
Verklaring van regionale verschillen in zorggebruik Awbz

591006 - 008

Rapport

Cebeon, 7 juni 2007

I Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Gegevens en onderzoeksanpak	7
2.1	Inleiding	7
2.2	Gebruikte gegevens	7
2.3	Onderzoeksanpak	9
3	Verpleging en verzorging: extramurale onderdelen	13
3.1	Inleiding	13
3.2	Extramurale gebruikspatronen	13
3.3	Werking van ‘verklaringsmodellen’	15
3.4	Regionale verschillen	16
3.5	Conclusies	18
4	Verpleging en verzorging: intramurale onderdelen	19
4.1	Inleiding	19
4.2	Intramurale gebruikspatronen	19
4.3	Werking van ‘verklaringsmodellen’	21
4.4	Regionale verschillen	22
4.5	Conclusies	24
5	Verpleging en verzorging: totaal	25
5.1	Inleiding	25
5.2	Verhouding tussen extramuraal en intramuraal	25
5.3	Conclusies	27
6	Verdieping: dynamiek en verbreding	29
6.1	Inleiding	29
6.2	Ontwikkeling in de tijd	29
6.3	Verbreding naar andere sectoren	31
6.4	Conclusies	33
7	Verdieping: achtergronden regionale verschillen	35
7.1	Inleiding	35
7.2	Scheiden van wonen en zorg	35
7.3	Bevorderende en remmende factoren op regionaal niveau	37
7.4	Betekenis van startsituaties en uitvoeringspraktijken	42
7.5	Conclusies	45
8	Conclusies	47
8.1	Inleiding	47
8.2	Betekenis van ontwikkelde ‘verklaringsmodellen’	47
8.3	Invloed van niet-objectieve factoren	48
8.4	Verdere ontwikkeling modellen met normerende functie	49
	Bijlagen	51
A	Extramurale functies	53

A.1 Inleiding.....	53
A.2 Persoonlijke verzorging	53
A.3 Verpleging	54
A.4 Ondersteunende en activerende begeleiding.....	55
B Verblijf	59
C Betekenis persoonlijke verzorging extra	61

1 Inleiding

achtergrond van het onderzoek

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Cebeon onderzoek verricht naar de achtergronden, in termen van relevante demografische en sociaal-geografische factoren, van regionale verschillen in zorggebruik op grond van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz). Doel van het onderzoek is om relevante inzichten en aanknopingspunten vanuit structuurkenmerken van regio's aan te reiken ten behoeve van de zorginkoop door zorgkantoren.

Centraal in het onderzoek staat de sector Verpleging, verzorging en thuiszorg voor ouderen (VVT), met de daarbinnen onderscheiden extramurale functies en intramurale voorzieningen. Daarnaast is ook voor de sectoren Gehandicaptenzorg (GHZ) en Geestelijke gezondheidszorg (GGz) onderzocht wat de achtergronden zijn van regionale verschillen in het tempo van scheiden van wonen en zorg. Dit deel van het onderzoek behelst een analyse van de verhouding tussen intramurale en extramurale voorzieningen. Daarbij gaat het vooral om de totale omvang en minder om afzonderlijke (intramurale en extramurale) onderdelen.

Het onderzoekstraject is begeleid door een commissie bestaande uit vertegenwoordigers van het ministerie van VWS, het College voor zorgverzekeringen, en Zorgverzekeraars Nederland.

clusters van onderzoeksvragen

Het onderzoek geeft antwoorden op vier onderzoeksvragen, die in twee delen kunnen worden geclusterd. Het eerste deel (vragen 1 t/m 3) richt zich alleen op de sector VVT en omvat de volgende onderzoeksvragen:

1. een inventarisatie van de objectieve demografische en sociaal-geografische factoren die van invloed zijn op de vraag naar VVT ten laste van de Awbz;
2. een kwantificering van de invloed van de geïnventariseerde factoren op de uitgaven voor VVT op het niveau van zorgkantoorregio's;
3. een beschrijving van de uitvoeringspraktijk ofwel de aard en betekenis van de niet-objectieve factoren die het uitgavenniveau voor VVT beïnvloeden.

Het tweede deel (vraag 4) omvat ook de andere Awbz-sectoren en richt zich op de volgende onderzoeksvraag:

4. een beschrijving van het tempo van scheiden van wonen en zorg op het niveau van zorgkantoorregio's alsmede een verklaring van regionale tempoverschillen vanuit enerzijds de genoemde objectieve factoren en anderzijds de uitvoeringspraktijk.

indeling rapport in relatie tot onderzoeksvragen en bestudeerde onderdelen

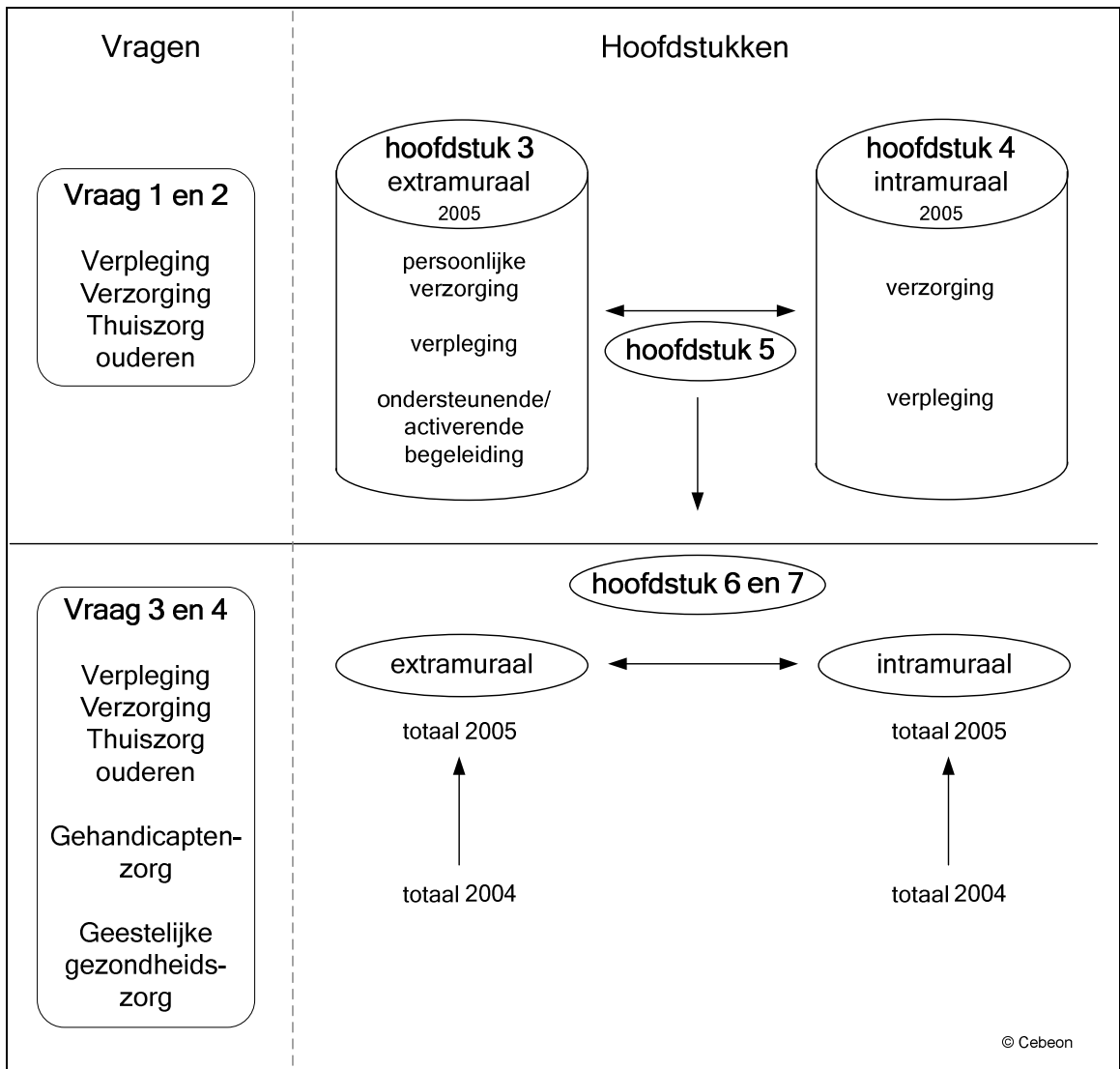
Onderstaand schema geeft de samenhang weer tussen de onderzoeksvragen, de bestudeerde onderdelen en de indeling van dit rapport. Daarbij zijn de volgende onderdelen onderscheiden:

- de extramurale onderdelen van de sector VVT afzonderlijk: de functies persoonlijke verzorging, verpleging, en ondersteunende/activerende begeleiding. De functie huishoudelijke verzorging is al onderzocht in het kader van de Wmo, en wordt zijdelings bij het onderhavige onderzoek betrokken. De functie behandeling blijft buiten beschouwing omdat hiervoor geen bruikbare gegevens beschikbaar zijn¹;
- de intramurale onderdelen van de sector VVT afzonderlijk: verzorgingshuizen en verpleeghuizen;
- het totaal van extramurale functies en het totaal van intramurale voorzieningen binnen de sector VVT;

1. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van CAK-gegevens over onderdelen waarvoor een eigen bijdrage- of registratieplicht geldt. Voor de functie behandeling ontbreekt een dergelijke plicht.

- de ontwikkeling van het totaal van de intramurale voorzieningen en het totaal van extramurale functies, voor de sector VVT en de sectoren GGz en GHZ.

Schema 1.1. Hoofdstukindeling in relatie tot onderzoeksvragen



Aansluitend op deze inleiding wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op de voor het onderzoek gebruikte gegevens en de gevolgde onderzoeks aanpak. De bevindingen van de analyses worden als volgt gepresenteerd:

- verpleging en verzorging: extramurale onderdelen (hoofdstuk 3);
- verpleging en verzorging: intramurale onderdelen (hoofdstuk 4);
- verpleging en verzorging: het totaal van extramurale en intramurale onderdelen (hoofdstuk 5);
- verdieping: ontwikkeling in de tijd van het totaal van intramurale onderdelen en het totaal van de extramurale onderdelen alsmede een verbreding naar andere sectoren (hoofdstuk 6);
- verdieping: achtergronden van regionale verschillen (hoofdstuk 7).

Het rapport wordt afgesloten met een samenvatting van de conclusies over de belangrijkste bevindingen van het onderzoek (hoofdstuk 8).

2 Gegevens en onderzoeksaanpak

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke gegevens zijn gebruikt voor de analyses en welke aanpak is gevolgd voor het onderzoek. Daarbij wordt waar relevant onderscheid gemaakt naar de clusters van onderzoeksvragen. Dit leidt tot de volgende indeling:

- gebruikte gegevens (paragraaf 2.2);
- onderzoeksaanpak (paragraaf 2.3).

2.2 Gebruikte gegevens

2.2.1 Inleiding

Deze paragraaf biedt een overzicht van de beschikbare gegevens die in het kader van het onderzoek zijn gebruikt. De belangrijkste categorie gegevens betreft het zorggebruik (in termen van prestatie-eenheden zoals uren en dagen), de benutte zorgcapaciteit (in termen van bedden en plaatsen), en de hiermee gemoeide uitgaven. Bron van deze gegevens zijn het Centraal Administratiekantoor bijzondere ziektekosten (CAK) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Een en ander wordt hieronder als volgt nader toegelicht:

- beschikbare gegevens per bron (paragraaf 2.2.2);
- gebruikte gegevens (paragraaf 2.2.3).

Daarnaast is gebruik gemaakt van meer algemeen beschikbare gegevens over structuurkenmerken op (sub)regionaal niveau (veelal op het niveau van afzonderlijke gemeenten), zoals bijvoorbeeld ook in het kader van het gemeentefonds worden gehanteerd. Dit betreft objectieve factoren zoals leeftijd, inkomen en sociaal-geografische factoren (zie ook paragraaf 2.3).

2.2.2 Beschikbare gegevens per bron

Centraal Administratiekantoor

Het CAK heeft gegevens geleverd over het zorggebruik in natura van de feitelijke zorgafnemers ('cliënten') in de jaren 2004 en 2005. Deze gegevens betreffen een stand van september/oktober 2006 en hebben betrekking op:

- extramurale producten waarvoor een eigen bijdrage relevant is of (tot 2006) een registratieplicht gold. Het gaat om meerdere producten van de functies persoonlijke verzorging, verpleging en ondersteunende begeleiding, en één product van de functie activerende begeleiding;
- intramurale onderdelen waarvoor een eigen bijdrage relevant is. Het betreft diverse typen instellingen.

De gegevens per cliënt zijn via het woonadres gesommeerd naar gemeenteniveau en gespecificeerd naar feitelijk geleverde zorg (uren en dagen) en relevante achtergrondkenmerken van cliënten. Door sommatie van de gegevens op gemeenteniveau worden vervolgens heldere beelden verkregen van het feitelijke zorggebruik,

zowel op landelijk niveau als op het niveau van elke gewenste regionale indeling. Deze feitelijke gegevens kunnen goed worden vergeleken met de demografische en sociaal-geografische kenmerken van de desbetreffende regio's.

Nederlandse Zorgautoriteit

Door de NZa zijn data beschikbaar gesteld die betrekking hebben op de productie-afspraken tussen zorgkantoren en zorgaanbieders (instellingen) voor de jaren 2004 en 2005 en die zijn opgenomen in de zorginkoopgids 2006. Het betreft gegevens per sector over:

- het gecontracteerde totaalbudget per intramurale instelling, gespecificeerd naar soorten kosten;
- relevante productieparameters (bedden/plaatsen, dagen, hoeveelheden en dergelijke) per intramurale instelling;
- relevante extramurale producten per instelling.

Voor de zorginkoopgids zijn de gegevens per instelling gesommeerd naar regionaal niveau door middel van een koppeling met het zorgkantoor waarmee de instelling een contractrelatie heeft en de productieafspraken heeft gemaakt. Hiermee hangt een aantal effecten samen:

- effecten in relatie tot de vestigingsplaats van de instelling: zorgaanbieders die niet zijn gevestigd in de regio van het zorgkantoor waarmee een contractrelatie wordt onderhouden, worden bij een koppeling naar de gemeente van vestiging in een andere zorgkantoorregio ingedeeld;
- effecten in relatie tot bovenregionale c.q. regiogrensoverschrijdende (daadwerkelijke) zorgverlening: zorg die in andere regio's wordt verleend, wordt in de gegevens zichtbaar bij de regio van het zorgkantoor waarmee een contractrelatie wordt onderhouden en niet in de regio van het feitelijke zorggebruik.

Er zijn aanwijzingen dat op basis van deze gegevens een vertekend beeld van –verschillen in– het zorggebruik op (sub)regionaal niveau kan ontstaan. Bovendien kan het beeld tussen de jaren in meer of mindere mate verschillen onder invloed van bijvoorbeeld fusies tussen instellingen. Per saldo zijn deze productiegegevens minder goed te confronteren met de demografische en sociaal-geografische kenmerken van regio's.

2.2.3 Gebruikte gegevens

zorggebruik en benutte zorgcapaciteit

Voor de analyses is primair gebruik gemaakt van beschikbare CAK-gegevens over het zorggebruik en de benutte zorgcapaciteit, waarbij het jaar 2005 centraal stond. Deze keuze vloeit voort uit een uitgesproken voorkeur van de begeleidingscommissie en houdt verband met de specifieke betekenis voor de onderzoeksvragen. De CAK-gegevens bieden namelijk inzicht in het feitelijke zorggebruik en de geografische locatie waar dit gestalte krijgt. Met behulp van de meegeleverde achtergrondkenmerken van het zorggebruik kan een directe koppeling worden gelegd met objectieve demografische en sociaal-geografische factoren.² Dit biedt een uitstekend vertrekpunt voor analyses naar relevante achtergronden van regionale verschillen.³

zorguitgaven

Door de CAK-gegevens over zorggebruik (aantal uren) per onderdeel te vermenigvuldigen met de relevante tarieven van de NZa zijn (sub)regionale uitgavenniveaus per extramuraal onderdeel verkregen. Voor de intramurale onderdelen is een vergelijkbare werkwijze gevolgd op basis van de benutte zorgcapaciteit (aantal

2. Dit is voor de productiegegevens van de NZa minder het geval.

3. Dit geldt in het bijzonder voor extramurale onderdelen, omdat de gegevens over het extramuraal gebruik betrekking hebben op het woonadres van cliënten. Voor intramurale onderdelen ligt dit iets anders (zie ook paragraaf 2.3).

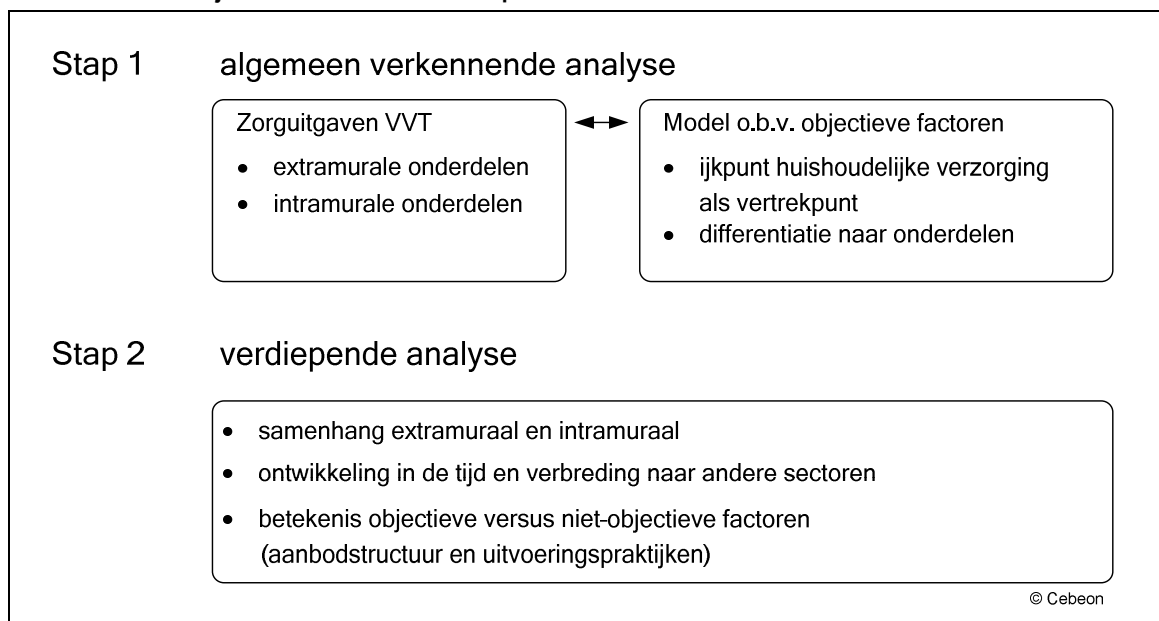
dagen en/of bezette bedden/plaatsen). Als tarieven hiervoor zijn gemiddelde kosten per eenheid op basis van NZa-gegevens gehanteerd voor zover deze betrekking hebben op direct aan bedden gerelateerde kosten.

2.3 Onderzoeksaanpak

2.3.1 Overzichtschema

Onderstaand schema geeft de hoofdlijnen van de gevolgde onderzoeksaanpak weer. De onderscheiden stappen worden vervolgens nader toegelicht.

Schema 2.1. Hoofdlijnen van de onderzoeksaanpak



2.3.2 Stap 1: algemeen verkennende analyse

eerste verschillenanalyse met ingrediënten ijkpunt huishoudelijke verzorging als vertrekpunt

Als eerste stap is geanalyseerd in hoeverre de zorguitgaven op basis van het feitelijke zorggebruik per extramuraal en intramuraal onderdeel kunnen worden geobjectiveerd met demografische en sociaal-geografische factoren. Voor deze eerste verschillenanalyse zijn de ingrediënten van het financiële ijkpunt voor de functie huishoudelijke verzorging (zoals dat in het kader van de Wmo is ontwikkeld) als vertrekpunt gehanteerd. De verwachting was namelijk dat bij de verschillenanalyse van de sector VVT vergelijkbare objectieve verklarende factoren een rol spelen als bij huishoudelijke verzorging. De beschikbare achtergrondgegevens van het CAK bevestigen dit.

Met deze ingrediënten is per onderdeel nagegaan of op hoofdlijnen een plausibel totaalbeeld van de samenhang tussen zorguitgaven en objectieve verklarende factoren kon worden verkregen. Met behulp van deze samenhang (een ‘verklaringsmodel’ op hoofdlijnen) was het vervolgens mogelijk om op regionaal niveau

zinnvolle verschillenanalyses te verrichten teneinde inzichtelijk te maken welke demografische en sociaal-geografische factoren van betekenis zijn voor de zorginkoop.

relevante objectieve verklarende factoren

In het financiële ijkpunt voor huishoudelijke verzorging zijn ten behoeve van de verdeling van de middelen in het gemeentefonds de volgende objectieve verklarende factoren verdisconteerd (die met name zijn afgeleid uit de feitelijke gebruikskennmerken van cliënten)⁴:

- leeftijdgebonden factoren: voor inwoners is een bepaald bedrag opgenomen, waarbij er duidelijk sprake is van een sterk oplopend bedrag voor oudere inwoners. Hiermee wordt tegemoetgekomen aan het gegeven dat het grootste deel van het gebruik voor rekening komt van 65-plussers, en met name de oudsten onder hen. Boven de 65 jaar neemt het gemiddelde gebruik namelijk verder toe met een stijgende leeftijd, wat een gevolg is van de gemiddeld steeds verder afnemende mogelijkheden om zelfstandig alle dagelijkse taken te kunnen blijven verrichten;
- factoren inzake de samenstelling van huishoudens: uit de beschikbare gebruikgegevens blijkt dat het gebruik zich relatief sterk concentreert bij alleenstaande ouderen. Zij hebben geen partner die hen de gebruikelijke zorg kan verlenen en doen veelal eerder en/of langer beroep op huishoudelijke zorg. Dit wordt gehonoreerd door binnen de categorieën 65-plussers eenpersoonshuishoudens te onderscheiden en een extra naar leeftijd oplopend gewicht toe te kennen;
- inkomensgebonden factoren: behalve met leeftijd en huishoudtype dient ook rekening te worden gehouden met de inkomenssituatie. Lagere inkomensgroepen maken –meer en/of langer– gebruik van huishoudelijke zorg. In de praktijk blijken (langdurige) situaties van lagere inkomens ook vaker gepaard te gaan met een slechtere gezondheidssituatie, wat vooral op latere leeftijd tot uiting komt. Daarnaast is van belang dat voor de hoogte van de eigen bijdragen het huishoudinkomen medebepalend is. Tegen deze achtergrond is het verklaarbaar dat de omvang van verleende zorg in gemeenten met een zwakkere sociale structuur (veel huishoudens met lage inkomens) op een hoger uitgavenniveau ligt dan in gemeenten met een sterkere sociale structuur. Om hiermee rekening te houden is een indicator voor lage inkomens opgenomen, die ook verschillen in inkomens voor de inwoners van 65 jaar en ouder tussen gemeenten goed indiceert. Daarbij is een nadere weging toegepast voor de onderscheiden categorieën 65-plussers die recht doet aan het feit dat het daadwerkelijk beroep op huishoudelijke zorg toeneemt met de leeftijd;
- factoren inzake arbeidsgerelateerde zorgbehoeften: bij mensen met een uitkering in verband met arbeidsongeschiktheid is er in het algemeen sprake van een meer dan gemiddelde kans op een –intensiever en/of langduriger– vraag naar huishoudelijke zorg. Deze factor fungeert tevens als inkomensindicator (relatief lagere inkomenssituatie);
- geografische factoren: een correctie voor de bevinding dat er in (groot)stedelijke gebieden in aanvulling op de voorgaande indicatoren relatief minder (snel en/of lang) gebruik wordt gemaakt van huishoudelijke zorg. In vergelijking met kleinere (plattelands)gemeenten zijn in een stedelijke omgeving als regel meer voorzieningen en op kortere afstand beschikbaar. Bovendien ontvangen grotere steden relatief meer middelen via de clusters Bijstand en Zorg in het gemeentefonds, waarmee zij meer voorzieningen kunnen realiseren en in stand houden (zoals minimabeleid, sociaal vervoer, maatschappelijke zorg, maaltijdvoorzieningen, woningaanpassingen).

specifieke karakter intramurale analyse

De analyse van het gebruik van intramurale voorzieningen heeft een iets ander karakter dan die van het extramurale zorggebruik. Bij de extramurale zorgfuncties is de analyse gebaseerd op gegevens over de geografische locatie waar de zorgvraag ontstaat (woonadres van cliënten). In de meeste gevallen is dit ook de

4. Een financieel verdeelmodel is een verder uitgewerkt en getoetst 'verklaringsmodel' dat kan worden gebruikt om financiële middelen toe te delen, (in casu aan gemeenten).

locatie waar het daadwerkelijke zorggebruik gestalte krijgt.⁵ Een en ander maakt het mogelijk om een directe (lokale) koppeling te leggen met demografische en sociaal-geografische factoren.

Bij intramurale voorzieningen geven de beschikbare gegevens geen directe informatie over de exacte geografische locatie (gemeentelijk niveau) waar de zorgvraag ontstaat (oorspronkelijke woonadres van cliënten), maar alleen over de locatie waar het zorggebruik plaatsvindt (adres van de intramurale voorziening). Daarbij is het aanbod van intramurale zorg meer geografisch geconcentreerd. Intramurale voorzieningen vervullen vaak een bovenlokale of regionale functie. Dit is zichtbaar bij verzorgingshuizen, maar nog meer bij verpleeghuizen. Een en ander betekent dat een directe koppeling met –voor de huidige zorgvraag relevante– lokale demografische en sociaal-geografische factoren minder goed mogelijk is dan bij extramurale onderdelen. Op regionaal niveau zijn er wel aanknopingspunten. Daarbij hebben geografische factoren (zoals stedelijke/landelijke context en centrumfuncties) meer een aanbodgerelateerde betekenis, aangezien de huidige zorgvraag wordt gekanaliseerd in de bestaande, historisch gegroeide aanbodsituatie (gebouwen). Tegen deze achtergrond is de intramurale analyse gericht op het regionale niveau en zijn de ‘verklaringsmodellen’ voor verzorgingshuizen en verpleeghuizen vooral afgestemd op het CAK-gebruikspatroon.

2.3.3 Stap 2: verdiepende analyse

samenhang extramuraal en intramuraal

Voor deze stap is onderzocht welke samenhang er op regionaal niveau is tussen het totaal van de intramurale onderdelen en het totaal van de extramurale onderdelen van de VVT. Belangrijke vraag daarbij is of hogere/lagere feitelijke uitgaven (ten opzichte van het geobjectiveerde uitgavenniveau) bij de intramurale onderdelen gepaard gaan met hogere/lagere feitelijke uitgaven bij de extramurale onderdelen (mogelijke cumulatie) dan wel dat de verschillen elkaar (gedeeltelijk) compenseren (mogelijke substitutie).

Deze samenhang is eveneens gebruikt om na te gaan welke (typen) regio’s de meeste aanknopingspunten bieden om zicht te krijgen op achtergronden van tempoverschillen bij het scheiden van wonen en zorg.

ontwikkeling in de tijd en verbreding naar andere sectoren

In aanvulling op de eerder verrichte sectorbrede analyses voor de VVT op basis van standgegevens voor 2005 is ook een meer dynamische analyse verricht. Hiervoor is nagegaan hoe de totale extramurale en intramurale uitgaven zich hebben ontwikkeld ten opzichte van een eerder jaar.

Met het oog op de vierde onderzoeksvraag heeft tevens een verbreding van de analyse plaatsgevonden naar de sectoren gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

betekenis objectieve versus niet-objectieve factoren

Een derde element van deze verdiepende stap betreft een nadere analyse van gevonden grootste verschillen op de betekenis van objectieve versus niet-objectieve verklarende factoren. Bij dit laatste gaat het onder meer om regionale verschillen in de omvang en samenstelling van het aanbod aan voorzieningen en in de uitvoeringspraktijk. De betekenis van genoemde factoren is nader onderzocht met een toespitsing op de vraag naar de achtergronden van regionale tempoverschillen bij het scheiden van wonen en zorg

Hieraan is invulling gegeven door middel van interviews met betrokken deskundigen van een tiental zorgkantoren. In deze gesprekken is op hoofdlijnen getoetst of het verkregen beeld op basis van de beschikbare

5. Belangrijkste uitzondering betreft vormen van (groepsgewijze) dagbesteding.

gegevens herkenbaar is en aansluit bij de ontwikkeling in de praktijk. In aansluiting hierop is doorgevraagd naar de relevante factoren die bevorderend dan wel remmend werken op het tempo van scheiden van wonen en zorg. Daarnaast is bij enkele regio's informatie verkregen van deskundigen bij gemeenten. Behalve het houden van interviews zijn ook relevante achtergronddocumenten over regionale situaties en beleidsvisies/acties bestudeerd. Met behulp hiervan zijn de in de interviews verkregen beelden waar mogelijk aangevuld c.q. aangescherpt.

3 Verpleging en verzorging: extramurale onderdelen

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk richt zich op de beantwoording van de eerste en tweede onderzoeksvraag voor de onderzochte extramurale onderdelen van de sector VVT. Het betreft –delen van– de functies persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding. De inhoud van deze functies, hun samenstelling (producten) en hun financiële betekenis zijn toegelicht in bijlage A. Voor deze onderdelen wordt in beeld gebracht welke objectieve demografische en sociaal-geografische factoren van invloed zijn op het zorggebruik (eerste onderzoeksvraag) en wordt gekwantificeerd wat hun invloed is op de regionale uitgaven (tweede onderzoeksvraag).

De analyse en daarop gebaseerde bevindingen worden beschreven door achtereenvolgens in te gaan op:

- de patronen in het zorggebruik zoals die kunnen worden afgeleid uit de beschikbare CAK-gegevens (paragraaf 3.2);
- de werking van de ‘verklaringsmodellen’ die zijn ontwikkeld in afstemming op de gebruikspatronen per onderdeel (paragraaf 3.3);
- de verschillen tussen het relevante ‘verklaringsmodel’ en de feitelijke uitgaven per zorgkantorregio (paragraaf 3.4);
- conclusies betreffende de bevindingen (paragraaf 3.5).

3.2 Extramurale gebruikspatronen

3.2.1 Inleiding

Op basis van een analyse vanuit de zorgvraag is geconstateerd dat leeftijds- en inkomensgerelateerde factoren in belangrijke mate relevant zijn voor de verklaring van regionale verschillen in extramuraal zorggebruik. In deze paragraaf wordt dit geïllustreerd aan de hand van het landelijke gebruikspatroon dat kan worden afgeleid uit de beschikbare gegevens van het CAK. Dit gebruikspatroon wordt afgezet tegen het aandeel van de desbetreffende factor in de bevolking. Daarbij worden, ter vergelijking, ook gegevens voor de functie huishoudelijke verzorging getoond. Naast leeftijd en inkomen wordt eveneens ingegaan op de betekenis van andere objectieve factoren.

3.2.2 Extramurale gebruikspatronen: leeftijd

In onderstaande tabel is per onderdeel weergegeven welk aandeel de onderscheiden leeftijdsgroepen hebben in het extramurale zorggebruik.

Tabel 3.1. Gebruikspatronen extramurale onderdelen op basis van leeftijd in relatie tot bevolking (bron: CAK respectievelijk Statline)

<i>Leeftijd</i>	<i>Bevolking</i>	<i>HV</i>	<i>PV</i>	<i>VP</i>	<i>OB/AB</i>
<i>a. jonger dan 65 jaar</i>	86,0%	16%	10%	18%	28%
<i>b. van 65 tot 75 jaar</i>	7,7%	18%	12%	17%	13%
<i>c. van 75 tot 85 jaar</i>	4,9%	45%	40%	38%	34%
<i>d. ouder dan 85 jaar</i>	1,5%	21%	38%	27%	25%

Toelichting: HV = huishoudelijke verzorging, PV = persoonlijke verzorging, VP = verpleging, OB/AB = ondersteunende / activerende begeleiding.

Het weergegeven gebruikspatroon toont aan dat het grootste deel van het extramurale zorggebruik voor rekening komt van de groep 65-plussers. Wel hebben 65-minners bij begeleiding een relatief groter gebruiksaandeel. Dit hangt onder meer samen met jongere cliënten die een handicap of beperking hebben en met ondersteuning van mantelzorgers (ouders/verzorgers).

Binnen de groep 65-plussers blijkt de zorgbehoefte sterk op te lopen met toenemende leeftijd. Zo heeft, in verhouding tot de groep 75-plussers, vooral de groep 85-plussers een relatief groot aandeel in het zorggebruik. Dit geldt met name voor persoonlijke verzorging.

3.2.3 Extramurale gebruikspatronen: inkomen

Ook inkomen vormt een factor van betekenis voor het zorggebruik bij extramurale onderdelen. Onderstaande tabel illustreert dit voor een vijftal inkomenscategorieën.

Tabel 3.2. Gebruikspatronen extramurale onderdelen op basis van inkomen in relatie tot bevolking (bron: CAK respectievelijk Statline)

<i>Inkomen</i>	<i>Bevolking</i>	<i>HV</i>	<i>PV</i>	<i>VP</i>	<i>OB/AB</i>
<i>a. minder dan 10.000 euro</i>	4,3%	13%	12%	12%	11%
<i>b. 10.000 tot 15.000 euro</i>	19,1%	44%	41%	36%	40%
<i>c. 15.000 tot 20.000 euro</i>	26,0%	22%	20%	21%	21%
<i>d. 20.000 tot 30.000 euro</i>	23,5%	13%	15%	16%	15%
<i>e. meer dan 30.000 euro</i>	27,1%	8%	13%	15%	13%

Toelichting: HV = huishoudelijke verzorging, PV = persoonlijke verzorging, VP = verpleging, OB/AB = ondersteunende / activerende begeleiding.

Het weergegeven gebruikspatroon maakt duidelijk dat huishoudens met een laag inkomen, afgezet tegen het aandeel in de bevolking, het grootste deel van het extramurale zorggebruik voor hun rekening nemen.

Verder valt op dat de factor lage inkomens bij de andere extramurale onderdelen minder gewicht heeft dan bij huishoudelijke verzorging. Dit hangt samen met het gegeven dat er relatief meer gebruikers uit hogere inkomensgroepen zijn. Ook is de eigen bijdrage voor deze functies in verhouding lager (persoonlijke verzorging en verpleging) of in het geheel niet van toepassing (begeleiding).⁶

6. Voor de eigen bijdrage (zorg zonder verblijf) wordt uitgegaan van een vast bedrag (in 2005: € 11,80) per verleend zorguur. Omdat het tarief per uur bij de meeste andere extramurale functies hoger ligt dan bij huishoudelijke verzorging, is de eigen bijdrage in verhouding lager.

3.2.4 Extramurale gebruikspatronen: overige objectieve factoren

Naast de genoemde factoren zijn, afhankelijk van het specifieke onderdeel, in meer of mindere mate ook de volgende objectieve factoren relevant voor de verklaring van regionale verschillen in het extramurale zorggebruik:

- arbeidsgerelateerde zorgbehoeften (arbeidsgehandicapte uitkeringsontvangers);
- huishoudensamenstelling (eenpersoonshuishoudens);
- stedelijke dan wel landelijke context (omgevingsadressendichtheid).

Voor persoonlijke verzorging en begeleiding geldt dat alleenstaanden eerder en/of langduriger behoefte hebben aan zorgverlening doordat zij minder kunnen terugvallen op informele zorg c.q. mantelzorg.

Bij begeleiding speelt dit in versterkte mate in een (groot)stedelijke context vanwege de grotere complexiteit en hogere eisen die worden geteld aan zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Bij persoonlijke verzorging vormt een (groot)stedelijke context, evenals bij huishoudelijke verzorging, meer een correctiefactor vanwege de ruimere beschikbaarheid en/of nabijheid van (voorliggende) algemene voorzieningen.

Verpleging heeft een meer eigenstandig karakter, omdat voor deze zorgbehoefte steeds een vorm van professionele zorgverlening nodig is, onafhankelijk van bijvoorbeeld huishoudensamenstelling of stedelijke context.

3.3 Werking van ‘verklaringsmodellen’

Voor de onderscheiden onderdelen is een ‘verklaringsmodel’ ontwikkeld dat is afgeleid van het eerder ontwikkelde verdeelmodel voor huishoudelijke verzorging. Deze ‘verklaringsmodellen’ sluiten globaal aan op de bovengenoemde gebruikspatronen. Daarmee is per onderdeel een globaal ‘verklaringsmodel’ beschikbaar waarmee regionale verschillen in zorggebruik objectief kunnen worden beoordeeld.

Om dit te illustreren, wordt in onderstaande tabel per onderdeel een overzicht gegeven van het verschil tussen het relevante ‘verklaringsmodel’ en de feitelijke uitgaven voor uiteenlopende groepen gemeenten (naar inwonergrootte, sociale structuur, en aantal ouderen). Zoals in bijlage C nader wordt toegelicht, blijft bij het onderdeel persoonlijke verzorging het product ‘extra’ buiten beschouwing vanwege een zeer ongelijke spreiding over regio’s. Het zorggebruik blijkt te zijn geconcentreerd bij enkele regio’s, waar dit product een sterk verhogende invloed heeft op de totale uitgaven.

Naast de in dit onderzoek betrokken onderdelen is ook de functie huishoudelijke verzorging in de tabel opgenomen. De uitkomsten voor deze functie zijn gebaseerd op gebruiksgegevens 2005, waarop het geactualiseerde verdeelmodel is toegepast.⁷ Overigens kan bij deze functie worden opgemerkt dat de relatieve betekenis van persoonsgebonden budgetten beperkt is. Op (sub)regionaal niveau kunnen de verschillen bij het zorggebruik in natura hierdoor worden versterkt dan wel afgezwakt.

7. Evenals bij de andere onderdelen betreft het alleen het gebruik van zorg in natura, zoals deze bij het CAK is geregistreerd.

Tabel 3.3. Extramurale onderdelen: verschil tussen relevante 'verklaringsmodel' en feitelijke uitgaven, en uitgavniveau 2005, naar diverse groepen gemeenten (bedragen in euro's per inwoner)

Gemeentegroepen	Verskil tussen 'verklaringsmodel' en uitgaven					Uitgaven 2005	
	HV	PV	VP	OB/AB	Totaal extramuraal	Totaal extramuraal	
<i>0-10.000 inwoners</i>	5	-1	-4	-2	-2	164	
<i>10-20.000 inwoners</i>	5	-1	-2	0	1	165	
<i>20-50.000 inwoners</i>	-2	-1	1	-0	-3	181	
<i>50-100.000 inwoners</i>	-1	1	-1	-0	-2	193	
<i>100-250.000 inwoners</i>	1	3	3	3	10	171	
<i>meer dan 250.000 inwoners</i>	0	-1	-1	-2	-4	206	
<i>zeer zwakke sociale structuur</i>	3	-1	-1	-0	0	213	
<i>zwakke sociale structuur</i>	1	0	2	-1	2	200	
<i>matige sociale structuur</i>	-3	0	-0	2	-1	191	
<i>sterke sociale structuur</i>	-2	-1	-1	-1	-5	177	
<i>zeer sterke sociale structuur</i>	1	1	0	0	2	139	
<i>zeer weinig ouderen</i>	2	-0	0	1	3	161	
<i>wenig ouderen</i>	-1	0	-1	-1	-3	179	
<i>veel ouderen</i>	-0	-0	-1	-0	-1	177	
<i>zeer veel ouderen</i>	-0	-0	1	-0	0	210	

Toelichting: positief getal (+) = feitelijke uitgaven lager dan 'verklaringsmodel', negatief getal (-) = feitelijke uitgaven hoger dan 'verklaringsmodel'; HV = huishoudelijke verzorging, PV = persoonlijke verzorging, VP = verpleging, OB/AB = ondersteunende / activerende begeleiding.

De tabel laat zien dat het relevante 'verklaringsmodel' bij de meeste onderscheiden gemeentegroepen redelijk goed aansluit bij de feitelijke uitgaven, zowel per onderdeel als voor het totaal van de extramurale onderdelen. Zo wordt met het model bij de sociale structuurgroepen een bandbreedte in de totale feitelijke uitgaven overbrugd van 139 tot 213 euro per inwoner, en bij de ouderengroepen een bandbreedte van 161 tot 210 euro per inwoner. Alleen voor enkele inwonergroottes (meer dan 100.000 inwoners) is de afwijking voor het totaal van de extramurale onderdelen iets groter.

Dit toont aan dat de ontwikkelde globale 'verklaringsmodellen' bij de extramurale onderdelen in hoge mate plausibel zijn en derhalve goed kunnen dienen als referentie om per regio inzicht te verkrijgen in de mate waarin het feitelijke zorggebruik afwijkt van het geobjectiveerde niveau.

3.4 Regionale verschillen

De ontwikkelde 'verklaringsmodellen' ('profiel voor zorginkoop') zijn toegepast op regionaal niveau. Onderstaande tabel laat per zorgkantoorregio zien in hoeverre de feitelijke uitgaven voor de extramurale onderdelen afwijken van het relevante 'verklaringsmodel'.

Tabel 3.4. Extramurale onderdelen: verschil tussen relevante 'verklaringsmodel' en feitelijke uitgaven, en uitgavenniveau 2005 per zorgkantoorregio (bedragen in euro's per inwoner)

Regio	Verschillen tussen 'verklaringsmodel' en uitgaven				Uitgaven 2005	
	HV	PV	VP	OB/AB	Totaal extramuraal	Totaal extramuraal
Regio A	1	8	1	-1	9	179
Regio B	2	24	5	1	32	193
Regio C	-17	3	-4	-5	-23	158
Regio D	3	3	-3	1	5	149
Regio E	15	7	5	-1	27	135
Regio F	-5	19	4	5	23	121
Regio G	-17	11	4	4	3	200
Regio H	6	19	2	5	33	142
Regio I	-13	13	2	-7	-5	220
Regio J	0	-9	-6	4	-11	192
Regio K	21	19	10	11	60	157
Regio L	-8	-6	4	3	-6	158
Regio M	3	5	10	-5	14	150
Regio N	13	13	4	1	31	135
Regio O	-20	-13	3	6	-23	230
Regio P	-7	-0	-4	-8	-19	193
Regio Q	8	1	7	2	19	145
Regio R	4	-14	2	5	-3	160
Regio S	-7	-4	-7	1	-17	185
Regio T	9	-11	-2	4	-0	210
Regio U	-0	4	-6	2	-1	166
Regio V	-10	-12	-8	-4	-34	220
Regio W	-10	10	2	-9	-8	229
Regio X	7	6	11	5	29	129
Regio Y	16	-22	-10	1	-15	218
Regio Z	-6	2	0	-10	-13	185
Regio AA	-5	6	-0	-5	-4	227
Regio AB	12	-4	1	6	16	151
Regio AC	-8	6	-5	-1	-7	217
Regio AD	16	-14	-3	3	1	183
Regio AE	-13	-7	-3	-5	-28	207
Regio AF	2	1	-0	0	3	158

Toelichting: positief getal (+) = feitelijke uitgaven lager dan 'verklaringsmodel', negatief getal (-) = feitelijke uitgaven hoger dan 'verklaringsmodel'; HV = huishoudelijke verzorging, PV = persoonlijke verzorging, VP = verpleging, OB/AB = ondersteunende / activerende begeleiding.

In de tabel is een relatief sterke spreiding tussen zorgkantoorregio's zichtbaar, zelfs als de verschillen voor alle extramurale onderdelen worden gesommeerd. Hieruit kan worden opgemaakt dat in zorgkantoorregio's niet in dezelfde mate rekening is gehouden met de objectieve factoren uit de gebruiksprofielen.

Daarbij zijn in een tiental zorgkantoorregio's duidelijke patronen te herkennen met cumulerende effecten (bijvoorbeeld regio B, H, K, V en AE). Bij deze regio's versterken de verschillen ten opzichte van de 'verklaringsmodellen' elkaar: de feitelijke uitgaven bij (vrijwel) alle extramurale onderdelen zijn hoger respectievelijk lager dan het niveau dat op grond van de objectieve factoren zou worden verwacht. Duidelijk hoge/lage cumulerende uitgavenniveaus op de onderdelen kunnen worden herleid op boven/ondergemiddelde aantallen cliënten per inwoner en/of uren per cliënt.

Bij andere zorgkantoorregio's is juist sprake van duidelijke substitutie-effecten, waarbij hogere feitelijke uitgaven voor het ene onderdeel worden gecompenseerd door lagere feitelijke uitgaven voor andere onderdelen (bijvoorbeeld regio G, I, R, T en Y). In de tabel zijn met name substitutie-effecten herkenbaar tussen de onderdelen persoonlijke verzorging en huishoudelijke verzorging.⁸

Met name voor regio's met cumulerende effecten lijkt de vraag relevant in hoeverre er een samenhang is met verschillen in uitvoeringspraktijken (inclusief indicatiestelling) en/of met uitgavenverschillen bij intramurale zorg. Op deze en mogelijke andere achtergronden wordt ingegaan in de hoofdstukken 5 tot en met 7.

3.5 Conclusies

De belangrijkste bevinding van dit hoofdstuk is dat voor de extramurale onderdelen globale 'verklaringsmodellen' konden worden ontwikkeld die in hoge mate plausibel zijn. Deze modellen bevatten dezelfde objectieve factoren als het eerder ontwikkelde financiële ijkpunt voor de functie huishoudelijke verzorging. Wel kunnen deze factoren, afhankelijk van het desbetreffende onderdeel, een andere betekenis hebben. Zo heeft de groep 85-plussers bij persoonlijke verzorging een grotere betekenis en de groep 65-minners bij begeleiding. De factor lage inkomens heeft bij de beschouwde onderdelen minder gewicht dan bij huishoudelijke verzorging.

Met behulp van de ontwikkelde 'verklaringsmodellen' is de invloed van deze objectieve demografische en sociaal-geografische factoren gekwantificeerd op het niveau van zorgkantoorregio's. Daarmee is per regio inzicht verkregen in de mate waarin het feitelijke zorggebruik afwijkt van het geobjectiveerde niveau.

Tussen zorgkantoorregio's is een relatief sterke spreiding zichtbaar, ook wanneer als de verschillen voor alle extramurale onderdelen worden gesommeerd. Hieruit kan worden opgemaakt dat in zorgkantoorregio's niet in dezelfde mate rekening is gehouden met de objectieve factoren. Met name voor regio's met op de onderdelen cumulerende effecten lijkt de vraag relevant in hoeverre er een samenhang is met verschillen in uitvoeringspraktijken en/of met intramurale uitgavenverschillen.

Voor de zorginkoop zijn tot nu toe vooral vergelijkingen gemaakt op basis van gegevens over productieafspraken. Dit onderzoek toont aan dat zorgbehoeften samenhangen met demografische en sociaal-geografische bevolkingskenmerken. Het is van belang om hiermee ook bij de zorginkoop rekening te houden. Daarbij kan tevens worden geconcludeerd dat een benadering op basis van meerdere objectieve factoren meer concrete en genuanceerde inzichten biedt dan enkelvoudige benaderingen (bijvoorbeeld op basis van alleen het aantal inwoners of 75-plussers).

8. Hoewel formeel geen uitwisseling tussen functies is toegestaan, blijkt dit in de praktijk wel plaats te vinden. Een voorbeeld hiervan is de situatie waarin mantelzorgers (duurdere) persoonlijke verzorging verlenen en een zorgaanbieder –in ruil daarvoor– (goedkopere) huishoudelijke verzorging levert.

4 Verpleging en verzorging: intramurale onderdelen

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk richt zich op de beantwoording van de eerste en tweede onderzoeksvraag voor de onderzochte intramurale onderdelen van de sector VVT: de verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Deze verblijfsvormen en hun financiële betekenis zijn toegelicht in bijlage B. Voor deze onderdelen wordt in beeld gebracht welke objectieve demografische en sociaal-geografische factoren van invloed zijn op het zorggebruik (eerste onderzoeksvraag) en wordt gekwantificeerd wat hun invloed is op de regionale uitgaven (tweede onderzoeksvraag).

De analyse en daarop gebaseerde bevindingen worden beschreven door achtereenvolgens in te gaan op:

- de patronen in het zorggebruik zoals die kunnen worden afgeleid uit de beschikbare CAK-gegevens (paragraaf 4.2);
- de werking van de relevante ‘verklaringsmodellen’ (paragraaf 4.3);
- de verschillen tussen het relevante ‘verklaringsmodel’ en de feitelijke uitgaven per zorgkantoorregio (paragraaf 4.4);
- conclusies betreffende de bevindingen (paragraaf 4.5).

4.2 Intramurale gebruikspatronen

4.2.1 Inleiding

Op basis van een analyse vanuit de zorgvraag is geconstateerd dat leeftijds- en inkomensgerelateerde factoren in belangrijke mate relevant zijn voor de verklaring van regionale verschillen in zorggebruik. In deze paragraaf wordt dit voor de bestudeerde intramurale onderdelen geïllustreerd aan de hand van het landelijke gebruikspatroon dat kan worden afgeleid uit de beschikbare gegevens van het CAK. Dit gebruikspatroon wordt afgezet tegen het aandeel van de desbetreffende factor in de bevolking. Naast leeftijd en inkomen wordt eveneens ingegaan op de betekenis van andere objectieve factoren.

4.2.2 Intramurale gebruikspatronen: leeftijd

In onderstaande tabel is per onderdeel weergegeven welk aandeel de onderscheiden leeftijdsgroepen hebben in het intramurale zorggebruik.

Tabel 4.1. Gebruikspatronen intramurale onderdelen op basis van leeftijd in relatie tot bevolking (bron: CAK respectievelijk Statline)

<i>Leeftijd</i>	<i>Bevolking</i>	<i>VZH</i>	<i>VPH</i>
<i>a. jonger dan 65 jaar</i>	86,0%	1%	8%
<i>b. van 65 tot 75 jaar</i>	7,7%	6%	13%
<i>c. van 75 tot 85 jaar</i>	4,9%	35%	40%
<i>d. ouder dan 85 jaar</i>	1,5%	58%	38%

Toelichting: VZH = verzorgingshuizen, VPH = verpleeghuizen.

Het weergegeven gebruikspatroon toont aan dat het overgrote deel van het zorggebruik in verzorgingshuizen en verpleeghuizen voor rekening komt van de groep 75-plussers. Binnen deze groep blijkt de zorgbehoefte bovendien (zeer) sterk op te lopen met toenemende leeftijd: de groep 85-plussers heeft, met name bij verzorgingshuizen, het grootste aandeel in het zorggebruik.

4.2.3 Intramurale gebruikspatronen: inkomen

Ook inkomen vormt een factor van betekenis voor het zorggebruik bij intramurale onderdelen. Onderstaande tabel illustreert dit voor een vijftal inkomenscategorieën.

Tabel 4.2. Gebruikspatronen intramurale onderdelen op basis van inkomen in relatie tot bevolking (bron: CAK respectievelijk Statline)

<i>Inkomen</i>	<i>Bevolking</i>	<i>VZH</i>	<i>VPH</i>
<i>a. minder dan 10.000 euro</i>	4,3%	23%	25%
<i>b. 10.000 tot 15.000 euro</i>	19,1%	45%	37%
<i>c. 15.000 tot 20.000 euro</i>	26,0%	16%	16%
<i>d. 20.000 tot 30.000 euro</i>	23,5%	11%	13%
<i>e. meer dan 30.000 euro</i>	27,1%	6%	8%

Toelichting: VZH = verzorgingshuizen, VPH = verpleeghuizen.

Het weergegeven gebruikspatroon maakt duidelijk dat huishoudens met een laag inkomen, afgezet tegen het aandeel in de bevolking, het grootste deel van het intramurale zorggebruik voor hun rekening nemen.

De betekenis van deze verklarende factor hangt samen met het gegeven dat er relatief veel gebruikers uit lagere inkomensgroepen zijn. Blijkbaar doen zij eerder een beroep op intramurale zorg dan huishoudens met hogere inkomens, die beter in staat en –mede onder invloed van de hoge eigen bijdrage–meer geneigd zullen zijn om langer zelfstandig te voorzien in hun zorgbehoefte. Ook kan terugval in inkomen als gevolg van pensioen een rol spelen.

4.2.4 Intramurale gebruikspatronen: overige objectieve factoren

Naast de genoemde factoren zijn, afhankelijk van het specifieke onderdeel, in meer of mindere mate ook de volgende objectieve factoren relevant voor de verklaring van regionale verschillen in intramuraal zorggebruik:

- arbeidsgerelateerde factoren (arbeidsgehandicapte uitkeringsontvangers). De betekenis van deze factoren ligt (deels) in het verlengde van de factor lage inkomens. Zo blijkt intramurale capaciteit relatief meer aanwezig te zijn in gebieden met relatief veel arbeidsgehandicapte uitkeringsontvangers. Dit zijn regio's en gemeenten waar van oudsher –vooral vanuit een bepaalde (industriële) economische structuur– veel behoefte was aan intramurale voorzieningen. Ook decennia later staan daar nog steeds relatief veel van deze voorzieningen. Verder geldt dat het bij arbeidsgehandicapte uitkeringsontvangers gaat om een bevolkingsgroep die –op den duur– een relatief grote behoefte heeft aan verpleeghuiszorg;
- huishoudensamenstelling (eenpersoonshuishoudens). Deze factor voegt nauwelijks relevantie toe, omdat de behoefte aan intramurale verzorging of verpleging zich vooral bij een bepaalde leeftijdsfase manifesteert (waarin mensen vaker alleen komen te staan en te maken krijgen met psychogeriatrische en/of somatische aandoeningen), in samenhang met een bepaald inkomensniveau;
- stedelijke dan wel landelijke context (omgevingsadressendichtheid, regionaal klantenpotentieel). Bij deze factor gaat het om het feit dat intramurale voorzieningen, in het bijzonder verpleeghuizen, relatief meer in middelgrote gemeenten met een centrumfunctie zijn gevestigd. Hiervoor kan met genoemde maatstaven een (beperkte) correctie worden toegepast.

4.3 Werking van 'verklaringsmodellen'

4.3.1 Relatie met 75-plussers

Vanuit het ministerie van VWS is aangevoerd dat destijds, onder de Wet op de bejaardenoorden (WBO), de beschikbare middelen over de provincies zouden zijn verdeeld op basis van het aantal inwoners van 75 jaar en ouder. Dit zou mogelijk hebben geleid tot een min of meer egale verdeling van intramurale capaciteit ten tijde van de beëindiging van de WBO in 1996. Een bevestiging van deze hypothese zou betekenen dat sinds 1996 ontstane verschillen mogelijk een indicatie vormen van regionale verschillen in –het tempo van– extramuralisering.

Om deze hypothese te toetsen is een 'objectivering' verricht op basis van het aantal inwoners van 75 jaar en ouder. Deze benadering is toegepast op zowel de verzorgingshuizen (eigenlijke opvolger van de bejaardenoorden) als de verpleeghuizen. De uitkomsten hiervan zijn opgenomen in tabel 4.3 en 4.4. Uit deze tabellen komt naar voren dat voor genoemde hypothese geen bevestiging wordt gevonden: er is sprake van aanzienlijke scheefheden tussen (typen) zorgkantorregio's.

Dit pleit voor een 'verklaringsmodel' waarin met meer objectieve factoren rekening wordt gehouden om zodoende een betere verklaring te bieden voor feitelijke gebruikspatronen.

4.3.2 'Verklaringsmodel'

Voor zowel verzorgingshuizen als verpleeghuizen is –evenals bij de extramurale onderdelen– een 'verklaringsmodel' ontwikkeld dat is afgestemd op het hierboven beschreven CAK-gebruikspatroon. Zoals in hoofdstuk 2 is uiteengezet, zijn deze modellen –anders dan bij de extramurale onderdelen– gericht op het regionale niveau.

Om de werking van deze 'verklaringsmodellen' te illustreren, is in onderstaande tabel een overzicht gegeven van het verschil tussen het relevante 'verklaringsmodel' en de feitelijke uitgaven voor beide intramurale

onderdelen voor uiteenlopende groepen regio's (naar aantal ouderen 75+ en aantal huishoudens met laag inkomen).

Ter vergelijking zijn tevens de uitkomsten opgenomen van de benadering op basis van alleen het aantal inwoners van 75 jaar en ouder.

Tabel 4.3. Intramurale onderdelen: verschil tussen 'verklaringsmodel' en feitelijke uitgaven, en uitgaveniveau 2005, naar groepen regio's (bedragen in euro's per inwoner)

Regiogroepen	Verskil tussen 'verklaringsmodel' en uitgaven			Benadering o.b.v. 75+	Uitgaven 2005
	VZH	VPH	Totaal intramuraal		Totaal intramuraal
<i>zeer weinig ouderen</i>	-3	2	-1	-6	293
<i>weinig ouderen</i>	2	-6	-4	10	298
<i>veel ouderen</i>	-4	8	4	-4	342
<i>zeer veel ouderen</i>	4	-2	1	-4	392
<i>zeer weinig lage inkomens</i>	-4	2	-1	21	279
<i>weinig lage inkomens</i>	6	-6	-0	8	303
<i>veel lage inkomens</i>	-8	11	3	-3	348
<i>zeer veel lage inkomens</i>	8	-10	-2	-27	387

Toelichting: positief getal (+) = feitelijke uitgaven lager dan 'verklaringsmodel', negatief getal (-) = feitelijke uitgaven hoger dan 'verklaringsmodel'; VZH = verzorgingshuizen, VPH = verpleeghuizen.

De tabel laat zien dat de samengestelde 'verklaringsmodellen' voor de meeste onderscheiden groepen regio's beter aansluiten bij de feitelijke uitgaven dan een benadering met alleen 75-plussers. Met de 'verklaringsmodellen' wordt een brede spreiding in de totale feitelijke uitgaven overbrugd: bij de ouderengroepen een bandbreedte van 293 tot 392 euro per inwoner en bij de lage inkomensgroepen een bandbreedte van 279 tot 387 euro per inwoner.

Een en ander wijst erop dat de ontwikkelde 'verklaringsmodellen' plausibel zijn en derhalve goed kunnen dienen als referentie om per regio inzicht te verkrijgen in de mate waarin het feitelijke zorggebruik afwijkt van het geobjectiveerde niveau.

4.4 Regionale verschillen

Ook indien de samengestelde 'verklaringsmodellen' ('profielen voor zorginkoop') worden toegepast, blijkt er op regionaal niveau nog steeds sprake te zijn van aanzienlijke verschillen. Hieruit kan worden opgemaakt dat in zorgkantoorregio's niet in dezelfde mate rekening wordt gehouden met de genoemde objectieve factoren. Onderstaande tabel maakt dit inzichtelijk. Ter vergelijking zijn tevens de uitkomsten opgenomen van de benadering op basis van alleen het aantal inwoners van 75 jaar en ouder.

Tabel 4.4. Intramurale onderdelen: verschil tussen relevante 'verklaringsmodel' en feitelijke uitgaven, en uitgavenniveau 2005 per zorgkantoorregio (bedragen in euro's per inwoner)

Regio	Verskil tussen 'verklaringsmodel' en uitgaven			Benadering o.b.v. 75+	Uitgaven 2005 Totaal intramuraal
	VZH	VPH	Totaal intramuraal		
Regio A	-15	-1	-16	-15	365
Regio B	33	12	45	56	350
Regio C	19	24	43	31	201
Regio D	-8	-11	-19	19	280
Regio E	-6	32	26	76	241
Regio F	7	31	38	84	202
Regio G	10	-38	-29	-20	407
Regio H	0	22	22	21	287
Regio I	-9	-3	-12	12	408
Regio J	27	-40	-13	6	332
Regio K	-10	23	13	24	373
Regio L	33	31	64	113	189
Regio M	-35	2	-33	-42	330
Regio N	-8	-33	-42	-16	336
Regio O	-1	53	52	44	332
Regio P	-1	-41	-42	-40	354
Regio Q	-4	-0	-4	-20	305
Regio R	-13	-13	-26	2	300
Regio S	-13	-15	-28	-19	338
Regio T	-5	11	6	-37	396
Regio U	4	18	22	22	272
Regio V	-19	-13	-32	-48	376
Regio W	-1	-38	-39	-64	447
Regio X	-20	-2	-22	-22	308
Regio Y	7	36	43	18	335
Regio Z	2	26	28	45	280
Regio AA	15	-0	15	-34	407
Regio AB	9	-17	-8	-9	309
Regio AC	5	-12	-7	9	378
Regio AD	16	-16	0	-38	331
Regio AE	-10	16	6	2	321
Regio AF	5	-4	1	12	289

Toelichting: positief getal (+) = feitelijke uitgaven lager dan 'verklaringsmodel', negatief getal (-) = feitelijke uitgaven hoger dan 'verklaringsmodel'; VZH = verzorgingshuizen, VPH = verpleeghuizen.

Uit de tabel komt naar voren dat in ongeveer de helft van de zorgkantorregio's sprake is van cumulerende effecten (bijvoorbeeld regio B, L, N, S en Y). Bij deze regio's versterken de verschillen op de beide onderdelen elkaar: zowel bij verzorgingshuizen als bij verpleeghuizen liggen de feitelijke uitgaven hoger respectievelijk lager dan het niveau op basis van het 'verklaringsmodel' (geobjectiveerde gebruikspatroon).

Bij de andere regio's is in meer of mindere mate sprake van substitutie-effecten (bijvoorbeeld regio E, G, J, T en AD).

Deze regionale verschillen kunnen uiteenlopende achtergronden hebben. Eerder is gewezen op verschillen in (historisch gegroeide) aanbodstructuur (vestigingsplaats van gebouwen), die mede kunnen zijn beïnvloed door de startsituatie in beschikbare intramurale capaciteit bij de beëindiging van de WBO (zie paragraaf 4.3). Daarnaast wijzen verschillen in aantallen cliënten en/of gemiddeld aantal dagen per cliënt op mogelijke verschillen in uitvoeringspraktijken. Op dergelijke achtergronden wordt in volgende hoofdstukken nader ingegaan. Daarbij komt ook de samenhang met de extramurale onderdelen (in relatie tot het scheiden van wonen en zorg) aan bod.

4.5 Conclusies

Ook voor de intramurale onderdelen zijn plausibele 'verklaringsmodellen' ontwikkeld. Deze modellen bevatten deels vergelijkbare objectieve factoren als het eerder ontwikkelde financiële ijkpunt voor de functie huishoudelijke verzorging. In aansluiting op de gebruiksgegevens zijn vooral leeftijd- en inkomensgerelateerde factoren van belang. Zo heeft de groep 75-plussers en daarbinnen de groep 85-plussers (met name bij verzorgingshuizen) een grote betekenis. Een factor als de samenstelling van het huishouden voegt daarentegen nauwelijks relevantie toe.

Met behulp van de ontwikkelde 'verklaringsmodellen' is de invloed van deze objectieve demografische en sociaal-geografische factoren gekwantificeerd op het niveau van zorgkantorregio's. Daarmee is per regio inzicht verkregen in de mate waarin het feitelijke zorggebruik afwijkt van het geobjectiveerde niveau.

Tussen zorgkantorregio's is een relatief sterke spreiding zichtbaar. Hieruit kan worden opgemaakt dat in zorgkantorregio's niet in dezelfde mate rekening is gehouden met de objectieve factoren. Dit duidt erop dat ook andersoortige factoren een rol spelen, waaronder verschillen in aanbodstructuur en uitvoeringspraktijken.

Voor de zorginkoop zijn tot nu toe vooral vergelijkingen gemaakt op basis van gegevens over productieafspraken. Dit onderzoek toont aan dat zorgbehoeften samenhangen met demografische en sociaal-geografische bevolkingskenmerken. Het is van belang om hiermee ook bij de zorginkoop rekening te houden. Daarbij kan tevens worden geconcludeerd dat een benadering op basis van meerdere objectieve factoren meer concrete en genuanceerde inzichten biedt dan enkelvoudige benaderingen (bijvoorbeeld op basis van alleen het aantal inwoners of 75-plussers).

5 Verpleging en verzorging: totaal

5.1 Inleiding

In aansluiting op de voorgaande hoofdstukken wordt in dit hoofdstuk ingegaan op het totaal van de extramurale onderdelen en de intramurale onderdelen van de sector VVT op regionaal niveau. Daarmee wordt een ander belangrijk onderdeel bij de beantwoording van de eerste en tweede onderzoeksvraag aan de orde gesteld. Dit betreft de vraag in hoeverre het totaalverschil tussen de relevante ‘verklaringsmodellen’ en de feitelijke uitgaven voor de intramurale onderdelen wordt gecompenseerd (substitutie) door het totaalverschil bij de extramurale onderdelen dan wel optreedt in dezelfde richting (cumulatie). De aspecten van dit onderdeel (extramuraal versus intramuraal; substitutie versus cumulatie) kunnen tevens worden gebruikt voor een indeling van regio’s ten behoeve van de verdiepende analyses in hoofdstuk 6 en 7.

Dit onderdeel wordt als volgt uitgewerkt:

- verhouding tussen extramuraal en intramuraal (paragraaf 5.2);
- conclusies betreffende de bevindingen (paragraaf 5.3).

5.2 Verhouding tussen extramuraal en intramuraal

overzichtstabel

Om de verhouding tussen extramuraal en intramuraal voor de sector VVT in beeld te brengen, toont onderstaande tabel de volgende informatie per zorgkantoorregio:

- totaal extramuraal: uitgaven 2005 per inwoner;
- totaal intramuraal: uitgaven 2005 per inwoner;
- totaal extramuraal: het verschil tussen de relevante ‘verklaringsmodellen’ en de feitelijke uitgaven voor het totaal van de extramurale onderdelen (overeenkomstig tabel 3.4);
- totaal intramuraal: het verschil tussen de relevante ‘verklaringsmodellen’ en de feitelijke uitgaven voor het totaal van de intramurale onderdelen (overeenkomstig tabel 4.4);
- 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 2005 per saldo hoger dan wel lager zijn dan het verwachte uitgavenniveau op basis van de ‘verklaringsmodellen’ voor de extramurale en intramurale onderdelen van de VVT. Dit levert vier categorieën op die in de tabel met een horizontale doorgetrokken streep zichtbaar zijn gemaakt:

1. regio’s met hogere feitelijke uitgaven voor de extramurale onderdelen en lagere feitelijke uitgaven voor de intramurale onderdelen (mogelijke substitutie);
2. regio’s met lagere feitelijke uitgaven voor de extramurale onderdelen en hogere feitelijke uitgaven voor de intramurale onderdelen (mogelijke substitutie);
3. regio’s met zowel extramuraal als intramuraal lagere feitelijke uitgaven (mogelijke cumulatie);
4. regio’s met zowel extramuraal als intramuraal hogere feitelijke uitgaven (mogelijke cumulatie).

Voor de vergelijkbaarheid met eerdere hoofdstukken is tussen haakjes steeds de lettercode van de desbetreffende zorgkantoorregio uit tabel 3.4 en 4.4 opgenomen.

Tabel 5.1. Totaal extramuraal en intramuraal: uitgaven 2005 en verschil met 'verklaringsmodel', per zorgkantoorregio (bedragen in euro's per inwoner)

<i>Regio</i>	<i>Extramuraal: uitgaven 2005</i>	<i>Intramuraal: uitgaven 2005</i>	<i>Extramuraal: verschil met model*</i>	<i>Intramuraal: verschil met model*</i>	<i>Totaal: verschil met model*</i>
<i>Regio 1 (L)</i>	158	189	-6	64	58
<i>Regio 2 (O)</i>	230	332	-23	52	28
<i>Regio 3 (Y)</i>	218	335	-15	43	29
<i>Regio 4 (C)</i>	158	201	-23	43	19
<i>Regio 5 (Z)</i>	185	280	-13	28	15
<i>Regio 6 (U)</i>	166	272	-1	22	21
<i>Regio 7 (AA)</i>	227	407	-4	15	11
<i>Regio 8 (AE)</i>	207	321	-28	6	-22
<i>Regio 9 (T)</i>	210	396	-0	6	5
<i>Regio 10 (Q)</i>	145	305	19	-4	15
<i>Regio 11 (AB)</i>	147	309	16	-8	7
<i>Regio 12 (A)</i>	179	365	9	-16	-7
<i>Regio 13 (D)</i>	149	280	5	-19	-15
<i>Regio 14 (X)</i>	129	308	29	-22	7
<i>Regio 15 (G)</i>	200	407	3	-29	-26
<i>Regio 16 (M)</i>	150	330	14	-33	-19
<i>Regio 17 (N)</i>	135	336	31	-42	-10
<i>Regio 18 (B)</i>	193	350	32	45	77
<i>Regio 19 (F)</i>	121	202	23	38	61
<i>Regio 20 (E)</i>	135	241	27	26	53
<i>Regio 21 (H)</i>	142	287	33	22	55
<i>Regio 22 (K)</i>	157	373	60	13	73
<i>Regio 23 (AF)</i>	158	289	3	1	4
<i>Regio 24 (AD)</i>	183	331	1	0	2
<i>Regio 25 (AC)</i>	217	378	-7	-7	-14
<i>Regio 26 (I)</i>	220	408	-5	-12	-17
<i>Regio 27 (J)</i>	192	332	-11	-13	-24
<i>Regio 28 (R)</i>	160	300	-3	-26	-28
<i>Regio 29 (S)</i>	185	338	-17	-28	-45
<i>Regio 30 (V)</i>	220	376	-34	-32	-67
<i>Regio 31 (W)</i>	229	447	-8	-39	-47
<i>Regio 32 (P)</i>	193	354	-19	-42	-60
Totaal	182	329	0	0	0

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

compenserende en cumulerende effecten

Uit de tabel komt naar voren dat in ongeveer de helft van de zorgkantoorregio's (zie categorie 1 en 2) in meer of mindere mate sprake is van substitutie-effecten, waarbij hogere feitelijke extramurale uitgaven (deels) worden gecompenseerd door lagere intramurale uitgaven of vice versa. Voor de meeste regio's uit categorie 1 en voor de regio's 10, 11 en 14 uit categorie 2 resulteert hieruit een positief saldo in de orde van circa 2% tot 5% van de feitelijke uitgaven.

Opmerkelijk is dat in de andere regio's (zie categorie 3 en 4) cumulerende effecten optreden. In deze regio's versterken de totaalverschillen elkaar: zowel bij extramuraal als bij intramuraal liggen de feitelijke uitgaven in meer of mindere mate lager (categorie 3) respectievelijk hoger (categorie 4) dan het niveau op basis van het 'verklaringsmodel' (geobjectiveerde gebruikspatroom). Bij deze categorieën resulteren verschillen die kunnen oplopen van enkele procenten tot meer dan 10% van de feitelijke uitgaven. Voor een aantal regio's lijkt er een samenhang te zijn met de geografische ligging. Zo liggen de regio's 18 tot en met 22 (categorie 3: relatief lage uitgaven) in de nabijheid van grootstedelijke regio's, terwijl regio's 29 tot en met 32 (categorie 4: relatief hoge uitgaven) een meer perifere ligging hebben. Een afdoende verklaring biedt dit echter niet, omdat zulke typen regio's ook in categorie 1 en 2 voorkomen.

Een en ander onderstreept de bevinding in eerdere hoofdstukken dat ook andere, niet-objectieve factoren een bepaalde rol kunnen spelen en daarmee het belang van een verdiepende analyse naar achtergronden als verschillen in startsituaties en uitvoeringspraktijken, mede in relatie tot het scheiden van wonen en zorg.

betekenis categorieën voor verdieping

Voor de verdiepende achtergrondanalyse in het volgende hoofdstuk biedt de samenhang tussen extramuraal en intramuraal die in de categorie-indeling naar voren komt een eerste aanknopingspunt. De –richting van de– afwijking ten opzichte van de 'verklaringsmodellen' geeft een indicatie van de mogelijke betekenis van niet-objectieve factoren (zoals uitvoeringspraktijken). Bij de verdiepende verschillenanalyse ligt het accent op categorieën 1 en 2, omdat zij elkaars spiegelbeeld vormen en het meeste houvast geven voor onderlinge vergelijking. Dit neemt niet weg dat ook regio's uit andere categorieën worden benaderd om te voorkomen dat mogelijke andere factoren buiten beschouwing zouden blijven.

5.3 Conclusies

In aanvulling op de bevindingen uit de voorgaande hoofdstukken is in dit hoofdstuk de onderlinge verhouding tussen het totaal van de extramurale onderdelen en het totaal van de intramurale onderdelen geanalyseerd. Uit de analyse is naar voren gekomen dat in ongeveer de helft van de zorgkantoorregio's intramurale effecten en extramurale effecten elkaar in meer of mindere mate compenseren. Bij de andere regio's is sprake van cumulerende effecten: zowel bij extramuraal als bij intramuraal liggen de feitelijke uitgaven hoger/lager dan het niveau op basis van de 'verklaringsmodellen' (geobjectiveerde gebruikspatronen). Dit onderstreept de bevinding in eerdere hoofdstukken dat ook niet-objectieve factoren een bepaalde rol spelen.

De ontwikkelde 'verklaringsmodellen' blijken eveneens een hulpmiddel om zorgkantoorregio's, met behulp van deze effecten, te categoriseren. Deze categorieën zijn bruikbaar als aanknopingspunt voor de verdiepende analyse naar de mogelijke betekenis van niet-objectieve factoren. Daarbij bieden de categorieën waar de feitelijke extramurale uitgaven hoger/lager zijn dan het 'verklaringsmodel' en de intramurale uitgaven lager/hoger het meeste houvast voor onderlinge vergelijking, omdat zij elkaars spiegelbeeld vormen.

6 Verdieping: dynamiek en verbreding

6.1 Inleiding

Zoals in hoofdstuk 2 is uiteengezet, omvat de verdiepende analyse ter beantwoording van de derde en vierde onderzoeksvraag een aantal elementen. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het element van de dynamiek ofwel de ontwikkeling in de tijd en op de verbreding naar andere sectoren. Bij de ontwikkeling in de tijd gaat het om de vraag in hoeverre de extramurale en intramurale uitgaven in de periode 2004-2005 zich hebben ontwikkeld conform de verwachting op basis van het uitgavenniveau 2005 ten opzichte van de ‘verklaringsmodellen’. De verbreding naar andere sectoren betreft de relevante intramurale onderdelen van de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, en heeft met name betekenis voor de achtergrondanalyse in het volgende hoofdstuk.

Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan bod:

- ontwikkeling in de tijd van regionale verschillen (paragraaf 6.2);
- verbreding naar andere sectoren (paragraaf 6.3);
- conclusies betreffende de bevindingen (paragraaf 6.4).

6.2 Ontwikkeling in de tijd

Met het analyseren van de ontwikkeling in de tijd wordt beoogd een verdieping te geven aan de analyse uit de voorgaande hoofdstukken die zich richtte op de uitgaven van de sector VVT in 2005. Bij deze dynamische analyse gaat het om de vraag in hoeverre de extramurale en intramurale uitgaven in de periode 2004-2005 zich hebben ontwikkeld conform de verwachting op basis van het uitgavenniveau 2005 ten opzichte van de ‘verklaringsmodellen’. Meer concreet wordt nagegaan of bij hogere/lagere uitgavenniveaus sprake is van een dalende/stijgende ontwikkeling. Om dit in beeld te brengen, is in onderstaande tabel per zorgkantoorregio de volgende informatie opgenomen:

- extramuraal: totale uitgaven 2005 per inwoner (overeenkomstig tabel 3.4);
- intramuraal: totale uitgaven 2005 per inwoner (overeenkomstig tabel 4.4);
- extramuraal: het verschil tussen de relevante ‘verklaringsmodellen’ en de feitelijke uitgaven voor (het totaal van) de extramurale onderdelen (overeenkomstig tabel 3.4);
- intramuraal: het verschil tussen de relevante ‘verklaringsmodellen’ en de feitelijke uitgaven voor (het totaal van) de intramurale onderdelen (overeenkomstig tabel 4.4);
- extramuraal: de ontwikkeling in uitgaven in de periode 2004-2005 ten opzichte van de landelijke trend voor de extramurale onderdelen. Het percentage betreft de ontwikkeling gecorrigeerd voor de trend en geeft aan hoe de extramurale uitgaven van een regio zich in het voorgaande jaar (2004) hebben ontwikkeld tot het niveau 2005, dat is geanalyseerd met behulp van de ‘verklaringsmodellen’;
- intramuraal: de ontwikkeling in uitgaven in de periode 2004-2005 ten opzichte van de landelijke trend voor de intramurale onderdelen. Het percentage betreft de ontwikkeling gecorrigeerd voor de trend en geeft aan hoe de intramurale uitgaven van een regio zich in het voorgaande jaar (2004) hebben ontwikkeld tot het niveau 2005, dat is geanalyseerd met behulp van de ‘verklaringsmodellen’.

De zorgkantoorregio’s zijn geordend naar de categorieën die in het vorige hoofdstuk zijn onderscheiden.

Tabel 6.1. Ontwikkeling 2004-2005 ten opzichte van trend in relatie tot uitgavenniveau 2005 en verschil met 'verklaringsmodel', per zorgkantoorregio (bedragen in euro's per inwoner)

Regio	Extra: uitgaven 2005	Intra: uitgaven 2005	Extra: verschil met model*	Intra: verschil met model*	Extra: ontwikkeling 2004-2005 t.o.v. trend	Intra: ontwikkeling 2004-2005 t.o.v. trend
Regio 1 (L)	158	189	-6	64	2%	-9%
Regio 2 (O)	230	332	-23	52	-0%	-2%
Regio 3 (Y)	218	335	-15	43	7%	-0%
Regio 4 (C)	158	201	-23	43	-3%	-1%
Regio 5 (Z)	185	280	-13	28	3%	-9%
Regio 6 (U)	166	272	-1	22	3%	-4%
Regio 7 (AA)	227	407	-4	15	1%	5%
Regio 8 (AE)	207	321	-28	6	-2%	-3%
Regio 9 (T)	210	396	-0	6	4%	10%
Regio 10 (Q)	145	305	19	-4	-2%	-0%
Regio 11 (AB)	147	309	16	-8	5%	1%
Regio 12 (A)	179	365	9	-16	-2%	-6%
Regio 13 (D)	149	280	5	-19	-4%	4%
Regio 14 (X)	129	308	29	-22	3%	-2%
Regio 15 (G)	200	407	3	-29	-5%	-1%
Regio 16 (M)	150	330	14	-33	1%	-2%
Regio 17 (N)	135	336	31	-42	2%	-1%
Regio 18 (B)	193	350	32	45	-22%	11%
Regio 19 (F)	121	202	23	38	-12%	4%
Regio 20 (E)	135	241	27	26	-3%	-0%
Regio 21 (H)	142	287	33	22	-1%	-0%
Regio 22 (K)	157	373	60	13	2%	4%
Regio 23 (AF)	158	289	3	1	0%	-2%
Regio 24 (AD)	183	331	1	0	-0%	-2%
Regio 25 (AC)	217	378	-7	-7	-2%	-0%
Regio 26 (I)	220	408	-5	-12	1%	0%
Regio 27 (J)	192	332	-11	-13	4%	10%
Regio 28 (R)	160	300	-3	-26	-1%	-0%
Regio 29 (S)	185	338	-17	-28	-2%	-0%
Regio 30 (V)	220	376	-34	-32	3%	3%
Regio 31 (W)	229	447	-8	-39	-4%	1%
Regio 32 (P)	193	354	-19	-42	-1%	-2%
Totaal	182	329	0	0	0%	0%

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

Uitgaande van de afwijking ten opzichte van de relevante ‘verklaringsmodellen’ zou bij hogere feitelijke uitgaven een relatieve afname van de zorguitgaven (negatief percentage) worden verwacht, terwijl bij lagere feitelijke uitgaven een toename (positief percentage) voor de hand ligt. Dit zou bijvoorbeeld betekenen dat bij de derde categorie (regio’s met zowel extramuraal als intramuraal lagere feitelijke uitgaven) naar verwachting alleen positieve percentages voorkomen, en bij de vierde categorie (regio’s met zowel extramuraal als intramuraal hogere feitelijke uitgaven) alleen negatieve percentages.

In de tabel is zichtbaar dat de feitelijke ontwikkeling van de zorguitgaven bij een tiental regio’s (bijvoorbeeld regio 14, 17, 22 en 32) min of meer overeenkomt met de verwachting. Bij de andere regio’s is sprake van een discrepantie tussen feitelijke en verwachte ontwikkeling. Zo hebben de regio’s 18 en 19 bijvoorbeeld in 2005 duidelijk lagere uitgavenniveaus, terwijl de extramurale uitgaven zich neerwaarts hebben ontwikkeld. Het spiegelbeeld hiervan vormen bijvoorbeeld regio 27 en 30. Ook in de andere categorieën zijn zulke voorbeelden herkenbaar (bijvoorbeeld regio 5, 6 en 13).

Een en ander bevestigt de bevinding in eerdere hoofdstukken dat ook andere, niet-objectieve factoren (zoals startsituaties en uitvoeringspraktijken) van invloed zijn op –verschillen in– regionale zorguitgaven. Dit aspect wordt uitgediept in hoofdstuk 7.

6.3 Verbreding naar andere sectoren

relatieve betekenis uitgaven

Een verbreding naar andere sectoren is van belang voor de vierde onderzoeksvraag naar regionale verschillen in het tempo van scheiden van wonen en zorg. Om de relatieve betekenis van de sectoren gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg ten opzichte van de sector VVT te illustreren, is in onderstaande tabel per zorgkantoorregio (volgens de indeling van tabel 6.1) de volgende informatie opgenomen:

- VVT: totaal uitgaven van relevante intramurale onderdelen sector VVT 2005 per inwoner (zie tabel 6.1);
- GHZ: totaal uitgaven van relevante intramurale onderdelen sector GHZ 2005 per inwoner. Hiervoor is het aantal bezette bedden/plaatsen op basis van de CAK-gebruikgegevens vermenigvuldigd met een gemiddeld kostenbedrag per eenheid op basis van NZa-gegevens. Daarbij is per regio gecorrigeerd voor kosten die niet direct zijn gerelateerd aan bedden (met name kapitaallasten) om zoveel mogelijk benutte capaciteitsverschillen in beeld te brengen. De bedragen hebben betrekking op de volgende onderdelen: instellingen voor zwakzinnigen (verstandelijk gehandicapten), gezinsvervangende tehuizen, instellingen voor zintuiglijk gehandicapten, en enkele grote woonvormen (waaronder Het Dorp);
- GGz: totaal uitgaven van relevante intramurale onderdelen sector GGz 2005 per inwoner. Hiervoor is het aantal bezette bedden/plaatsen op basis van de CAK-gebruikgegevens vermenigvuldigd met een gemiddeld kostenbedrag per eenheid op basis van NZa-gegevens voor zover deze direct zijn gerelateerd aan bedden. De bedragen hebben betrekking op de volgende onderdelen: algemene psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van met name algemene/academische ziekenhuizen, en regionale instellingen voor beschermd wonen.

Bij laatstgenoemde sectoren brengen de CAK-gegevens overigens alleen de benutte zorgcapaciteit in beeld voor zover daarbij een eigen bijdrageplicht geldt. Zij geven bijvoorbeeld geen beeld van het zorggebruik van cliënten jonger dan 18 jaar en evenmin van het zorggebruik gedurende het eerste jaar van opname. Dit laatst wijst erop dat de CAK-gegevens vooral een beeld geven van de groep (volwassen) langdurige zorggebruikers, die bij uitstek tot de doelgroep van scheiden van wonen en zorg behoren.

Tabel 6.2. Relatieve betekenis andere sectoren: intramurale uitgaven 2005 GHZ en GGz in relatie tot VVT (bedragen in euro's per inwoner)

<i>Regio</i>	<i>VVT: intramurale uitgaven</i>	<i>GHZ: intramurale uitgaven</i>	<i>GGz: intramurale uitgaven</i>
<i>Regio 1 (L)</i>	189	123	54
<i>Regio 2 (O)</i>	332	223	59
<i>Regio 3 (Y)</i>	335	116	34
<i>Regio 4 (C)</i>	201	90	15
<i>Regio 5 (Z)</i>	280	92	39
<i>Regio 6 (U)</i>	272	217	33
<i>Regio 7 (AA)</i>	407	25	34
<i>Regio 8 (AE)</i>	321	179	53
<i>Regio 9 (T)</i>	396	147	45
<i>Regio 10 (Q)</i>	305	368	21
<i>Regio 11 (AB)</i>	309	171	32
<i>Regio 12 (A)</i>	365	345	45
<i>Regio 13 (D)</i>	280	175	2
<i>Regio 14 (X)</i>	308	139	65
<i>Regio 15 (G)</i>	407	200	42
<i>Regio 16 (M)</i>	330	311	34
<i>Regio 17 (N)</i>	336	47	7
<i>Regio 18 (B)</i>	350	11	0
<i>Regio 19 (F)</i>	202	248	45
<i>Regio 20 (E)</i>	241	117	0
<i>Regio 21 (H)</i>	287	111	13
<i>Regio 22 (K)</i>	373	146	83
<i>Regio 23 (AF)</i>	289	240	57
<i>Regio 24 (AD)</i>	331	57	59
<i>Regio 25 (AC)</i>	378	43	44
<i>Regio 26 (I)</i>	408	148	28
<i>Regio 27 (J)</i>	332	185	33
<i>Regio 28 (R)</i>	300	304	69
<i>Regio 29 (S)</i>	338	327	54
<i>Regio 30 (V)</i>	376	107	22
<i>Regio 31 (W)</i>	447	69	38
<i>Regio 32 (P)</i>	354	313	47
<i>Totaal</i>	329	166	42

De tabel maakt zichtbaar dat intramurale voorzieningen in de VVT in alle regio's voorkomen, waarbij een zekere bandbreedte aanwezig is in relatie tot (demografische) structuurkenmerken. In vergelijking hiermee is er bij de sector GHZ en –in mindere mate– de sector GGz sprake van een meer ongelijke spreiding in intramurale uitgavenniveaus 2005 tussen zorgkantorregio's. Dit houdt verband met het gespecialiseerde

karakter van de instellingen, waardoor zij niet overal in gelijke mate zijn gevestigd. Bovendien gaat het in omvang gemiddeld genomen om geringere uitgavenniveaus.

Voor de sector GHZ is een nadere analyse verricht naar de ontwikkeling van de intramurale uitgaven in de periode 2004-2005. De landelijke trend daarbij behelst een stijging van ongeveer 5%. In de meeste regio's is sprake van een stijging in dezelfde orde van grootte. Enkele regio's vertonen een grotere stijging, maar dat lijkt samen te hangen met het gegeven dat het gaat om een sterk groeiende regio (bevolking). Een beperkt aantal regio's kent een duidelijk achterblijvende ontwikkeling. Deze regio's grenzen aan regio's waar wel uitbreiding plaatsvindt.

Bij de sector GGz is nagegaan in hoeverre in de beschouwde periode een verschuiving heeft plaatsgevonden in de intramurale uitgaven van algemene psychiatrische (afdelingen van) ziekenhuizen (APZ) naar regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW). Uit deze analyse komt naar voren dat bij een beperkt aantal regio's sprake is geweest van een afname bij APZ en een toename bij RIBW. In de meeste andere (relevante) regio's nemen de uitgaven bij beide soorten instellingen toe, zij het dat de toename bij APZ vrijwel steeds achterblijft bij het groeipercentage van RIBW (gemiddeld ongeveer 3% ten opzichte van ruim 10%).⁹

Een en ander betekent dat er, op basis van de beschikbare gegevens, voor deze sectoren geen duidelijke beoordeling van regionale verschillen mogelijk is met het oog op de vierde onderzoeksvraag. Zelfs bij extramuralisering in een bepaalde regio is er, vanwege de ongelijke spreiding, een minder directe relatie met de ontwikkeling van de extramurale uitgaven. Dat neemt niet weg dat beide sectoren wel bij de verdieping in het volgende hoofdstuk zijn betrokken.

6.4 Conclusies

De verdiepende analyse naar de ontwikkeling van de extramurale en intramurale zorguitgaven in de periode 2004-2005 heeft aanvullende inzichten opgeleverd ten opzichte van de bevindingen in vorige hoofdstukken voor het uitgavenniveau in 2005. Nagegaan is of er bij een hoger/lager uitgavenniveau 2005 ten opzichte van de 'verklaringsmodellen' sprake is geweest van een dalende/stijgende ontwikkeling in het voorliggende jaar. Uit de analyse is gebleken dat de uitgaven bij een tiental regio's zich in genoemde periode min of meer hebben ontwikkeld conform de verwachting op basis van het uitgavenniveau. Bij de andere regio's doet zich een discrepantie voor tussen feitelijke en verwachte ontwikkeling. Dit bevestigt de bevinding in eerdere hoofdstukken dat ook andere, niet-objectieve factoren van invloed zijn op –verschillen in– regionale zorguitgaven.

Behalve een dynamische analyse omvat de verdieping in dit hoofdstuk ook een verbreding naar de sectoren GHZ en GGz met het oog op de vierde onderzoeksvraag. Een analyse van de intramurale uitgaven voor deze sectoren wijst uit dat er sprake is van een meer ongelijke regionale spreiding dan in de sector VVT. Bovendien blijkt in de meeste regio's sprake van een stijgende ontwikkeling. Een en ander betekent dat op basis van de beschikbare gegevens geen duidelijke beoordeling kan worden gemaakt van regionale verschillen (intramurale niveaus en verschuivingen tussen intramuraal en extramuraal) ten behoeve van de vierde onderzoeksvraag. Dat neemt niet weg dat beide sectoren wel bij de verdieping in het volgende hoofdstuk zijn betrokken.

9. In een negental regio's geven de CAK-gegevens aan dat er geen sprake is van (langdurig) APZ-gebruik.

7 Verdieping: achtergronden regionale verschillen

7.1 Inleiding

De verdiepende analyse ter beantwoording van de derde en vierde onderzoeksvraag richt zich in dit hoofdstuk op relevante schakels en factoren die schuil gaan achter regionale verschillen, met bijzondere aandacht voor verschillen in het tempo van scheiden van wonen en zorg. Zoals eerder is uiteengezet, is de sector VVT daarbij leidend. Voor deze sector is de opgave voor het scheiden van wonen en zorg het grootst in omvang en is tevens een analysekader beschikbaar. De beide andere sectoren worden bij deze stap betrokken door na te gaan in hoeverre er sprake is van (sector)specifieke factoren.

Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan bod:

- typering van scheiden wonen en zorg (paragraaf 7.2);
- bevorderende en remmende factoren op regionaal niveau (paragraaf 7.3);
- betekenis van startsituaties en uitvoeringspraktijken (paragraaf 7.4);
- conclusies betreffende de bevindingen (paragraaf 7.5).

7.2 Scheiden van wonen en zorg

7.2.1 Inleiding

Deze paragraaf geeft een beknopte typering van waar het om gaat bij het scheiden van wonen en zorg. Achtereenvolgens wordt daartoe ingegaan op:

- inhoud en doelstelling van het scheiden van wonen en zorg (paragraaf 7.2.2);
- de belangrijkste actoren op regionaal niveau (paragraaf 7.2.3).

7.2.2 Inhoud en doelstelling

concept

Bij het scheiden van wonen en zorg staat de eigen regie van cliënten voorop. Cliënten zorgen zelf voor hun woonruimte (eventueel in een woonzorgvoorziening) en krijgen daarbij de noodzakelijke zorg op maat geleverd. Hoewel dit uit de terminologie niet zichtbaar wordt, is er naast wonen en zorg nog een derde component relevant, namelijk welzijn. Tot deze component kunnen allerlei –meer persoonsgerichte– diensten (zoals maaltijdvoorziening, klussendiensten en personenalarmering) en meer algemene welzijnsvoorzieningen (informatie- en advies, sociale participatie, educatieve en recreatieve voorzieningen) worden gerekend.

Waar wonen, welzijn en zorg bij intramurale zorgvoorzieningen één samenhangend pakket vormen, wordt in het extramurale concept een (contractuele) scheiding doorgevoerd tussen wonen, zorg en diensten: de cliënt koopt of huurt woonruimte bij een woningaanbieder, koopt zorg in bij een zorgaanbieder, en heeft een service-overeenkomst met een dienstverlener. Daarbij is de afname van zorg en welzijn niet gekoppeld aan het bezit of huur van een woning.

doelstelling

De doelstelling van het scheiden van wonen en zorg is tweeledig. Een eerste doel is de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van mensen zo lang en zo veel mogelijk te handhaven door het vergroten van de kwaliteit van wonen en zorg. Het tweede doel is om mensen met een zorgbehoefte optimale keuzemogelijkheden te bieden. Vormen van ‘woonzorg’ komen dan ook voor in alle Awbz-sectoren: verzorging en verpleging (ouderen en chronisch zieken), gehandicaptenzorg (lichamelijk en verstandelijk gehandicapten), en geestelijke gezondheidszorg ((ex)psychiatrische patiënten).

Het thema van scheiden wonen en zorg is in het midden van de jaren tachtig opgekomen, maar heeft pas rond de eeuwwisseling een duidelijke doorwerking gehad in de praktijk. Daarbij heeft onder meer de noodzaak tot het reduceren van wachtlijsten een rol gespeeld.

relatie met extramuralisering

Het scheiden van wonen en zorg draagt bij aan de extramuralisering van zorg die nu intramuraal wordt aangeboden. Strikt genomen houdt extramuralisering in dat cliënten die nu in een intramurale instelling zijn opgenomen, zelfstandig (kunnen) gaan wonen. In ruimere zin gaat het bij extramuralisering ook om het proces waarbij zorgbehoevenden met een verblijfsindicatie die nu –al dan niet begeleid– zelfstandig wonen hun zelfstandigheid kunnen behouden.

7.2.3 Belangrijkste actoren

inleiding

De belangrijkste actoren die op regionaal niveau zijn betrokken bij het scheiden van wonen en zorg kunnen in een drietal categorieën worden ingedeeld: (a) aanbieders van wonen (corporaties), welzijn en/of zorg, (b) zorgkantoren, en (c) gemeenten. Voor elk van deze groepen actoren wordt nu een korte aanduiding gegeven van hun rol(len) in het proces van scheiden van wonen en zorg.

aanbieders van wonen, welzijn en zorg

De aanbieders op het gebied van wonen, welzijn en/of zorg leveren de gewenste (extramurale) voorzieningen aan de klanten. In toenemende mate vindt op deze terreinen –vanuit onderscheiden rollen– samenwerking plaats tussen zorgaanbieders, welzijnsinstellingen en woningcorporaties. Bij het scheiden van wonen, welzijn en zorg betekent dit onder andere afstemming tussen zorgaanbieders en corporaties betreffende de financiering en het beheer van vastgoed, al dan niet in het kader van her/nieuwbouw van bestaande intramurale voorzieningen. Daarnaast is afstemming tussen zorgaanbieders en welzijnsinstellingen onder meer van belang bij het opzetten en in stand houden van een adequate zorginfrastructuur.

Hoewel op genoemde terreinen steeds meer sprake is van marktwerking, dienen aanbieders zich te houden aan bepaalde kaders die met name door zorgkantoren en gemeenten worden ingevuld.

zorgkantoren

Zorgkantoren hebben een (wettelijke) verantwoordelijkheid om de voor hun regio benodigde zorg –zo doelmatig mogelijk– in te kopen. Hiervoor ontvangt iedere regio een (geplafonneerd) regiobudget. Met deze middelen contracteren zij zorgaanbieders, zowel voor extramurale als voor intramurale zorg. Bij de extramurale zorg gebeurt dit via aanbestedingsprocedures conform de Europese richtlijnen. Voor de intramurale zorg hebben zorgkantoren een belangrijke rol in het afstemmen van de totale capaciteit op de regionale behoefte en het adequaat spreiden van zorgvoorzieningen binnen de regio.

Vanuit laatstgenoemde rol hebben zij ook een betrokkenheid bij bouwprocedures van intramurale voorzieningen. Intramurale zorgaanbieders dienen voor hun (her)bouwplannen goedkeuring te ontvangen van het College bouw zorgvoorzieningen (CBZ). Bij hun bouwvoorvragen geeft het zorgkantoor een advies aan het CBZ. Bij het scheiden van wonen en zorg blijkt dit een belangrijk instrument te zijn.

Tot 2007 beschikten zorgkantoren ook via de subsidieregeling Diensten bij wonen met zorg (DBWZ) over een instrument om het scheiden van wonen en zorg te stimuleren.¹⁰ Deze regeling had ten doel dienstverleningsprojecten te bekostigen ten behoeve van verblijfsgeïndiceerden die zich met behulp van diensten c.q. welzijnsvoorzieningen beter en langer in een situatie van zelfstandig wonen kunnen handhaven. Een voorwaarde om hiervoor in aanmerking te komen, was dat een aanbieder aannemelijk moest kunnen maken dat de kosten van de gesubsidieerde activiteiten en de extramurale zorg (met name in de sfeer van begeleiding) lager uitpakten dan de kosten van opname in een instelling.

gemeenten

Gemeenten hebben een belangrijke functie op het gebied van ruimtelijke ordening en grondbeleid. Dit omvat het aanwijzen van bouwlocaties, het verlenen van (bouw)vergunningen, en –bij actief beleid– het bijdragen aan de ontwikkeling van bouwprojecten. In stedelijk gebied gaat het om stedelijke vernieuwing en herstructurering van de woonomgeving.

In aansluiting op deze meer traditionele rol hebben gemeenten ook een functie als regisseur. Onder invloed van de Wet maatschappelijke ondersteuning is het belang van deze functie toegenomen. Daarbij gaat het om regie in relatie tot aanbieders op het gebied van wonen (corporaties) en welzijn, maar ook bij zorgvoorzieningen (waaronder huishoudelijke ondersteuning). Zo maken gemeenten (prestatie)afspraken met woningcorporaties over het realiseren van woningen en vindt er afstemming plaats over de toewijzing van huurwoningen voor bepaalde (specifieke) doelgroepen. Op het gebied van welzijnsvoorzieningen staan gemeenten voor de opgave om het bestaande aanbod zodanig te herschikken c.q. te ontwikkelen dat er algemene voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning komen (inclusief vrijwilligers en mantelzorg) die preventief werken en bijdragen aan het voorkomen en/of verminderen van de vraag naar (zware) zorg. Een en ander faciliteert het scheiden van wonen en zorg. De vorming van één breed en samenhangend gemeentelijk loket speelt hierbij ook een rol.

7.3 Bevorderende en remmende factoren op regionaal niveau

In deze paragraaf wordt ingegaan op de beelden die zijn verkregen van relevante achtergronden in een aantal regio's. De achtergronden worden beschreven in termen van bevorderende en remmende factoren voor het tempo van scheiden van wonen en zorg. Daarbij wordt zowel ingegaan op de (historische) startsituatie als op de uitvoeringspraktijk (het gevoerde beleid en inzet) in de desbetreffende regio.

Een en ander is schematisch weergegeven in het volgende overzicht. In het schema is de volgorde van de categorieën uit tabel 6.1 aangehouden en sporen de regionummers met deze tabel. Verder zijn de regio's globaal getypeerd naar mate van stedelijkheid.

10. Deze regeling is met ingang van 2007 in het kader van de Wmo overgeheveld naar de gemeenten.

Schema 7.1. Overzicht van achtergronden tempo van scheiden van wonen en zorg, per zorgkantoorregio

Regio	Stand	Bevorderende factoren	Remmende factoren
2 <i>weinigstedelijk</i>	Intra: laag Extra: hoog Extramuralisering op gang	<ul style="list-style-type: none"> grote druk op wachtlijsten in 2000 heeft geleid tot uitbreiding intramuraal en tegelijk uitbreiding extramuraal (via relatief dure 'full-package') omdat capaciteit intramuraal niet snel in voldoende mate kon worden gerealiseerd. Proces op instigatie VWS en met veel partijen beleid ZK: bij vervangende nieuwbouw VZH reductie intramurale plaatsen als eis financiële haalbaarheid (o.a. door verkoop/verhuuropbrengsten onroerend goed), mede door middelen Beleidsregel zorginfrastructuur zorgaanbieders moeten eerst met kansrijk plan komen, voordat aanvraag bij CBZ wordt ingediend afstemming nieuwbouwplannen zorgaanbieders met corporaties verloopt goed extramuralisering GGz afgerond: gefaciliteerd door inzet intramurale middelen voor extramurale zorg en door strikt beleid ZK 	<ul style="list-style-type: none"> spanning tussen beperkt regionaal budget en noodzaak tot capaciteitsuitbreiding in GHZ (uitbreiding) intramurale voorzieningen in GHZ financieel aantrekkelijker dan extramurale projecten, o.a. door Regeling kleinschalige voorzieningen in de wijk (verschuiving in) samenstelling doelgroep GHZ maakt scheiden wonen en zorg lastiger
3 <i>weinigstedelijk</i>	Intra: laag Extra: hoog Extramuralisering op gang	<ul style="list-style-type: none"> grote bereidheid tot samenwerking bij veel partijen (inclusief gemeenten, zorgaanbieders, welzijnsinstellingen, en patiëntenorganisaties) al voor invoering Wmo samenhangend loket ontwikkeld (mede met behulp van middelen DBWZ) met veel cliëntondersteuning wonen, welzijn en zorg goede dienstenstructuur, inclusief vrijwilligershulp en welzijnsvoorzieningen adviesfunctie ZK bij (her)bouwplannen zorgaanbieders richting CBZ effectief instrument 	<ul style="list-style-type: none"> scheiden wonen-zorg bij GHZ en GGz sterk afhankelijk van bereidheid en capaciteit specialistische zorgaanbieders om extramurale zorg te bieden
8 <i>deelsstedelijk</i>	Intra: laag Extra: hoog Extramuralisering op gang	<ul style="list-style-type: none"> beleidskader (5 jaar geleden) gecommuniceerd met betrokken partijen. Extramuralisering wordt bevorderd. Beleid vlot gestart, sinds 2 jaar opleveringen. ondersteuning VWS bij opstellen analyse instrumenten ZK: (a) adviezen aan CBZ over (nieuw)bouwplannen, (b) aanbestedingsprijkkels: bonus (1%) als extramuralisering in plan opgenomen, (c) ondersteuning aanbieders bij opzetten zorginfrastructuur Beleidsregel zorginfrastructuur heeft extramuralisering financieel mogelijk gemaakt. 	<ul style="list-style-type: none"> stedelijk gebied meeste knelpunten als gevolg van locaties bestaande voorzieningen en grondeigendom vinden van geschikte bouwlocaties voor zorgwoningen concurrentie tussen zorgaanbieders (willen allemaal een plek om voorzieningen aan te bieden). halstarrigheid sommige VPH

<i>Regio</i>	<i>Stand</i>	<i>Bevorderende factoren</i>	<i>Remmende factoren</i>
10 <i>deels ste-delijk</i>	Intra: hoog Extra: laag Proces verloopt langzaam	<ul style="list-style-type: none"> voortvarende rol sommige gemeenten in realiseren van goed afgestemd aanbod wonen, welzijn en zorg labeling van woningen (stedelijk) in nabijheid van centrale zorglocatie voor mensen die een minimaal aantal uur zorg per dag nodig hebben (zowel ouderen als gehandicapten) snelle vergrijzing 	<ul style="list-style-type: none"> beleid ZK: realiseren voldoende capaciteit (intramuraal en extramuraal); extramuralisering geen prioriteit; wel discussie over nieuwe beleidslijn traditionele taakverdeling zorgaanbieders (weinig combinaties intramuraal en extramuraal) pas sinds kort in ontwikkeling niet alle gemeenten voortvarend in realiseren van goed afgestemd aanbod wonen, welzijn en zorg versnippering cliënten in deel regio biedt onvoldoende schaalgrootte voor voorzieningen welzijn en zorg onzekerheid over landelijk beleid (VZH geheel extramuraliseren?) en financiële risico's (is exploitatie kleinschalige VPH-locaties wel rendabel?) concurrentie tussen corporaties: streven om eigen positie te versterken door nieuwe zorgwoningen zelf te exploiteren
11 <i>ste-delijk</i>	Intra: hoog Extra: laag Proces later op gang gekomen	<ul style="list-style-type: none"> goede samenwerking corporaties en zorgaanbieders actief contact ZK met instellingen en gemeenten aanjaagteam VWS en CBZ 	<ul style="list-style-type: none"> marktwerking leidt tot terughoudendheid zorgaanbieders: onzekerheid over continuïteit dienstverlening (financieel risico) organisatie tijdelijke huisvesting bij ontmanteling VZH verloopt moeizaam (taak gemeenten) bouwprocessen zorgwoningen: duren lang, verkrijgen vergunning, bezwarenprocedures ruimtelijke ordening
12 <i>relatief ste-delijk</i>	Intra: hoog Extra: laag Weinig actieve ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> goede samenwerking corporaties en zorgaanbieders 	<ul style="list-style-type: none"> toename aantal verblijfindicaties pas sinds kort aandacht voor nieuwe concepten bij verbouwing VZH. Lang doorgestaan met bouw conform traditionele concept omzetting VZH naar VPH-plaatsen is nauwelijks gebeurd; wordt nu inhaalslag beoogd gemeenten zijn volgend; (nog) geen actief beleid. Was ook niet nodig, omdat proces extramuralisering nog niet manifest beleid ZK: volgen voorkeur klanten, ook indien intramuraal; voorzichtige, geleidelijke afbouw VZH; extramuralisering geen prioriteit bouwprocessen zorgwoningen: duren lang, verkrijgen vergunning, bezwarenprocedures ruimtelijke ordening

<i>Regio</i>	<i>Stand</i>	<i>Bevorderende factoren</i>	<i>Remmende factoren</i>
13 <i>weinig ste-delijk</i>	Intra: hoog Extra: laag Accent op extramuralisering, maar vertragen	<ul style="list-style-type: none"> • pilot met overeenstemming en draagvlak veel partijen (o.a. gemeenten, corporaties, zorgaanbieders, welzijnsinstellingen, patiëntenorganisaties), programma en lokale uitwerkingsplannen (inclusief GHZ); faciliterend projectbureau • heldere afbakening verantwoordelijkheden voor te leveren welzijnsdiensten en zorg per gemeente • via pilot ruimere toepassing middelen DBWZ: ook voor niet-verblijfsgeïndiceerden met zware (onplanbare) zorgbehoefte 	<ul style="list-style-type: none"> • beleidskeuze om eerst voldoende extramurale capaciteit (woonzorgzones) te realiseren voordat intramurale capaciteit wordt afgebouwd • toegenomen concurrentie op markt van extramurale zorg en wonen zet samenwerking onder druk • geschikte bouwlocaties voor zorgwoningen zijn schaars (en duur) • verschillen van mening tussen corporaties en zorgaanbieders over eigendom en beheer vastgoed
14 <i>weinig ste-delijk</i>	Intra: hoog Extra: laag Proces verloopt langzaam	<ul style="list-style-type: none"> • deel regio met relatief compact bebouwd gebied is aantrekkelijk voor (extramurale) zorgaanbieders • aanjaagteam VWS en CBZ 	<ul style="list-style-type: none"> • spreiding cliënten over uitgestrekt gebied (lange reisafstanden) maakt deel regio minder aantrekkelijk voor (extramurale) zorgaanbieders • ZK geen instrumenten om dit gebied aantrekkelijker te maken • deelregio kent veel kleinere gemeenten met eigen visies/belangen • bouwprocessen zorgwoningen: duren lang, verkrijgen vergunning, bezwarenprocedures ruimtelijke ordening
16 <i>deels ste-delijk</i>	Intra: hoog Extra: laag Proces verloopt langzaam	<ul style="list-style-type: none"> • klein aantal gemeenten met enkele duidelijke voortrekkers; • relatief compact gebied is aantrekkelijk voor (extramurale) zorgaanbieders 	<ul style="list-style-type: none"> • marktwerking leidt tot terughoudendheid zorgaanbieders: onzekerheid over continuïteit dienstverlening (financieel risico). • gebrek aan bouwlocaties zorgwoningen • grondposities ingenomen door commerciële projectontwikkelaars die in ander type ouderen (vitale) willen investeren. Gemeente geen instrumenten om af te dwingen dat wonen met intensieve zorg wordt gerealiseerd • bouwprocessen zorgwoningen: duren lang, verkrijgen vergunning, bezwarenprocedures ruimtelijke ordening; extra vertragend indien onderdeel stedelijk vernieuwingsplan (hele wijk op schop)

<i>Regio</i>	<i>Stand</i>	<i>Bevorderende factoren</i>	<i>Remmende factoren</i>
20 <i>ste- delijk</i>	Intra: laag Extra: laag Laag niveau extramuraal remt tempo	<ul style="list-style-type: none"> • beleid: al ruim 5 jaar stop op uitbreiding VZH. Extramuralisering wordt bevorderd. Omzetting VZH naar VPH niet expliciet bevorderd, wel goedgekeurd als aan bepaalde voorwaarden is voldaan • gemeenten waar overlegplatform functioneert (met o.a. corporaties, zorginstellingen en welzijnsinstellingen): komt uitvoering beleid beter van de grond 	<ul style="list-style-type: none"> • financieringssysteem: beperking door regioplafond. Substitutie intramuraal door extramuraal lukt niet met zelfde bereik: kosten per klant bij extramuraal hoger (schaalnadelen door deconcentratie) • Beleidsregel zorginfrastructuur onvoldoende bekend (m.n. instellingen die uitsluitend extramurale zorg bieden) • DBWZ: te gering bereik, alleen voor geïndiceerden, zou ook voor andere zelfstandig wonende ouderen moeten gelden. • welzijnscomponent: bij extramuralisering uit Awbz. Gemeenten hiervoor geen extra middelen. Onvoldoende gemeentelijke regie en afstemming met welzijnsinstellingen en maatschappelijk werk. Welzijnsinstellingen soms teveel intern gericht • gebrek aan bouwlocaties zorgwoningen in meer stedelijke gebieden • bouwprocessen zorgwoningen: duren lang, verkrijgen vergunning, bezwarenprocedures ruimtelijke ordening
26 <i>we- nig ste- delijk</i>	Intra: hoog Extra: hoog Extramuralisering veel aandacht	<ul style="list-style-type: none"> • pilots met breed draagvlak en uitgewerkt programma voor af/bouw VZH • via pilots ruimere toepassing rijksmiddelen: inzet middelen DBWZ ook voor niet-verblijfsgeïndiceerden met zware (onplanbare) zorgbehoefte; middelen KEZ voor domotica en bouwkundige aanpassingen • voorbeeldfunctie grote instellingen (zowel VZH als VPH): andere aanbieders volgen door tucht markt, en doordat exploitatie mogelijk blijkt • goede samenwerking corporaties en zorgaanbieders • gemeenten met actieve rol: regie welzijn, vinden geschikte locaties, financiering welzijnscomponenten uit grondbeleid • financiële ondersteuning in woonlasten zorgbehoefte klanten met laag inkomen 	<ul style="list-style-type: none"> • structuurkenmerken: sterke vergrijzing, stijging verblijfsindicaties; relatief dunbevolkt en slechte verbindingen • financieringssysteem: beperking door regioplafond. Tariefstelling 24-uurs onplanbare zorg. ZK te weinig sturingsinstrumenten door financieringssysteem en aanbestedingsregels • samenwerking zorgaanbieders door concurrentie onder druk, bijv. sommige willen niet (minder rendabele) 24-uurs onplanbare zorg bieden • gemeenten lopen op tegen hogere kosten (welzijn en huishoudelijke ondersteuning) • welzijnscomponent: bij extramuralisering uit Awbz. Gemeenten hiervoor geen extra middelen. Versnippering cliënten biedt onvoldoende schaalgrootte voor voorzieningen • bouwprocessen: duren lang, verkrijgen vergunning, bezwarenprocedures ruimtelijke ordening
30 <i>deels ste- delijk</i>	Intra: hoog Extra: hoog Extramuralisering veel aandacht; afbouw bestaande capaciteit lastig	<ul style="list-style-type: none"> • instrumenten ZK: (a) adviezen aan CBZ over (nieuw)bouwplannen, (b) aanbestedingsprikkel: bonus bij waarborgen van continuïteit extramurale zorg • eigendomspositie corporaties in vastgoed bevordert markt/klantgerichte ontwikkeling 	<ul style="list-style-type: none"> • hoge boekwaarde van deel bestaande intramurale capaciteit (m.n. VZH) • wisselingen in de wacht door fusies en reorganisaties bij zorgaanbieders • bouwprocessen: duren lang, verkrijgen vergunning, bezwarenprocedures ruimtelijke ordening (vooral stedelijk gebied) • initiatief scheiden wonen en zorg bij GHZ vooral bij zorgaanbieders

Regio	Stand	Bevorderende factoren	Remmende factoren
31 deels ste- delijk	Intra: hoog (m.n. VPH) Extra: hoog Extramuralisering veel aandacht; afbouw bestaande capaciteit lastig	<ul style="list-style-type: none"> • bestaande overlegstructuur in de regio: partijen kennen en spreken elkaar. Extramuralisering onderdeel regulier overleg • pilots in de 3 subregio's met draagvlak en overeenstemming tussen veel partijen. Uitgewerkt programma voor afbouw intramurale capaciteit en bouw zorgwoningen met zorginfrastructuur. Geleidelijk ook GHZ en GGz betrokken • transparantie door kosten/baten-analyse ZK en heldere verantwoordelijkheden. Meerkosten wonen en zorg gedragen door corporaties en ZK; meerkosten welzijn voor rekening ZK en gemeenten; gemeentelijke bijdrage via (lagere) grondprijzen sociale huurwoningen • via pilots ruimere toepassing rijksmiddelen: inzet middelen DBWZ ook voor niet-verblijfsgeïndiceerden met zware (onplanbare) zorgbehoefte; middelen KEZ voor domotica en bouwkundige aanpassingen • aanjaagteam van ZK, provincie en CBZ houdt vinger aan pols 	<ul style="list-style-type: none"> • verwerven benodigde locaties/grond (zorgwoningen vragen groter oppervlak dan intramurale voorzieningen) • financiering van benodigde tijdelijke huisvesting wanneer (veel) om/herbouwprojecten tegelijkertijd plaatsvinden • toegenomen concurrentie op markt van extramurale zorg en wonen zet samenwerking onder druk • welzijnscomponent: gemeenten met onvoldoende regie; achterblijvende vraag van klanten

Toelichting: VZH = verzorgingshuizen, VPH = verpleeghuizen, CBZ = College bouw zorgvoorzieningen, DBWZ = subsidieregeling Diensten bij wonen met zorg, KEZ = overgangsregeling Kapitaallasten extramurale zorgverlening, ZK = zorgkantoor.

7.4 Betekenis van startsituaties en uitvoeringspraktijken

7.4.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt, op basis van de regionale beelden en andere gegevens, nader ingegaan op de betekenis van objectieve versus niet-objectieve factoren voor regionale verschillen in het zorggebruik. Bij niet-objectieve factoren gaat het zowel om (meer exogene) verschillen in startsituaties als om verschillen in uitvoeringspraktijken. Achtereenvolgens wordt aandacht geschonken aan:

- intramurale startsituaties (paragraaf 7.4.2);
- de betekenis van indicatiestelling (paragraaf 7.4.3);
- de rol van zorginkoop (paragraaf 7.4.4);
- overige factoren (paragraaf 7.4.5).

7.4.2 Intramurale startsituaties

Onder startsituatie verstaan we de verschillende uitgangspunten die regio's kunnen hebben als het gaat om het niveau van de intramurale capaciteit/uitgaven. Eerder (zie hoofdstuk 2 en 4) is geconstateerd dat bij intramurale voorzieningen sprake is van historisch gegroeide aanbodsituaties (vestigingsplaats van gebouwen) die uiteenlopen tussen regio's. Bij verzorgingshuizen kunnen deze regionale verschillen in historische aanbodstructuur mede zijn beïnvloed door de startsituatie in beschikbare intramurale capaciteit bij de beëindi-

ging van de WBO. Tevens is geconstateerd dat de spreiding van intramurale capaciteit in bepaalde regio's niet goed aansluit op de huidige –met 'verklaringsmodellen'– geobjectiveerde zorgvraag.

Uit de gesprekken en achtergronddocumenten is naar voren gekomen dat hierbij een relatie ligt met het tempo van scheiden van wonen en zorg. Zo is het in regio's met een relatief laag intramuraal capaciteitsniveau veelal eenvoudiger om aan het scheiden van wonen en zorg gestalte te geven dan in regio's met een relatief hoog intramuraal capaciteitsniveau waar meer remmende factoren een rol blijken te spelen. Behalve de ontwikkeling van extramuraal arrangementen voor wonen en zorg vraagt in deze regio's vooral ook de afbouw/transformatie van bestaande capaciteit de aandacht en inzet van diverse actoren. Mede vanwege –verschuivingen in– de (financiële) belangen van betrokken aanbieders (zie hieronder) blijkt het afbouwen van bestaande capaciteit moeilijker te zijn dan het voorkomen van nieuwe intramurale voorzieningen.

7.4.3 Indiciestelling

In samenhang met het vorige punt is door meerdere geïnterviewden opgemerkt dat de intramurale startsituatie kan doorwerken via de indicatiestelling indien daarbij (mede) wordt afgestemd op het bestaande intramurale aanbod van voorzieningen.¹¹ Daarmee zou de indicatiestelling eraan bijdragen dat de stroom van (potentiële) intramurale zorggebruikers in stand wordt gehouden. Anders gezegd, de zorgvraag voegt zich dan naar het bestaande aanbod.

De indicatiestelling voor de Awbz was tot 2005 decentraal georganiseerd in de vorm van regionale indicatieorganen. Het ontbreken van uniforme protocollen maakte het mogelijk om in de indicatiestelling regionale accenten aan te brengen. Vanuit de praktijk zijn er diverse signalen die hierop wijzen alsook op de mogelijke invloed van zorgaanbieders.¹² Zorgaanbieders kunnen direct invloed uitoefenen indien zij zelf –in mandaat– (standaard)indicaties mogen afgeven of indirect indien zij (potentiële) cliënten stimuleren tot het indienen van (bepaalde) indicatieaanvragen. Een en ander werkt via de zorginkoop (zie hieronder) door op –regionale verschillen in– de omvang en samenstelling van het huidige zorggebruik.

Tussen afgegeven indicaties en feitelijk zorggebruik is geen sprake van één-op-één relaties. Een analyse van indicatiegegevens in relatie tot gebruiksgegevens op regionaal niveau kent diverse complicaties. Zo wijkt de gebruikerspopulatie in enig jaar af van de in dat jaar geïndiceerde personen, omdat het feitelijke zorggebruik mede is gebaseerd op indicaties die in een eerder jaar zijn afgegeven. Verder is ook de omvang en duur van de geïndiceerde zorg van belang en de mate waarin deze daadwerkelijk wordt gebruikt. Daarnaast kan er sprake zijn van uitwisseling tussen regio's, waarbij de regio van indicatie niet dezelfde is als de regio waar het zorggebruik plaatsvindt.

7.4.4 Rol van zorginkoop

zorgkantoor

Zorgkantoren vervullen een belangrijke schakelfunctie tussen de indicatiestelling en het feitelijke zorgaanbod. Zij maken bij de zorginkoop regionaal uiteenlopende afspraken met zorgaanbieders over de –wijze van– omzetting van indicaties in de feitelijk te leveren zorg, zowel wat betreft (gemiddelde) omvang als soorten

11. Ook in ander onderzoek is dit gesignaleerd. Zie C.P. van Linschoten en P. Moorer, *Toegang tot thuiszorg*, december 2006.

12. Zie onder meer CIZ, *Toename indicatiebesluiten 2006: een nadere analyse*, augustus 2006, CTG-ZAio, *Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot verantwoorde zorg onderzocht*, juni 2006 en Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde, *Landelijk Klanttevredenheidsonderzoek CIZ*, februari 2007. Ook in interviews betreffende de vierde onderzoeksvraag is dit naar voren gebracht.

producten. Daarnaast beschikken zij over het adviesinstrument richting het College bouw zorgvoorzieningen als het gaat om (nieuw)bouwplannen van zorgaanbieders.

Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat een actieve opstelling van het zorgkantoor het proces van scheiden van wonen en zorg, inclusief extramuralisering van intramurale capaciteit, kan bevorderen. Naast bovengenoemde instrumenten (zorginkoop en bouwadvies) kan een zorgkantoor ook een belangrijke rol vervullen in het vormen van een breed draagvlak voor het scheiden van wonen en zorg en het stimuleren van de bereidheid tot samenwerking bij de belangrijkste betrokken partijen. In bepaalde (sub)regio's werd de inzet op het gebied van scheiden van wonen en zorg expliciet in verband gebracht met de geconstateerde, relatief hoge extramurale uitgavenniveaus. Bij een passievere opstelling van het zorgkantoor worden daarentegen remmende effecten gesignaleerd: extramuralisering wordt dan aan het 'spel van vraag en aanbod' overgelaten. Een remmende werking blijkt overigens ook op te treden in het geval van een expliciete, regionaal gedragen beleidskeuze om eerst voldoende extramurale voorzieningen (wonen, welzijn en zorg) te realiseren voordat tot afbouw van bestaande intramurale capaciteit wordt overgegaan.

zorgaanbieders

Voor zorgaanbieders zijn aspecten als financiering van projecten en relatieve marktpositie van belang. Voor de financiering wordt de Beleidsregel zorginfrastructuur (NZa) genoemd als bevorderende factor voor het scheiden van wonen en zorg. Met name in minder stedelijke gebieden kan deconcentratie van voorzieningen echter schaalnadelen meebrengen met mogelijke financiële dekkingsproblemen.

Specifiek voor de sector gehandicaptenzorg worden nog andere remmende factoren genoemd. Door de bekostigingssystematiek zou financiering van (kleinschalige) intramurale voorzieningen gunstiger zijn dan extramurale projecten. Ook de aard van bepaalde doelgroepen (specifieke handicaps en/of gedragsproblemen) beperkt de mogelijkheden tot het scheiden van wonen en zorg.

Wat betreft de relatieve marktpositie van zorgaanbieders is uit de interviews naar voren gekomen dat marktwerking zowel bevorderend als remmend kan werken voor het proces van scheiden van wonen en zorg. Enerzijds kan marktwerking bijdragen aan een vliegwieleffect, waarbij succesvolle voorbeelden door bekendheid bij (potentiële) doelgroepen ook bij andere zorgaanbieders tot een vraag naar extramurale woonzorgvoorzieningen leiden. In dit verband is tevens gewezen op het beleidsvoornemen om de kapitaallasten te incorporeren in de tarieven. Wanneer instellingen zelf de financiële gevolgen dragen van onderbezetting van intramurale voorzieningen kan dat extramuralisering bevorderen. Anderzijds wordt gesignaleerd dat de toegenomen concurrentie op de markt van extramurale zorg en wonen de (initiële) samenwerking tussen aanbieders onder druk zet en daarmee remmend kan werken op het scheiden van wonen en zorg.

7.4.5 Overige factoren

Onder dit kopje vallen met name factoren op het terrein van wonen en welzijn. Op het terrein van wonen is in de interviews gewezen op factoren die in meer stedelijke gebieden een –vaak remmende– rol spelen. Enerzijds betreft dit relatief exogene factoren als de situatie op de lokale/regionale woningmarkt (ruimer aanbod versus krappere aanbod van geschikte woningen) en beschikbare bouwcapaciteit (locaties voor nieuwbouw versus inbreiding/stedelijke vernieuwing). Anderzijds gaat het om bouwprocessen en ruimtelijke ordeningsprocedures die vaak lang duren. Meer in het bijzonder kunnen bij stedelijke vernieuwingstrajecten algehele processen ook het tempo van de bouwplannen voor zorgwoningen beïnvloeden.

Complementair aan kleinschaliger woonzorgvoorzieningen is de welzijnscomponent. Processen blijken mede te worden geremd door factoren op dit gebied. Zo kan deconcentratie van welzijnsvoorzieningen, met name in

minder stedelijke gebieden, schaalnadelen meebrengen met mogelijke financiële dekkingsproblemen. Daarbij gaat extramuralisering gepaard met een verschuiving van Awbz (rijk) naar Wmo (gemeenten). Sommige gemeenten blijken op dit punt nog onvoldoende regie te hanteren om het welzijnsaanbod af te stemmen op een gescheiden aanbod van wonen en zorg.

7.5 Conclusies

Met behulp van de beschikbare gegevens is nader onderzocht wat de mogelijke achtergronden zijn van de niet objectief verklaarbare regionale verschillen om een scherper beeld te krijgen van de betekenis van objectieve versus niet-objectieve factoren (zie ook paragraaf 2.3). Uit de verdiepende analyse zijn geen andere objectieve factoren naar voren gekomen. Dit impliceert een nadere ondersteuning van de kwaliteit en plausibiliteit van de ontwikkelde ‘verklaringsmodellen’. Wat betreft de niet-objectieve achtergronden is gebleken dat zich tussen regio’s verschillen voordoen in intramurale startsituaties en in uitvoeringspraktijken op het gebied van indicatiestelling, zorginkoop en zorgaanbod. Deze niet-objectieve factoren zijn mede van invloed op tempoverschillen bij het scheiden van wonen en zorg.

Uit de interviews en achtergronddocumenten komt naar voren dat alle regio’s in meer of mindere mate actief zijn om wonen en zorg te scheiden. Regionale tempoverschillen blijken samen te hangen met de doorwerking van een aantal bevorderende dan wel remmende factoren. Een belangrijke bevinding is dat het in regio’s met een relatief laag intramuraal capaciteitsniveau veelal eenvoudiger is om gestalte te geven aan het scheiden van wonen en zorg dan in regio’s met een relatief hoog intramuraal capaciteitsniveau, omdat daar meer remmende factoren een rol spelen. Eén van deze factoren betreft de indicatiestelling. Er zijn signalen dat de indicatiestelling mede wordt afgestemd op het bestaande intramurale aanbod. De opstelling van het zorgkantoor (wijze van zorginkoop en advisering bij (her)bouw van zorgvoorzieningen) en de concurrentie op de markt van extramurale zorg en wonen kunnen remmend dan wel juist bevorderend werken. Daarnaast is in stedelijke gebieden vaker sprake van knelpunten op het gebied van woningmarkt en/of –bouw, inclusief tijdrovende bouwprocessen en ruimtelijke ordeningsprocedures. In minder stedelijke gebieden kunnen zich knelpunten voordoen als gevolg van schaalnadelen en reisafstanden. Deze regionale verschillen beïnvloeden het tempo van scheiden van wonen en zorg.

8 Conclusies

8.1 Inleiding

In het voorgaande is beschreven met behulp van welke gegevens en aanpak invulling is gegeven aan het onderzoek. Tevens zijn de bevindingen aan de orde gesteld betreffende de onderzoeksvragen. Dit hoofdstuk sluit het rapport af met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen en gaat nader in op:

- de betekenis van de ontwikkelde ‘verklaringsmodellen’ (paragraaf 8.2);
- de invloed van niet-objectieve factoren (paragraaf 8.3);
- verdere ontwikkeling van modellen met normerende functie (paragraaf 8.4).

8.2 Betekenis van ontwikkelde ‘verklaringsmodellen’

plausibele ‘verklaringsmodellen’.....

Dit onderzoek had ten doel te verkennen in hoeverre het mogelijk en zinvol is om structuurkenmerken in beeld te brengen ter objectivering van regionale verschillen in de zorgvraag. Met deze objectivering zou dan bij de zorginkoop rekening kunnen worden gehouden.

Een belangrijke bevinding van het onderzoek is dat –vanuit nadere inzichten in de kenmerken van de gebruikspopulatie– voor zowel de extramurale als de intramurale onderdelen van de sector VVT globale ‘verklaringsmodellen’ konden worden ontwikkeld die in hoge mate plausibel zijn. Deze modellen bevatten dezelfde objectieve factoren als het eerder ontwikkelde financiële ijkpunt voor de functie huishoudelijke verzorging. Wel kunnen deze factoren, afhankelijk van het desbetreffende onderdeel, een andere betekenis hebben.

... waarmee de invloed van objectieve factoren op regionaal niveau is gekwantificeerd

Met behulp van de ontwikkelde ‘verklaringsmodellen’ is de invloed van deze objectieve demografische en sociaal-geografische factoren gekwantificeerd op het niveau van zorgkantoorregio’s. Daarmee is per regio inzicht verkregen in de mate waarin het feitelijke zorggebruik afwijkt van het geobjectiveerde niveau. Uit de analyses is naar voren gekomen dat de regionale verschillen in het zorggebruik binnen de sector VVT voor het grootste deel kunnen worden herleid tot objectieve demografische en sociaal-geografische factoren.

... en tevens de betekenis van niet-objectieve factoren zichtbaar maken

Tussen zorgkantoorregio’s is een relatief sterke spreiding zichtbaar in de omvang van het zorggebruik. Deze regionale verschillen blijken niet alleen uit het niveau van de uitgaven, maar ook uit (niet objectief verklaarbare) verschillen in het aantal cliënten per hoofd van de bevolking en in de gemiddelde omvang van de verleende zorg per cliënt. Hieruit kan worden opgemaakt dat in zorgkantoorregio’s niet in dezelfde mate rekening is gehouden met de objectieve factoren. Dit duidt erop dat achter regionale verschillen andersoortige factoren kunnen schuilgaan (zie paragraaf 8.3).

Deze bevinding wordt nader bevestigd door de verdiepende analyses. Daarbij is geconstateerd:

- dat in ongeveer de helft van de zorgkantoorregio’s intramurale effecten en extramurale effecten elkaar in meer of mindere mate compenseren. Bij de andere regio’s is sprake van cumulerende effecten, waarbij de

feitelijke uitgaven bij zowel extramuraal als intramuraal hoger dan wel lager liggen dan het niveau op basis van de 'verklaringsmodellen';

- dat de uitgaven bij een tiental regio's zich in de periode 2004-2005 min of meer hebben ontwikkeld conform de verwachting op basis van het uitgavenniveau, namelijk een afname bij een relatief hoog niveau en een toename bij een relatief laag niveau. Bij de andere regio's is sprake van een discrepantie tussen feitelijke en verwachte ontwikkeling.

... die een beter handvat vormen voor zorginkoop

Voor de zorginkoop zijn tot nu toe vooral vergelijkingen gemaakt op basis van gegevens over productieafspraken. Dit onderzoek toont aan dat zorgbehoeften samenhangen met demografische en sociaal-geografische bevolkingskenmerken. Het is van belang om hiermee ook bij de zorginkoop rekening te houden. Daarbij kan tevens worden geconcludeerd dat een benadering op basis van meerdere objectieve factoren meer concrete en genuanceerde inzichten biedt dan enkelvoudige benaderingen (bijvoorbeeld op basis van alleen het aantal inwoners of 75-plussers). Voor daadwerkelijke toepassing dient overigens ook rekening te worden gehouden met het feit dat de zorginkoop niet geheel regionaal is georganiseerd (bovenregionaal werkende instellingen).

8.3 Invloed van niet-objectieve factoren

Met behulp van de beschikbare gegevens is nader onderzocht wat de mogelijke achtergronden zijn van de niet objectief verklaarbare (resterende) regionale verschillen om een scherper beeld te krijgen van de betekenis van objectieve versus niet-objectieve factoren. Uit de verdiepende analyses zijn geen andere objectieve factoren naar voren gekomen, hetgeen een nadere onderbouwing geeft aan de plausibiliteit van de ontwikkelde 'verklaringsmodellen'. Wat betreft de niet-objectieve achtergronden is gebleken dat zich tussen regio's verschillen voordoen in intramurale startsituaties en in uitvoeringspraktijken op het gebied van indicatiestelling, zorginkoop en zorgaanbod. Deze niet-objectieve factoren zijn mede van invloed op tempoverschillen bij het scheiden van wonen en zorg.

Uit interviews en achtergronddocumenten komt naar voren dat alle regio's in meer of mindere mate actief zijn om wonen en zorg te scheiden. Regionale tempoverschillen blijken samen te hangen met de doorwerking van een aantal bevorderende dan wel remmende factoren. Een belangrijke bevinding is dat het in regio's met een relatief laag intramuraal capaciteitsniveau veelal eenvoudiger is om gestalte te geven aan het scheiden van wonen en zorg dan in regio's met een relatief hoog intramuraal capaciteitsniveau, omdat daar meer remmende factoren een rol spelen. Eén van deze factoren betreft de indicatiestelling. Er zijn signalen dat de indicatiestelling mede wordt afgestemd op het bestaande intramurale aanbod. De opstelling van het zorgkantoor (wijze van zorginkoop en advisering bij (her)bouw van zorgvoorzieningen) en de concurrentie op de markt van extramuraal zorg en wonen kunnen remmend dan wel juist bevorderend werken. Daarnaast is in stedelijke gebieden vaker sprake van knelpunten op het gebied van woningmarkt en/of -bouw, inclusief tijdrovende bouwprocessen en ruimtelijke ordeningsprocedures. In minder stedelijke gebieden kunnen zich knelpunten voordoen als gevolg van schaalnadelen en reisafstanden. Deze regionale verschillen beïnvloeden de mogelijkheden tot en het tempo van scheiden van wonen en zorg.

Verdere intramurale capaciteitsvermindering in regio's met relatief hoge capaciteitsniveaus lijkt een belangrijk element voor het reduceren van regionale verschillen. Een (verdere) uniformering van uitvoeringspraktijken, met name op het gebied van indicatiestelling en zorginkoop, kan hieraan bijdragen.

8.4 Verdere ontwikkeling modellen met normerende functie

uitgewerkte modellen als hulpmiddel bij verdere normering zorgaanbod

In dit onderzoek is aangetoond dat ‘verklaringsmodellen’ een nuttig instrument vormen om de zorgvraag op basis van demografische en sociaal-geografische factoren te objectiveren. De waarde van de nu ontwikkelde modellen voor de zorginkoop is vooral gelegen in een betere afstemming op beschikbare regionale gebruiksgegevens in relatie tot de samenstelling van de regionale bevolking. Door verdere uitwerking van deze modellen, in de vorm van ijkpunten/benchmarks en daarop afgestemde bekostigingssystematieken, kunnen zij echter ook een meer normerende functie vervullen.

Zoals bij de huishoudelijke verzorging in het kader van de Wmo is aangetoond, kunnen verder uitgewerkte modellen ook voor andere doeleinden een goed hulpmiddel vormen. Eén van de toepassingsmogelijkheden houdt verband met de regionale tempoverschillen bij het scheiden van wonen en zorg. Door de beschikbare ‘verklaringsmodellen’ verder te ontwikkelen (in afstemming op de specifieke samenstelling van het zorgaanbod in afzonderlijke sectoren) kan, vanuit een normerende invalshoek, een bijdrage worden geleverd aan het proces om op regionaal niveau tot een meer evenwichtige intramurale capaciteitsomvang te komen, inclusief extramuralisering en andere vormen van scheiden van wonen en zorg.

Behalve voor (regionale) capaciteitsplanning en zorginkoop kunnen verder uitgewerkte ‘verklaringsmodellen’ bijvoorbeeld ook voor verdeling van (bestaande en/of extra) middelen en vormen van risicoverevening worden benut. Dat kan zowel op regionaal niveau (zorgkantoren, verzekeraars) als op subregionaal niveau (gemeenten). Door de normerende werking die van zulke modellen uitgaat, kunnen zij bijdragen aan –het versterken van– een beleidsmatig gewenste ontwikkeling. Ter illustratie kan worden gewezen op het bevorderen van een meer vraaggestuurd zorgaanbod of het anticiperen op een herschikking (vanuit een objectieve onderbouwing) bij de verdeling van extra middelen. Steeds is daarbij de beschikbaarheid van adequate gegevens van groot belang.

beschikbaarheid van gegevens

Voor het onderhavige onderzoek waren slechts voor twee jaren (2004 en 2005) gebruiksgegevens beschikbaar. Het betreft het zorggebruik voor extramurale en intramurale onderdelen voor zover hiervoor een eigen bijdrageplicht of een registratieplicht van toepassing was. Een aandachtspunt bij deze gegevens in relatie tot de zorginkoop is de aansluiting met gegevens over de productieafspraken, zowel wat betreft geografische afbakening van (sub)regio’s als de afbakening van bepaalde intramurale onderdelen.

Een bredere beschikbaarheid van gebruiksgegevens (meer jaren en completer op onderdelen) zou de verdere ontwikkeling van modellen ter objectivering van de zorgvraag kunnen faciliteren. Door voor meerdere (recente) jaren gegevens in kaart te brengen kan een duidelijker beeld worden gevormd van –de samenhang in– de ontwikkeling van de zorgvraag op uiteenlopende onderdelen. Dit geldt eveneens voor de ontwikkeling van het scheiden van wonen en zorg op regionaal niveau, zeker nu dit proces in (vrijwel) alle regio’s meer op gang is gekomen.

Bijlagen

A Extramurale functies

A.1 Inleiding

In deze bijlage wordt een korte typering gegeven van –de onderdelen van– de extramurale functies die bij het onderzoek zijn betrokken.¹³ Het betreft achtereenvolgens:

- persoonlijke verzorging (paragraaf A.2);
- verpleging (paragraaf A.3);
- ondersteunende en activerende begeleiding (paragraaf A.4).

A.2 Persoonlijke verzorging

inhoud van de functie

De functie persoonlijke verzorging wordt in het *Besluit zorgaanspraken* als volgt omschreven: het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling.

De functie is gericht op het ondersteunen bij of overnemen van lichaamsgebonden zorg en het stimuleren, aanleren en opheffen of compenseren van tekorten van zelfredzaamheid op het gebied van activiteiten van het dagelijkse leven (ADL). De functie kan zowel thuis, in een instelling of elders worden aangeboden.

Van belang is verder dat bij indicatiestelling voor deze functie ‘gebruikelijke zorg’ (en eventuele voorliggende wettelijke of algemene voorzieningen en mantelzorg/vrijwilligers) wordt meegewogen. Bij partners gaat het dan om zorg in zorgsituaties korter dan 3 maanden met uitzicht op herstel en bij ouders om zorg voor activiteiten die een kind zonder beperkingen niet zelfstandig uitvoert.

relevante producten

Binnen de functie persoonlijke verzorging worden de volgende producten onderscheiden¹⁴:

- a. persoonlijke verzorging basis (H126):
 - hulp bij ADL-taken: wassen, kleden, beweging en/of houding (waaronder in/uit bed gaan), eten en drinken, toiletgang, en eventuele controle van lichaamsfuncties;
 - hulp bij beperkingen op het vlak van zelfverzorging van haren, sieraden omdoen, zich opmaken, scheren, mond- en gebitsverzorging, hand- en voetverzorging, aanbrengen en uitdoen van prothesen, hoortoestel aan of uitzetten, bril opzetten en poetsen, medicijnen klaarzetten en toedienen;
 - advies, instructie en voorlichting aan de cliënt die in directe relatie staan met de persoonlijke verzorging, waaronder hulp bij medicijngebruik of stimulering van de cliënt bij het deels zelf uitvoeren van activiteiten. Hiertoe behoort ook het desgevraagd adviseren van informele zorgers van de cliënt.

13. Voor de typering is met name gebruik gemaakt van de volgende bronnen: NZa, *Prestatiebeschrijvingen extramurale zorg*, beleidsregel CA-21, CVZ, *Functiegerichte aanspraken: een gids voor uitleg in de praktijk*, en diverse protocollen van het CIZ.

14. Met ingang van 2006 wordt nog een derde product onderscheiden: persoonlijke verzorging speciaal. Dit maakt geen onderdeel uit van de gegevens die ten grondslag liggen aan de analyse.

- b. persoonlijke verzorging extra (H127):
- basis (zie a);
 - module beschikbaarheid (noodzaak van frequent oproepbare zorg): vergoeding van de beschikbaarheid, opgevat als tijden waarop uitvoerende beroepskrachten beschikbaar zijn voor directe zorgverlening maar niet feitelijk met die zorgverlening bezig zijn (men is oproepbaar). Uitgangspunt is de doelmatige organisatie van die beschikbaarheid met aandacht voor een voldoende schaalniveau en synergie door samenwerking van instellingen.

financiële betekenis

In totaal omvat de functie persoonlijke verzorging in 2005 een bedrag ter grootte van ruim € 1,1 miljard. Hiervan hangt circa € 830 miljoen samen met het basisproduct (H126), terwijl het product extra (H127) een bedrag van circa € 315 miljoen omvat.

A.3 Verpleging

inhoud van de functie

De functie verpleging wordt in het *Besluit zorgaanspraken* als volgt omschreven: verpleging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling.

De functie omvat het uitvoeren van verpleegkundige handelingen die zijn gericht op (i) herstel van de gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening (inclusief het bieden van palliatieve zorg), (ii) verlichting van lijden en ongemak, alsook (iii) observeren, herkennen, analyseren en controleren van gezondheidsproblemen. Daarnaast is onder deze functie, in relatie tot de aandoening, begrepen (iv) voorlichting, advies, instructie en begeleiding.

Verpleging kan niet op grond van een verstandelijke of zintuiglijke handicap worden verstrekt. Een verstandelijk of zintuiglijk gehandicapt persoon heeft wel aanspraak op verpleging indien de persoon naast de handicap een aandoening heeft die verpleegkundige zorg noodzakelijk maakt. Dan is die bijkomende aandoening (bijvoorbeeld een somatische aandoening) de grondslag voor de functie verpleging.

relevante producten

Binnen de functie worden de volgende producten onderscheiden¹⁵:

- a. verpleging basis (H104):
- verheldering van de gezondheidsproblematiek van de cliënt in verpleegkundige termen en hierop aansluitend uitvoeren van de nodige verpleegkundige interventies (zoals verpleegtechnisch handelen, controle lichaamsfuncties, wond- en/of stomaverzorging, ondersteuning bij uitscheiding (katheter etc.), medicijnen klaarzetten en toedienen, oefenen met persoon om zelf injecties te geven;
 - enige begeleiding tijdens de verpleging in vorm van advisering, instructie en voorlichting over omgaan met ziekte, behandeling, therapie, hulpmiddelen, waaronder advisering van informele zorgers;
 - kan ook enige persoonlijke verzorging bevatten, voor zover die direct samenhangt met het verpleegkundig werk bij de cliënt (80-20 regel);

15. Daarnaast wordt ook het product advies, instructie en voorlichting (AIV) wel tot deze functie gerekend. Dit maakt geen onderdeel uit van de gegevens die ten grondslag liggen aan de analyse.

- screen-to-screen contact is toegestaan bij cliënten met een ernstige chronische ziekte die meerdere keren per week verpleging nodig hebben (met noodzaak van regelmatig contact tussen zorgverlener en cliënt). Het screen-to-screen contact komt (deels) in de plaats van het reguliere contact en is bedoeld voor advisering van activiteiten die liggen op het vlak van verpleging, persoonlijke verzorging, activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding.
- b. verpleging extra (H128):
- basis (zie a);
 - module beschikbaarheid (noodzaak van frequent oproepbare zorg): vergoeding van de beschikbaarheid, opgevat als tijden waarop uitvoerende beroepskrachten beschikbaar zijn voor directe zorgverlening maar niet feitelijk met die zorgverlening bezig zijn (men is oproepbaar). Uitgangspunt is de doelmatige organisatie van die beschikbaarheid met aandacht voor een voldoende schaalniveau en synergie door samenwerking van instellingen;
- c. verpleging speciaal (H106):
- basis (zie a);
 - module cliëntkenmerk: gespecialiseerde verpleegkundige handelingen, zoals epidurale/spinale pijnbestrijding, intraveneuze medicatietoediening, intraveneuze vocht- en voedingtoediening, bloedtransfusie, vernevelen, CAPD/CCPD, drainage maag/thorax, fotherapie, sondevoeding bij kinderen en PEG, uitzuigen trachea, beadaming, en specifieke voorlichting en instructie.

financiële betekenis

De functie verpleging omvat in 2005 een bedrag ter grootte van ongeveer € 640 miljoen. Hiervan hangt circa € 535 miljoen samen met het basisproduct (H104), terwijl de producten extra (H128) en speciaal (H106) een bedrag van circa € 85 respectievelijk circa € 20 miljoen omvatten.

A.4 Ondersteunende en activerende begeleiding

A.4.1 Ondersteunende begeleiding

inhoud van de functie

De functie ondersteunende begeleiding wordt in het *Besluit zorgaanspraken* als volgt omschreven: ondersteunende activiteiten in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling.

De functie betreft het *handhaven* van de zelfredzaamheid door het compenseren van beperkingen, acceptatie van de situatie en het bevorderen van *integratie* in de samenleving door begeleiding bij het dagelijkse leven (waar men ook woont) in verband met problematische regie over het leven (regelvermogen), toezicht en praktische hulp. De functie is gericht op het behoud van (verworven) vaardigheden.

Van belang is verder dat bij indicatiestelling voor deze functie ‘gebruikelijke zorg’ en eventuele voorliggende wettelijke of algemene voorzieningen en mantelzorg/vrijwilligers wordt meegewogen. Bij partners en andere volwassen huisgenoten onderling wordt alle praktische ondersteunende begeleiding in het normale maatschappelijke verkeer in principe als gebruikelijk beschouwd. Bij ouders van kinderen met beperkingen hebben

de afwegingen met name betrekking op oppasvoorziening, begeleiding bij onderwijs en vrije tijdsactiviteiten, en ondersteuning van mantelzorg.

vormen van ondersteunende begeleiding

De functie is niet alleen bedoeld voor volwassenen en ouderen die onvoldoende in staat zijn hun eigen leven te regelen en een eigen huishouden te organiseren. Ondersteunende begeleiding is ook mogelijk voor cliënten en gezinshuishoudens waar sprake is van langdurige en intensieve zorg voor een persoon met een sterk beperkte zelfredzaamheid. De begeleiding kan hier nodig zijn als een vorm van respijtzorg: verlichting brengen bij degenen/naasten die voortdurende zorg bieden. Men kan denken aan begeleiding in het gezin van een ernstig meervoudig gehandicapt kind dat thuis woont bij de ouder(s) of begeleiding rond een thuiswonend persoon met gevorderde dementie die van de partner of vanuit de familie voortdurend hulp krijgt. Deze vormen van individuele ondersteunende begeleiding zijn ofwel bij de cliënt thuis ofwel buitenshuis en worden uitgedrukt in uren per week.

Ook kan ondersteunende begeleiding worden geboden als groepsgewijze dagactiviteit (in dagdelen per week) buitenshuis, gericht op structurering van tijdbesteding. Dit kan bijvoorbeeld plaatsvinden in combinatie met tijdelijk verblijf om langdurig verblijf te voorkomen of uit te stellen. Vervoer bij ondersteunende begeleiding in dagdelen kan in samenhang worden geboden indien de thuiswonende cliënt één of meerdere dagdelen in de instelling moet zijn en een medische indicatie heeft voor dat vervoer.

relevante producten individuele ondersteunende begeleiding (algemeen)

Binnen de functie ondersteunende begeleiding worden de volgende algemene producten (uitgedrukt in uren) onderscheiden¹⁶:

- a. ondersteunende begeleiding basis (H121)¹⁷:
 - begeleiden in verband met beperkte vaardigheden die een persoon heeft (hulp bij dagelijkse bezigheden regelen, besluiten nemen, plannen en uitvoeren van taken, beheerszaken regelen, communicatie, oriëntatie naar tijd, plaats en persoon);
 - sturing in de organisatie van de huishouding en/of stimulering van de persoonlijke zorg (doelgericht bevorderen dat cliënt de huishoudelijke taken of persoonlijke zorg verricht);
 - begeleiden bij de mogelijke integratie in de samenleving en sociale participatie (bijv. hulp bij opbouw van een sociaal netwerk);
- b. ondersteunende begeleiding extra (H129):
 - basis (zie a);
 - module beschikbaarheid: vergoeding van de beschikbaarheid, opgevat als tijden waarop uitvoerende beroepskrachten (frequent) oproepbaar zijn voor directe zorgverlening maar niet feitelijk met die zorgverlening bezig zijn. Uitgangspunt is de doelmatige organisatie van die beschikbaarheid met aandacht voor een voldoende schaalniveau en synergie door samenwerking van instellingen.

relevante producten groepsgewijze ondersteunende begeleiding (dagactiviteiten)

Binnen de functie ondersteunende begeleiding worden voorts diverse producten dagactiviteiten (uitgedrukt in dagdelen) onderscheiden voor de doelgroep ouderen (al dan niet met een handicap).¹⁸ Voor de analyse is het

16. Daarnaast is er een tweetal speciale producten (H140 en H141) voor specifieke VVT-doelgroepen. Omdat hiervoor geen gegevens beschikbaar zijn, blijven deze producten bij de analyse buiten beschouwing. Ook voor de doelgroep gehandicapten is er een aantal specifieke producten.

17. Voorbeelden zijn: begeleiding in gezin met een thuiswonend gehandicapt kind, of vervangende opvang buiten dat gezin (namelijk geïndiceerde begeleiding als groepsgewijze opvang, voor kinderen die niet aan de gewone naschoolse opvang kunnen deelnemen), begeleid zelfstandig wonen (als er geen continu toezicht nodig is), en begeleiding bij werk of onderwijs (indien die onder geïndiceerde AWBZ-zorg valt).

18. Daarnaast is er voor de doelgroep van de geestelijke gezondheidszorg een specifiek product.

product dagactiviteit basis (H113) relevant.¹⁹ Dit omvat een dagprogramma met het accent op begeleiding in groepsverband, gericht op bezigheid en sociaal-recreatieve activiteiten en het bijhouden van vaardigheden, eventueel aangevuld met lichte assistentie bij persoonlijke zorg. Het dagprogramma is bedoeld voor oudere mensen met sterk verminderde redzaamheid (beperkingen bij zelfregie, persoonlijke zorg). Er is een duidelijke verzorgingsbehoefte en/of begeleidingsbehoefte (waar onder lichte dementie of niet-aangeboren hersenletsel). Het dagprogramma zal bijdragen aan vermindering van sociaal isolement van de betreffende persoon of aan verlichting van de zorg thuis door mantelzorgers. Deelname aan het dagprogramma kan ook dienen ter overbrugging van een periode tot langdurige opname in een intramurale voorziening.

financiële betekenis

In totaal omvatten de producten die bij de analyse zijn betrokken in 2005 een bedrag ter grootte van ongeveer € 275 miljoen.²⁰ Hiervan hangt circa € 140 miljoen samen met het basisproduct (H121), circa € 50 miljoen met het product extra (H129), terwijl het basisproduct dagactiviteit (H113) een bedrag van circa € 85 miljoen omvat.

A.4.2 Activerende begeleiding

inhoud van de functie

De functie activerende begeleiding wordt in het *Besluit zorgaanpakken* als volgt omschreven: door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op:

- a. herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek; of
- b. het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Activerende begeleiding heeft als doel het veranderen/verbeteren van iemands persoonlijk functioneren in *gedrag of vaardigheden*, met twee verschillende aanleidingen:

1. het uitvoeren van begeleidende interventies bij mensen met gedrags- of psychische problematiek (al dan niet als gevolg van een psychiatrische aandoening), ter verbetering van iemands functioneren of het tegengaan van achteruitgang in functioneren;
2. het uitvoeren van interventies bij personen met een somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap, om iemands functioneren doelgericht te verbeteren, waaronder leren omgaan met de *gevolgen* van een aandoening of handicap.

Activerende begeleiding is geïndiceerd wanneer er begeleiding nodig is die professionele deskundigheid vereist.

vormen van activerende begeleiding

Evenals ondersteunende begeleiding kan activerende begeleiding zowel individueel (uitgedrukt in uren) als in groepsverband (uitgedrukt in dagdelen) worden geboden. Indien een thuiswonende cliënt één of meerdere dagdelen in de instelling moet zijn en een medische indicatie voor vervoer heeft, kan vervoer bij activerende begeleiding in dagdelen in samenhang worden aangeboden.

19. Daarnaast is er een tweetal speciale producten (H172 en H173) voor specifieke VVT-doelgroepen. Deze blijven bij de analyse buiten beschouwing, omdat hiervoor geen gegevens beschikbaar zijn.

20. Dit is ongeveer 60% van de totale middelen voor de functie ondersteunende begeleiding (inclusief dagactiviteiten) zoals die uit de NZa-gegevens over de VVT naar voren komen. De middelen ten behoeve van vervoer naar dagbesteding zijn hierbij niet inbegrepen.

relevante producten

Binnen de functie activerende begeleiding is voor de doelgroep ouderen het product activerende begeleiding basis (H130; uitgedrukt in uren) relevant.²¹ Dit omvat de volgende elementen:

- methodische gedragsbeïnvloeding en oefenen van vaardigheden ter versterking van de zelfredzaamheid van de cliënt (op de gebieden van sociale redzaamheid, huishouding, persoonlijke zorg, mobiliteit, communicatie, sociale participatie);
- helpen structureren en organiseren van een ontregelde huishouding (waaronder meehelpen bij de huishoudelijke zorg); eventueel ook tijdelijke begeleiding bij opvoeding in gezin met thuiswonend gehandicapt kind;
- begeleiding bij trajecten naar school of werk voor zover het Awbz-geïndiceerde zorg is;
- psychosociale begeleiding van de cliënt met aandacht voor praktische training in vaardigheden en leren omgaan met psychosociale beperkingen.

financiële betekenis

In totaal omvat het product (H130) dat bij de analyse is betrokken in 2005 een bedrag ter grootte van ongeveer € 50 miljoen.

A.4.3 Samenhang tussen ondersteunende en activerende begeleiding

De functie ondersteunende begeleiding bevat in de regel enigerlei aandacht voor ‘activering’ (zoals het versterken van vaardigheden van mensen, het bevorderen van iemands sociale netwerk, of vanuit een dagprogramma zoeken naar mogelijkheden tot gewoon werk). De functie activerende begeleiding is hiervan onderscheiden doordat een concreet verbeterdoel wordt vastgesteld dat met een door de beroepsgroep als effectief beoordeelde methodiek wordt nagestreefd. Bij de indicatiestelling wordt ook onderscheid gemaakt tussen ondersteunende en activerende begeleiding, vooral omdat de indicatiesteller kan refereren aan het al dan niet bestaan van verbeterdoelen.

Uit onderzoek is echter gebleken dat de huidige omschrijving van de functies ondersteunende en activerende begeleiding veel ruimte biedt voor interpretatie. In de praktijk worden beide vormen van begeleiding ook deels door dezelfde beroepsbeoefenaar uitgevoerd bij dezelfde patiënt. Bij veel activiteiten is het moeilijk onderscheid te maken tussen ondersteunende en activerende begeleiding, omdat activiteiten die op verbetering zijn gericht en het overnemen van activiteiten door elkaar lopen. Hoewel bepaalde taken worden overgenomen, wordt tegelijkertijd geprobeerd de verzekerde zelfredzamer te maken.²²

De afbakening tussen de onderscheiden vormen van begeleiding is in de praktijk dus niet altijd even helder. Mede om die reden zijn –de desbetreffende producten binnen– beide functies in de analyse in samenhang beschouwd.

21. Daarnaast is er voor de doelgroep van de geestelijke gezondheidszorg nog een specifiek product, terwijl er ook voor de doelgroep gehandicapten een aantal specifieke producten zijn.

22. CVZ, *Ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling in de AWBZ*, 2005.

B Verblijf

inleiding

Deze bijlage geeft een typering van de intramurale onderdelen van de sector verpleging en verzorging.

vormen van verblijf

Verzorgingshuizen en verpleeghuizen kunnen beide worden gekenschetst als vormen van verblijf. Op grond van het *Besluit zorgaanspraken* kan de functie verblijf als volgt worden omschreven: het verblijven in een instelling indien de functies persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende en activerende begeleiding of behandeling noodzakelijkerwijs gepaard gaan met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht. Afhankelijk van de toestand van de vrager kan sprake zijn van een kortdurend of permanent verblijf. De aanspraak verblijf is altijd gecombineerd met een andere functie en gekoppeld aan een specifieke doelgroep.

relevante doelgroepen

De belangrijkste doelgroep van verzorgingshuizen en verpleeghuizen zijn ouderen, al dan niet met een bepaalde beperking of handicap.²³ Bij verzorgingshuizen is sprake van een woonvoorziening voor met name ouderen die niet langer volledig zelfstandig kunnen wonen en bepaalde vormen van verzorging nodig hebben. Verzorgingshuizen beschikken soms ook over verpleegunits, zodat mensen bij toenemende zorgzwaarte (psychogeriatrische aandoeningen zonder sterke gedragsstoornis of somatische aandoeningen zonder specialistische verplegingsbehoefte) niet (direct) hoeven te verhuizen naar een verpleeghuis. Een verpleeghuis is een instelling voor mensen die verzorging, verpleging of revalidatie nodig hebben die thuis of in het verzorgingshuis niet (voldoende) kunnen krijgen. Het accent ligt meer op verpleging van vooral mensen met (zwaardere) psychogeriatrische aandoeningen (dementie) al dan niet in combinatie met somatische beperkingen.²⁴

Van belang is verder dat de indicatiestelling voor verblijf recent is aangescherpt. Onder invloed hiervan constateert het CIZ een dalende trend van mensen die zonder eerdere indicaties direct verblijf geïndiceerd krijgen.²⁵ Dit betekent een verminderde instroom van nieuwe cliënten in verzorgingshuizen en verpleeghuizen.

financiële betekenis

In financieel opzicht is de betekenis van deze intramurale voorzieningen aanzienlijk te noemen. In 2005 was met de zorg in verzorgingshuizen en verpleeghuizen een bedrag gemoeid ter grootte van ongeveer € 6,5 miljard. Hiervan is circa € 5,4 miljard direct gerelateerd aan plaatsen/bedden en verzorging/verpleegdagen: verzorgingshuizen circa € 2,1 miljard en verpleeghuizen circa € 3,3 miljard. De analyse in dit rapport is gebaseerd op laatstgenoemde bedragen.

23. Daarnaast maken ook bepaalde groepen mensen in de leeftijdscategorie onder de 55 of 65 jaar –al dan niet tijdelijk– gebruik van deze vormen van verblijf. Voorbeelden zijn jongeren met niet-aangeboren hersenletsel of CVA-patiënten.

24. Zie *Nationaal Kompas Volksgezondheid*.

25. CIZ, *Toename indicatiebesluiten 2006: een nadere analyse*.

C Betekenis persoonlijke verzorging extra

inleiding

In deze bijlage wordt ingegaan op de betekenis van het product persoonlijke verzorging extra. Dit product is bij de analyses in het rapport buiten beschouwing gelaten. De achtergrond hiervan wordt eerst toegelicht. Daarna wordt de kwantitatieve betekenis geïllustreerd.

persoonlijke verzorging extra

In eerdere analyses is het product ‘persoonlijke verzorging extra’ buiten beschouwing gelaten. De reden hiervoor is gelegen in het feit dat zich bij dit product zeer grote (onverklaarbare) regionale verschillen voordoen, die zijn geconcentreerd in een beperkt aantal zorgkantorregio’s. Bij deze regio’s maakt dit product een relatief groot aandeel uit van het totaal van de functie persoonlijke verzorging. Ook indien dit product in samenhang met het basisproduct wordt geanalyseerd, blijven er grote regionale verschillen bestaan. Er is dus geen sprake van substitutie tussen deze producten.

Uit navraag bij zorgkantoren is gebleken dat er een relatie is met intramurale zorg. In het verleden is er in deze regio’s, in het kader van het wegwerken van wachtlijsten en met toestemming van het ministerie, voor gekozen om cliënten met een indicatie voor verblijf in een verzorgingshuis de benodigde zorg te verlenen in hun eigen woonomgeving. Dit fungeerde als alternatief voor het uitbreiden van intramurale capaciteit. Ten behoeve van de eigen bijdrage wordt deze zorg geregistreerd onder het product persoonlijke verzorging extra. De desbetreffende groep cliënten wordt overigens niet meer uitgebreid.

regionale verschillen

Om de betekenis van dit product te illustreren, is in onderstaande tabel per zorgkantorregio de volgende informatie opgenomen:

- totaal VVT exclusief PV extra: het totaalverschil voor zowel extramuraal als intramuraal indien het product persoonlijke verzorging extra buiten beschouwing wordt gelaten (zie tabel 8.1);
- totaal VVT inclusief PV extra op basis van model PV: het totaalverschil voor zowel extramuraal als intramuraal indien het product persoonlijke verzorging extra wordt meegenomen door de uitgaven voor dit product in het model te verdelen naar rato van de extramurale functie persoonlijke verzorging;
- totaal VVT inclusief PV extra op basis van model VZH: het totaalverschil voor zowel extramuraal als intramuraal indien het product persoonlijke verzorging extra wordt meegenomen door de uitgaven voor dit product in het model te verdelen naar rato van het intramurale onderdeel verzorgingshuizen.

Tabel C.1. Betekenis persoonlijke verzorging extra: verschil tussen relevante ‘verklaringsmodel’ en feitelijke uitgaven totaal VVT exclusief PV extra, inclusief PV extra op basis van model PV, en inclusief PV extra op basis van model VZH, per zorgkantorregio (bedragen in euro’s per inwoner)

<i>Regio</i>	<i>Totaal VVT exclusief PV extra</i>	<i>Totaal VVT inclusief PV extra: o.b.v. model PV</i>	<i>Totaal VVT inclusief PV extra: o.b.v. model VZH</i>
<i>Regio 1</i>	-7	-7	-8
<i>Regio 2</i>	77	90	90
<i>Regio 3</i>	19	23	23
<i>Regio 4</i>	-15	-4	-5
<i>Regio 5</i>	53	69	68

<i>Regio</i>	<i>Totaal VVT exclusief PV extra</i>	<i>Totaal VVT inclusief PV extra: o.b.v. model PV</i>	<i>Totaal VVT inclusief PV extra: o.b.v. model VZH</i>
<i>Regio 6</i>	61	69	68
<i>Regio 7</i>	-26	-19	-19
<i>Regio 8</i>	55	57	57
<i>Regio 9</i>	-17	-14	-14
<i>Regio 10</i>	-24	-20	-21
<i>Regio 11</i>	73	87	87
<i>Regio 12</i>	58	68	66
<i>Regio 13</i>	-19	-3	-3
<i>Regio 14</i>	-10	-1	-2
<i>Regio 15</i>	28	-174	-175
<i>Regio 16</i>	-60	-45	-46
<i>Regio 17</i>	15	25	25
<i>Regio 18</i>	-28	-18	-18
<i>Regio 19</i>	-45	-106	-107
<i>Regio 20</i>	5	18	18
<i>Regio 21</i>	21	20	19
<i>Regio 22</i>	-67	-55	-55
<i>Regio 23</i>	-47	-40	-40
<i>Regio 24</i>	7	21	20
<i>Regio 25</i>	29	31	31
<i>Regio 26</i>	15	22	21
<i>Regio 27</i>	11	12	14
<i>Regio 28</i>	7	17	17
<i>Regio 29</i>	-14	3	4
<i>Regio 30</i>	2	16	19
<i>Regio 31</i>	-22	-10	-11
<i>Regio 32</i>	4	2	2

Toelichting: positief getal (+) = feitelijke uitgaven lager dan 'verklaringsmodel', negatief getal (-) = feitelijke uitgaven hoger dan 'verklaringsmodel'.

Uit de tabel komt naar voren dat het toevoegen van het product persoonlijke verzorging extra de eerder geconstateerde verschillen (eerste kolom) vergroot, waarbij in de regio's waar dit aan de orde is een fors negatief totaalbeeld resulteert. Daarbij blijkt het per saldo nauwelijks verschil te maken of de uitgaven voor dit product in het model worden verdeeld naar rato van de extramurale functie persoonlijke verzorging dan wel het intramurale onderdeel verzorgingshuizen.