

---

# Kwantificering regionale verschillen in gebruik verpleging en verzorging Awbz

---

*Betekenis van aanbodfactoren, rekening houdend met  
verschillen aan vraagzijde*

591006 - 006h

**Rapport**

Cebeon, 25 mei 2010



---

# Inhoudsopgave

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Inleiding .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>2</b> | <b>Toegepaste onderzoeksmethode .....</b>   | <b>7</b>  |
| 2.1      | Inleiding .....   | 7         |
| 2.2      | Doel en inhoud methode .....  | 7         |
| 2.3      | Voorgeschiedenis toepassing op Awbz.....  | 8         |
| 2.4      | Betekenis ontwikkelde modellen voor Awbz .....  | 9         |
| <b>3</b> | <b>Regionaal zorggebruik 2006-2008 en vergelijking met vraaggerichte modellen .....</b> | <b>11</b> |
| 3.1      | Zorggebruik 2006 per regio en vergelijking met modellen.....                            | 11        |
| 3.2      | Zorggebruik 2008 per regio en vergelijking met modellen.....                            | 13        |
| <b>4</b> | <b>Kwantificering verschillen vanuit aanbodzijde .....</b>                              | <b>15</b> |
| 4.1      | Inleiding .....   | 15        |
| 4.2      | Berekening 1: uitgaven extramuraal niet boven verklaringsmodel.....                     | 16        |
| 4.3      | Berekening 2: uitgaven intramuraal niet boven verklaringsmodel .....                    | 16        |
| 4.4      | Berekening 3: gemiddelde uitkomsten groep I en III als referentieniveau .....           | 17        |
| <b>5</b> | <b>Nadere onderbouwing en toepassingsmogelijkheden.....</b>                             | <b>19</b> |
| 5.1      | Inleiding .....   | 19        |
| 5.2      | Actualiseren gegevens zorggebruik en vraaggerichte verklaringsmodellen .....            | 19        |
| 5.3      | Nader onderbouwen kwantitatieve effecten van aanbodfactoren.....                        | 19        |
| 5.4      | Concretiseren effecten zorggebruik binnen samenhangende regelingen .....                | 20        |
| 5.5      | Reikwijdte toepassingsmogelijkheden .....   | 21        |



---

# 1 Inleiding

## *achtergrond en doel onderzoek*

Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Cebeon een uitwerking gegeven aan de vraag in hoeverre thans bekende gegevens en inzichten ten aanzien van regionale verschillen in zorggebruik Awbz kunnen worden aangewend voor de brede landelijke heroverwegingen. Daarbij gaat het zowel om PGB-gebruik als om zorg in natura (ZIN).

Centraal staat het kwantificeren van het samenspel van een aantal factoren aan de aanbodzijde van de zorg die leiden tot regionale verschillen in bestedingen. Bij deze aanbodfactoren gaat het om verschillen in het aanbod van intramurale voorzieningen alsmede (historisch gegroeide) uiteenlopende rollen van zorgaanbieders, indicatiestellers, en concessiehouders/zorgkantoren (in samenhang) ten aanzien van de toeleiding naar zorg, de toekenning van zorg, de inkoop en besteding van zorg, en de verantwoording daarover/controle daarop.

Bij deze kwantificering dient rekening te worden gehouden met verschillen in zorggebruik tussen regio's die samenhangen met de vraag. Deze verschillen vanuit de vraagzijde hangen met name samen met een uiteenlopende demografische structuur (leeftijdsopbouw; huishoudensamenstelling), sociaal-economische positie, gezondheidssituatie en geografische context (mate van stedelijkheid/landelijkheid).

## *methode: verschillenanalyse en objectivering vraagverschillen*

Bij de kwantificering is gebruik gemaakt van de verschillenanalyse als onderzoeksmethode. Deze methode is ook in ander verband door Cebeon al vele jaren succesvol toegepast. Met behulp van de verschillenanalyse kan enerzijds rekening worden gehouden met verschillen in de vraag tussen regio's (via daarvoor ontwikkelde modellen c.q. hulpformules) en anderzijds worden gezocht naar de omvang en achtergronden van resterende verschillen in zorggebruik die niet met vraagverschillen in verband kunnen worden gebracht. Een en ander wordt nader toegelicht in hoofdstuk 2.

## *gegevens 2006 en 2008 voor extra- en intramurale voorzieningen*

De kwantificering is verricht met behulp van gegevens over feitelijk gebruik van Awbz-zorg (ZIN en PGB) per zorgkantorregio voor de jaren 2006 en 2008, toegespitst op extramurale zorg en intramurale voorzieningen.<sup>1</sup> Daarbij is de analyse voor 2006 op grond van een langere doorlooptijd en ruimer beschikbare onderzoeksgegevens meer diepgravend geweest dan die voor 2008. De analyse voor 2008 was er vooral op gericht om de op basis van 2006 verkregen bevindingen nader te actualiseren, toetsen en onderbouwen.

De meest 'harde' uitkomsten van de kwantitatieve verkenningen hebben betrekking op de extramurale onderdelen persoonlijke verzorging (PV) en verpleging (VP), omdat daarvoor de meeste c.q. beste gegevens beschikbaar waren.<sup>2</sup> Daarbij is een globale doorvertaling gemaakt naar andere extramurale functies (ondersteunende en activerende begeleiding) door gebruik te maken van landelijke volumegegevens.

Op basis van beschikbare gegevens wordt tevens een kwantificering gepresenteerd van de effecten van regionale verschillen in het gebruik van intramurale voorzieningen voor verzorging en verpleging. Deze kwantificering gaat gepaard met meer 'slagen om de arm' dan die voor de genoemde extramurale functies. Bovendien waren voor het onderzoek niet tijdig bruikbare gegevens over intramuraal zorggebruik 2008 beschikbaar.

- 
1. Bron: zorgkantoren wat betreft PGB's en CAK wat betreft feitelijk zorggebruik in natura vermenigvuldigd met landelijke tarief/budgetgegevens.
  2. De berekeningen hebben betrekking op het volume van het product basis bij persoonlijke verzorging alsmede de producten basis, extra en speciaal bij verpleging.

### *opbouw rapport*

Dit rapport bevat de volgende onderdelen:

- een beschrijving van de toegepaste onderzoeksmethode (hoofdstuk 2);
- uitkomsten voor 2006 en 2008 per zorgkantoorregio (hoofdstuk 3);
- een kwantificering van verschillen vanuit de aanbodzijde (hoofdstuk 4);
- mogelijke vervolgacties voor een nadere onderbouwing en voor andere toepassingen (hoofdstuk 5).

---

## 2 Toegepaste onderzoeksmethode

---

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk belichten we de toegepaste onderzoeksmethode van de verschillenanalyse. Daartoe gaan we achtereenvolgens in op:

- het doel en inhoud van de methode (paragraaf 2.2);
- de voorgeschiedenis van toepassing op de Awbz (paragraaf 2.3);
- de betekenis van de ontwikkelde modellen voor de Awbz (paragraaf 2.4).

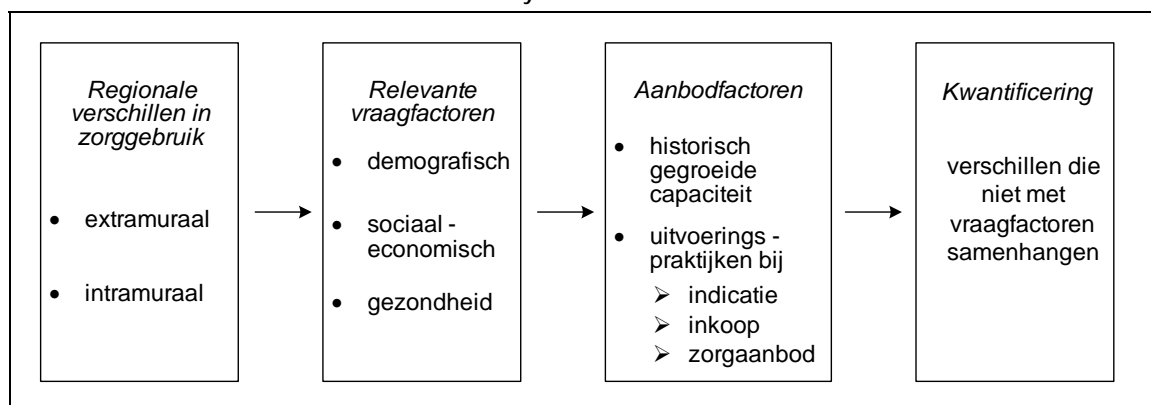
---

### 2.2 Doel en inhoud methode

#### *doel verschillenanalyse*

Schematisch kan de werkwijze van de verschillenanalyse worden weergegeven, zoals hieronder.

Schema 2.1. Onderzoeksmethode verschillenanalyse



De verschillenanalyse is bedoeld om (regionale/lokale) verschillen in zorggebruik uiteen te rafelen naar:

- enerzijds te honoreren exogene vraagfactoren op grond van demografische kenmerken (zoals leeftijd en huishoudensamenstelling), sociaal-economische positie, gezondheidssituatie, en dergelijke;
- anderzijds niet te honoreren aanbodkenmerken bestaande uit met name historisch gegroeide verschillen in intramurale startsituaties (capaciteit) en uitvoeringspraktijken op het gebied van indicatiestelling, zorginkoop en zorgaanbod.

Door de betekenis van relevante vraagfactoren met behulp van (verklarings)modellen te kwantificeren, wordt ook de kwantitatieve betekenis van aanbodkenmerken inzichtelijk gemaakt. Een en ander lichten we hieronder toe.

#### *gebruik van objectieve vraaggerichte verklaringsmodellen*

Bij de kwantificering van regionale verschillen in zorggebruik Awbz is gebruik gemaakt van objectieve vraaggerichte verklaringsmodellen. Deze modellen zijn het product van onderzoeken die Cebeon in opdracht van het ministerie van VWS heeft verricht naar de achtergronden van regionale verschillen in het Awbz-

zorggebruik in termen van relevante demografische en sociaal-geografische factoren. Er zijn verklaringenmodellen beschikbaar voor zowel de belangrijkste extramurale functies als intramurale voorzieningen in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg voor ouderen.

### *betekenis verschillenanalyse*

De verschillenanalyse betreft een methode die Cebeon enkele decennia geleden heeft ontwikkeld<sup>3</sup> en door middel van vele onderzoeken heeft verfijnd en gestandaardiseerd. De verschillenanalyse is gebaseerd op vergelijkende analyses tussen (sub)groepen van –in dit geval– regio's (en gemeenten). De analyse vindt zoveel mogelijk plaats op het laagste geografische niveau: voor extramurale zorg is het gemeentelijke niveau relevant, terwijl bij intramurale voorzieningen het regionale niveau centraal staat vanwege de veelal bovenlokale functie van zulke voorzieningen. Ook als analyses plaatsvinden op een lager niveau (bijvoorbeeld gemeenten) kunnen op basis daarvan uitspraken worden gedaan voor hogere niveaus (bijvoorbeeld regio's).

De verschillenanalyse omvat zowel vergelijkingen tussen regio's/gemeenten met uiteenlopende structuurkenmerken als vergelijkingen tussen regio's/gemeenten met juist vergelijkbare structuurkenmerken. Als eerste stap wordt gezocht naar uitgavenverschillen tussen homogene groepen regio's/gemeenten, bijvoorbeeld de groep sterk vergrijsde regio's/gemeenten versus de groep regio's/gemeenten met een relatief jonge bevolking. Door uitgavenniveaus van homogene groepen te vergelijken kan de invloed van relevante vraagfactoren worden gekwantificeerd. Vervolgens worden verschillen binnen homogene groepen geanalyseerd, bijvoorbeeld binnen de groep sterk vergrijsde regio's/gemeenten. Deze kunnen worden veroorzaakt door te honoreren aanvullende structuurkenmerken (bijvoorbeeld gemiddeld inkomen). De plausibiliteit van een mogelijk aanvullende vraagfactor kan worden getoetst door na te gaan of het ook bij andere homogene groepen (bijvoorbeeld minder sterk vergrijsde of jonge regio's/gemeenten) bijdraagt aan de verklaring van uitgavenverschillen. Door middel van zulk een iteratief proces kunnen met de verschillenanalyse demografische, sociaal-geografische en andere relevante vraagfactoren (in termen van structuurkenmerken) op het spoor worden gekomen die van invloed zijn op een geconstateerd uiteenlopend niveau van zorggebruik tussen regio's/gemeenten.

In relatie daarmee wordt nagegaan in hoeverre (resterende) verschillen samenhangen met aanbodfactoren in termen van uitvoeringspraktijken of overige factoren. De invloed van deze aanbodfactoren kan worden bevestigd door te bezien hoe gemeenten/subregio's uit verschillende (in termen van vraagfactoren) homogene groepen maar binnen dezelfde regio (met hetzelfde indicatieorgaan, zorgkantoor en/of zorgaanbieder) scoren ten opzichte van het gemiddelde van hun homogene groep. Door middel van gesprekken met betrokken deskundigen en bestudering van specifieke (regionale/lokale) achtergronden kan dit nader worden onderbouwd.

---

## 2.3 Voorgeschiedenis toepassing op Awbz

### *overgang middelen voor huishoudelijke verzorging van Awbz naar Wmo (gemeenten)*

Bij het ontwikkelen van deze modellen is voortgebouwd op het model dat in de praktijk wordt gebruikt voor verdeling van de voormalige Awbz-middelen voor huishoudelijke verzorging in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

In het kader van de Wmo zijn de middelen voor de functie huishoudelijke verzorging uit de Awbz gelicht en ondergebracht in het gemeentefonds. Hiervoor is in opdracht van het ministerie van VWS een objectief model

---

3. Ten behoeve van het doorbreken van de 'kip-ei' problematiek bij de herijking van het gemeentefonds.



ontwikkeld met behulp waarvan de middelen voor huishoudelijke verzorging vraag- en kostengeoriënteerd worden verdeeld. Om dit mogelijk te maken, is het feitelijke zorggebruik op decentraal niveau onderzocht met behulp van de verschillenanalyse.

#### *relevante vraagfactoren*

Uit de analyses is een aantal vraaggerelateerde factoren naar voren gekomen die bepalend zijn voor de verschillen in omvang van het gebruik van huishoudelijke verzorging tussen gemeenten en regio's. Dit betreft:

- leeftijdgebonden factoren (vooral inwoners van 65 jaar en ouder);
- samenstelling van huishoudens (vooral alleenstaande ouderen);
- inkomensgebonden factoren (vooral huishoudens met laag inkomen);
- kenmerken van de gezondheidssituatie (langdurig geneesmiddelengebruik);
- factoren inzake arbeidsgerelateerde zorgbehoeften (arbeidsgehandicapte uitkeringsontvangers; in aanvulling op voorgaande factoren);
- geografische factoren (mate van stedelijkheid; in aanvulling op voorgaande factoren).

Deze externe factoren zijn vertaald in een brede en gewogen set van objectieve indicatoren. Het resulterende model:

- brengt enerzijds de tussen gemeenten en regio's –soms zeer sterk– uiteenlopende behoefte aan middelen tot uitdrukking die voortvloeien uit een gecumuleerde aan- of juist afwezigheid van deze factoren;
- kwantificeert anderzijds de resterende verschillen in zorggebruik die niet met deze factoren samenhangen, maar met –niet te honoreren– (historisch gegroeide) verschillen vanuit de aanbodzijde.

#### *toets en actualisering ontwikkelde vraagmodellen*

Het ontwikkelde model voor huishoudelijke verzorging heeft zich inmiddels in de praktijk bewezen. Vanaf 2007 wordt het gebruikt voor de verdeling van middelen over alle gemeenten binnen het gemeentefonds. De plausibiliteit van het model is door meerdere onafhankelijke deskundigen (KPMG en SCP) getoetst. Hieruit is gebleken dat de relevante vraagfactoren goed in het model zijn verdisconteerd. Voor een beperkt deel van de werking van het model is recent een actualisering- en verfijningslag gemaakt. Daarbij is een aanvullende inkomensmaatstaf in het model opgenomen en een indicator voor langdurig medicijngebruik (als benadering voor verschillen in gezondheidssituatie). De effecten van het model zijn in de lokale praktijk al zichtbaar. Zo blijkt uit monitorgegevens dat sinds de invoering sprake is van een ontwikkeling waarbij de relevante uitgaven van gemeenten richting de modeluitkomsten bewegen.

---

## 2.4 Betekenis ontwikkelde modellen voor Awbz

#### *brede toepasbaarheid van objectieve verklaringsmodellen*

Met de toepassing in het kader van de Wmo is voor een belangrijk onderdeel van de Awbz aangetoond dat de verschillenanalyse een uitermate relevant instrument vormt waarmee concreet inzicht kan worden verkregen in de mate waarin feitelijke budgetten aansluiten bij exogeen bepaalde patronen in zorggebruik. Met behulp van deze inzichten kan worden gekomen tot een efficiëntere inzet van publieke middelen.

Ook op andere onderdelen van de Awbz kunnen deze methode en daarmee ontwikkelde modellen worden toegepast. Daarbij dient rekening te worden gehouden met de onderlinge samenhang tussen extramurale zorg en intramurale voorzieningen. Verder is van belang om goed zicht te krijgen op historisch gegroeide verschillen in de regionale context, die met name tot uiting komen in de relatieve omvang van intramurale capaciteit

en uitvoeringspraktijken bij de onderscheiden schakels in de zorgketen. Zo is uit de verschillenanalyses in het kader van de ontwikkeling van het model voor huishoudelijke verzorging gebleken dat deze schakels in de praktijk de nodige vrijheidsgraden kennen. Bij indicatiestelling gaat het bijvoorbeeld om (regionale) verschillen in het relatieve aantal personen waaraan een indicatie wordt verstrekt alsmede de (gemiddelde) omvang en duur van de verstrekte indicaties. Bij zorginkoop kan onder meer een uiteenlopende vertaling worden gegeven aan indicaties naar goedkopere dan wel duurdere producten (productmix). Ook de rol van zorgaanbieders werkt door in de genoemde verschillen.

#### *ontwikkeling van verklaringsmodellen voor onderdelen Awbz*

Voor de belangrijkste extramurale functies en intramurale voorzieningen in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg voor ouderen hebben de eerder verrichte onderzoeken vanuit structuurkenmerken van gemeenten en regio's aanknopingspunten opgeleverd in de vorm van verklaringsmodellen.<sup>4</sup> Relevant voor de verklaring van –regionale verschillen in– de omvang het zorggebruik voor deze onderdelen zijn vooral:

- leeftijdgebonden factoren: met name inwoners van 65 jaar en ouder met veelal nadere accenten op 75-plussers en 85-plussers; en
- inkomensgebonden factoren: met name huishoudens met een laag inkomen.

In aanvulling hierop blijken in meer of mindere mate, afhankelijk van de betekenis voor het specifieke extramurale of intramurale onderdeel, ook factoren relevant betreffende:

- samenstelling van huishoudens: met name alleenstaande ouderen;
- arbeidsgerelateerde gezondheidssituatie: arbeidsgehandicapte uitkeringsontvangers; en/of
- geografische context: mate van stedelijkheid c.q. centrumfuncties.

#### *spiegelinformatie voor traceren en kwantificeren van aanbodfactoren*

Een belangrijke bevinding is dat de objectieve verklaringsmodellen 'spiegelinformatie' genereren met behulp waarvan regionale/lokale verschillen tussen het feitelijke en geobjectiveerde zorggebruik zichtbaar kunnen worden gemaakt. Daarmee wordt concreter zicht verkregen op –historisch gegroeide– ongelijke posities tussen regio's/gemeenten. Aangetoond is dat de verklaringsmodellen niet alleen plausibel zijn, maar ook beter rekening houden met andere relevante factoren dan een benadering op basis van alleen het aantal 75-plussers. Uit de onderzoeken komen duidelijke regionale verschillen naar voren in de mate waarin het feitelijke zorggebruik aansluit bij de objectieve factoren uit de gebruiksprofielen.

Daarbij maken de verklaringsmodellen het mogelijk om de verschillen in het feitelijke zorggebruik tussen twee of meer regio's die niet verband houden met de geobjectiveerde vraagfactoren te beoordelen en te kwantificeren. Deze inzichten kunnen door middel van aanvullende kwantitatieve en kwalitatieve verschillenanalyses (gesprekken, achtergrondgegevens) worden verdiept.

Met behulp van deze analyse kan zichtbaar worden gemaakt dat, zelfs als met relevante kenmerken van de bevolking rekening wordt gehouden, er sprake is van regionale verschillen in –de ontwikkeling van– uitga-venniveaus die niet kunnen worden herleid op objectieve vraagfactoren. Dit wijst erop dat achter het feitelijke zorggebruik –evenals bij huishoudelijke verzorging– allerlei verschillen schuilgaan van regionale uitvoeringspraktijken binnen de keten van Awbz-zorg. In samenhang functioneren de onderscheiden schakels in deze keten (indicatiestelling, zorginkoop en zorgaanbod) zodanig (mede op grond van historisch gegroeide praktijken) dat zich duidelijke regionale verschillen voordoen in het aantal personen dat zorg ontvangt, de gemiddelde omvang van de gebruikte zorg en de gemiddelde prijs van dit zorggebruik.

---

4. Cebeon, *Verklaring van regionale verschillen in zorggebruik Awbz*, juni 2007.

---

## 3 Regionaal zorggebruik 2006-2008 en vergelijking met vraaggerichte modellen

---

### 3.1 Zorggebruik 2006 per regio en vergelijking met modellen

#### *overzichtstabel*

Voor de uitkomsten 2006 is aangesloten bij eerder verricht onderzoek (in opdracht van VWS). Op basis hiervan worden de regionale verschillen in zorggebruik en de samenhang tussen intramurale en extramurale onderdelen in beeld gebracht door in tabel 3.1 de volgende informatie per (geanonimiseerde) zorgkantoorregio presenteren:

- totaal extramuraal: uitgaven 2006 per inwoner aan gebruik van ZIN voor de functies PV, VP en OB/AB<sup>5</sup>;
- totaal intramuraal: uitgaven 2006 per inwoner aan gebruik van verzorgingshuizen en verpleeghuizen;
- verschil extramuraal met verklaringsmodellen: het verschil tussen de relevante vraaggeoriënteerde verklaringsmodellen en de feitelijke uitgaven voor het totaal van de extramurale onderdelen;
- verschil intramuraal met verklaringsmodellen: het verschil tussen de relevante vraaggeoriënteerde verklaringsmodellen en de feitelijke uitgaven voor het totaal van de intramurale onderdelen;
- totaal: het verschil tussen de relevante verklaringsmodellen en de feitelijke uitgaven voor het totaal van de extramurale en de intramurale onderdelen.

#### *ordening naar vier categorieën*

De zorgkantoorregio's zijn geordend aan de hand van de vraag of de feitelijke uitgaven in 2006 per saldo hoger dan wel lager zijn dan het verwachte uitgavenniveau op basis van de verklaringsmodellen voor de extramurale en intramurale onderdelen. Dit levert vier categorieën op die in de tabel met een horizontale doorgetrokken streep zichtbaar zijn gemaakt:

- I. regio's A t/m E: hogere feitelijke uitgaven voor de extramurale onderdelen en lagere feitelijke uitgaven voor de intramurale onderdelen (mogelijke substitutie);
- II. regio's F t/m Q: lagere feitelijke uitgaven voor de extramurale onderdelen en hogere feitelijke uitgaven voor de intramurale onderdelen (mogelijke substitutie);
- III. regio's R t/m W: zowel extramuraal als intramuraal lagere feitelijke uitgaven (mogelijke cumulatie);
- IV. regio's X t/m AF: zowel extramuraal als intramuraal hogere feitelijke uitgaven (mogelijke cumulatie).

#### *algemene noties bij tabel 3.1*

De volgende algemene noties kunnen naar aanleiding van tabel 3.1 onder de aandacht worden gebracht:

- er is binnen regio's tussen extramuraal en intramuraal zorggebruik sprake van zowel substitutie- (I en II) als cumulatie-effecten (III en IV);
- over het algemeen is er binnen de onderscheiden groepen een spreiding van regio's over het hele land. Een uitzondering is groep III met feitelijke uitgaven die zowel bij extramuraal als intramuraal zorggebruik onder het verklaringsmodel liggen (R t/m W): deze groep bevat voornamelijk regio's in het westen van het land, veelal in de omgeving van grote steden.

---

5. In eerder onderzoek waren voor een deel van de functies OB/AB regionale gegevens 2005 beschikbaar.

Tabel 3.1. Samenhang extramuraal en intramuraal: uitgaven 2006 en verschil met verklingsmodel, per zorgkantorregio (bedragen in euro's per inwoner)

| <i>Groep</i> | <i>Regio</i>    | <i>Extramuraal:<br/>uitgaven 2006</i> | <i>Intramuraal:<br/>uitgaven 2006</i> | <i>Extramuraal:<br/>verschil met<br/>model'</i> | <i>Intramuraal:<br/>verschil met<br/>model'</i> | <i>Totaal:<br/>verschil met<br/>model'</i> |
|--------------|-----------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---|--|
| <i>I</i>     | <i>Regio A</i>  | 140                                   | 333                                   | -5  | 78  | 73   |
|              | <i>Regio B</i>  | 101                                   | 185                                   | -0  | 73  | 72   |
|              | <i>Regio C</i>  | 169                                   | 332                                   | -40   | 65  | 25   |
|              | <i>Regio D</i>  | 93                                    | 201                                   | -4  | 56  | 52   |
|              | <i>Regio E</i>  | 117                                   | 273                                   | -4  | 43  | 39   |
| <i>II</i>    | <i>Regio F</i>  | 102                                   | 295                                   | 4   | -4  | -0   |
|              | <i>Regio G</i>  | 82                                    | 313                                   | 24  | -10   | 13   |
|              | <i>Regio H</i>  | 131                                   | 391                                   | 4   | -10   | -5   |
|              | <i>Regio I</i>  | 99                                    | 311                                   | 6   | -13   | -7   |
|              | <i>Regio J</i>  | 94                                    | 323                                   | 15  | -15   | 0  |
|              | <i>Regio K</i>  | 125                                   | 424                                   | 16  | -18   | -2   |
|              | <i>Regio L</i>  | 117                                   | 391                                   | 7   | -19   | -12  |
|              | <i>Regio M</i>  | 137                                   | 470                                   | 7   | -21   | -15  |
|              | <i>Regio N</i>  | 99                                    | 293                                   | 3   | -26   | -23  |
|              | <i>Regio O</i>  | 123                                   | 422                                   | 10  | -32   | -22  |
|              | <i>Regio P</i>  | 97                                    | 343                                   | 13  | -36   | -23  |
|              | <i>Regio Q</i>  | 98                                    | 337                                   | 8   | -37   | -29  |
| <i>III</i>   | <i>Regio R</i>  | 109                                   | 356                                   | 34  | 65  | 99   |
|              | <i>Regio S</i>  | 92                                    | 286                                   | 23  | 53  | 76   |
|              | <i>Regio T</i>  | 99                                    | 271                                   | 11  | 49  | 60   |
|              | <i>Regio U</i>  | 67                                    | 194                                   | 29  | 48  | 77   |
|              | <i>Regio V</i>  | 92                                    | 252                                   | 16  | 27  | 43   |
|              | <i>Regio W</i>  | 109                                   | 392                                   | 33  | 13  | 46   |
| <i>IV</i>    | <i>Regio X</i>  | 130                                   | 339                                   | -12   | -2  | -13  |
|              | <i>Regio Y</i>  | 145                                   | 344                                   | -28   | -9  | -36  |
|              | <i>Regio Z</i>  | 140                                   | 441                                   | -0  | -13   | -13  |
|              | <i>Regio AA</i> | 150                                   | 442                                   | -15   | -17   | -33  |
|              | <i>Regio AB</i> | 131                                   | 357                                   | -13   | -26   | -39  |
|              | <i>Regio AC</i> | 124                                   | 342                                   | -14   | -32   | -45  |
|              | <i>Regio AD</i> | 128                                   | 367                                   | -14   | -33   | -47  |
|              | <i>Regio AE</i> | 108                                   | 314                                   | -3  | -40   | -42  |
|              | <i>Regio AF</i> | 141                                   | 419                                   | -20   | -58   | -79  |
|              | <i>Totaal</i>   | 119                                   | 341                                   | 0   | 0   | 0  |

\* Toelichting: positief getal (+) = feitelijke uitgaven lager dan verklingsmodel, negatief getal (-) = feitelijke uitgaven hoger dan verklingsmodel.

---

## 3.2 Zorggebruik 2008 per regio en vergelijking met modellen

### *overzichtstabel*

In tabel 3.2 is –conform de ordening van zorgkantoorregio’s in 2006– de volgende informatie per (geanonimiseerde) zorgkantoorregio gepresenteerd:

- totaal extramuraal: uitgaven 2008 per inwoner aan gebruik van ZIN en PGB (65-plus) voor de functies PV en VP;
- verschil extramuraal met verklaringsmodellen: het verschil tussen de relevante vraaggeoriënteerde verklaringsmodellen en de feitelijke uitgaven voor het totaal van de extramurale onderdelen. Hierbij zijn de modellen 2006 gevuld met basisgegevens voor 2008.

### *verschillen met 2006*

De regionale verschillen in extramuraal zorggebruik 2008 zijn veelal redelijk vergelijkbaar met de voor 2006 geconstateerde verschillen. Voor zover er sprake is van andere uitkomsten, hangen deze vooral samen met:

- het ontbreken van regionale gegevens over ZIN-gebruik voor de functies OB/AB;
- het toevoegen van recent beschikbaar gekomen gegevens over PGB-gebruik door 65-plussers;
- een overheveling van onderdelen uit de functie verpleging naar de functie persoonlijke verzorging.

Voor intramuraal zorggebruik waren niet tijdig regionale gegevens in bruikbare vorm beschikbaar. Voor de kwantificering (zie hoofdstuk 4) zijn alleen landelijke volumegegevens 2008 gebruikt, ontleend aan informatie van het CVZ en de NZa.

Tabel 3.2. Extramuraal: uitgaven 2008 en verschil met verklingsmodel, per zorgkantoorregio (bedragen in euro's per inwoner)

| <i>Groep</i> | <i>Regio</i>    | <i>Extramuraal:<br/>uitgaven 2008</i> | <i>Extramuraal:<br/>verschil met model*</i> |
|--------------|-----------------|---------------------------------------|---|
| <i>I</i>     | <i>Regio A</i>  | 138                                   | -13   |
|              | <i>Regio B</i>  | 86                                    | 7   |
|              | <i>Regio C</i>  | 166                                   | -50   |
|              | <i>Regio D</i>  | 66                                    | 14  |
|              | <i>Regio E</i>  | 87                                    | 17  |
| <i>II</i>    | <i>Regio F</i>  | 96                                    | -2  |
|              | <i>Regio G</i>  | 90                                    | 9   |
|              | <i>Regio H</i>  | 96                                    | 18  |
|              | <i>Regio I</i>  | 98                                    | -2  |
|              | <i>Regio J</i>  | 91                                    | 11  |
|              | <i>Regio K</i>  | 109                                   | 21  |
|              | <i>Regio L</i>  | 107                                   | 6   |
|              | <i>Regio M</i>  | 139                                   | -3  |
|              | <i>Regio N</i>  | 90                                    | 4   |
|              | <i>Regio O</i>  | 136                                   | -13   |
|              | <i>Regio P</i>  | 84                                    | 14  |
|              | <i>Regio Q</i>  | 95                                    | 2   |
| <i>III</i>   | <i>Regio R</i>  | 101                                   | 26  |
|              | <i>Regio S</i>  | 70                                    | 35  |
|              | <i>Regio T</i>  | 96                                    | 6   |
|              | <i>Regio U</i>  | 67                                    | 19  |
|              | <i>Regio V</i>  | 70                                    | 26  |
|              | <i>Regio W</i>  | 79                                    | 48  |
| <i>IV</i>    | <i>Regio X</i>  | 111                                   | -17   |
|              | <i>Regio Y</i>  | 128                                   | -21   |
|              | <i>Regio Z</i>  | 107                                   | 11  |
|              | <i>Regio AA</i> | 148                                   | -26   |
|              | <i>Regio AB</i> | 113                                   | -6  |
|              | <i>Regio AC</i> | 104                                   | -4  |
|              | <i>Regio AD</i> | 127                                   | -19   |
|              | <i>Regio AE</i> | 103                                   | -9  |
|              | <i>Regio AF</i> | 123                                   | -13   |
|              | <i>Totaal</i>   | 107                                   | 0   |

\* Toelichting: positief getal (+) = feitelijke uitgaven lager dan verklingsmodel, negatief getal (-) = feitelijke uitgaven hoger dan verklingsmodel.

---

## 4 Kwantificering verschillen vanuit aanbodzijde

---

### 4.1 Inleiding

#### *algemeen*

Dit hoofdstuk bevat een kwantificering van regionale verschillen vanuit de aanbodzijde. Berekend zijn de financiële effecten die ontstaan wanneer voor zorgkantoorregio's met een relatief hoog niveau van zorggebruik wordt uitgegaan van een ander gebruiksniveau (rekening houdend met verschillen in vraaggerelateerde structuurkenmerken). Voor dit andere gebruiksniveau is een aantal voorzichtige benaderingen (varianten; bandbreedte) gekozen. De ervaringen met de naar de Wmo overgeheveld functie huishoudelijke verzorging (zie hoofdstuk 2.3) laten zien dat in de praktijk grotere financiële marges denkbaar zijn.

#### *benaderingen*

Bij de berekeningen zijn de volgende benaderingen onderscheiden:

1. een situatie waarin de uitgaven aan extramurale functies niet hoger zijn dan de uitkomst van de verklaringsmodellen (paragraaf 4.2);
2. een situatie waarin ook de uitgaven aan intramurale voorzieningen niet hoger zijn dan de uitkomst van de verklaringsmodellen (paragraaf 4.3);
3. het hanteren van de gemiddelde uitkomsten voor groep I en III als referentieniveau: de uitgaven in alle regio's zijn voor extramurale zorg en intramurale voorzieningen minimaal 5% tot 7,5% lager dan de uitkomst van de verklaringsmodellen (paragraaf 4.4).

#### *kanttekeningen*

Bij de uitkomsten van de berekeningen dient het volgende in ogenschouw te worden genomen. De berekeningen voor extramuraal zorggebruik zijn beter onderbouwd dan voor het gebruik van intramurale voorzieningen. Voor extramurale zorgfuncties sluiten de gegevens beter aan bij de regio waarin het feitelijke zorggebruik plaatsvindt, terwijl ook bruikbare gegevens voor meerdere jaren beschikbaar zijn. Bij de berekeningen voor extramuraal zorggebruik is waar mogelijk aangesloten bij beschikbare gegevens 2008. Voor intramuraal zorggebruik zijn de berekeningen gebaseerd op gegevens 2006, maar is met behulp van landelijke volumegegevens een globale doorvertaling gemaakt naar 2008.

Benadering 3 is gebaseerd op een conservatieve inschatting met het oog op de onderlinge samenhang tussen extramuraal en intramuraal zorggebruik. Reductie van intramurale capaciteit zal naar verwachting immers gepaard gaan met een meer of minder evenredige toename van extramuraal zorggebruik. Om die reden is er rekening mee gehouden dat niet tegelijkertijd bij zowel extramuraal als intramuraal zorggebruik een maximale kostenverlaging kan worden gerealiseerd.

Bovendien gaat het om globale referentieniveaus die zijn ontleend aan gemiddelden voor groepen zorgkantoorregio's die (als collectief) met hun zorggebruik duidelijk onder de modeluitkomsten blijven. Zoals de ervaringen met de huishoudelijke verzorging leren, zijn bij gebruik van modeluitkomsten voor bepaalde (typen) regio's (in plaats van groepen) als referentieniveau andere c.q. scherpere uitkomsten mogelijk.

Verder is gebruik gemaakt van verklaringsmodellen die zijn afgeleid van de situatie in 2006. Deze kunnen nog worden geactualiseerd naar een recenter jaar en verder worden verfijnd met nieuw beschikbaar gekomen

indicatoren. Eerste verkenningen wijzen uit dat dit voor de omvang van de kwantificeringen naar verwachting geen grote gevolgen heeft.

---

## 4.2 Berekening 1: uitgaven extramuraal niet boven verklaringsmodel

### *1a: zonder tweede orde effect*

Indien alle regio's (ook die binnen groep I en III) voor extramuraal zorg een uitgavniveau zouden kennen dat ten hoogste gelijk is aan de uitkomst van de verklaringsmodellen dan leidt dat tot een structurele kostenverlaging op landelijk niveau in de orde van grootte van circa 7% van de relevante uitgaven in 2008.

Afhankelijk van het volume waarop dit percentage wordt toegepast, betekent dit een bedrag per jaar in de volgende orde van grootte. Bij het volume dat samenhangt met:

- de beschouwde onderdelen van de functies PV en VP<sup>6</sup>: circa 120 miljoen euro;
- het totaal van de functies PV en VP: circa 150 miljoen euro.<sup>7</sup>

### *1b: met tweede orde effect*

In benadering 1a is vergeleken met verklaringsmodellen die zijn afgestemd op het totaal van de relevante uitgaven in 2008. Indien de uitgaven aan extramuraal zorg niet hoger kunnen zijn dan de uitkomst van de verklaringsmodellen, neemt het totaal van de uitgaven af. Wanneer de verklaringsmodellen op dit lagere totale uitgavniveau worden afgestemd, kan opnieuw worden berekend wat het effect is indien de uitgaven voor extramuraal zorg niet boven de uitkomst van de verklaringsmodellen mogen uitkomen. De aanvullende kostenverlaging op landelijk niveau zou dan uitkomen op circa 4% van de relevante uitgaven in 2008.

Afhankelijk van het volume waarop dit percentage wordt toegepast, betekent dit een bedrag per jaar in de volgende orde van grootte. Bij het volume dat samenhangt met:

- de beschouwde onderdelen van de functies PV en VP: circa 65 miljoen euro;
- het totaal van de functies PV en VP: circa 85 miljoen euro.

---

## 4.3 Berekening 2: uitgaven intramuraal niet boven verklaringsmodel

### *inleiding*

Dit betreft dezelfde berekeningen als bij benadering 1, maar nu toegepast op het gebruik van intramuraal voorzieningen. Daarbij zijn de uitkomsten voor 2006 als 'anker' gehanteerd en is met behulp van landelijke volumegegevens een globale doorvertaling gemaakt naar 2008.

### *2a: zonder tweede orde effect*

Indien alle regio's (ook die binnen groep I en III) voor het gebruik van intramuraal voorzieningen een uitgavniveau zouden kennen dat ten hoogste gelijk is aan de uitkomst van de verklaringsmodellen dan leidt dat tot een aanvullende kostenverlaging op landelijk niveau in de orde van grootte van circa 4% van de relevante uitgaven.

---

6. Zie voetnoot 2.

7. Als ook het volume dat samenhangt met de functies OB/AB hierbij zou worden betrokken, zou dit bedrag substantieel hoger uitvallen. Sinds 2008 is dit volume echter onderhevig aan dynamiek, onder andere door de recente pakketmaatregelen.



Toegepast op het landelijke budget 2008 voor intramurale verpleging en verzorging zou dit neerkomen op een bedrag in de orde van grootte van circa 245 miljoen euro per jaar.

#### *2b: met tweede orde effect*

In benadering 2a is vergeleken met verklaringsmodellen die zijn afgestemd op het totaal van de relevante uitgaven in 2006. Indien de uitgaven aan intramurale voorzieningen niet hoger kunnen zijn dan de uitkomst van de verklaringsmodellen, neemt het totaal van de uitgaven af. Wanneer de verklaringsmodellen op dit lagere uitgavenniveau worden afgestemd, kan opnieuw worden berekend wat het effect is indien de uitgaven aan intramurale voorzieningen niet boven de uitkomst van de verklaringsmodellen mogen uitkomen. De aanvullende kostenverlaging op landelijk niveau zou dan uitkomen op circa 3% van de relevante uitgaven.

Toegepast op het landelijke budget 2008 voor intramurale verpleging en verzorging zou dit neerkomen op een bedrag in de orde van grootte van circa 180 miljoen euro per jaar.

---

## 4.4 Berekening 3: gemiddelde uitkomsten groep I en III als referentieniveau

### *globale benadering*

In deze (alternatieve) berekening zijn de gemiddelde uitkomsten voor groep I en III als referentieniveau gebruikt voor de groepen II en IV. Bij de eerstgenoemde groepen regio's zijn de uitgaven voor extramuraal en intramuraal tezamen duidelijk lager dan het niveau van de verklaringsmodellen. Bij groep III ontstaat dit effect bij zowel intramuraal als extramuraal zorggebruik, bij groep I vooral bij intramurale voorzieningen.

### *uitkomsten berekeningen*

Bij de berekeningen is niet aangesloten bij de feitelijk gevonden uitkomsten voor de groepen I en III, maar is uitgegaan van een voorzichtiger scenario. Het is niet te verwachten dat in alle regio's van groep II en IV een zelfde resultaat als de gemiddelde score van groep I en III kan worden behaald. Met name voor groep III is er op gewezen dat hiervan veel regio's deel uitmaken die zijn gelegen in de omgeving van grote steden (en mogelijk profijt hebben van voorzieningen binnen deze stedelijke regio's). Tegen deze achtergrond zijn effecten berekend voor een situatie waarin de uitgaven voor extramuraal en intramuraal zorggebruik in alle regio's minimaal 5% tot 7,5% onder de uitkomst van de verklaringsmodellen uitkomen.

In beide gevallen zou dit een kostenverlaging op landelijk niveau opleveren in de orde van grootte van circa 8% à 10% van de relevante uitgaven. Dit is hoger dan de bovengenoemde percentages, omdat de uitgaven in een aantal regio's duidelijk boven het niveau van de verklaringsmodellen uitkomen.

Afhankelijk van het volume waarop deze percentages worden toegepast, betekent dit voor extramuraal zorg in 2008 een bedrag per jaar in de volgende orde van grootte. Bij het volume dat samenhangt met:

- de beschouwde onderdelen van de functies PV en VP<sup>8</sup>: circa 165 à 195 miljoen euro;
- het totaal van de functies PV en VP: circa 205 à 240 miljoen euro.<sup>9</sup>

Toegepast op het landelijke budget 2008 zou het voor intramurale verpleging en verzorging gaan om een bedrag in de orde van grootte van circa 460 à 570 miljoen euro.

---

8. Zie voetnoot 2.

9. Als ook het volume dat samenhangt met de functies OB/AB hierbij zou worden betrokken, zou dit bedrag substantieel hoger uitvallen. Sinds 2008 is dit volume echter onderhevig aan dynamiek, onder andere door de recente pakketmaatregelen.



---

## 5 Nadere onderbouwing en toepassingsmogelijkheden

---

### 5.1 Inleiding

De in het voorgaande gepresenteerde kwantificeringen kunnen door middel van vervolgonderzoek nader worden onderbouwd. Daarbij kan worden gedacht aan de volgende soorten werkzaamheden:

- actualiseren van gegevens over feitelijk zorggebruik van (extra/intramurale) verpleging en verzorging en daarop afgestemde verklaringsmodellen (vraagfactoren) (paragraaf 5.2);
- nader onderbouwen van de kwantitatieve effecten van aanbodfactoren (paragraaf 5.3);
- concretiseren van effecten van zorggebruik binnen samenhangende regelingen (Awbz en aanpalende terreinen) (paragraaf 5.4).

Aansluitend op een nadere toelichting van deze werkzaamheden schetsen we welke toepassingen er mogelijk zijn (paragraaf 5.5).

---

### 5.2 Actualiseren gegevens zorggebruik en vraaggerichte verklaringsmodellen

Voor vervolgonderzoek zou het wenselijk zijn om de gegevens over het feitelijk zorggebruik te actualiseren naar een zo recent mogelijk peiljaar. Daarbij is met name bij intramuraal zorggebruik aandacht nodig voor een meer precieze toerekening naar zorgkantoorregio's. Onder invloed van diverse ontwikkelingen in achterliggende jaren (waaronder fusies van zorginstellingen en vermaatschappelijking van voorzieningen) geeft een benadering op basis van AGB-codes van zorginstellingen steeds minder houvast. Als alternatief is een benadering mogelijk op basis van individuele cliëntgegevens (woonplaats). Er zou kunnen worden verkend in hoeverre deze benadering beter bruikbare bevindingen oplevert.

Op deze actuele feitelijke gebruiksgegevens kunnen vervolgens de gebruikte hulpformules voor de vraagkant worden afgestemd. Door deze actualiseringslag worden relevante ontwikkelingen sinds 2006 (vgl. paragraaf 3.2) in de modellen verdisconteerd. In relatie hiermee kan tevens worden getoetst of er mogelijk nog andere indicatoren bruikbaar zijn om de ontwikkelde modellen te verfijnen. In het voorgaande is gewezen op de mogelijke betekenis van nieuwe indicatoren voor bijvoorbeeld verschillen in gezondheidssituatie van de bevolking. In de gevoerde gesprekken met betrokken deskundigen zijn tot nu toe geen andere vraagfactoren genoemd. Tegen deze achtergrond gaat het er vooral om een slag te maken ter nadere kwantificering van aanbodeffecten.

---

### 5.3 Nader onderbouwen kwantitatieve effecten van aanbodfactoren

Voor de brede heroverwegingen staat het zoeken naar mogelijke besparingen voorop. Vanuit die optiek wordt expliciet gezocht naar 'best practices' (extramuraal/intramuraal) die als basis kunnen dienen voor het kwantificeren van aanbodfactoren. In hoofdstuk 4 is hiervoor een eerste, globale benadering toegepast op basis van groepsgegevens van enkele groepen regio's. Dit leverde een voorzichtige inschatting op van mogelijke structurele besparingen in de orde van grootte van circa 200 miljoen euro (extramuraal) respectievelijk 500 miljoen euro (intramuraal).

Deze benadering zou verder kunnen worden verfijnd door middel van vergelijkende analyses waarbij wordt ingezoomd op individuele regio's die kunnen dienen als 'best practices'. Hiermee kan zowel een toetsing als een aanscherping van de globale benadering plaatsvinden. Zo kan worden getoetst in hoeverre de omvang van de becijferde besparingen (ook bij actuelere gegevens) plausibel is door vergelijkbare regio's (in termen van vraagkenmerken) –zowel binnen als tussen groepen– onderling te vergelijken op relevante verschillen in aanbodfactoren. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan onderlinge vergelijking van een tweetal verstedelijkte regio's en van enkele meer landelijke regio's.

Een stap verder is het aanscherpen van de referentieniveaus door deze af te stemmen op de uitkomsten van concrete 'best practices' (geselecteerde regio's). Dit zou scherpere uitkomsten kunnen opleveren. Bij dit 'inzoomen' is het van belang dat 'best practices' in termen van uitgavenniveaus ook samengaan met een bepaald, wenselijk voorzieningenniveau (output- en kwaliteitkenmerken). Tot nu toe zijn zulke verbanden globaal verkend. Met deze verschillenanalyses zouden de kwantitatieve effecten van (niet te honoreren) aanbodfactoren die –in aanvulling op (wel te honoreren) vraagfactoren– van invloed zijn op (regionale verschillen in) het huidige niveau van zorggebruik concreter kunnen worden onderbouwd. Tevens kunnen aanknopingspunten worden gevonden om het (via de modellen) op de vraag afgestemde aanbod zo doelmatig mogelijk te organiseren.

Een en ander is al eerder beproefd bij de decentralisatie van middelen voor het (voormalige) onderdeel huishoudelijke verzorging (zie hoofdstuk 2). Daar is besparingspotentieel zichtbaar gemaakt door vergelijkende analyses op basis van 'best practices' en afgestemd op een gemiddeld efficiëntieniveau. Dit laatste hangt samen met het feit dat bij deze decentralisatie niet zozeer het realiseren van besparingen voorop stond, maar het zodanig verdelen van het beschikbare macrobudget dat alle gemeenten een gelijkwaardig bestedingspotentieel ontvangen.

---

## 5.4 Concretiseren effecten zorggebruik binnen samenhangende regelingen

Gegeven overlappende cliënt/doelgroepen en samenhangen in het voorzieningenaanbod is het van belang om meer zicht te krijgen op de effecten van aanpalende regelingen van de Awbz (grensgebieden). Voorbeelden zijn de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de (brede) maatschappelijke opvang (inclusief verslavingsbeleid en openbare geestelijke gezondheidszorg), de (brede) jeugdzorg en de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Door in de modellen globaal aan te sluiten bij verschillen in de totale caseload (vraaggeoriënteerd: aard en omvang van doelgroepen) van regio's is voor alle regio's een gelijkwaardig middelenkader beschikbaar. Hierbinnen kan door verantwoordelijke partijen regionaal/lokaal maatwerk worden geleverd, afgestemd op (uiteenlopende) specifieke behoeft patronen.

Met deze concretiseringslag kan een belangrijke basis worden gelegd voor het in onderlinge samenhang monitoren van ontwikkelingen binnen uiteenlopende kaders en onder verantwoordelijkheid van verschillende partijen. Tevens kan met deze samenhang globaal rekening worden gehouden bij de toedeling van middelen. In dit verband kan ter illustratie worden gewezen op bestaande monitoring in het kader van het periodiek onderhoud van het gemeentefonds, waarbij ontwikkelingen op het gebied van hulp bij het huishouden (nieuwe gemeentelijke taken) en andere (bestaande gemeentelijke) Wmo-gerelateerde voorzieningen in samenhang worden gezien.

Een mogelijke vervolgstap is te komen tot een regiobrede normstelling. De modellen kunnen dan prikkels bieden voor een samenhangende keteninzet: van extramurale en intramurale Awbz-voorzieningen in relatie met voorzieningen binnen andere kaders. Op die manier kunnen weglek-effecten tussen verschillende

regelingen worden voorkomen. Van belang hierbij is het ontwikkelen van een goede overgangsregeling, met name wanneer er sprake is van regio-specifieke elementen zoals de relatieve omvang van intramurale capaciteit.

---

## 5.5 Reikwijdte toepassingsmogelijkheden

Behalve voor de brede heroverwegingen kunnen de uitkomsten van de verschillenanalyse en de formules voor het honoreren van objectieve vraagverschillen (en het uitzuiveren van aanbodverschillen) ook voor andere doeleinden worden benut. In dit verband kan onder meer worden gewezen op de mogelijke toepassing van de ontwikkelde (en eventueel te verfijnen) modellen bij:

- het meer objectief (her)verdelen van Awbz-budgetten over (zorgkantoor)regio's, al dan niet via een overgangstraject van verevening;
- het decentraliseren van Awbz-budgetten naar (centrum)gemeenten in het kader van de Wmo;
- het overdragen van Awbz-budgetten naar andere wettelijke/financiële regimes en daarvoor verantwoordelijke partijen, in het bijzonder zorgverzekeraars in het kader van de Zvw;
- het beter onderling afstemmen van extramuraal en intramuraal zorggebruik via monitoring en/of normering, zowel binnen de Awbz als in relatie tot aanpalende terreinen zoals de Wmo of de Zvw.

In alle gevallen is het mogelijk om budgetten te normeren op lokaal en regionaal niveau, zodanig dat iedere gemeente en regio in een gelijkwaardige uitgangspositie wordt gebracht. Met de verdeling van de middelen voor huishoudelijke verzorging is de betekenis en het nut van de ontwikkelde modellen in dit opzicht inmiddels in de praktijk bewezen. Ook als door meerdere partijen samenhangende voorzieningen (voor vergelijkbare doelgroepen) worden geboden is een regionale doorvertaling mogelijk.

Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat de modellen ook in andere situaties kunnen aansluiten en praktisch toepasbaar zijn voor uiteenlopende indelingen, bijvoorbeeld als het gaat om grote zorgaanbieders die zorg leveren in verschillende regio's.<sup>10</sup> Daarnaast zijn doorvertalingen denkbaar bij de overdracht van budgetten naar zorgverzekeraars. Voor het vormgeven van risicoverevening kan bijvoorbeeld een systematiek worden ontwikkeld vanuit structuurkenmerken van regio's, waarbij de uitkomsten per regio aan zorgverzekeraars worden toegewezen conform hun (markt)aandeel binnen de desbetreffende regio. Zo kan rekening worden gehouden met verschillen in de mate waarin zorgverzekeraars werkzaam zijn in gebieden met een uiteenlopende bevolkingsamenstelling, bijvoorbeeld een relatief zwakke dan wel relatief sterke sociale structuur. Dit kan zowel bij de overgang als in de structurele situatie.

Kortom, met behulp van deze genuanceerde modellen is een normering mogelijk via verschillende ingangen. Gegeven historisch gegroeide regionale verschillen in het aanbod is het in elk geval van belang om dit op regionaal niveau vorm te geven alsmede bij overgangssituaties (bijvoorbeeld bij overheveling naar Wmo of Zvw). De kracht van de modellen is dat zij op geobjectiveerde wijze aansluiten bij behoeftverschillen tussen regio's/gemeenten. Door te werken met een afgewogen set van betrouwbare objectieve indicatoren beweegt de modeluitkomst bovendien in de tijd automatisch mee met exogene ontwikkelingen in demografische en sociaal-geografische structuurkenmerken van regio's/gemeenten. Een en ander betekent een aanzienlijke beperking van 'bestuurlijke drukte' (op landelijk en regionaal niveau) rond de inzet van financiële middelen.

---

10. Cebeon, *Toepasbaarheid verklaringsmodellen zorggebruik Awbz*, juli 2008.