak niet in praktijk voorkomt, verwijst naar de ontwikkelde organisatiemodellen.

e. TOTAAL INDIRECT TOEWIJSBAAR/ONDERSTEUNEND

Directie

Hoofd Financiën & Administratie/administrateur

Hoofd Personeelszaken/Sociaal Beleid

Hoofd Algemene Zaken

Financiële administratie (overig)

Medewerkers personeelszaken

Directiesecretaresse

Receptie/secretariaat

Automatiseringspersoneel

f. TOTAAL LOONKOSTEN OVERHEAD

Ziekengeld indirecte medewerkers (-)

Overige personeelskosten

Huisvestingskosten

Medische artikelen

Overige materiaalkosten

Automatiseringskosten

Overige bureau- en administratiekosten

Algemene kosten

g. TOTAAL OVERHEAD-KOSTEN

h. TOTALE KOSTEN

Als definitie van "eenheid zorg" is, in aansluiting op de hulp-verlenings- en registratiepraktijk, gekozen voor een produktief uur, dat wil zeggen uren doorgebracht volgens registratie ten behoeve van direct cliëntencontact/-hulp.

Vervolgens rekent het model per contact/produktief uur de integrale kostprijs, op basis van een direct costing methode uit, opgebouwd volgens de a. tot en met h. gegeven categoriën, waarbij tussen f. en g. nog enige nadere specificaties zijn aangebracht.

De waarden die voor de desbetreffende kostensoorten worden ingevuld, zijn gebaseerd op:

- * huidige registratiegegevens en praktijkbeleid (bijvoorbeeld ten aanzien van salarisschalen, produktieve uren);
 - * de gemiddelden, of praktijk-normen vanuit de onderzochte praktijk-situaties;
 - * eigen normatief inzicht op basis van een nadere analyse van de praktijksituaties en eigen adviescasussen en financieel materiaal.
- (Zie ook bijlage 4.).

BIJLAGE 4: BRONVERMELDING VAN KWANTITATIEVE GEGEVENS

I Landelijk

- * besluit erkenningsnormen kruiswerk nr. 266341
- * meerjarenraming NK 89/93 "Kruiswerk aan bod"
- * meerjarenraming NK 89/95 "Kruiswerk, thuis in gezondheid"
- * WGR EKO formatienormberekeningen NK
- * tijdsbestedingsonderzoek "peilstation" NK 1985
- * CAO kruiswerk en tbc-bestrijding 1988
- * begrotingstabel salariskosten NK 1989
- * financieel overzicht zorg 1988
- * informatiebulletin CRG; 6e periode 1988
- * overzichten vanuit het landelijk en geautomatiseerd gezinsverzorgingsbestand
- * notitie "Tijdsbesteding en Kostprijsberekening Kruiswerk" van NK d.d. 14 september 1989

II West-Brabant (kruiswerk)

- * beleidsplan, jaarverslagen, begroting 1989
- * kernbeleidsstatistiek EKO's Noord-Brabant
- * WAS-overzichten 1986, 1987 dito
- * wijkverpleging in cijfers 1987 dito
- * formatie-overzicht 9.1988
- * volumegroeiopgave 11.1986
- * NK advies organisatiestructuur
- * gezinsverzorging: financiële administratie-gegevens

III Rotterdam

- * Jaarplan en begroting 1989
- * Analyse kostencentrum materiaalverstrekking (SSRK)
- * Financiële jaarverslagen
- * Formatie; bezettingsplan 1.1989 en gem. 1989
- * WAS-overzichten 1988 (SSRK)
- * tijdsbestedingsonderzoek van contacten 1986 (SSRK)
- * eindverslag stuurgroep reorganisatie 1988 (SSRK)
- * strategisch beleidsplan "negentiger jaren" 1989 (SSRK)
- * financiële administratie van de instellingen

IV Oost-Gelderland

- * wijkzorg: financiële administratie Doetinchem
- * kraamzorg: provinciale administratie Arnhem
- * gezinsverzorging: financiële administratie van de instellingen

BIJLAGE 5: BELANGRIJKSTE VERSCHILLEN TUSSEN TYPEN INSTELLINGEN UIT
DE STEEKPROEF

In het hiernavolgende worden de resultaten uit de analyse in de test-situaties weergegeven tussen de volgende typen:

- a. Grote en kleine instellingen voor gezinsverzorging.
- b. Stad versus regio voor gezinsverzorging.

De reden dat hiervoor niet het kruiswerk wordt genomen, is de zeer beperkte steekproef daarin.

- c. Verschillen kruiswerk-gezinsverzorging.

Bij deze laatste weergave gaat het ook weer vanwege de beperkte steekproef, om een indicatie van relevante verschillen, die ook enigszins lijken te worden ondersteund door landelijk cijfer-materiaal.

1. Significante verschillen tussen grote en kleine instellingen GV in de steekproef

Indirecte kosten grote instellingen is 1 à 2% lager. De produktiviteit is echter 4.5% lager*).

Dit resulteert in een hoger gemiddelde uur-kostprijs bij de grote instellingen circa fl. 2,-- bij de traditionele verzorging (6%).

Door een groter aandeel alpha-hulp (16% versus 12%) wordt dit verschil teruggebracht tot circa fl. 0,50.

2. Verschillen stad versus regio GV

In de regio zijn de reiskosten circa fl. 150,-- per medewerker per jaar hoger. De huisvestingskosten per "kantoor"-medewerker zijn echter fl. 2000,-- per jaar lager.

3. Belangrijkste verschillen tussen de instellingen voor KW en GV in de steekproef (zie volgende bladzijde).

*) NB. Dit percentage kan mede veroorzaakt worden door fusie-effecten bij de grote instellingen.

	<u>KW</u>	<u>GV</u>
* Span of control direct leidinggevend	- Kruiswerk 29.000 uur - Kraamzorg 17.000 uur - gemiddeld 24.000 uur	26.000 uur
* Directe cliënt-contacturen	Kruiswerk: - Rotterdam 50% - gemiddeld 37.1% Kraamzorg: - Rotterdam 77% - gemiddeld 67%	- steekproef 64 - 70% - gemiddeld 65.7%

(Zie hiervoor ook de opmerkingen in hoofdstuk 8)

* Reiskosten per directe medewerker	f1. 4.000,=	f1. 350,=
-------------------------------------	-------------	-----------

Dit verschil wordt in hoge mate verklaard door de andere werkwijze van de uitvoerende medewerkers.

* Vergoedingen per directe medewerker	f1. 125,=	f1. 65,=
* Opleiding per directe medewerker	f1. 400,=	f1. 300,=
* Overige personeelskosten per medewerker	f1. 700,=	f1. 200,=
* Huisvestingskosten per "kantoor"medew.	f1. 17.000,=	f1. 4.600,=
* Verhouding directe versus indirecte kosten (in de door ons gehanteerde definitie)	70 : 30	87 : 13

Oorzaken

Gezinsverzorging:

Ad 1: * lage salariskosten
 * zeer hoge produktiviteit doordat eventuele leegloop
 niet ten laste van de instelling komt

Ad 2 en 3: verschil door de salariskosten (directe)

Ad 4: * hogere salariskosten
 * relatief lage produktiviteit (50%)
 * relatief hogere indirecte kosten

Kruiswerk:

Voor de verschillen met de gezinsverzorging wordt verwezen naar het voorgaande.

Ad 5: * produktiviteit vergelijkbaar met GV

Ad 6: * lage produktiviteit
 * hogere salariskosten

Ad 7: * Niet goed toewijsbaar naar cliënt-contacturen als maat-
 staf. Eenheid produkt is hier eerder "voorlichtings-
 activiteit" of "folder" en dergelijke

Bijlage: Opbouw kostprijzen

	<u>AH</u>	<u>GH</u>	<u>GV</u>	<u>GGV</u>	<u>KZ</u>	<u>VZV</u>	<u>VL</u>
Loonkosten uitvoerenden	11	25	26	41	30	50	
Overige directe kosten	2	1	2	3	7	8	
Toewijsbare kosten	1	1	1	2	1	6	
Loonkosten overhead	2	2	2	2	6	9	
Overige kosten	1	2	2	2	8	12	
Totale kostprijs	17	31	33	50	52	85	

Bron: gemiddelden uit de steekproef

N.B.: dit overzicht heeft alleen vergelijkingswaarde, zie hoofdstuk 8.1.

Conclusies

- * Er is enige indicatie dat grote instellingen (GV) de besparing als gevolg van "economies of scales" weer inleveren door een lagere produktiviteit.
- * Opvallend is het geringe en in financiële zin nauwelijks relevante verschil tussen regio-instelling en stad-instelling (GV).
- * In het voorlopige verschillenoverzicht KW-GV komt het GV als een uitermate sobere en zuinige voorziening te voorschijn, zowel in zijn produktiviteitscijfers als in de omvang van indirecte kosten.

	<u>KW</u>	<u>GV</u> ²⁾
* salariskosten uit- voerenden ¹⁾		
- verpleegkundige	58.800	
- verzorgster/zieken- verzorgster/kraam- verzorgster	wzv 48.700 kv 49.200	41.800
- helpster		36.500
- alpha-hulp		22.800
- gemiddeld	53.800	36.000

1) Berekend op basis van landelijke gemiddelden.

2) Het betreft hier de huidige situatie. Uit recent functiewaarderingsonderzoek komen indicaties dat bepaalde verschillen zullen verdwijnen.

Kostprijzen

De verschillende zorgsoorten hebben zeer uiteenlopende uurkostprijzen in de steekproefsituatie.

In oplopende volgorde zien deze er als volgt uit:

- | | |
|--|----------|
| 1. alpha-hulp (AH) | fl. 17,= |
| 2. gezins-hulpverlening (GH) | 31,= |
| 3. gezinsverzorging (GV) | 33,= |
| 4. gespecialiseerde gezinsverzorging (GGV) | 50,= |
| 5. kraamzorg (KZ) *) | 52,=**) |
| 6. verpleging en ziekenverzorging (VZV) *) | 85,=**) |
| 7. voorlichting (VL) | |

*) Noot 1: De weergegeven kostprijzen van het kruiswerk zijn lager dan het landelijk gemiddelde, omdat in de steekproef-instellingen sprake is van een hogere produktiviteit dan landelijk gemiddeld.

**) Noot 2: De weergegeven kostprijzen zijn gebaseerd op de definitie van produktiviteit als directe contacturen. In hoofdstuk 8.1. en bijlage 12 wordt een betere definitie gehanteerd. Dit overzicht heeft alleen vergelijkingswaarde.

BIJLAGE 6: TECHNISCHE SPECIFICATIE TESTMODEL A

Hierna worden met name de kostentechnische aspecten van het testmodel A, het thuiszorgbedrijf, weergegeven.

Verreweg de meest belangrijke factor in de kostenopbouw van deze voorzieningen zijn de personele lasten en dan met name rond de uitvoering, omdat zich daar de grootste omvang van kosten bevindt. Enkele formatieplaatsen in de staf of op hoog management-niveau zijn kostentechnisch niet interessant. Uiteraard wel voor het functioneren van de desbetreffende organisatie en voor de geografische schaalgrootte van de organisatie.

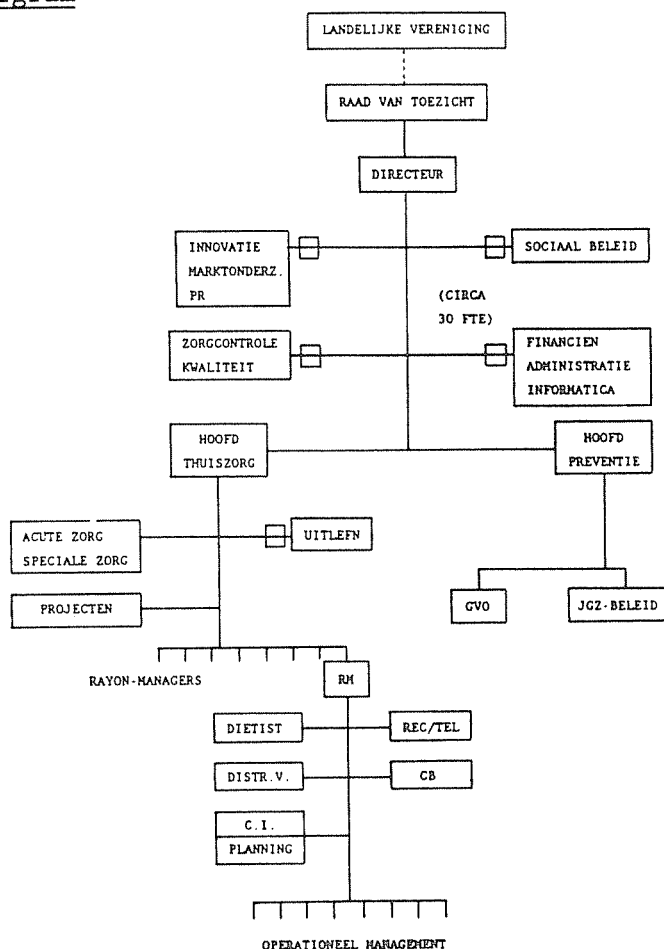
In het gehele rekenmodel moet op landelijk niveau een aanzienlijke marge aangehouden worden.

Om die reden wordt in het hiernavolgende met geglobaliseerde gegevens, met name voor de staf, gewerkt, ten opzichte van de detaillering die in het feitelijk rekenmodel heeft plaatsgevonden.

Uitgangspunten voor de organisatie

- * Er worden drie management-niveaus onderscheiden: strategisch, tactisch en operationeel management.
- * De bedrijfseenheden op operationeel en tactisch niveau worden zoveel mogelijk vergelijkbaar gehouden.
- * De verschillende zorgsoorten worden zoveel mogelijk decentraal, vanuit de verschillende rayons aangeboden. Vanuit de klant gezien ontstaat daardoor een zo integraal mogelijk aanbod. Alleen om redenen van efficiency kan een grotere schaal en dus een centralere organisatie overwogen worden.
- * Een heldere lijn-/stafstructuur, met duidelijke hiërarchische lijnfunctionarissen en adviserende en dienstverlenende staffunctionarissen.

Organigram



FTE = FULL-TIME EQUIVALENTEN

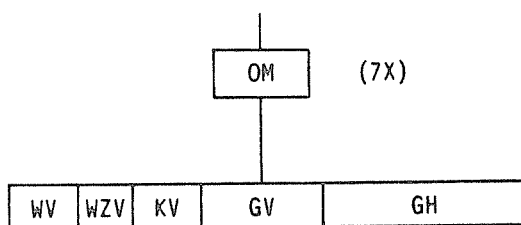
GVO = GEZONDHEIDSVORLICHTING EN -OPVOEDING

CB = CONSULTATIEBUREAUS

CI = CENTRALE INTAKE

JGZ = JEUGDGEZONDHEIDSZORG

KLEINSTE BEDRIJFSEENHEDEN PER RAYON



OM = OPERATIONEEL MANAGER

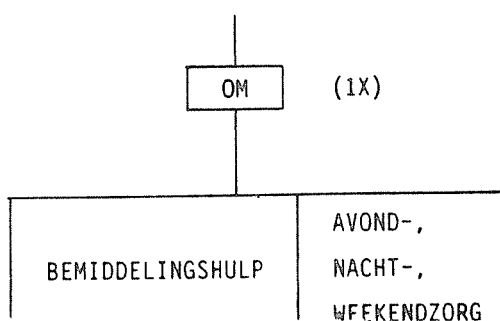
WV = WIJKVERPLEEGKUNDIGE

WZV = WIJKZIEKENVERZORGENDE

KV = KRAAMVERZORGSTER

GV = GEZINSVERZORGSTER

GH = GEZINSHELPSTER



De structuur in hoofdlijnen (zie ook bijlage 8)

Van beneden naar boven de structuur opbouwend beginnen wij bij de kleinste bedrijfseenheid. Deze bestaat uit 1 fte operationeel manager, die leiding geeft aan minimaal 20 fte uitvoerende zorgverleners, dat is bijna 42.000 zorguren per jaar.

De belangrijkste taken van de operationeel manager zijn:

- * leiding geven aan de uitvoering;
- * op basis van een aangeleverd zorgplan inzet bepalen en voortgang bewaken;
- * signaleren wat aan deskundigheidsbevordering nodig is voor de zorgverleners;
- * ontwikkelingen en aandachtspunten signaleren in het werkgebied ten behoeve van het tactisch management en de beleidsontwikkeling;
- * indien nodig contacten met cliënten onderhouden;
- * behandelen van klachten;
- * externe contacten onderhouden op het eigen management-niveau.

De 20 fte uitvoerende zorgverleners zijn op basis van de huidige functie-indeling in de gezinsverzorging en het kruiswerk, en op basis van de huidige verhouding tot inwonersaantallen, over de functiecategoriën verpleegkundige, wijkziekenverzorgende, kraamverzorgende, gezinsverzorgende en gezinshelpende verdeeld.

Met deze kleinste bedrijfseenheid kunnen circa 6250 inwoners bediend worden. Per rayon van 50.000 inwoners zijn dan 8 fte operationele managers nodig en 160 fte zorgverleners, in personen circa 300 medewerkers. Aan het hoofd van deze 8 operationele managers, bijeengebracht in een rayonkantoor, staat een rayonmanager.

Binnen deze uitvoerende eenheid geeft de rayon-manager tevens leiding aan consultatiebureau-artsen met assistent, diëtist en districtsverpleegkundige, operationeel manager bemiddelingshulp, waaronder alpha-hulp, en avond-, nacht- en weekendzorg, indicatiefunctionaris voor het rayon, functionaris computerondersteunende planning en werkvoorbereiding, en receptionist/telefonist met administratieve en tekstverwerkende taken.

De rayonmanager geeft daarmee direct leiding aan circa 15 fte medewerkers en indirect aan circa 160 fte zorgverleners. Dit lijkt zeker de maximale span of control voor een dergelijke functionaris.

Het rayon-management vervult binnen de organisatie de tactische management-functie.

De belangrijkste taken van de rayon-manager zijn:

- * de vertaalslag maken van beleid naar uitvoering en van uitvoering naar beleid;
- * voorwaarden scheppen ten behoeve van de organisatie en de uitvoering van de hulpverlening;
- * afstemming op rayon-niveau van vraag en aanbod, personeelsplanning;
- * werkplanning en bewaking realisatie;
- * verantwoordelijk voor beheer en voortgangsbewaking;
- * budgetbewaking, uitvoering personele en financiële beleid;
- * actief volgen en verwerken van ontwikkelingen in het rayon.

De belangrijkste taken van de indicatiefunctionaris zijn:

- * het bezoeken van cliënten die hulp aangevraagd hebben;
- * het onderhouden van communicatie met de cliënt en/of de mantelzorger(s) ter bepaling van de zorgbehoefte;
- * het in overleg met de cliënt en/of mantelzorger(s) bepalen van de kwantiteit en de kwaliteit van de te verstrekken zorg;
- * het doen van herindicaties;
- * het (doen) beheren van de indicatiegegevens;
- * het per cliënt aanleveren van de gegevens over de te verstrekken zorg aan de planner/werkvoorbereider.

De belangrijkste taken van de functionaris planning en werkvoorbereiding zijn:

- * het beheren van het cliëntenbestand en het bestand aan operationele medewerkers;
- * het per cliënt bepalen welke operationele manager(s) de verantwoordelijkheid voor de zorg aan de cliënt op zich moet nemen;
- * het per cliënt aangeven welke zorgverlener(s) ingezet moeten en kunnen worden;

- * bij de planning voortdurend rekening houden met substitutiemogelijkheden op uitvoerend niveau;
- * het verzorgen van planningsinformatie en -overzichten;
- * het signaleren van verschillen tussen vraag en aanbod.

Het thuiszorgbedrijf werkt op een schaal van 400.000 inwoners.

Derhalve zijn er 8 rayons met 8 rayon-managers. Deze rayon-managers staan onder leiding van een hoofd thuiszorg, die tevens adjunct-directeur is. Het hoofd thuiszorg geeft daarnaast leiding aan een afdelingsmanager acute zorg en speciale zorgvormen, aan eventuele projecten, aan de ondersteuning kraamzorg en aan het hoofd van de centrale uitleenwinkel voor hulpmiddelen. In de winkel worden ook adviezen en voorlichting verstrekt over hulpmiddelen en het gebruik ervan. Decentrale distributie, al dan niet met een rijdende winkel, is uiteraard mogelijk. In de uitleenwinkel werken, inclusief de winkel/magazijnchef, circa 6 fte medewerkers.

Ook hiermee lijkt een maximale span of control voor deze functionaris bereikt.

De directeur, die ten opzichte van de Raad van Toezicht de aanspreekbare en verantwoordelijke functionaris is, geeft leiding aan het hoofd zorg en vult samen met deze functionaris en het hoofd Preventie de strategische management-functie in. Daarbij ondersteund en geadviseerd door hoofden van afdelingen en staffunctionarissen.

De belangrijkste taken van het strategisch management zijn:

- * meerjarenbeleid op het terrein van de zorg, de financiën en het personeel;
- * continue aandacht voor de afstemming tussen het primaire zorgproces van de organisatie en de ondersteunende en toetsende diensten;
- * binnen het beleid van de organisatie strategische keuzes voorbereiden en maken;
- * voorbereiden van besluiten van de Raad van Toezicht en regelmatig voortgangsinformatie verschaffen;
- * voorbereiden en onderhouden van overleg met de ondernemingsraad;
- * actief verwerven, bewerken en onderhouden van externe relaties op strategisch niveau.

De directeur geeft naast het hoofd Zorg leiding aan hoofd Financiën, Administratie, Beheer en Informatie (FABI), hoofd Sociaal Beleid (SB), staffunctionarissen Innovatie, Marketing en Public Relations, en staffunctionarissen Zorgcontrole en Kwaliteitstoetsing en het hoofd Preventie.

In de stafafdelingen werken circa 30 fte staffunctionarissen.

De functie districtarts is ten dele ondergebracht in de staffuncties Innovatie, Marketing en Public Relations, en ten dele in de staffuncties Zorgcontrole en Kwaliteitstoetsing.

Binnen de afdeling Financiën, Administratie en Informatievoorziening bevinden zich financiële, administratieve en automatiseringsmedewerkers en het secretariaat.

De belangrijkste taken van de afdeling FABI zijn financiële beleidsontwikkeling, het voeren van diverse administraties, het beheer van de administratieve organisatie binnen het thuiszorgbedrijf, budgettering en financiële controle, het verzorgen van management-informatie, automatisering en informatica, inkoop en beheer en technisch/huishoudelijke zaken.

De afdeling SB beschikt over staffunctionarissen Deskundigheidsbevordering en medewerkers Sociaal Beleid. De belangrijkste taken van de afdeling SB zijn het ontwikkelen en bewaken van het personeelsbeleid en het organisatiebeleid en het beleid op het terrein van de ontwikkeling van de "human resources". Tevens het beheer over het opleidingsbudget.

De belangrijkste taken op het gebied van Innovatie, Marketing en Public Relations zijn marktonderzoek, marketing van zorgprodukten, ontwikkelen van nieuwe zorgprodukten, ondersteunen en voeden van de strategische beleidsontwikkeling, public relations en voorlichting.

Bij zorgcontrole gaat het vooral om inspectie van de geleverde zorg, om kwaliteitstoetsing van het zorg-management en de werkwijzen rondom de zorg.

De afdeling Preventie tenslotte houdt zich vooral bezig met voorlichting en opvoeding rondom (mantel)zorg en gezondheid, zwangerschap en jeugdgezondheidszorg. Uit dien hoofde worden functionele contacten onderhouden met CB-artsen op de units.

De case-load van de operationeel manager (zie ook bijlage 9)

Op dit moment is de case-load van een leidinggevende gezinsverzorging, uitgedrukt in uitvoerende uren per jaar, gemiddeld 25.000 uur per jaar. Sommige instellingen werken al met 32.000 uur per jaar. Voor hoofdwijkverpleegkundigen geldt een gemiddelde case-load van 25.000 uur per jaar.

Voor de qua inhoud nieuwe functie van operationeel manager Thuiszorg wordt een case-load voorgesteld van zeker 42.000 uur per jaar.

Wij verwachten dat dit mede mogelijk is door uitdrukkelijk de functie in te vullen als management-functie. Op dit moment geldt nog voor veel leidinggevend en gezinsverzorging en hoofdwijkverpleegkundigen dat zij door hun achtergrond, opleiding en ervaring sterk op de cliënt en de zorgverlening zelf gericht zijn.

Daarop zou zeker ook een vorm van bijscholing en training gezet moeten worden.

De case-load per operationele manager kan mede omhoog, omdat een aantal taken, die nu nog door leiding gezinsverzorging of hoofdwijkverpleegkundigen gedaan worden, binnen een rayonkantoor van het thuiszorgbedrijf anders georganiseerd worden, namelijk worden overgenomen door de functionarissen "indicatie" en "planning en werkvoorbereiding".

Om te beginnen doet de functionaris Indicatiestelling alle indicaties voor de uitvoerende eenheid in het desbetreffende rayon. Daarbij en erop aansluitend is er een functionaris die de planning en de werkvoorbereiding van de inzet van zorgverleners verzorgt voor de operationele managers, de bedrijfsbureaufunctie van het rayonkantoor.

Tenslotte zijn er twee medewerkers met administratieve taken die de administratieve verwerking met behulp van een computer van de gang van zaken in de zorgverlening voor hun rekening nemen.

In een vergelijking met de bestaande case-load bij de gezinsverzorging moet eveneens bedacht worden dat vanuit management-optiek het toevoegen van hoogwaardige beroepskrachten als wijkverpleegkundigen niet tot een even groot management-beslag kan leiden. In die zin is de huidige span of control van HWV'en, zoals aangegeven, vanuit management-optiek opvallend laag.

Dit alles in aanmerking nemend is een case-load van 42.000 uur per jaar zeker haalbaar. Uiteraard op voorwaarde dat de invulling van de operationele management-functie volstrekt duidelijk is, de desbetreffende managers berekend zijn voor hun taak, en de organisatie op een rayonkantoor aan bovenstaande eisen voldoet.

Dit zal in praktijk een behoorlijke uitdaging voor het management betekenen, zodat er dient te worden geïnvesteerd in management development.

Organisatie kraamzorg, acute zorg, avond-, nacht- en weekendzorg en bemiddelingshulp

In de bovenbeschreven organisatie van het thuiszorgbedrijf is de kraamzorg ondergebracht in de uitvoerende groepen zorgverleners. Op die manier is een zo integraal mogelijk aanbod voor cliënten te realiseren, en is eventueel integratie van kraamzorg met tijdelijke gezinsverzorging en daarmee substitutie beter mogelijk.

De uitvoering van de kraamzorg is daarmee zo decentraal mogelijk gesitueerd, de planning zal minimaal op rayon-niveau moeten plaatsvinden.

In gesprekken in het veld zijn naast bovenstaande overwegingen ook argumenten aangedragen om de kraamzorg apart en op een grote schaal, centraal in het thuiszorgbedrijf te organiseren. Het plannings- en produktieproces van de kraamzorg verloopt anders dan dat van de wijkzorg.

Kraamzorg is nu al een zeer zakelijk en efficiënt lopend bedrijfs-onderdeel. Voor 400.000 inwoners zijn bijvoorbeeld hooguit 6 medewerkers in piketdienst nodig. Vanuit dat oogpunt zou het niet verstandig zijn om de kraamzorg op te delen over 8 rayons.

Ten aanzien van de acute zorg is, gezien de geringe omvang van de vraag op dit moment, gekozen voor een kleine centrale afdeling. Efficiency en flexibiliteit moeten hier de doorslag geven. Als de vraag sterk zou toenemen, kan overwogen worden ook dit zorgprodukt in het decentrale rayon-pakket op te nemen.

De "geplande avond-, nacht- en weekendzorg" en de "bemiddelingshulp" is in het thuiszorgbedrijf op rayon-niveau gedacht, beide vallend onder één operationeel manager. Voor beide hulpvormen kan gewerkt worden met een "pool" aan zorg- en hulpverleners. De operationele manager vervult dus voor een belangrijk deel een uitzendbureau-functie.

Ook hier zijn alternatieven denkbaar. Bij voldoende vraag kan de avond-, nacht- en weekendzorg ondergebracht worden in de reguliere integrale groepen zorgverleners. Eventueel aangevuld met een centrale reservepool, waaruit bij tekorten op het rayon geput kan worden.

De bemiddelingshulp kan tevens, als een groot, centraal uitzendbureau, voor het hele thuiszorgbedrijf georganiseerd worden. Eventueel samen met de reservepool en de groep acute zorg.

Landelijke vertegenwoordiging thuiszorgbedrijven

De thuiszorgbedrijven zijn landelijk verenigd in een kleine maar sterke branche-organisatie. Met name ten behoeve van centrale onderhandelingen met financiers, voor politieke lobby, voor bedrijfsvergelijking en voor internationale initiatieven. Een bureau formatie van 25 fte is in het rekenmodel als uitgangspunt genomen.

Gebruikte literatuur

1. CRG, Nationale kruisvereniging, "Verdergaande Samenwerking Kruiswerk-Gezinsverzorging, afstemming werkgebieden, gecoördineerd aanbod", Driebergen, Bunnik, 1988.
2. Kempen, G.I.J.M., Suurmeijer, Th.P.B.M., "Thuiszorg nader bekeken", Groningen, 1989.
3. Kerkstra, A., De Wit, A., "Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, instrumentontwikkeling", Utrecht, 1987.
4. Knapen, Mat, Mensink, Jos, Ramakers, Clarie, "Experimenten thuisverpleging", Nijmegen, 1988.
5. Meerman, G.W., De Waal, S.P.M., "Handboek lokale en regionale samenwerking tussen gezinsverzorging en wijkverpleging", Amsterdam, 1988.
6. Van Beilen, E., Jansen, G.A.M., Louman, J., Thuiszorg Drenthe, "Ontwerp Thuiszorg Indicatie en Registratiesysteem Drenthe, 3 rapporten, Assen, 1988.

BIJLAGE 7: TECHNISCHE SPECIFICATIE TESTMODEL B

Hierna worden de kostentechnische aspecten van samenwerkingsmodel B, de thuiszorg-keten, weergegeven.

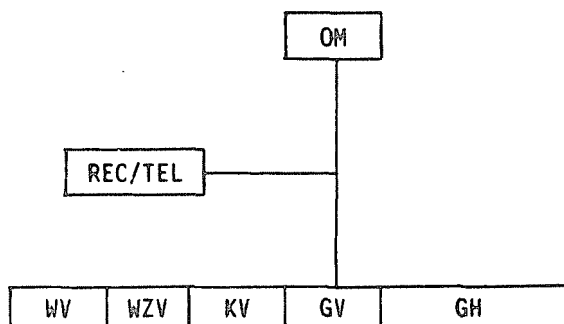
Ook hierbij geldt (zie bijlage 8) een zekere mate van afronding van de formatiegegevens, gezien de landelijke context waarin het onderzoek plaatsvindt.

Uitgangspunten voor de organisatie

- * Er wordt één management-niveau onderscheiden: de winkelier als operationeel manager.
- * De buurtvoorzieningen in den lande hoeven onderling niet vergelijkbaar te zijn.
- * Zoveel mogelijk verschillende zorgprodukten worden vanuit de buurtvoorziening aangeboden, onder andere door, indien nodig, personeel van elders in te huren.
- * De thuiszorgwinkel is aangesloten bij een landelijke keten, door middel van een overeenkomst waarin minimaal de kwantitatieve resultaten per jaar, de prijs en de kwaliteit van de verschillende zorgprodukten, de procedures voor indicatiestelling en rapportage en de opleidingseisen voor de operationeel manager (OM) zijn vastgelegd.
- * Indien een OM zich niet houdt aan de afspraken met de keten vervalt het lidmaatschap van de keten.
- * De OM is in dienst van de keten en kan naast een basisinkomen, afhankelijk van de winkelresultaten extra-inkomen verwerven.
- * De organisatie van de landelijke keten kent een landelijk bureau en een aantal steunpunten en dit heeft enerzijds een externe, belangenbehartigende functie en anderzijds een interne ondersteunende functie voor de buurtvoorzieningen.

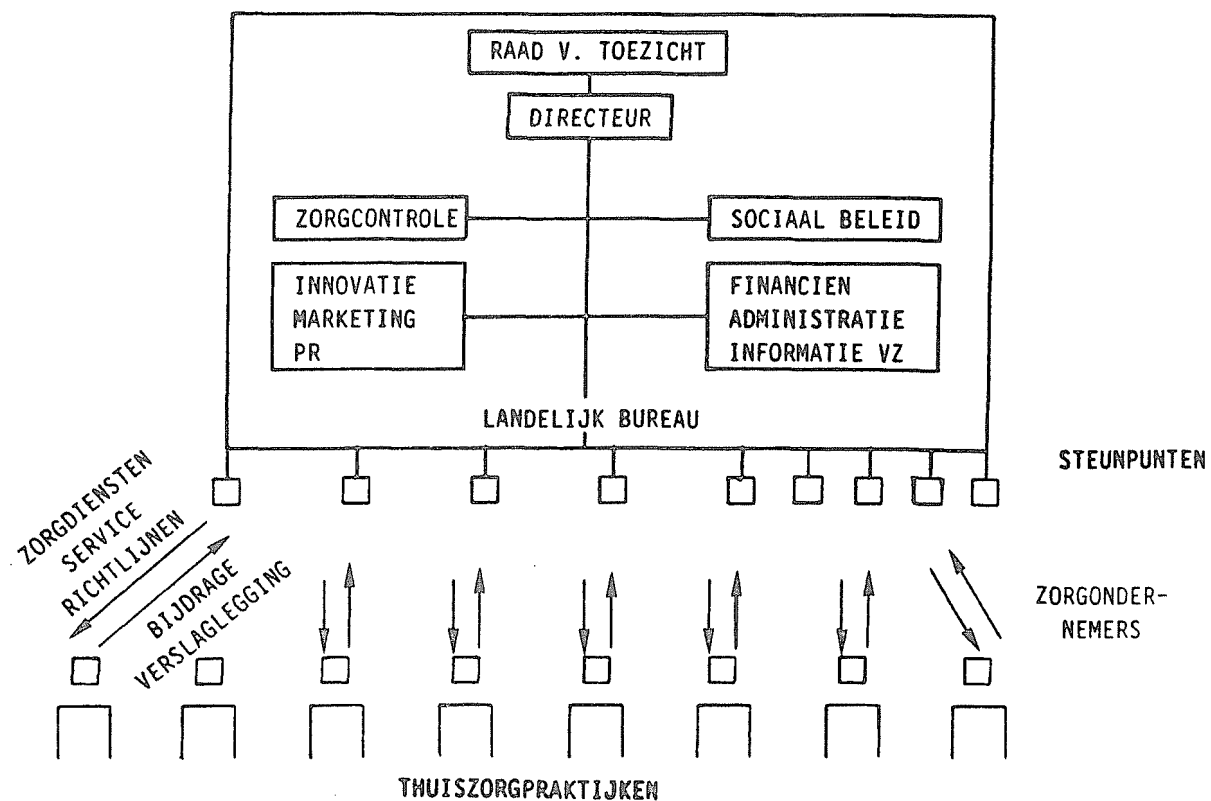
Organigram

THUISZORGPRAKTIJK



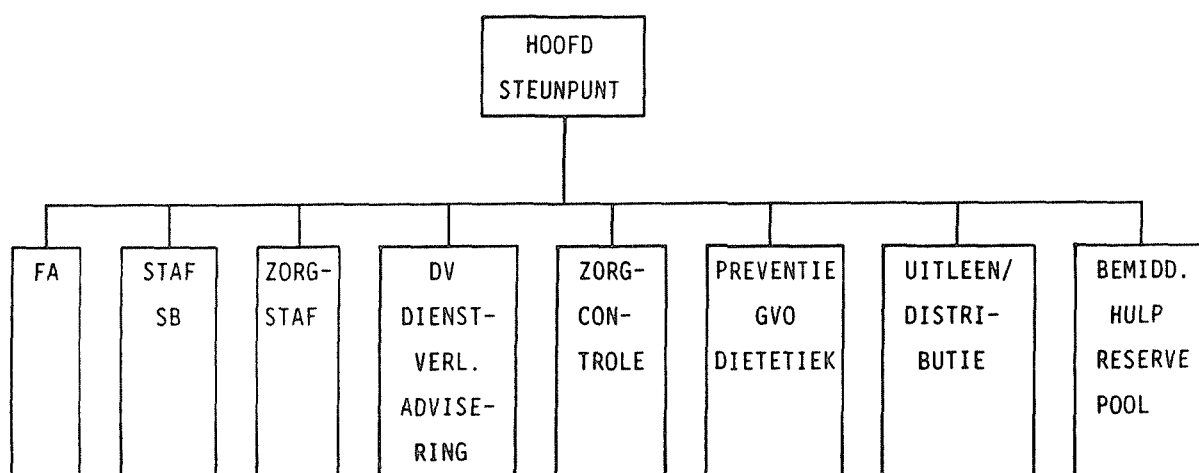
INCLUSIEF AVOND-, WEEKEND- EN NACHTZORG
ACUTE ZORG

ORGANIGRAM



FUNCTIONIES IN EEN STEUNPUNT

FA = FINANCIEN EN
AUTOMATISERING
SB = SOCIAAL BELEID
DV = DISTRICTSVERPLEEG-
KUNDIGE



N.B. DIT IS GEEN ORGANIGRAM.

De structuur van de buurtvoorziening

De buurtvoorziening heeft dezelfde structuur als de kleinste bedrijfseenheid van het thuiszorgbedrijf: 1 fte operationeel manager/winkelier en minimaal 17.5 fte uitvoerende zorgverleners. Dat zijn 36.500 zorguren per jaar. Circa 3500 uren bemiddelingshulp worden jaarlijks ingehuurd.

Daarnaast is 0.5 fte receptionist/telefonist met administratieve en computerbedienende taken nodig. De winkelier kan de thuiszorgpraktijk 's ochtends open houden en een spreekuur verzorgen, de receptionist/telefonist is 's middags aanwezig. De technische bereikbaarheid kan daarbij gecombineerd worden met bestaande voorzieningen, zoals apotheken, huisartsen of gezondheidscentra.

De case-load van de OM ligt iets lager dan die van de operationele manager in het thuiszorgbedrijf, omdat deze een aantal taken zelf moet doen die in het thuiszorgbedrijf anders georganiseerd kunnen worden.

De belangrijkste taken van de operationeel manager zijn:

- * leiding geven aan de uitvoerende zorgverleners en de receptionist/telefonist;
- * de indicatie voor zorg vaststellen bij cliënten, een zorgplan opstellen, de inzet bepalen en de voortgang van de zorg bewaken;
- * signaleren wat aan deskundigheidsbevordering nodig is voor de zorgverleners en zorgen dat deze plaatsvindt;
- * ontwikkelingen en aandachtspunten signaleren en volgen in het werkgebied en deze vertalen naar eventuele veranderingen in het aanbod van de winkel;
- * indien nodig contacten met cliënten onderhouden;
- * behandelen van klachten;
- * externe contacten onderhouden met relevante personen en instanties.

De 17.5 fte uitvoerende zorgverleners zijn op basis van de huidige functie-indeling in de gezinsverzorging en het kruiswerk, en op basis van de huidige verhouding tot inwonersaantallen over de functiecategorieën wijkverpleegkundige, wijkziekenverzorgende, kraamverzorgende, gezinsverzorgende en gezinshelpende verdeeld. Met de ongeveer dertig personen die de uitvoerende functies vervullen, wordt ook de avond-, nacht- en weekendzorg en de acute zorg zoveel mogelijk in de buurt zelf georganiseerd. Indien nodig kan samengewerkt worden met de dichtstbijzijnde andere thuiszorgpraktijken. Daarnaast kan altijd tijdelijk personeel ingehuurd worden vanuit de thuiszorgketen.

Bij de thuiszorgpraktijk kan men dagelijks binnenlopen voor aanvragen van thuiszorg, voor voorlichting en advies, voor informatie-materiaal en video's, voor hulpmiddelen en eventueel voor drogisterij-achtige artikelen voor de thuiszorg.

De consultatiebureau functie voor zuigelingen en kinderen is niet goed in de thuiszorgpraktijk te plaatsen. Een iets grotere schaal lijkt daarvoor nodig. Eén van de alternatieven kan zijn deze functie als onderdeel van de jeugdgezondheidszorg over te laten nemen door de huisarts, de GGD of een aparte op preventie gerichte organisatie.

Met deze thuiszorgpraktijk kunnen circa 6000 inwoners bediend worden. In totaal zijn dan in Nederland ruim 2400 winkels nodig.

De structuur van de keten

De structuur van de keten is opgebouwd uit twee niveaus. Een landelijk bureau dat een aantal centrale functies vervult en negen steunpunten, verspreid over het land, die elk ongeveer 270 thuiszorgpraktijken ondersteunen en bedienen.

De belangrijkste taken van het landelijk bureau zijn:

- * belangenbehartiging en public relations;
- * onderhandelen met financiers;

- * informatievoorziening;
- * beleidsontwikkeling, marketing en innovatie;
- * kwaliteitsbewaking en zorgcontrole;
- * bedrijfsvergelijking verzorgen;
- * landelijke opleidingen en trainingen;
- * centrale inkoop.

De belangrijkste taken van de negen steunpunten zijn:

- * dienstverlening, service en advisering op het terrein van:
 - personeelsbeleid;
 - opleidingen, vorming en training;
 - zorgondersteuning, preventie en voorlichting;
 - financiën, administratie en automatisering;
 - organisatie en planning;
 - voorlichtingsmateriaal, drukwerk en dergelijke;
- * distributie en onderhoud hulpmiddelen;
- * personeelspool c.q. uitzendbureau voor bemiddelingshulp, bijzondere zorgvormen en capaciteitsproblemen.

Voor het landelijk bureau wordt uitgegaan van de volgende functies: directeur landelijk bureau, hoofd Financiën en Administratie en medewerkers, hoofd Sociaal Beleid, staffuncties Deskundigheidsbevordering, Innovatie, Marketing en Public Relations, Zorgcontrole/kwaliteitstoetsing, een zorgstaf ten behoeve van de verschillende bestaande zorgprodukten en medewerkers voor receptie en secretariaat. De totale formatie van het landelijk bureau is circa 30 fte medewerkers.

Voor elk van de negen steunpunten is het uitgangspunt de volgende functies: hoofd Steunpunt, administrateur en medewerkers Financiën en Administratie, staffunctie Sociaal Beleid, zorgstaf, staffuncties Zorgcontrole, Preventie, Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding, diëtisten, districtsverpleegkundigen, districtsartsen, medewerkers Bemiddelingshulp en reserve zorgpersoneel, medewerkers voor receptie/secretariaat en personeel ten behoeve van de uitleen- en distributiefunctie.

De totale formatie per steunpunt is circa 100 medewerkers op basis van de huidige situatie in Nederland.

Elk steunpunt heeft een afdeling Preventie met 25 - 30 fte Preventie, GVO en Diëtiëk, een uitleen- en distributiefunctie van circa 10 fte en nog een aantal voor de uitzendbureau-functie. Dat wil zeggen dat van het bovenstaande totaal van 100 fte circa 40 fte wordt ingezet voor operationele functies.

De districtsverpleegkundigen zijn elk aanspreekpunt voor circa 10 thuiszorgwinkels. De districtsartsen zijn met name belast met de controle op de naleving van de ketenafspraken bij de thuiszorgwinkels.

Varianten binnen het model

Ten aanzien van de case-load van de operationele manager en de organisatie van de kraamzorg, acute zorg, avond-, nacht- en weekendzorg, en bemiddelingshulp gelden globaal dezelfde opmerkingen als hiervoor gemaakt over het thuiszorgbedrijf.

De case-load van de OM is, zoals gezegd, lager dan die van de operationele manager in het thuiszorgbedrijf, omdat de beheerder van de thuiszorgpraktijk meer taken zelf moet uitvoeren.

De organisatie van bepaalde zorgvormen vindt in het ketenmodel òf plaats in de kleine buurtvoorziening, òf met meerdere winkels samen, òf bij één van de negen steunpunten. Ook hier moeten efficiency en flexibiliteit de doorslag geven voor de keuze van de schaal waarop een dienst georganiseerd wordt.

Varianten op het model

Varianten op het model van de thuiszorgpraktijk als onderdeel van een landelijke keten zijn uiteraard denkbaar; ze leiden echter al snel tot vervaging. De praktijken kunnen groter gemaakt worden, maar al snel ontstaat dan een klein thuiszorgbedrijf (tussenmodel). Ook daarbinnen kan echter met de formule van de winkelketen gewerkt worden.

Er zijn in Nederland ook meerdere - concurrerende ? - ketens mogelijk, die werken ten behoeve van grotere thuiszorgwinkels of kleinere thuiszorgbedrijven.

Andere alternatieven liggen met name op het terrein van: combinaties met andere kleinschalige voorzieningen, zoals apotheek, drogist, huisarts, tandarts, fysiotherapeut, crèche en dergelijke.

BIJLAGE 8: PERSONELE BESPARINGEN

Hierna wordt voor beide testmodellen aangegeven waar zich de voor-
naamste personele besparingen in de indirecte sfeer zullen voordoen.
De weergave van de huidige situatie is voor GV gebaseerd op infor-
matiebulletin periode 6/1988 en voor KW op NK-raming 1987.

A. Personele besparingen thuiszorg-model

Functie	Formatieplaatsen			Fl. mio		
	Huidige situatie	Thuiszorg model	Vershil	Huidige situatie	Thuiszorg model	verschil
WV/WZV	6493	6493	0	336	336	0
Verzorgster/helpster	31486	31486	0	1090	1090	0
Alpha-hulp	4025	4025	0	92	92	0
Kraamverzorgster	5329	5329	0	225	225	0
Totaal directe uitvoering	47333	47333	0	1743	1743	0
Operationeel management 1):		2755	-1339		185	-62 *)
H&V	528			35		
Leidinggevende GV	3012			180		
Leidster kraamzorg	554			32		
Totaal operationeel management	4094	2755	-1339	247	185	-62
CB-arts	266	266	0	29	29	0
CB-assistent	37	37	0	1	1	0
Verpleegkundige alg. dienst 2)	58	35	-23	4	2	-1
Districtarts 3)	68	35	-33	7	4	-4
Districtverpleegkundige	248	248	0	15	15	0
GVO	44	44	0	3	3	0
Dietist	171	171	0	10	10	0
Ondersteuning kraamzorg:		105	-26		7	-2
- K & O + zwangerschap	46			3		
- Prov. verpleegk. kraamzorg	14			1		
- Leidster-docent	71			5		
Totaal overige zorgverlening	1023	941	-82	79	72	-7
Overig personeel:						
Management	668	350	-318	60	35	-25
Administratie/automatisering	1579	760	-819	79	38	-41 **)
Personeelszaken/opleidingen	498	230	-268	30	14	-16 ***)
Secretariaat	577	420	-157	23	17	-6
Huishoudelijk/medezijn	736	185	-551	26	6	-19 ****)
Overige (zorg)staf	130	70	-60	10	6	-5
Totaal overige personeel	4188	2015	-2173	228	116	-113
Totaal personeel	56638	53044	-3594	2297	2118	-181

1) Inclusief centrale intake en planning

2) Naar innovatie in het thuiszorgmodel

3) naar innovatie en zorgcontrole in het thuiszorgmodel

Per thuiszorgbedrijf betekent dit een toename van circa 230.000
zorguren, inclusief bijbehorend management en stafondersteuning.

Nadere toelichting op belangrijkste verschillen

Algemeen

De leidinggevende functies en centrale staffuncties zijn hoger ingeschaald dan nu gebruikelijk.

- * Gebaseerd op span of control operationeel manager.
- ** De automatiseringskosten zijn hetzelfde gehouden voor minder instellingen.
De bulk-verwerking in de administratie is eveneens gelijk gehouden, vanwege de directe relatie met de omvang van het werk. In de financiële administratie vindt de grootste besparing plaats.
- *** Het opleidingsbudget per medewerker is aanzienlijk verhoogd, met tevens daarin opnemen van de betreffende personeelskosten.
In de vaste formatie zijn opleiders daarom niet meer opgenomen. Uitgaande van één CAO dienen er efficiency-voordelen te zijn in het personeelsbeheer. Er heeft ten behoeve van personeelsbeleid een upgrading plaatsgevonden.
- **** Het huishoudelijk en dergelijke wordt volledig uitbesteed respectievelijk gecombineerd met secretariaat (receptie en dergelijke). De magazijnomvang is gebaseerd op praktijknormen (circa 20 uitleningen per dag).

B. Personele besparingen keten-model

Functie	Formatieplaatsen			Fl. mio		
	Huidige situatie	Keten- model	Verschil	Huidige situatie	Keten- model	verschil
WV/WZV	6493	6493	0	336	336	0
Verzorgster/helpster	31486	31486	0	1090	1090	0
Alpha-hulp	4025	4025	0	92	92	0
Kraamverzorgster	5329	5329	0	225	225	0
Totaal directe uitvoering	47333	47333	0	1743	1743	0
Operationeel management 1):		2469	-1625		177	-70
HVV	528			35		
Leidinggevende GV	3012			180		
Leidster kraamzorg	554			32		
Totaal operationeel management	4094	2469	-1625	247	177	-70
CB-arts	266	266	0	29	29	0
CB-assistent	37	37	0	1	1	0
Verpleegkundige alg. dienst 2)	58	50	-8	4	3	-1
Districtarts 3)	68	68	0	7	7	0
Districtverpleegkundige 4)	248	248	0	15	15	0
GVO	44	44	0	3	3	0
Dietist	171	171	0	10	10	0
Ondersteuning kraamzorg:		112	-19		7	-1
- K & O + zwangerschap	46			3		
- Prov. verpleegk. kraamzorg	14			1		
- Leidster-docent	71			5		
Totaal overige zorgverlening	1023	996	-27	79	77	-2
Overig personeel:						
Management	668	10	-658	60	2	-58
Administratie/automatisering	1579	718	-861	79	36	-44 *)
Personeelszaken/opleidingen	498	12	-486	30	1	-29
Secretariaat	577	648	71	23	26	3 **)
Huishoudelijk/magazijn	736	90	-646	26	3	-23 ***)
Overige (zorg)staf	130	47	-83	10	4	-7
Totaal overige personeel	4188	1525	-2663	228	72	-156
Totaal personeel	56638	52323	-4315	2307	2079	-228

1) Inclusief bemiddeling alpha-hulp

2) Maar zorgstaf

3 en 4) Ten dele bestemd voor management en organisatie- en zorg-advies ten behoeve van de thuiszorgpraktijken.
De districtarts geeft leiding aan circa 4 districtsverpleegkundigen die ieder circa 10 thuiszorgpraktijken bedienen.

Dit betekent een toename van het aantal thuiszorgpraktijken met circa 235 tot in totaal circa 2.700.

Nadere toelichting op de belangrijkste verschillen

Naast de reeds verklaarde verschillen ten opzichte van het huidige in de toelichting ad a., gelden specifiek voor het keten-model nog de volgende punten:

Algemeen

Zowel salaris als "incentives" voor de operationeel manager zijn in dit model verhoogd.

- * Administratie/receptie moet gezien worden in combinatie met secretariaat.
- ** Bereikbaarheid en service zijn in dit type organisaties cruciaal.
- *** Het magazijn is meer gecentraliseerd dan in model A.

Bij het onderwerp "personele besparingen" dient eveneens stil gestaan te worden bij de effecten van gelijktrekking van arbeidsvoorwaarden onder één CAO.

Deze zijn als volgt:

- | | |
|--|-------------|
| * Optrekken salarissen verzorgster tot niveau ziekenverzorgsters | fl. 50 mio. |
| * Optrekken overige vergoedingen gezinsverzorging tot het niveau kruiswerk/kraamzorg | fl. 10 mio. |

Totaal	fl. 60 mio.
--------	-------------------

BIJLAGE 9: BESCHRIJVING VAN EEN BEPERKTE BUITENLANDVERKENNING

1. Inleiding

In het kader van het heroverwegingsonderzoek thuiszorg was de vraag aan de orde of ervaringen uit het buitenland interessant zouden kunnen zijn voor de specifieke probleemstelling van het onderzoek. Gegeven de beperkte beschikbare tijd was uitgebreide studie op dit punt niet mogelijk. Met behulp van enkele directeuren uit het veld en medewerkers van de centrale organisaties is geprobeerd enkele mogelijk belangwekkende buitenlandse situaties snel in het vizier te krijgen. Deze snelle verkenning leverde twee richtingen op: de Scandinavische landen en dan met name Finland en Engeland. Op basis van vooral schriftelijke stukken wordt hieronder een aantal opmerkingen gemaakt over de situatie in beide landen en over voor de Nederlandse thuiszorg interessante zaken.

Zowel in Engeland als in Finland is net als in Nederland sprake van een toenemende vergrijzing. In Finland is men de ouderenzorg daarbij bewust aan het verschuiven van intramuraal naar extramuraal. In Engeland heeft men de laatste jaren meer moeten doen met minder middelen, in Finland is van financiële teruggang voor de zorg (nog) geen sprake. Net als in Nederland is ook in Engeland en Finland de thuisverpleging gescheiden van de thuishulp en de thuisverzorging.

Hieronder wordt eerst ingegaan op de Finse situatie en vervolgens op een aantal aspecten van de Engelse situatie. Tenslotte wordt geprobeerd op een aantal punten een vergelijking met Nederland te trekken, dan wel suggesties voor verbetering te doen.

2. Thuiszorg in Finland

Finland had in 1987 bijna 4.940.000 inwoners, waarvan bijna 641.000 65 jaar of ouder.

De Finse thuishulpdiensten worden georganiseerd en ten dele gefinancierd door de lokale overheden onder toezicht van de provincies. De centrale overheid financiert gemiddeld iets meer dan 40%, de lokale overheden bijna 50% en de cliënten dragen 10% bij. De totale kosten waren in 1986 fl. 578 miljoen. In 1986 werden 203.000 huishoudens geholpen. Bij 58% daarvan (118.000) ging het om 65 jaar of ouder.

De thuishulpdiensten in Finland bestaan uit:

1. professionele thuishulp en -verzorging;
2. ondersteunende diensten;
3. geldelijke ondersteuning van familie, burens en vrienden ten behoeve van de verzorging van iemand thuis.

De ondersteunende diensten kunnen bestaan uit maaltijdverstrekking, assistentie bij aan- en uitkleden of bij in bad of in de sauna gaan, het huis schoonmaken, wasserij, vervoer, alarmsystemen en dagopvang in centra. Van de ondersteunende diensten maakten in 1986 88.000 cliënten gebruik. Van de geldelijke ondersteuning werd in 14.000 situaties gebruik gemaakt.

Combinatie van twee of drie diensten komt voor. Bijvoorbeeld 13% van de huishoudens neemt zowel ondersteunende diensten als thuishulp af, 3% neemt alleen ondersteunende diensten af.

Men werkt aan substitutie in de uitvoering door te proberen het aandeel van de ondersteunende diensten te vergroten. Op die manier kan er ruimte gemaakt worden voor meer intensieve thuiszorg bij cliënten die dat harder nodig hebben.

In de Finse thuishulpdiensten werken 4400 verzorgsters en 5900 helpsters, er zijn 530 leidinggevenden. Daarnaast werken er nog mensen op dienstencentra. Het grootste deel van het personeel werkt full-time.

De verhouding tussen uitvoerenden en leidinggevendenden is, landelijk gemiddeld in 1986, 1 leidinggevende op 19 uitvoerenden, dat is in uren per jaar 39.500. Elke leidinggevende is verantwoordelijk voor 380 leefeenheden, elke uitvoerende voor 20 leefeenheden. Vooral in de ouderenzorg werken uitvoerenden bij 4 à 5 cliënten per dag.

De leidinggevendenden zijn niet alleen verantwoordelijk voor het indiceren en inzetten van thuishulp en -zorg, maar ook voor het indiceren en inzetten van de ondersteunende diensten en de geldelijke ondersteuning. Zij moeten dus beslissingen nemen over de zorgpakketten.

Als probleem wordt hierbij gesignaleerd dat leidinggevendenden traditiegetrouw geneigd zijn iedere cliënt een beetje zorg te geven in plaats van goed na te gaan welke cliënt precies welke zorg nodig heeft. Leidinggevendenden hebben niet geleerd nee te zeggen en zijn onvoldoende getraind op "case-management", de indicatiestelling en het nemen van duidelijke beslissingen.

Ook in Finland neemt de neiging toe om de thuisverpleging en de thuishulp te gaan integreren. Een aantal lokale overheden is daarmee bezig. Sommigen zien als ideaal één functionaris voor thuisverpleging en -verzorging, integraal opgeleid.

Toetsing op de situatie in een middelgrote stad: Kotka

Kotka is een middelgrote havenstad, 150 kilometer ten oosten van Helsinki, aan de Finse Golf, met 58.000 inwoners.

Kotka is één van de drie Finse steden die de gezondheidszorg en de sociale zorg binnen één overkoepelend orgaan gecombineerd hebben. In één organisatie voor sociale zorg en gezondheidszorg werken 1500 mensen. De organisatie omvat een instituut voor omgevingshygiëne, 3 sociale bureaus, 2 ziekenhuizen, 2 bejaardentehuizen, 12 consultatie- en jeugdgezondheidszorgbureaus, 35 gezondheidscentra, 8 tandartspraktijken, 32 kinderdagverblijven, 5 kindertehuizen, 6 dagopvang-/dagbehandelingscentra voor ouderen, een gezinsverzorgingsbureau en een hoofdkantoor.

Men is in Kotka op verschillende manieren bezig met verschuiving van ziekenhuiszorg naar thuiszorg. Ziekenhuizen hebben vaak een verpleeghuisfunctie voor oudere chronische patiënten. Ten behoeve van deze groep zijn tijdelijke opnamemogelijkheden gecreëerd. Ouderen worden tijdelijk opgenomen ten behoeve van onderzoek, medische en verpleegkundige begeleiding en mogelijk revalidatie, zodanig dat thuiszorg daarna weer voldoende is. Met hetzelfde doel zijn er ook mogelijkheden voor dagopvang in een ziekenhuis. Het dagziekenhuis is samen met een gezondheidscentrum, een ziekenhuis/verpleeghuis, de curatieve thuisverpleging, de huisartsen, de prenatale extramurale zorg, de jeugdgezondheidszorg en de polikliniek in één gebouw ondergebracht. Het doel van het dagziekenhuis is opname te vertragen of ontslag eerder mogelijk te maken van vooral ouderen en chronisch zieken. Door middel van curatieve zorg, revalidatie, maatschappelijk werk, ontspanning en vervoer wordt de thuisverpleging ondersteunt en hospitalisering en passiviteit voorkomen.

Daarnaast is men bezig de samenwerking tussen de thuisverpleging en de thuishulp te intensiveren, ter verdere uitbouw van thuiszorg voor ouderen. In 1989 worden zij in gezamenlijke kantoren ondergebracht.

Ook in Kotka kunnen ouderen gebruik maken van vele soorten ondersteunende diensten, vaak een combinatie van bejaardenoorden en thuishulp: maaltijden, bad-, douche- en saunaservice, vervoer, dagopvang met maaltijden, alarmering, 24 -uursopvang, intramuraal bij vakantie vaste verzorgster, renovatie woning, eenzaamheid of overgang van ziekenhuis naar thuis.

In een kleine serviceflat bijvoorbeeld, met een dagopvangcentrum voorzien van een keuken, worden met 6 helpsters en 1 verpleegster aan 47 ouderen de volgende diensten verstrekt: schoonhouden flat, baden en sauna, maaltijden, alarmering en bereikbaarheid, wasserij, sociale activerende activiteiten, vervoer, maar ook terminale zorg.

In Kotka werken in totaal 18 thuisverpleegsters op een bevolking van 58.000 mensen. Dat is 1 verpleegster op 3220 inwoners. Zij helpen circa 460 patiënten, dat is 1 op 25.

De thuishulp in Kotka wordt verzorgd door 7 leidinggevendenden, 160 helpsters en verzorgsters en 8 chauffeuses van thuis-service-auto's. Dat is één leidinggevende op 24 uitvoerenden, in uren per jaar bijna 50.000 uur. De leiding is in handen van één cheffin, die beschikt over twee kantoormedewerkers.

Daarmee worden 3200 cliënten in de thuishulp bediend en 1000 cliënten van ondersteunende diensten voorzien. Leidinggevendenden zijn in de thuishulp dus elk verantwoordelijk voor 460 cliënten.

3. Thuishulp in Engeland

In Engeland wordt de thuishulp georganiseerd door lokale overheden, te weten "Metropolitan District Councils", "Non-metropolitan County Councils" en "London Borough Councils". In totaal zijn er 108 "councils" met elk een eigen "Social Services Department (SSD)".

In Wales en Schotland zijn nog eens 20 "councils" met elk een "Social Services" of "Social Work Department".

In Noord- en Zuid-Ierland komen gecombineerde "boards" voor zowel gezondheidszorg als sociale dienstverlening voor, op regionaal niveau.

In Engeland, Wales en Schotland komt een dergelijke combinatie niet voor. De thuisverpleging valt daar niet onder lokale overheden, maar onder de "National Health Service".

De operationele medewerkers van een SSD zijn binnen de "county" meestal gedecentraliseerd in 4 werkgebieden. In elk werkgebied opereert een "Home Help Organiser" met 6 assistenten die elk verantwoordelijk zijn voor 40 thuishelpsters en ongeveer 250 cliënten.

De assistenten zorgen tevens voor "Meals on wheels", lunch-clubs en wasserij-service, en voor verwijzing naar dagverzorging. Daarnaast nemen zij deel aan "assessment-panels" ten behoeve van intra-murale indicatiestelling.

In totaal waren er in 1987 in Engeland 57.600 thuishelpenden, en 2500 leidinggevendenden. Dat is gemiddeld 1 leidinggevende op 23 uitvoerenden, of bijna 48.000 uur per jaar. Daarmee werden in Engeland 810.000 leefeenheden geholpen, dat is 14 cliënten per helpster en gemiddeld 324 cliënten per leidinggevende.

De centrale overheid heeft enkele jaren geleden de "Audit Commission" in het leven geroepen met het doel de dienstverlening van lokale overheden te onderzoeken. Onder het motto "VALUE FOR MONEY" werd vooral gekeken naar de effectiviteit en de efficiency van de dienstverlening, waaronder de thuishulp.

Daarnaast heeft het Ministerie van Gezondheidszorg en Sociale zekerheid onlangs een "Social Services Inspectorate (SSI)" ingericht dat begonnen is met de traditionele thuishulp te onderzoeken.

De "Audit Commission" heeft in 1985 en in 1986 rapporten uitgebracht, waaronder een rapport "Managing Social Services for the Elderly more Effectively". Het "Social Services Inspectorate" heeft in 1986 een inspectie uitgevoerd bij 8 SSD's en daarover in 1987 gerapporteerd onder de titel "From Home Help to Home Care: an analysis of policy, resourcing and service management".

Onder andere gebruik makend van het onderzoek van de "Audit Commission" komt het SSI tot een aantal conclusies over beleid, organisatie en management van de dienstverlening.

Deze conclusies zijn uitgewerkt in een rapport uit 1988, getiteld "Managing Policy Change In Home Help Services", met daarbij gevoegd een management-checklist voor thuishulp-diensten.

Een aantal belangwekkende conclusies van de inspectie zijn:

- * Overall is sprake van een sterke groei van het aantal hoogbejaarden. Dat levert zowel kwantitatief als kwalitatief andere vragen om thuiszorg op.
- * Over het algemeen worden de beschikbare middelen over zoveel mogelijk leden van de belangrijkste doelgroep, de ouderen, verdeeld. Men kiest er kennelijk niet voor om, meer selectief, een geringer aantal mensen meer intensieve zorg te verlenen.

- Maar een aantal SSD's slaagt er wel in om, bij beperking van middelen, een relatief hoge zorgintensiteit te bereiken.
- * De "home-help organisers" hebben hoge case-loads van 250 à 300 cliënten, met uitschieters naar 600. Daarnaast moet vaak een breed, ook administratief, takenpakket ingevuld worden. Als gevolg daarvan is weloverwogen en grondig case-management per cliënt niet goed mogelijk. Als onderdeel van een duidelijke definitie van operationele management-taken, zal ook een realistischer case-load vastgesteld moeten worden.
 - * Om beleidsverandering in de thuiszorg mogelijk te maken, moeten drie groepen problemen aangepakt worden:
 - Het is nodig dat het thuiszorgbeleid binnen de organisatie duidelijk, specifiek en consequent geformuleerd wordt, en vervolgens uitgedragen en vertaald in concrete acties van het management.
 - Systematische case-management processen voor de thuiszorg worden niet ontwikkeld. Het gaat daarbij met name om heldere indicatiestelling, regelmatige herindicatie en het samenstellen van op de vraag aansluitende zorgpakketten.
 - Er is een beleidsverandering nodig in de richting van het organiseren en leveren van flexibele thuiszorgdiensten die de informele zorg op een effectieve manier aanvullen en versterken. Om een dergelijke beleidsverandering succesvol te kunnen doorvoeren, is voortgang en dus continue aandacht van het management nodig. Met name voor koersbepaling en beleid, voor case-management, voor organisatie en management van het gehele apparaat, voor communicatie en voor middelen en resultaten. Ten behoeve daarvan is een Management Checklist ontworpen.
 - * Het management van een ingrijpende beleidsverandering vereist drie belangrijke lijnen van aanpak:
 - allereerst het versterken van de basisprocessen en de infrastructuur van de dienstverlenende organisatie en het management, om een effectief en efficiënt gebruik van middelen te verzekeren;

- vervolgens een meer expliciete en goed geleide benadering van het richten van thuiszorgdiensten op doelgroepen die prioriteit verdienen;
- tenslotte, het verbeteren en gevarieerder maken van de feitelijk geleverde diensten: welke hulp, op welke tijden, in welke pakketsamenstelling en met welke flexibiliteit?

4. Uitleiding

Uit het voorgaande moge blijken dat er verschillen en overeenkomsten zijn tussen Engeland, Finland en Nederland. Overal is de thuisverpleging, vanuit een historische ontwikkeling apart georganiseerd en vraagt men zich nu af of dat niet veranderd zou moeten worden. In Nederland lijkt de ontwikkeling wat integratie betreft het verst te zijn. Er komen serieuze, redelijk systematische samenwerkingsprocessen op gang tussen relatief grote organisaties van thuisverpleging en thuishulp.

In Finland worden hier en daar experimenten ondernomen. In Engeland wordt het probleem gesignaleerd, maar is het nog zeer moeilijk aan te pakken.

Met name in Finland worden allerlei ondersteunende diensten als normale thuiszorgactiviteiten gezien en als integraal onderdeel georganiseerd. Ook in Engeland gebeurt dat samenhangend, vanuit dezelfde organisatie.

In Nederland zijn dergelijke activiteiten vaak in aparte organisaties voor gecoördineerd ouderenwerk ondergebracht. Een integraal en gevarieerd aanbod van ondersteunende en activerende diensten en thuiszorg is daardoor niet goed mogelijk.

Gezien de ervaringen in Finland en Engeland verdient het aanbeveling dergelijke ondersteunende en activerende diensten organisatorisch te combineren met het thuiszorgaanbod.

Ten aanzien van de operationele management-functie in de thuiszorg doen zich in Finland, Engeland en Nederland vergelijkbare problemen voor.

De inhoud van de functie is dringend aan herziening toe. Als gevolg van een hoge case-load, gecombineerd met teveel verschillende taken, is het niet mogelijk voor de huidige vervullers van de functie om werkelijk als operationele managers op te treden. Verandering is onontbeerlijk en zal zich moeten richten op een duidelijke en afgebakende invulling van de functie en op het opleiden en trainen van betrokkenen.

Gebruikte literatuur

1. Audit Commission, "Managing Social Services for the Elderly more effectively", London, 1985.
2. Audit Commission, "Making a reality of community care", London, 1986.
3. Department of Health and Social Security, Social Service Inspectorate, "From home-help to home-care; an analysis of policy, resourcing and service-management", London, 1987.
4. a. Department of Health and Social Security, SSI, "Managing Policy Change in Home-help Services, London, 1988.
b. Idem, "A Management Checklist for Home-help Services", London, 1988.
5. Centrale Raad voor Gezinsverzorging, "The finish of a Finnish Study-visit", Driebergen, 1987.

Bijlage 10: Particuliere verpleegbureaus

1. Inleiding

In het kader van het heroverwegingsonderzoek zijn ook een 4-tal particuliere verpleegbureaus geïnterviewd.

Dit waren:

- * Verpleegkundig buro Jacobs te Apeldoorn.
- * Bureau "De verpleegkundige thuis" te Bilthoven.
- * Bureau Jos Christiaans te Amsterdam.
- * Stichting "Persoonlijke Verpleging Verzorging 't Gooi" te Bussum.

In het kader van het onderzoek waren daarbij met name van belang de relatie met de kostprijsberekening/tariefopbouw en met de organisatorische modelontwikkeling. Dit verslag pretendeert daarom niet een volledige beschrijving te zijn van de werkwijze en positie van particuliere verpleegbureaus in Nederland. Wel worden hier de indicaties uit de particuliere verpleegpraktijk weergegeven die voor het onderzoek van belang zijn.

2. Marktpositie

De PV's opereren vrijwel uitsluitend in de markt van de aanvullende of intensieve thuiszorg. Deze markt bestaat van oudsher uit particulieren die zich thuisverpleging kunnen veroorloven. Recent hebben ook veel particuliere verzekeraars en ziekenfondsen een vergoeding voor deze vorm van gezondheidszorg in hun verrekeningsbepalingen opgenomen. Daarbij geldt dan wel vaak de bepaling dat een indicatie voor opname in een intramurale voorziening aanwezig is.

Dit heeft deze markt oftewel de koopkrachtige vraag naar deze voorziening aanzienlijk doen toenemen, uiteraard mede gebaseerd op reële zorgbehoeften als gevolg van:

- * de behoefte thuis te sterven of te wonen met tevens een intensieve zorgbehoefte;
- * het beleid van afbouw van de intramurale zorg ten gunste van de thuiszorg, waardoor intensieve zorgbehoevenden in de thuis-situatie komen;
- * de toename van de bevolkingsgroep waar zich deze verschijnselen meer en intensiever voordoen (vergrijzing).

Deze markt is ook door de gesubsidieerde en geprenueerde zorg-sector ontdekt en voorzien van een aanbod, zoals:

- * de provinciaal opgerichte Stichtingen Aanvullende Thuiszorg (STAT), in principe een samenwerkingsverband van reguliere eerstelijnsaanbieders (kruiswerk en gezinsverzorging) en verzekeraars;
- * pools van "oproepkrachten";
- * samenwerkingsstichtingen van ziekenhuizen, die eigen verpleegkundigen via deze stichtingen inzetten in de thuissituatie bij voormalige ziekenhuis- en/of poliklinische patiënten.

Er loopt zelfs een groot, landelijk bekend en goed gefinancierd project "Experimenten thuisverpleging" dat zich op deze aanbiedingen en vragen richt.

Er is dus sprake van aanzienlijke concurrentie, tegelijk is er sprake van soms zelfs intensieve samenwerking tussen de reguliere instanties en de particuliere verpleegbureaus. De reden hiervoor is de verdeling van de belangrijkste "concurrentiefactoren" over de verschillende partijen.

Vanuit de PV's zijn de sterke troeven:

- * De flexibele en alerte organisatie en inzet, te vangen in termen als:
 - acuut;
 - accuraat;
 - 24 uurs-bereikbaarheid;
 - enthousiast;
 - persoons- en klantgericht.
- * De beschikbaarheid van personeel. Goed en voldoende inzetbaar verpleegkundig personeel is een zeer schaars goed op de huidige zorgmarkt.
- * De kwaliteit en flexibiliteit van het personeel.

Uit deze factoren is het te verklaren dat ook STAT en pools van oproepkrachten van het kruiswerk in noodsituaties terugvallen op PV's. De PV's vervullen daarin de rol van onderaannemer.

Tenslotte moet in dit marktoverzicht niet onvermeld blijven dat ook vrijwilligers, al dan niet georganiseerd, hun diensten (zwart) aanbieden. Door de constructie te hanteren dat de verzekerde, in casu patiënt, een bepaald bedrag per dag uitgekeerd krijgt, zonder verder de noodzaak van een bewijs omtrent gemaakte kosten en dergelijke, betalen verzekeraars deze (zwarte) aanbieders.

Alle bewegingen om markten beter te beheersen, zoals gedwongen winkelnering, exclusieve contracten tussen verzekeraars en aanbieders, prijsafspraken en overnames, worden op dit moment aangetroffen.

3. Uur-tarieven

Een voorbeeld van één der PV's van de gehanteerde tarieven luidt als volgt:

Tarieven per 1-1-1989

Per uur

Ma-vr	<u>Verpleegkundige</u>	<u>Ziekenverzorgende</u>
7.30-17.30	fl. 26,--	fl. 22,50
Avonden ma-vr + 20%	fl. 31,--	fl. 27,--
Zaterdag 7.30-22.00 u + 35%	fl. 35,--	fl. 30,50
Zachten ma-vr + 40%	fl. 36,50	fl. 31,50
zaterdagnachten + 45%	fl. 38,--	fl. 32,50
Zon- en feestdagen en kerstavond + oude- jaarsavond 18-24 u + 50%	fl. 39,--	fl. 33,75

Een ander verpleegbureau ging uit van de landelijke richtprijs van fl. 20,-- per uur en fl. 5,-- per uur voor de kosten van het PV, ongeacht het type inzet dat gevraagd wordt.

Ter vergelijking:

Uurtarief STAT Zuid-Holland in 1988:	fl. 32,50 1)
Uurtarief verpleegkundige in Zeeuwsch Vlaanderen - experiment	fl. 40,-- 2)
Uurtarief niet-verpleegk.	fl. 32,-- 2)
Uurtarief in Groningen voor wijkverpleging	fl. 32,50 2)

Met name het verschil tussen het PV dat vaste tarieven hanteert en de vaste tarieven vanuit de reguliere instanties valt uiteraard op.

In praktijk betekent dit bij betaling door een verzekeraar van een reguliere instantie die een PV inschakelt als onderaannemer dat deze uitkering per direct produktief uur zorg als volgt zou worden besteed:

fl. 20,-- uitvoeringskosten verpleegkundige zorg

fl. 5,-- kosten en bijdrage PV

fl. 15,-- kosten en bijdrage hoofdaannemer

fl. 40,--

Dit eenvoudige overzicht suggereert dat 50% van de bijdrage per produktief uur dan terecht komt bij organiserende instanties.

Daarnaast is in het kader van het heroverwegingsonderzoek opvallend het grote verschil (circa 100% voor de wijkverpleging) tussen het gehanteerde uurtarief en de op basis van direct costing berekende werkelijke kostprijs. Hierbij moet dan nog bedacht worden dat dit een kostprijs is op basis van de huidige mix van zorgvormen, waaronder zowel reguliere als intensieve zorg.

In het kader van dit onderzoek is het eveneens interessant dat de basis voor het uurtarief is: een direct produktief uur zorg.

Nog groter wordt het verschil in de sfeer van reële kostprijzen tussen PV's en reguliere instanties als wordt uitgegaan van het volgende overzicht.

Globaal overzicht 1 januari 1987 - 1 november 1987 van 4 bureaus³⁾

Totaal aantal hulpaanvragen	:	309
Aantal malen mantelzorg	:	185 = 60%
Betrokkenheid reguliere instanties	:	150 = 49%
Voorkwam opname ziekenhuis	:	150 = 49%
Vervroegd uit ziekenhuis	:	27 = 9%
Voorkwam opname verpleegtehuis	:	113 = 37%
Vervroegd uit verpleegtehuis	:	2 = 1%
Niet te bepalen	:	17 = 5%
Totale verpleegkosten	:	fl. 4.313.968,--
Totale verpleegduur in uren	:	244.721
Gemiddelde verpleegkosten per uur	:	fl. 17,63
Verpleegduur in man/vrouwjaren	:	136
(1 m/v jaar = plm 1800 uur)		
Kosten per man/vrouwjaar	:	fl. 31.720,--

	<u>Hulpaanvragen</u>	<u>Dagen</u>	<u>Uren</u>	<u>Kosten</u>
Verzekering	80	2105	22659	fl. 426.964,--
Ziekenfonds	36	433	4278	fl. 87.848,--
Gem. sociale dienst	7	51	629	fl. 10.975,--
Particulier fonds	1	7	168	fl. 1.900,--
Particulieren	<u>185</u>	<u>18045</u>	<u>216987</u>	fl. <u>3.786.281,--</u>
Totaal	<u>309</u>	<u>20641</u>	<u>244721</u>	fl. <u>4.313.968,--</u>

Hieruit blijkt immers dat deze 3 PV's in een periode van 10 maanden een gemiddelde kostprijs hebben van fl. 17,63 per produktief uur zorg.

Zonder nader vergelijkend onderzoek naar werkelijke kostprijs-opbouw en kwaliteit van dienstverlening is op deze cijfers geen directe conclusie te baseren. De cijfers geven wel een indicatie van de tariefmogelijkheden bij een werkwijze zoals PV's die hanteren.

Personeelsbeleid

Deze - relatief - goedkope tarieven zijn, uiteraard gezien de omvang van de post "personeelskosten", voor een groot deel te verklaren uit het personeelsbeleid.

Globaal zijn er drie formules mogelijk voor een PV:

1. Uitzendbureauformule.

Hiervoor geldt een erkenningstelsel, het bureau betaalt uit aan de werknemer en er is BTW-plicht.

2. In loondienst, maar op afroep-basis.

3. Bemiddelingsbureau.

Het PV functioneert als een makelaar tussen vraag en aanbod en ontvangt vaak van beide kanten een bijdrage.

Arbeidsrechtelijk is hierin nog veel onduidelijk, hetgeen met name leidt tot:

- * onzekerheid over het bedrijfsrisico;
- * onduidelijkheid over de rechten en plichten van werkgever en werknemer;
- * onduidelijkheid over de afdracht van sociale premies, verzekeringspremies en ziekteverzuim-kosten.

Daar staat tegenover dat de reguliere instanties voor hun personeelsbeleid in hoge mate zijn gebonden aan CAO-voorwaarden en verworven rechten en dergelijke.

Conclusies

- * De intensieve of aanvullende thuiszorg is een van de duidelijkste hedendaagse voorbeelden van marktwerking in de gezondheidszorg en als zodanig een goed proefgebied van een Dekkeriaans-systeem.
- * De tarieven van de particuliere verpleegbureaus suggereren, in vergelijking met de reguliere instanties, een hoge mate van efficiency. Nader onderzoek hiernaar is nodig om te komen tot harde conclusies hieromtrent.
- * De particuliere verpleegbureaus opereren nu in de marge van de thuiszorgmarkt:
 - arbeidsrechtelijk is sprake van een "grijs" gebied;
 - er moet expliciet worden geconcentreerd met zowel reguliere als "zwarte" voorzieningen;
 - er wordt door de reguliere instanties vaak verzwegen dat men op PV's terugvalt in specifieke situaties;
 - de PV's nemen vaak niet deel aan het formele beleidsoverleg.
- * De PV's zetten mede de toon voor wat de mogelijkheid van lage tarieven, de reguliere instanties mede dwingend onder de in het onderzoek aangetroffen reguliere kostprijzen.

Literatuur

1. Notitie inzake aanvullende thuiszorg in Gelderland van kruiswerk/maatschappelijke dienstverlening.
2. Experimenten thuisverpleging, eerste interim-rapportage.
3. Literatuur bij lezing B. Gerritsma, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Thuisverpleging op congres Nederlands Studiecentrum d.d. 18 maart 1988.

Bijlage 11: Analyse bestaande regelgeving

In het kader van het heroverwegingsonderzoek is ons ook gevraagd de regelgeving te bezien op belemmeringen van de bedrijfseconomisch meest optimale organisatiestructuur.

Deze organisatiemodellen bevatten de volgende efficiency-maatregelen:

1. Fusie van gezinsverzorging-kruiswerk volgens bepaalde organisatie-modellen.
2. Substitutie binnen de thuiszorg.
3. Besparingen in de indirecte sfeer.

In de analyse is bezien in hoeverre de huidige regelgeving hierin strikt beperkend is.

Aan deze 3 punten zijn de volgende regelclusters getoetst:

- a. Erkenningseisen kruisorganisatie ziekenfondsraad 1988, nummer 427.
- b. Financiering gezinsverzorging via AWBZ, ziekenfondsraad 1988, nummer 423 en Regeling subsidiëring gezinsverzorging 1989, Staatscourant 23 januari 1989.

Bevindingen ad a. Erkenningseisen kruisorganisaties

De eerste vraag die voor de analyse beantwoord dient te worden is op welke organisatie de erkenningseisen van toepassing zijn.

In verband met de vergelijkbaarheid is in deze analyse het groot-schalige thuiszorgbedrijf als uitgangspunt genomen.

Belemmerend zijn dan vooral de bepalingen:

A. Algemeen deel.

2.1.1. De verenigingsvorm.

De gezinsverzorging kent immers veelal de stichtingsvorm, het op elkaar afstemmen van beide juridische vormen is enigszins belemmerend. Daarnaast wordt in de ontwikkelde modellen de bestuurskracht in hoge mate bij de directeur gelegd en niet bij een ledenraad.

Tenslotte is nog de vraag of de ledenstructuur past bij een vrijwel volledig gesubsidieerde zorgvoorziening.

Indien de verenigingsvorm leidt tot een vorm van ledeninspraak en niet tot leden-besluitvorming, kan zij zeker voordelen hebben.

2.4.2. Melding incidenten hulpverlening.

Indien hierin uitvoerende of leidinggevende medewerkers participeren beïnvloedt de voorgeschreven commissie de produktiviteit en efficiency van de organisatie. Overigens zal het financieel effect hiervan in praktijk niet groot zijn.

2.5. Externe overlegkaders.

Indien deze bepalingen er toe leiden dat niet kritisch naar deze overlegkaders, de tijdsbesteding, de efficiency en het niveau van deelname, kan worden gekeken, bijvoorbeeld door in uiterste instantie er uit te stappen, zijn zij belemmerend voor de efficiency, niet alleen van de EKO, maar ook van het zorgcircuit in zijn totaliteit.

B. Bijzonder deel

- 1.1.b. De expliciete uitsluiting van kraamzorg kan belemmerend werken ten aanzien van het te realiseren organisatiemodel.

4. Personeelscategorieën.

Bij een combinatie met gezinsverzorging zal op termijn ook een combinatie in functies op moeten kunnen treden.

In praktijk is nu al een veel grotere variëteit in functies te bezien en in de ontwikkelde modellen is ook sprake van nieuwe functies als operationeel manager, centrale intaker, innovatiemedewerker etcetera.

Het belang van dit voorschrift is daarmee nu al relatief, doch het kan belemmerend werken.

Afsluitende opmerkingen

- * Het systeem van sturing via "erkenningen" als zodanig is vaak in praktijk ook belemmerend voor een doelmatige bedrijfsvoering. Veel van de erkenningseisen hebben een "input"- of "throughput"-karakter, met andere woorden, schrijven het management voor hoe ze hun werk het beste kunnen inrichten. Dit doet onvoldoende recht aan praktische en culturele verschillen en aan de eigen creativiteit van het management.

Een dergelijke wijze van sturen doet vaak ook onvoldoende recht aan de eigen resultaatverantwoordelijkheid van management. Dit is samen te vatten onder:

In plaats van "Wat niet verboden is, mag" wordt gewerkt vanuit "Wat niet expliciet mag, is verboden".

Onderdeel van het sturen via erkenningseisen is het monopoliedenken (B.2.1.), de vraag is of dit nog past in het toekomstig systeem van gezondheidszorg.

- * Opvallend zijn eveneens de vage en vaak onmeetbare termen waarin het voorschrift is gegoten. Het lijkt er op dat de voorschriften vooral een juridische functie hebben, dat wil zeggen, bepalingen waarop in situaties van conflicten, gerechtelijke procedures, klachten en dergelijke kan worden teruggegrepen. Als meetinstrument voor de inspectie zijn ze vaak te vaag, als hulpmiddel voor het management hebben ze alleen de beperkte waarde van een checklist ("Is aan alles gedacht?"). Voor de functie om rechten te kunnen claimen voor de gebruiker, is vaak de mate waarin een maatregel dient plaats te vinden onvoldoende omschreven.

- * Behalve als juridisch toetsingskader zijn de overige functies van deze erkenningsregeling eveneens sterk verminderd, omdat de beschikbare personele en financiële middelen voortaan langs andere wegen worden vastgesteld en verdeeld (zie advies pag. 7).
De erkenningsregeling leidt daarmee niet meer rechtstreeks tot het honoreren van financiële claims. Deze zullen overigens ook weinig directe relatie kunnen hebben met de voorliggende organisatorisch vage voorschriften.
- * Om een goede vergelijkbaarheid met de gezinsverzorging te krijgen, zou in de analyse ook de regelgeving met betrekking tot de financiering van het kruiswerk betrokken dienen te worden.

Bevindingen ad b. Subsidieregeling gezinsverzorging 1989

Reeds eerder, namelijk door het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, is onderzoek gedaan naar de vereenvoudigingsmogelijkheden van de regelgeving. Ook hierbij speelt de wijze van besturing een grote rol.

Hierop wordt in deze analyse nu niet nader ingegaan.

2. Werkgebieden.

Door fusies en schaalvergrotingen zullen de werkgebieden wijzigen.

Deze bepaling kan daarop belemmerend zijn.

4. De wijze van budgetvaststelling.

In zijn algemeenheid leidt een late definitieve vaststelling van het beschikbare budget niet tot een goede bedrijfsvoering. Het goed vaststellen van het voorlopig budget per 1 januari is een belangrijke bevorderende factor hier.

Het kunnen behouden van de gecumuleerde budgetten bij een mogelijke fusie is eveneens een belangrijke bevorderende factor.

5. Instellingsverhouding.

Theoretisch is het sturen op een verhouding direct-indirect af te raden, omdat het een sturen op de bedrijfsvoering zelf betreft.

Daar komt bij dat in de gehanteerde definitie van indirect ook produktieleiding (in casu leidinggevend) wordt meegenomen, terwijl deze (zie bijlage 4) onzes inziens dient te behoren tot "direct toewijsbare kosten". De gehanteerde normverdeling 75:25 is dan, ook bedrijfsmatig, zuinig te noemen.

Praktisch heeft deze normering geleid tot relatief, gunstige overhead-cijfers in de gezinsverzorging. Tevens is in praktijk van belang dat bij schaalvergroting steeds soepelheid betracht wordt in de termijn waarmee de instellingsverhouding weer conform de norm diende te zijn.

9. Hulpverleningsvormen.

De paragraaf rond 1e is inflexibel, mede gerelateerd aan de bepaling in bijlage II, artikel 22. Met name de toetsing aan het begrip "gezinsverzorging" past niet in de integratiegedachte. Eén van de beoogde effecten van integratie gezinsverzorging-kruiswerk zal dienen te zijn, het ontwikkelen van nieuwe hulpvormen. De beschrijving van de overige hulpvormen (1a t/m d) en de minimumbeschrijving bij het kruiswerk (erkenningseisen B.1.) laten daarvoor wel voldoende ruimte.

10. Indicatiestelling.

(Zie ook bijlage 1. art. 18 en 19.) Bij integratie met het kruiswerk zal van belang zijn of en hoe de objectieve en beleidsmatig bepaalde indicatiestelling wordt vorm gegeven.

Het verschil tussen het verzekeringssysteem van het kruiswerk en het budgetstelsel voor de gezinsverzorging is daarmee nu belemmerend voor integratie.

15. Bevoegdheid tot nadere regelgeving.

Nadere richtlijnen en voorwaarden zullen steeds bezien moeten worden in het licht van het gewenste bedrijfseconomisch opereren.

16. Statutenwijziging.

Deze bepaling is belemmerend bij integratie van beide werksoorten, temeer indien deze beoordeling door gescheiden instanties binnen de ziekenfondsraad zou plaatsvinden.

17. Huisvesting.

Hiervoor geldt dezelfde kanttekening.

Bijlage II. Eisen aan instellingen

Artikel 6: Externe overlegkaders.

Zie de opmerking ad 2.5. Erkenningseisen kruisorganisaties.

Artikel 16: Personeel.

De organisatievoorschriften, gerelateerd aan de omvang, zijn belemmerend voor de geïntegreerde organisatie, temeer daar deze functies niet meer voor zullen komen.

Artikel 17.2: Hulp buiten kantoortijden

De formulering van het artikel is genuanceerd anders dan die van het vergelijkbare kruisartikel B.1.2. Dit kan belemmerend werken op integratie en substitutie in de zorg buiten kantooruren.

Artikel 19.2: Normering van groepen activiteiten

Deze bepalingen kunnen strijdig zijn met een substitutiegedachte, waarbij extra inzet bij bepaalde activiteiten leidt tot substitutie voor duurdere zorgsoorten.

Artikel 20: Alpha-hulp

Het is aan de raden, zie ook bijlage 11, arbeidsrechtelijke regeling ook van toepassing te verklaren op andere bemiddelings- en poolactiviteiten.

Bijlage III: Eigen bijdrageregeling

Ook hier is het verschil op dit gebied tussen beide instellingen belemmerend voor daadwerkelijke integratie.

Daarnaast is de vormgeving zodanig dat een groot beslag op leidinggevende en administratieve capaciteit wordt gelegd voor registratie, toetsing, inning en dergelijke.

Afsluitende opmerkingen

- * De regeling oogt behoorlijk gedetailleerd, met name door de bijlagen. Aan de andere kant zijn een behoorlijk aantal bepalingen, zoals in bijlage 4 en 5 voldoende te onderbouwen als gerechtvaardigde vragen naar éénduidige gegevens.
De voorschriften zijn in hoge mate meetbaar en toetsbaar geformuleerd. In het licht van de integratiegedachte kruiswerkgezinsverzorging en de direct-costing-methode, gericht op berekening van uurkostprijzen, menen wij dat hernieuwd naar de aanbevelingen van het I.O.O. gekeken dient te worden, zodra een nieuwe, gecombineerde regeling wordt ontworpen.

Bijlage 12: produktiviteit wijkverpleging & verzorging

		%	%
Betaaluren wv/wzv	13.305.760		
Betaaluren vervanging	1.005.915		
Totaal betaaluren	14.311.675	100	
Vakantie/feestdagen/ADV etc.	2.405.272	16.8	
Capaciteit	11.906.403	83.2	100
Ziekte (12.6%)	1.676.525	11.7	14.1
Gewerkte uren	10.229.878	71.5	85.9
Directe patiënturen	6.104.920	42.7	51.3
Direct aan patiënt gebonden uren (reistijd + adm.)	2.420.907	16.9	20.3
Produktieve uren	8.525.827	59.6	71.6
Opleiding + werkoverleg	1.462.775	10.2	12.3
Onbekend	241.276	1.7	2.0

Bron: Uitwerking kostprijsberekening kruiswerk Nationale
Kruisvereniging 14 september 1989