Algemene Rekenkamer

Regionale verschillen in de langdurige zorg

Mogelijke verklaringen voor zorggebruik van ouderen en chronisch zieken

2015



Regionale verschillen in de langdurige zorg

Mogelijke verklaringen voor zorggebruik van ouderen en chronisch zieken

De tekst van het rapport *Regionale verschillen in de langdurige zorg; Mogelijke verklaringen voor zorggebruik van ouderen en chronisch zieken* is vastgesteld op 8 juni 2015.
Het rapport is op 9 juni 2015 aangeboden aan de Tweede Kamer.

Inhoud

Rapport in het kort 3

1 Inleiding 10
1.1 Organisatie langdurige zorg gewijzigd 10
1.2 Verantwoordelijkheid minister van VWS gewijzigd 12
1.3 Beheersen uitgavengroei in de langdurige zorg 16
1.4 Op zoek naar verklaringen voor zorggebruik 17
1.5 Leeswijzer 21

2 Zorg met verblijf 22
2.1 Beschrijving van cliënten 22
2.2 Invloed van variabelen 23
2.3 Zorggebruik in beeld 23
2.4 Aanvullende verklaringen 26

3 Zorg zonder verblijf 29
3.1 Beschrijving van cliënten 29
3.2 Invloed van variabelen 30
3.3 Zorggebruik in beeld 31
3.4 Aanvullende verklaringen 34

4 Persoonsgebonden budget 37
4.1 Beschrijving van cliënten 37
4.2 Invloed van variabelen 38
4.3 Zorggebruik in beeld 39
4.4 Aanvullende verklaringen 42

5 Slotbeschouwing 44
5.1 Invloed van toegankelijkheid, kwaliteit en bekostiging op regionale verschillen 44
5.2 Relevantie van inzicht in regionale verschillen na de hervorming 46

6 Bestuurlijke reactie en nawoord 47
6.1 Reactie staatssecretaris van VWS 47
6.2 Nawoord Algemene Rekenkamer 48

Bijlage 1 Zorgkantoorregio's 49
Bijlage 2 Werkelijk gebruik ten opzichte van verwacht gebruik voor zmv, zzv en pgb 50
Bijlage 3 Invloed van variabelen 51
Bijlage 4 Onderzoeksmethode 58
Bijlage 5 Gebruikte afkortingen 62
Literatuur 63

Rapport in het kort

De Algemene Rekenkamer heeft in samenwerking met het CBS onderzoek gedaan naar de regionale verschillen in het zorggebruik van ouderen en chronisch zieken. We kunnen voor een deel van deze verschillen plausibele verklaringen geven. In dit rapport brengen we daarnaast de resterende, niet-verklaarde regionale verschillen in het langdurige zorggebruik in beeld. Wij bevelen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan om met behulp van onze resultaten via gesprekken en kwalitatief onderzoek meer zicht te krijgen op aanvullende verklaringen voor de regionale verschillen in het zorggebruik. De minister en de uitvoerders van de langdurige zorg kunnen deze kennis gebruiken om na te gaan of de zorg doelmatiger kan, bijvoorbeeld door de aanpak in een bepaalde regio ook in andere regio's toe te passen.
De onderzochte regionale verschillen gaan over het langdurige zorggebruik vóór de hervorming in 2015.[1] Ook na de hervorming van de langdurige zorg zijn de regionale verschillen nog relevant. Er wordt nu bijvoorbeeld meer dan voorheen ingezet op maatwerk waardoor regionale verschillen mogelijk kunnen toenemen.

Achtergrond

Kabinetsbeleid gericht op beheersen groei zorguitgaven

De zorguitgaven vormen de grootste groeipost binnen de collectieve uitgaven van de rijksoverheid. Zo stegen de uitgaven voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) van € 20,7 miljard in 2004[2] naar circa € 28,1 miljard in 2014. Het kabinet Rutte/Asscher streeft naar beheersing van de collectieve zorguitgaven. Het kabinet heeft daarom per 1 januari 2015 een stelselwijziging ingevoerd: de hervorming langdurige zorg. Deze stelselwijziging gaat gepaard met een structurele bezuiniging oplopend tot € 3,5 miljard na 2018 (VWS, 2014d). De bezuiniging moet de voorziene groei van de uitgaven in de langdurige zorg (bij ongewijzigd beleid) compenseren, zodat de uitgaven op het niveau van 2013 blijven.[3]

Hervorming langdurige zorg: van één naar vier wetten

Per 1 januari 2015 is de langdurige zorg van de AWBZ naar vier wetten overgegaan[4]:

- Wet langdurige zorg (Wlz): voor intensieve 24-uurs zorg (zorg met verblijf, begroting 2015: € 19,5 miljard);
- Zorgverzekeringswet (Zvw): voor persoonlijke verzorging en verpleging (zorg zonder verblijf, begroting 2015: € 3 miljard; de omvang van de totale Zvw is € 44,4 miljard);
- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015): ondersteunende zorg, zoals begeleiding of beschermd wonen (begroting 2015: € 3,6 miljard);
- Jeugdwet: langdurige zorg voor jeugdigen (begroting 2015: € 3,9 miljard).

Voor de Wlz heeft de minister van VWS de ambitie geformuleerd om de regionale verschillen in indicatiestelling, zorggebruik en inkooptarieven terug te dringen. De minister beoogt onder andere door het terugdringen van de regionale verschillen vanaf 2017 een structurele besparing van circa € 500 miljoen te realiseren (VWS, 2014a). Deze besparing was al in het regeerakkoord 2012 opgenomen (AZ, 2012). Voor de Zvw en Wmo 2015, de andere wetten die de langdurige zorg en ondersteuning met ingang van 1 januari 2015 regelen, heeft de minister zich vooralsnog niet uitgesproken over de (on)wenselijkheid van regionale verschillen.

1 Ons onderzoek is gebaseerd op gegevens over 2012 toen de langdurige zorg vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) werd geleverd.

2 Genoemde uitgaven zijn niet gecorrigeerd voor inflatie.

3 In het Jaarverslag van het Ministerie van VWS 2013 is de realisatie AWBZ over 2013 op € 27,5 miljard gesteld (VWS, 2014e).

4 Voor de Jeugdwet en de Wmo 2015 geldt dat het budget niet alleen vanuit de AWBZ afkomstig is maar ook uit de begroting van het Ministerie van VWS en uit de Zorgverzekeringswet (jeugd ggz).

Inzicht in zorggebruik als handvat voor doelmatigheid

Een manier om de uitgaven te beheersen, is het vergroten van de doelmatigheid in de langdurige zorg. Besparingen door grotere doelmatigheid hebben de minste gevolgen voor mensen die op langdurige zorg zijn aangewezen (AZ, 2010). Om grotere doelmatigheid te bereiken, is inzicht nodig in de verklaringen voor (de verschillen in) het zorggebruik. Als duidelijk is welke verklaringen een rol spelen, kan de minister samen met alle betrokken partijen dit inzicht gebruiken om (beleids)keuzes te maken die de doelmatigheid bevorderen. Dit vormt de aanleiding van ons onderzoek.

Onderzoeksopzet

Dit rapport is een vervolg op ons rapport *Hervorming AWBZ. Een simulatie van de gevolgen* (Algemene Rekenkamer, 2014). Hierin hebben we de mogelijke gevolgen van de hervorming voor de gebruikers van de langdurige zorg via een simulatie in kaart gebracht. In dit vervolgrapport gaan we op zoek naar verklaringen voor de regionale verschillen in het zorggebruik. We richten ons daarbij op de ouderen en chronisch zieken die 18 jaar of ouder zijn. Onze totale onderzoekspopulatie bevat 582.760 gebruikers. Deze groep omvat circa 67% van de totale groep AWBZ-gebruikers die 18 jaar of ouder zijn.[5] We hebben hun zorggebruik in heel 2012[6] (peiljaar) geanalyseerd op het niveau van de 32 zorgkantoorregio's.[7]

Het zorggebruik bestaat in onze definitie uit twee componenten: het *aantal* gebruikers en de *omvang* van de geleverde zorg per gebruiker. Voor grip op doelmatigheid moet niet alleen gekeken worden naar hoeveel gebruikers er zijn, maar ook naar de omvang van de zorg die per gebruiker geleverd wordt. De omvang van de geleverde zorg is immers mede bepalend voor het niveau van de uitgaven. We berekenen de omvang van geleverde vorm door zorgzwaarte x tijdsduur x gemiddeld tarief per zorgvorm (in § 1.4 illustreren we deze begrippen aan de hand van voorbeelden).[8]

Bij het zoeken naar verklaringen voor verschillen in het zorggebruik hebben we op basis van een literatuurstudie en gesprekken met experts variabelen geïdentificeerd die van invloed kunnen zijn op het zorggebruik. Dit is de eerste onderzoeksstap.

In de tweede onderzoeksstap hebben we geanalyseerd in welke mate deze variabelen het zorggebruik werkelijk beïnvloeden. We hebben de volgende variabelen onderzocht: leeftijd, geslacht, herkomstgroepering, samenstelling huishouden, eigen woning bezit, inkomen, leefstijl (roken, alcohol en gewicht), omgevingsadressendichtheid (stedelijkheid), (uren) mantelzorg per gemeente, gebruik Wmo en Zvw, en aanbod intramurale zorg per regio (aantal bedden).

De derde onderzoeksstap betreft het bepalen van het niet-verklaarde zorggebruik per zorgkantoorregio. Hiertoe hebben we eerst voor elke zorgkantoorregio het verwachte zorggebruik modelmatig berekend. Dit hebben we gedaan op basis van de in stap 2 bepaalde invloed van de verklarende variabelen op het zorggebruik. Een voorbeeld: als uit de analyse (tweede onderzoeksstap) blijkt dat de variabele *leeftijd* een grote invloed heeft op het zorggebruik (ouderen maken meer gebruik van zorg) dan kennen we aan een regio met een hoger aandeel ouderen ook een hoger aandeel gebruikers toe. Dit noemen wij het verwachte zorggebruik in een regio. Het verschil tussen het verwachte

5
De verhouding aantallen gebruikers tussen de drie sectoren binnen de AWBZ was in 2012: 67% Verzorging en Verpleging, 20% Gehandicaptenzorg en 13% Geestelijke Gezondheidszorg.

6
Ten tijde van ons onderzoek (april- november 2014) waren nog geen goede gegevens over 2013 beschikbaar.

7
Zorgkantoren voerden tot 2015 de AWBZ uit. Sinds 2015 voeren de zorgkantoren de Wlz uit en worden zij ook wel Wlz-uitvoerder genoemd.

8
De omvang van de geleverde zorg is niet meer dan een indicatie voor de werkelijke kosten. We lichten dit in bijlage 4 toe.

en het werkelijke zorggebruik per regio is het niet-verklaarde gebruik in een zorgkantoorregio (derde onderzoeksstap). Met andere woorden:
werkelijk zorggebruik - verwacht zorggebruik = niet verklaard zorggebruik.

In welke mate alle door ons onderzochte variabelen samen het zorggebruik wel of niet verklaren, verschilt per regio. We noemen deze verschillen de resterende regionale verschillen. We geven deze verschillen op kaart weer. Met het in kaart brengen van de regionale verschillen brengen wij feitelijk in beeld welk deel van het zorggebruik niet verklaard wordt door de in ons onderzoek betrokken variabelen.

We willen benadrukken dat het verwachte zorggebruik in een regio niet als norm beschouwd kan worden. Het is de uitkomst van een modelmatige voorspelling.

We hebben deze analyses per leveringsvorm van de zorg uitgevoerd:
- zorg *met* verblijf in natura;
- zorg *zonder* verblijf in natura;
- zorg via een persoonsgebonden budget.

Wij hebben voor dit onderzoek samengewerkt met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), dat voor ons de kwantitatieve analyses heeft uitgevoerd. De resultaten van deze analyses worden via www.cbs.nl/cvb als open dataset beschikbaar gesteld.

Na deze kwantitatieve analyse hebben we op basis van gesprekken met het Ministerie van VWS, het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), de zorgkantoren, Zorgverzekeraars Nederland en met ActiZ een inventarisatie gemaakt van aanvullende verklaringen voor zorggebruik.

Conclusies en aanbevelingen

Meest verklarende variabelen bieden weinig mogelijkheden tot sturing
Uit onze analyse van de invloed van de verschillende variabelen op het zorggebruik blijkt dat óf en hoeveel zorg iemand gebruikt, het meest wordt verklaard door zijn of haar leeftijd, de samenstelling van het huishouden waarin hij of zij leeft en het huishoudinkomen. Ook de gezondheidstoestand en de hulpbehoevendheid van de cliënt - waarvoor we als indicatoren het gebruik van Zvw en Wmo hebben gebruikt - zijn relevant voor het verklaren van het zorggebruik. De invloed van de variabelen *leeftijd* en *gezondheidstoestand* op het zorggebruik voor ouderen en chronisch zieken is niet verrassend. Ook de invloed van de variabelen *samenstelling huishouden* en het *huishoudinkomen* komt overeen met de beschikbare literatuur hierover. Maar deze variabelen zijn niet of nauwelijks door beleid te beïnvloeden. Daarmee bieden ze weinig mogelijkheden tot sturen op doelmatiger zorggebruik.

Andere verklaringen nodig voor resterende regionale verschillen
De variabelen in ons onderzoek hebben de feitelijke verschillen in het regionaal zorggebruik deels kunnen verklaren. In welke mate alle door ons onderzochte variabelen samen het zorggebruik verklaren, verschilt per regio. We noemen deze verschillen de resterende regionale verschillen. Deze verschillen worden door andere factoren dan de door ons onderzochte variabelen bepaald. We kunnen daarbij denken aan regionaal aanbod en regionaal bepaalde gezondheidskenmerken. Wij bevelen de minister aan om op zoek te gaan naar deze aanvullende verklaringen voor de regionale verschillen

in het zorggebruik. Wij geven in ons rapport een aanzet voor onderzoeksrichtingen hiervoor. Als de minister meer inzicht heeft in welke verklaringen een rol spelen bij het zorggebruik, kan zij verantwoordelijke partijen vragen om dit inzicht te gebruiken bij het maken van (beleids)keuzes die de doelmatigheid van de langdurige zorg kunnen bevorderen.

Uit onze analyse blijkt dat niet alle regionale verschillen op kwantitatieve wijze zijn te verklaren. Over potentieel belangrijke factoren, zoals mantelzorg, leefstijl en (kwaliteit van) aanbod, blijken onvoldoende goede gegevens beschikbaar om kwantitatieve analyses uit te voeren. Wij bevelen de minister aan om het vervolgonderzoek daarom vooral in kwalitatieve zin voort te zetten: regio's met elkaar vergelijken en verantwoordelijke partijen in de regio's met elkaar in gesprek laten gaan over onze (kwantitatieve) resultaten. Zo zien we regio's waar zowel het aantal gebruikers als de omvang van de zorg per gebruiker relatief hoog is en regio's waar beide juist relatief laag zijn. Ook verschillen regio's in de mate waarin mensen thuis dan wel in een verpleeg- of verzorgingshuis zorg ontvangen. Een kwalitatieve vergelijking van regio's op deze punten kan inzicht en handvatten bieden voor beleid en uitvoering.
Door per regio in samenhang te kijken naar de aantallen gebruikers en naar de omvang van de geleverde zorg per gebruiker kan met aanvullend kwalitatief onderzoek meer inzicht worden verkregen in waarom regio's bijvoorbeeld verschillen in de gemiddelde zorgzwaartes of tijdsduur van de genoten zorg (die de omvang van de geleverde zorg bepalen). De minister en de uitvoerders kunnen deze kennis gebruiken om na te gaan of de zorg doelmatiger kan door de aanpak in een bepaalde regio ook in andere regio's toe toepassen. Met ons onderzoek en door het beschikbaar stellen van de kwantitatieve resultaten bieden wij de minister en de betrokken partijen hiervoor aanknopingspunten. Ook geven wij enkele mogelijke aanvullende verklaringen voor het zorggebruik weer, zoals de mate van samenwerking in de zorgketen (huisarts, zorgverzekeraar, zorgkantoor en gemeente). Daar waar bijvoorbeeld mantelzorg, persoonlijke verzorging thuis en zorg verleend door de huisarts optimaal op elkaar zijn afgestemd, zal een zorggebruiker wellicht langer een beroep op zorg zonder verblijf doen. Pas als die zorg niet meer toereikend is, zal de zorggebruiker overstappen naar zorg met verblijf.
Andere mogelijke verklaringen voor regionale verschillen in het zorggebruik zijn het zorgaanbod in een regio en de kwaliteit van dit aanbod.

Terugdringen regionale verschillen zorggebruik Wlz op korte termijn moeilijk
De minister wil vanaf 2017 structureel € 500 miljoen op de Wlz besparen door onder andere het terugdringen van regionale verschillen in indicatiestelling, zorggebruik en inkoopprijzen. Uit ons onderzoek blijkt dat het zorggebruik voor zorg met verblijf - de leveringsvorm die in het nieuwe stelsel onder de Wlz valt - vooral wordt verklaard door *leeftijd* en *samenstelling huishouden*. Deze verklaringen bieden weinig sturingsmogelijkheden voor de minister om de regionale verschillen terug te dringen. Van de niet-verklaarde verschillen zijn de oorzaken niet bekend. Daardoor is ook niet bekend óf en hoe de gewenste besparing via het terugdringen van regionale verschillen in het *zorggebruik* is te behalen. Wij concluderen daarom dat de minister nog onvoldoende onderbouwing en onvoldoende concrete handvatten heeft om de ingeboekte besparing te realiseren.

Het is mogelijk dat de oorzaken van de niet-verklaarde verschillen wel door beleid beïnvloedbaar zijn. Als de minister de besparing inderdaad wil realiseren met het terugdringen van de regionale verschillen in het *zorggebruik*, bevelen wij haar aan om

daar eerst aanvullend (kwalitatief) onderzoek naar te doen. Daarnaast bevelen we de minister aan om te bezien in hoeverre de wijze van bekostiging van de Wlz een rol kan spelen bij het terugdringen van de regionale verschillen. De huidige wijze van bekostiging is namelijk grotendeels op historische gronden (namelijk de contracteerruimte[9] van het voorgaande jaar) gebaseerd waarmee regionale verschillen mogelijk in stand worden gehouden. We geven de minister hierbij in overweging om in de (nabije) toekomst bij de bekostiging het (op basis van objectieve variabelen berekende) verwachte zorggebruik als uitgangspunt te nemen waarbij Wlz-uitvoerders voor extra budget een inhoudelijke motivering moeten geven. Voorwaarde hiervoor is wel dat de minister samen met de Wlz-uitvoerders overeenstemming bereikt over de wijze van berekening van het verwachte zorggebruik. Ons onderzoek kan hiervoor aanknopingspunten bieden.

Waarborg gemeenschappelijke taal in de zorgketen

Bij de uitvoering van ons onderzoek ondervonden wij dat de uitvoeringsorganisaties bij de registratie van gegevens verschillende definities hanteren en bepaalde gegevens niet registreren. Dit bemoeilijkt de gegevensuitwisseling binnen de keten. Een goede gegevensuitwisseling is nodig voor een goede samenwerking tussen de ketenpartners en voor de minister om de gehele keten in beeld te krijgen. Nu er vanaf 1 januari 2015 meer partijen betrokken zijn bij de langdurige zorg is het nog belangrijker dat al deze partijen dezelfde taal spreken (standaardisering). De gegevens van Rijk, gemeenten en de uitvoerende partijen (zoals zorgkantoren, zorgverzekeraars, CIZ en het Centraal Administratie Kantoor) moeten immers niet alleen volledig en juist zijn, maar ook goed op elkaar aansluiten. Dat betekent dat alle betrokken partijen afspraken moeten maken over definities, criteria en normen.

Dat belang van een gemeenschappelijke taal wordt erkend. Zo hebben de minister en de ketenpartners in 2012 samen het platform Informatievoorziening Zorg en Ondersteuning (IZO) opgericht en werken de ketenpartners vanaf 2015 met de standaarden die het Zorginstituut Nederland heeft uitgewerkt om informatie-uitwisseling te verbeteren. Wij zijn positief over deze initiatieven. We bevelen de minister aan zich ervan te verzekeren dat deze nieuwe standaarden niet alleen zorgen voor een gemeenschappelijke taal, maar ook zorgen voor een goede en volledige vastlegging en een goede aansluiting tussen de gegevens die elke partij verzamelt.

Deze verbeterde data dienen vervolgens als open data en bij voorkeur ook op de kaart te worden ontsloten via data.overheid.nl, uiteraard rekening houdend met de privacyregelgeving. Goede open zorgdata kunnen het zicht op de kwaliteit en kosten van de zorg voor alle betrokken partijen (burgers, zorgverleners, overheden) verbeteren. Dit stelt hen vervolgens in staat om beter geïnformeerd met elkaar in gesprek te gaan over de kwaliteit en kosten van de zorg. In ons rapport *Hervorming AWBZ. Een simulatie van de gevolgen* (Algemene Rekenkamer, 2014) hebben wij het belang van open data voor de hervorming langdurige zorg ook al benoemd. Zo kan een open data platform het leren over wat wel en niet werkt bevorderen.

9
Contracteerruimte is het totale financiële kader dat beschikbaar is voor de Wlz-uitvoerders (en hun voorgangers ten tijde van de AWBZ) voor de zorginkoop voor een bepaald jaar.

Slotbeschouwing

Regionale verschillen ook relevant na hervorming

De niet-verklaarde regionale verschillen gaan over het gebruik van de langdurige zorg in 2012, die destijds via de AWBZ werd bekostigd. In hoeverre deze regionale verschillen doelmatig en wenselijk zijn, is afhankelijk van de oorzaken achter de verschillen. In hoeverre is er bijvoorbeeld sprake van overbesteding of onderbesteding? In hoeverre wijzen de verschillen op een inefficiënte inzet van middelen? Hiervoor is inzicht in de oorzaken van deze regionale verschillen van belang. Dat is de reden dat wij de minister aanbevelen om middels kwalitatief onderzoek meer zicht te krijgen op de verklaringen voor het zorggebruik en op de oorzaken van de regionale verschillen. Met dit inzicht kan de minister vervolgens bepalen of en waar ze op moet sturen om eventuele ongewenste regionale verschillen terug te dringen.

Ook na de hervorming van de langdurige zorg is het vraagstuk van de (on)wenselijkheid van regionale verschillen nog relevant, bijvoorbeeld omdat nu meer wordt ingezet op maatwerk waardoor regionale verschillen mogelijk juist kunnen toenemen. De hervorming maakt het vraagstuk ook complexer door andere bestuurlijke verhoudingen, gewijzigde financieringssystemen, meer en andere veldpartijen en samenwerkingsverbanden. In hoeverre regionale verschillen in het nieuwe stelsel van langdurige zorg (on)wenselijk zijn, is een vraag die niet eenvoudig te beantwoorden is omdat de oorzaken voor de verschillen nog niet volledig bekend zijn. Deze vraag zal bovendien voor de Wmo 2015 wellicht anders worden beantwoord dan voor de Wlz en Zvw, omdat in de eerstgenoemde wet maatwerk centraler staat dan in de laatste twee. Wij bevelen de minister aan om dit vraagstuk te betrekken bij de evaluatie van de hervorming langdurige zorg.[10]

Samenvatting bestuurlijke reactie en nawoord Algemene Rekenkamer

Reactie staatssecretaris van VWS

De staatssecretaris van VWS stelt het op prijs dat de Algemene Rekenkamer de regionale verschillen in beeld heeft gebracht en heeft aangegeven welke objectieve factoren van invloed kunnen zijn op het bestaan van de regionale verschillen. De staatssecretaris is het gedeeltelijk met onze conclusie eens dat de meest verklarende variabelen, te weten leeftijd, gezondheidstoestand en inkomen, weinig mogelijkheden bieden om te sturen op doelmatig zorggebruik. Hij is van mening dat onze conclusie weliswaar kan gelden voor de ontwikkeling van de zorgbehoeften, maar dit hoeft, volgens de staatssecretaris, niet te gelden voor de zorgverlening en de organisatie daarvan. Hij geeft aan dat de doelstelling van de hervorming juist is om een kanteling te bewerkstelligen zodat, afhankelijk van de resterende mogelijkheden van de cliënt, de inzet van zorg passend is: geen over- en geen onderbehandeling. De staatssecretaris verwacht dat, ook in regio's met een hoog zorggebruik (door een hoge leeftijd), de doelmatigheid kan worden verbeterd.

De staatssecretaris deelt onze conclusie dat regionale verschillen ook van belang zijn na de hervorming van de langdurige zorg. Hij merkt daarbij op dat de genoemde taakstelling betrekking heeft op de Wlz en niet op de andere domeinen (Wmo en Zvw) waar de invloed van regionale verschillen anders is. De staatssecretaris bevestigt onze aanbeveling dat dit onderwerp ook een rol kan spelen bij de evaluatie van de hervorming van de langdurige zorg.

10
De minister heeft het SCP opdracht gegeven tot periodieke wettelijke beleidsevaluatie. De eerste evaluatie zal voor 1 januari 2018 naar de Tweede Kamer worden verzonden.

De staatssecretaris bevestigt onze verwachting dat regionale verschillen in het zorggebruik van de Wmo 2015 mogelijk zullen toenemen. Doordat gemeenten beleidsruimte hebben en rekening houden met de individuele wensen en behoeften van hun burgers en de lokale situatie zal sprake zijn van verschillen tussen gemeenten en regio's.

De staatssecretaris geeft aan dat het niet goed mogelijk is om de analyse te vertalen naar de beleidslijnen die binnen de verschillende domeinen ontwikkeld gaan worden. Dit komt, aldus de staatssecretaris, omdat de analyse is gedaan voor de drie leveringsvormen van de voormalige AWBZ en niet de nieuwe indeling van de langdurige zorg volgt, zoals die met ingang van 1 januari 2015 van toepassing is.

De staatssecretaris deelt onze conclusie dat nader onderzoek nodig is om ook zicht te krijgen op de overige factoren die van invloed zijn op het zorggebruik en geeft aan dat onze kwalitatieve analyse daarbij behulpzaam kan zijn.

Nawoord Algemene Rekenkamer

De staatssecretaris erkent - aangaande de ontwikkeling van de zorgbehoeften - onze conclusie dat de meest verklarende variabelen van zorggebruik weinig mogelijkheden bieden om te sturen op doelmatig zorggebruik. Wij begrijpen dat de staatssecretaris daaraan toevoegt dat hij wel mogelijkheden ziet om de zorgverlening en de organisatie daarvan doelmatiger in te richten. Tegelijkertijd zijn wij van mening dat hij daarmee voorbijgaat aan onze boodschap dat de ingeboekte besparing van € 500 miljoen onvoldoende onderbouwd is.

De staatssecretaris geeft aan dat het niet goed mogelijk is om de analyse te vertalen naar de beleidslijnen die binnen de verschillende domeinen ontwikkeld worden. De door ons gehanteerde indeling voor de analyses is voortgekomen uit de beschikbaarheid en kwaliteit van data. Uiteraard hebben deze data hun beperkingen. Het belang van de beschikbaarheid van actuele en kwalitatief goede (open) data wordt hiermee, naar onze mening, onderstreept. Desondanks zijn wij van mening dat onze bevindingen voor zorg met verblijf vooral relevant blijven voor de Wlz en onze bevindingen over zorg zonder verblijf vooral relevant kunnen zijn voor de wijkverpleging in de Zvw.

1 Inleiding

De zorguitgaven vormen de grootste groeipost binnen de collectieve uitgaven (zowel in absolute als in relatieve zin). Het kabinet, dat die uitgaven wil beheersen, heeft mede daarom per 1 januari 2015 een hervorming van de langdurige zorg doorgevoerd. Deze hervorming gaat gepaard met een structurele bezuiniging oplopend tot € 3,5 miljard na 2018 (VWS, 2014d).

Een manier om de collectieve uitgaven te beheersen, is het vergroten van de doelmatigheid in de langdurige zorg. Besparingen door grotere doelmatigheid hebben de minste gevolgen voor mensen die op langdurige zorg zijn aangewezen (AZ, 2010). Om grotere doelmatigheid te bereiken, is inzicht nodig in de verklaringen voor het zorggebruik. Als duidelijk is welke verklaringen een rol spelen, kan de minister van VWS samen met alle betrokken partijen dit inzicht gebruiken om (beleids)keuzes te maken die de doelmatigheid bevorderen.

De Algemene Rekenkamer heeft onderzoek gedaan naar verklaringen voor het uiteenlopende zorggebruik van ouderen en chronisch zieken. Daarmee willen we handvatten bieden om de langdurige zorg doelmatiger te maken. Daarnaast beogen we met ons onderzoek een bijdrage te leveren aan de vernieuwingsagenda voor de Wet langdurige zorg, een van de nieuwe zorgwetten na de hervorming.

Leeswijzer

De hervorming langdurige zorg brengt een aantal wijzigingen met zich mee. De wijzigingen in de organisatie hiervan beschrijven we in § 1.1, de wijzigingen in de verantwoordelijkheden van de minister van VWS in § 1.2. In § 1.3 komen de bezuinigingen van de hervorming aan de orde. Tot slot beschrijven we in § 1.4 onze onderzoeksopzet.

1.1 Organisatie langdurige zorg gewijzigd

Langdurige zorg is zorg voor mensen met chronische beperkingen als gevolg van een blijvende aandoening van fysieke, verstandelijke of mentale aard. Deze zorg kan op verschillende manier geleverd worden (leveringsvormen): intramuraal, extramuraal of via een persoonsgebonden budget (pgb). Intramurale zorg betekent dat een cliënt in een instelling zorg ontvangt, ook wel zorg met verblijf genoemd. Extramurale zorg wil zeggen dat de zorg bij een cliënt thuis wordt geleverd, ook wel zorg zonder verblijf genoemd. Cliënten kunnen kiezen hoe ze de zorg ontvangen: zorg in natura of via een pgb, waarbij de cliënt de zorg zelf inkoopt bij een zorgverlener.

De wijze waarop de langdurige zorg in Nederland is georganiseerd, is per 1 januari 2015 ingrijpend gewijzigd. Tot en met 2014 werd de langdurige zorg via de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) geregeld. In de nieuwe situatie is de langdurige zorg uit de AWBZ overgegaan naar vier wetten:

- de intensieve 24-uurs zorg naar de Wet langdurige zorg (Wlz);
- de persoonlijke verzorging en verpleging naar de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- de ondersteunende zorg, zoals begeleiding of beschermd wonen, naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015);
- de langdurige zorg voor jeugdigen naar de Jeugdwet.[11]

11 We richten ons in dit onderzoek op de langdurige zorg voor ouderen en chronisch zieken ouder dan 18 jaar. De Jeugdwet blijft in het vervolg buiten beschouwing.

Onderstaand en in het vervolg van ons rapport hebben wij ter illustratie fictieve voorbeelden van gebruikers van langdurige zorg opgenomen om een indruk te geven van de gevolgen van deze hervorming voor de gebruikers van langdurige zorg.

Voorbeeld intramurale zorg

Mevrouw Dekker ontvangt intensieve zorg in verpleeghuis

Mevrouw Dekker is 79 jaar oud en lijdt aan ernstige dementie en heeft een kwetsbare gezondheid. Ze raakt in toenemende mate de regie over haar leven kwijt. Daarom is mevrouw Dekker aangewezen op intensieve begeleiding en verzorging. Zo heeft zij hulp nodig met eten en drinken en haar persoonlijke verzorging, zoals het wassen en aan- en uitkleden. Daarnaast kan zij niet meer zelfstandig naar buiten gaan. Ook bij het bewegen binnenshuis heeft zij ondersteuning nodig. Om mevrouw Dekker sociaal en emotioneel te steunen in de omgang met haar ziekte neemt zij deel aan muziektherapie. Omdat mevrouw Dekker continu (verpleegkundige) aandacht nodig heeft, ook 's nachts, woont zij in een verpleeghuis. Mevrouw Dekker ontvangt deze vorm van zorg al een jaar. Een jaar geleden viel deze zorg onder de AWBZ. De duur, intensiteit en inhoud van de zorg werd toen vastgelegd in een zogeheten zorgzwaartepakket - in het geval van mevrouw Dekker is dat "Zorgzwaartepakket 5 Verpleging en Verzorging".

Omdat mevrouw Dekker dag en nacht intensieve zorg nodig heeft, wordt haar zorg sinds de hervorming van de langdurige zorg vanuit de Wlz geleverd.

Voorbeeld extramurale zorg

Meneer van Vliet ontvangt begeleiding en verpleging thuis

Meneer Van Vliet is 80 jaar oud en heeft geen kinderen. Sinds het overlijden van zijn vrouw, dreigt meneer Van Vliet te vereenzamen. Daarom ontvangt hij individuele begeleiding. Hier leert meneer Van Vliet op een betekenisvolle manier zijn vrije tijd te besteden en weer aansluiting te vinden bij het sociale leven in zijn stad.

Een paar maanden geleden is meneer Van Vliet geopereerd. De wond geneest niet goed. Meneer Van Vliet heeft daarom wondverzorging nodig. Hiervoor komt regelmatig een verpleegkundige bij hem thuis langs.
Vòòr de hervorming van de langdurige zorg ontving meneer Van Vliet de zorg via de AWBZ. De inhoud van de zorg was vastgelegd in zogeheten functies; in zijn geval de functies begeleiding en verpleging. Sinds de hervorming wordt de begeleiding via de Wmo 2015 geleverd. De verpleging maakt onderdeel uit van de Zvw.

De regering streeft met de hervorming van de langdurige zorg drie beleidsdoelen na:
- het verbeteren van de kwaliteit van zorg en ondersteuning;
- het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving;
- het bewaken van de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning.

Vernieuwingsagenda voor de langdurige zorg

Naar aanleiding van de motie Otwin van Dijk c.s. (Tweede Kamer, 2014) heeft de minister van VWS voor de Wlz een zorgvernieuwingsagenda aangekondigd. In de motie wordt aandacht gevraagd voor de grote verschillen in kwaliteit tussen aanbieders, het sterk aanbodgerichte karakter en de geringe prikkels voor zorgvernieuwing in de langdurige zorg. De staatssecretaris van VWS heeft toegezegd de zorgvernieuwingsagenda vóór de zomer van 2015 aan de Tweede Kamer aan te bieden (VWS, 2014b).

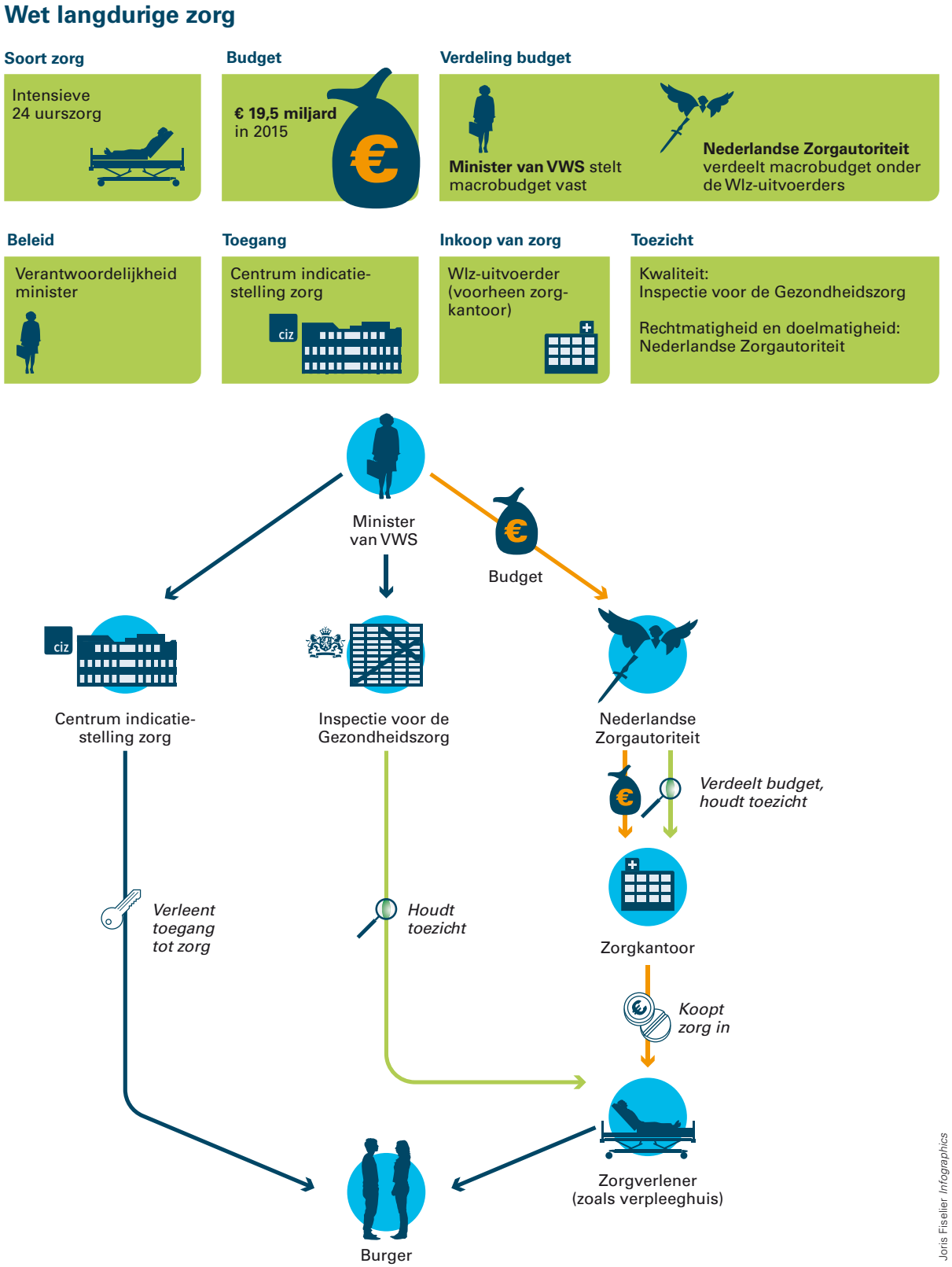
1.2 Verantwoordelijkheid minister van VWS gewijzigd

Tot 2015 viel de langdurige zorg onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS. Dat houdt in dat de minister verantwoordelijk was voor zowel het beleid als voor het toezicht op de uitvoering van het beleid. De uitvoering was in handen van een aantal (semi-) publieke organisaties, zoals het CIZ voor de indicatiestelling en de zorgkantoren[12] voor de inkoop van zorg. Met de hervorming langdurige zorg is de verantwoordelijkheid van de minister voor de Wlz niet veranderd. Voor het beleid en de uitvoering van de Wmo 2015 zijn voortaan de gemeenten verantwoordelijk binnen de kaders van de Wmo 2015. De minister is hier alleen nog verantwoordelijk voor het stelsel en "voor de maatschappelijke effecten in relatie tot de doelstellingen van het systeem" (Eerste Kamer, 2013: 6). Voor de zorg die naar de Zvw wordt overgeheveld (persoonlijke verzorging en verpleging) blijft de minister verantwoordelijk voor het stelsel en het beleid, maar ligt de uitvoering sinds 2015 in handen van de private zorgverzekeraars.

We laten in de figuren 1, 2 en 3 op hoofdlijnen de actoren en verantwoordelijkheden voor de Wlz, Zvw en Wmo 2015 zien. De Zvw en de Wlz zijn verzekeringswetten die de *financiering* regelen van de curatieve en langdurige zorg. De Wmo 2015 regelt de *organisatie* van de maatschappelijk ondersteuning. De *financiering* van de Wmo 2015 wordt geregeld in de Financiële verhoudingswet.

12
Zorgkantoren voerden tot 2015 de AWBZ uit. Sinds 2015 voeren de zorgkantoren de Wlz uit en worden zij ook wel Wlz-uitvoerder genoemd. De zorgkantoren zijn nauw verbonden met de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel (de zogeheten concessiehouder) in de desbetreffende regio.

Figuur 1 Wet langdurige zorg



Joris Fiselier *Infographics*

Figuur 2 Zorgverzekeringswet

Zorgverzekeringswet*

Soort zorg

Persoonlijke verzorging en verpleging (wijkverpleging)

Budget

€ 3 miljard in 2015 (deel dat vanuit AWBZ is overgeheveld)

Verdeling budget

Minister van VWS stelt macrobudget vast

Beleid

Verantwoordelijkheid minister

Toegang

Wijkverpleegkundige indiceert

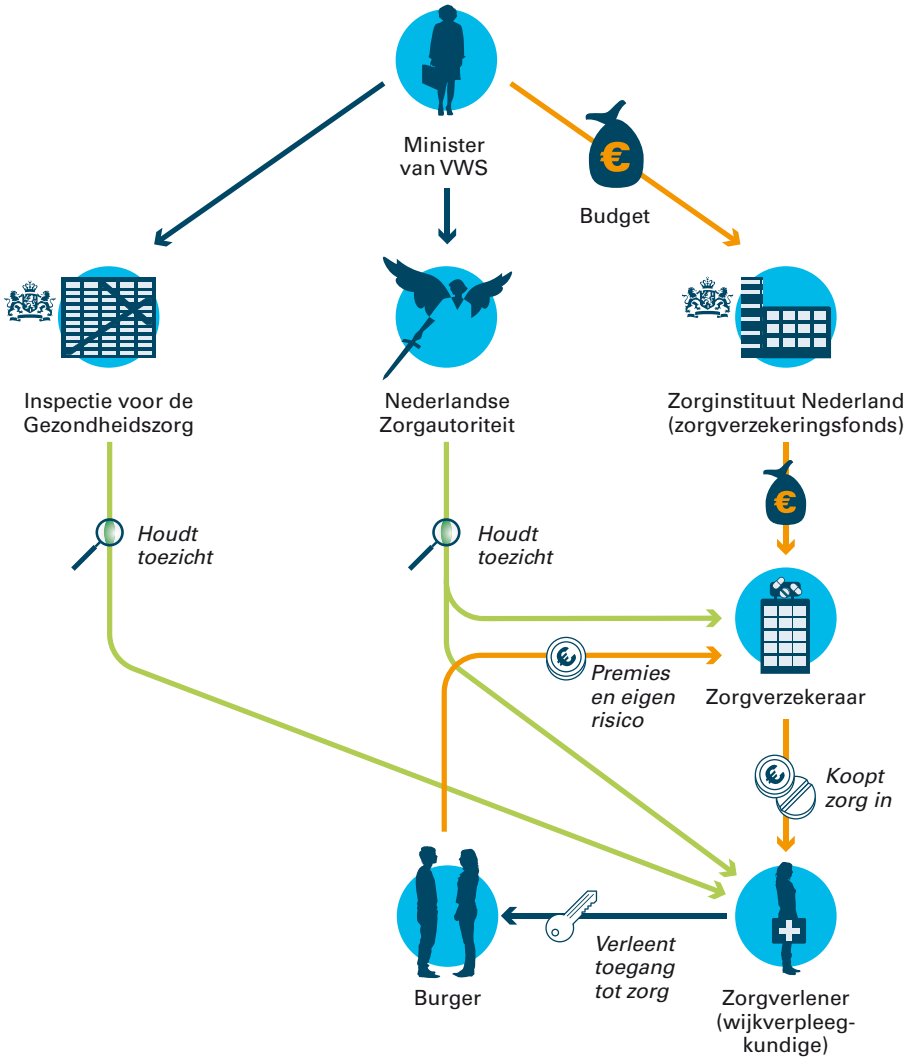
Inkoop van zorg

Zorgverzekeraars

Toezicht

Kwaliteit:
Inspectie voor de Gezondheidszorg

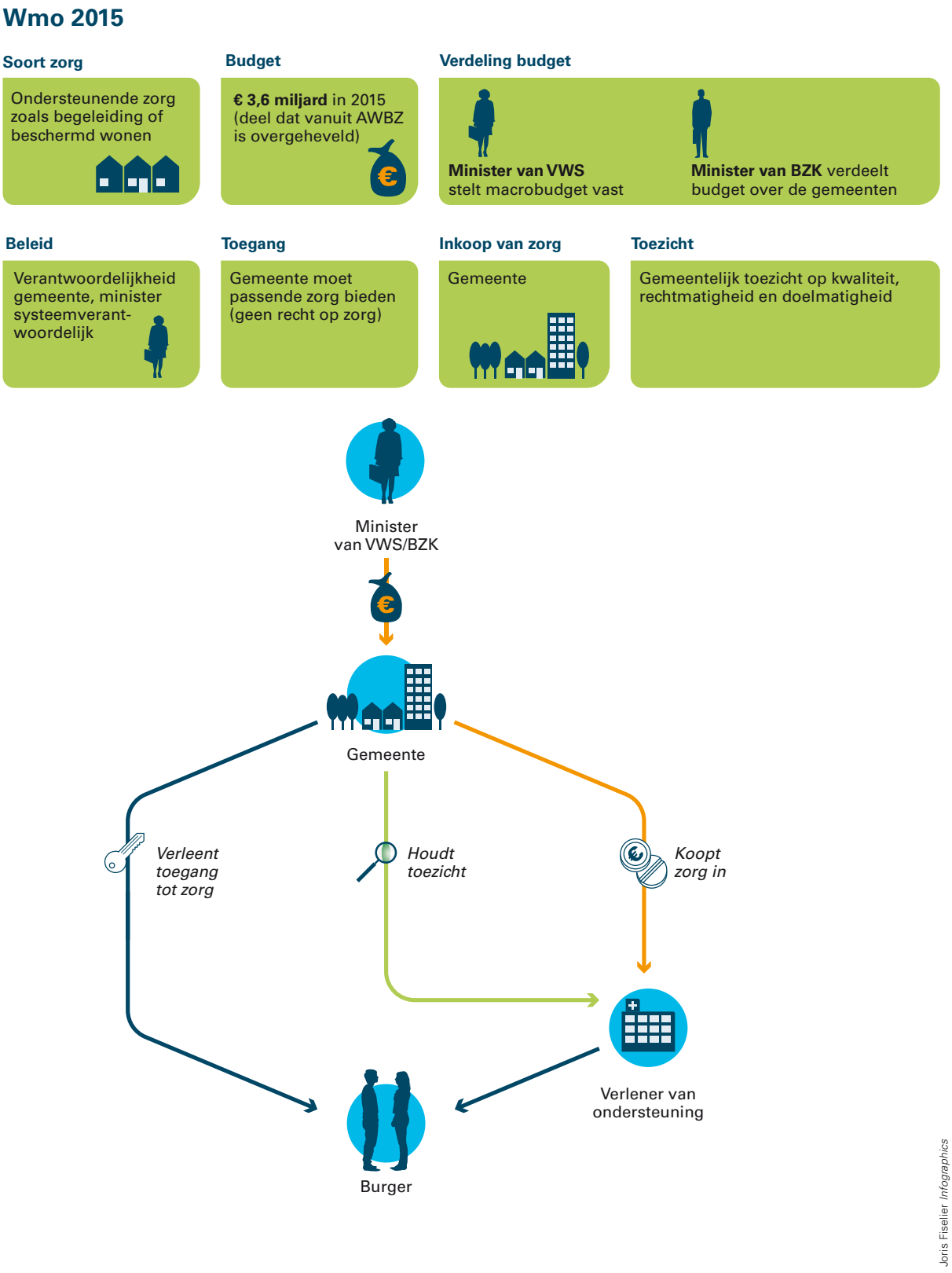
Rechtmatigheid en doelmatigheid:
Nederlandse Zorgautoriteit



We gaan hierbij alleen in op het deel persoonlijke verzorging en verpleging dat uit de AWBZ naar de Zvw is overgeheveld.

Joris Fiselier *Infographics*

Figuur 3 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015



Joris Fiselier *Infographics*

In de nieuwe situatie is de minister dus samen met andere partijen - gemeenten en zorgverzekeraars - verantwoordelijk voor een doelmatige langdurige zorg en ondersteuning. De minister van VWS blijft echter verantwoordelijk voor de werking van het gehele stelsel - toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid - van de langdurige zorg en ondersteuning.

1.3 Beheersen uitgavengroei in de langdurige zorg

De zorguitgaven vormen de grootste groeipost binnen de collectieve uitgaven van de rijksoverheid. Dat geldt in het bijzonder voor de langdurige zorg die tot 1 januari 2015 gefinancierd werd vanuit de AWBZ. Zo stegen de geraamde AWBZ-uitgaven van ongeveer € 20,7 miljard in 2004 (VWS, 2003) naar € 27,9 miljard in 2012 naar ongeveer € 28,1 miljard in 2014 (VWS, 2013b).[13] Voor een deel kunnen de stijgende uitgaven voor de langdurige zorg verklaard worden door de vergrijzing. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) verwacht dat (bij ongewijzigd beleid en gelijkblijvende prijzen) door de vergrijzing de collectief gefinancierde zorg voor alleen de sector verpleging en verzorging in 2030 zal zijn gegroeid met 51% ten opzichte van 2009 (SCP, 2012). Het grootste deel van deze groei komt voor rekening van het volume van intramurale zorg (zorg met verblijf).

Het kabinet-Rutte/Asscher streeft naar beheersing van de collectieve zorguitgaven. Het kabinet heeft mede daarom per 1 januari 2015 een stelselwijziging ingevoerd: de hervorming langdurige zorg. Deze stelselwijziging gaat gepaard met onderstaande bezuinigingen (VWS, 2014d).

Tabel 1 Bezuinigingen Hervorming Langdurige Zorg 2015-2018 en structureel

2015	2016	2017	2018	structureel
€ 2,2 miljard	€ 2,5 miljard	€ 3,2 miljard	€ 3,3 miljard	€ 3,5 miljard

De bezuiniging moet de voorziene groei (bij ongewijzigd beleid) van de uitgaven in de langdurige zorg compenseren, zodat de uitgaven op het niveau van 2013 blijven.[14]

Terugdringen regionale verschillen in de Wet langdurige zorg

Voor de Wlz ziet de minister van VWS een structureel besparingspotentieel van € 500 miljoen in 2017 door onder andere het terugdringen van regionale verschillen. Deze € 500 miljoen, die ook al in het Regeerakkoord 2012 is opgenomen, is al in bovenstaande tabel verwerkt. De minister heeft al in 2010 onderzoeken laten uitvoeren naar de aanwezigheid van regionale verschillen in de langdurige zorg. Op basis van deze onderzoeken zijn grote (onverklaarbare) regionale verschillen aangetoond (VWS, 2014a, zie ook CPB, 2015). Deze eerdere onderzoeken hebben de regionale verschillen nog onvoldoende kunnen verklaren. De minister van VWS wil besparen door die regionale verschillen op drie terreinen terug te dringen (VWS, 2014a).

Ten eerste ziet de minister de mogelijkheid om op het terrein van de *indicatiestelling* besparingen te realiseren. Daarvoor wil zij de rol van het CIZ versterken en het (her) indiceren door zorgaanbieders niet langer toestaan.[15] Waar het CIZ onder de AWBZ in zorgzwaartepakketten (zzp's)[16] en uren indiceerde, stelt het CIZ onder de Wlz alleen nog een zorgprofiel vast. Het aantal zorgprofielen is veel geringer dan het aantal zzp's. Het zorgprofiel wordt in samenspraak tussen cliënt en zorgaanbieder verder uitgewerkt in het zogeheten zorgplan. Op deze wijze wordt maatwerk mogelijk gemaakt.

13 Genoemde uitgaven zijn niet gecorrigeerd voor inflatie.

14 In het Jaarverslag van het Ministerie van VWS 2013 is de realisatie AWBZ over 2013 op € 27,5 miljard gesteld (VWS, 2014e).

15 Zorgaanbieders hadden in de AWBZ de mogelijkheid tot (her-)indiceren via standaard indicatieprotocollen, herindicaties onder taakmandaat en indicatiemeldingen 80+.

16 Indicaties voor zorg met verblijf werden in de AWBZ geformuleerd in zorgzwaartepakketten (ZZP's). Ieder ZZP is toegesneden op een groep cliënten met een vooraf vastgesteld cliëntprofiel.

De tweede mogelijkheid om regionale verschillen terug te dringen, ziet de minister bij de *inkooptarieven*. In de praktijk blijkt volgens de minister dat de ene instelling ruim voldoende uitkomt met het tarief, terwijl het voor de andere ontoereikend is. Gemiddeld behalen de instellingen een goed rendement. De minister veronderstelt daarom dat er 'enige ruimte zit in de tariefstelling'.

Ten slotte ziet de minister in het *zorggebruik* een manier om de regionale verschillen terug te dringen. Onder de Wlz worden de zorgkantoren (Wlz-uitvoerders) meer dan onder de AWBZ geprikkeld om de zorg doelmatiger uit te voeren. Zij moeten praktijkvariatie inzichtelijk maken en met zorgaanbieders bespreken. En vervolgens moeten ze hun zorginkoop daarop aanpassen. De minister ziet hierin niet alleen een manier om de zorg doelmatiger te maken, maar ook om kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen.

We richten ons in dit onderzoek op de verklaringen van (regionale verschillen in) het *zorggebruik* van de gehele langdurige zorg. Met dit onderzoek actualiseren we het beeld van de regionale verschillen (de eerdere onderzoeken waar de minister naar verwijst, hadden betrekking op de jaren 2006 en 2008) en beogen we de minister handvatten te bieden om het zorggebruik verder te verklaren.

1.4 Op zoek naar verklaringen voor zorggebruik

Dit rapport is een vervolg op ons rapport *Hervorming AWBZ. Een simulatie van de gevolgen* (Algemene Rekenkamer, 2014). Hierin hebben we de gevolgen van de hervorming voor de gebruikers van de langdurige zorg in kaart gebracht. In dit vervolgrapport gaan we op zoek naar verklaringen voor de regionale verschillen in het zorggebruik. Wij hebben voor dit onderzoek samengewerkt met het CBS, dat voor ons de kwantitatieve analyses heeft uitgevoerd. De resultaten van deze analyses worden via www.cbs.nl/cvb beschikbaar gesteld. Onze tussentijdse resultaten hebben we twee keer met een expertteam besproken waarin vertegenwoordigers zaten van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), het CBS, de Vrije Universiteit, de Erasmus Universiteit en de Radboud Universiteit. Wij lichten in bijlage 4 kort onze methode toe. Voor een uitgebreide toelichting verwijzen we naar de onderzoeksbeschrijving van het CBS. Deze toelichting staat op www.cbs.nl/cvb.

Reikwijdte onderzoek: langdurige zorg voor ouderen en chronisch zieken
In dit onderzoek richten we ons op de groep cliënten met een somatische of psychogeriatrische aandoening die 18 jaar of ouder zijn.[17] Dit betreft de langdurige zorg voor ouderen en chronisch zieken. Onze totale onderzoekspopulatie bevat 582.760 gebruikers. We hebben hun zorggebruik gedurende heel 2012 (peiljaar) geanalyseerd. We hebben voor deze groep gekozen omdat deze groep circa 67%[18] van de totale gebruikers van de langdurige zorg vormt en ook de grootste financiële omvang heeft (CBS, 2013). Dit betekent dat we de gehandicaptenzorg, de langdurige geestelijke gezondheidszorg en de jeugdzorg niet in dit onderzoek hebben betrokken.

Zorggebruik: aantal gebruikers en omvang geleverde zorg
Het zorggebruik bestaat in onze definitie uit twee componenten: het *aantal* gebruikers en de *omvang* van de geleverde zorg per gebruiker. Voor grip op doelmatigheid moet zowel gekeken worden naar hoeveel gebruikers er zijn als ook naar de omvang van de zorg die geleverd wordt. De omvang van de geleverde zorg is immers ook bepalend voor de omvang van de uitgaven. De omvang van de geleverde zorg hebben wij als volgt

17
Onder een somatische aandoening wordt een actuele lichamelijke ziekte of aandoening verstaan, die nog kan genezen of verbeteren. Onder een psychogeriatrische aandoening wordt een ziekte, aandoening of stoornis in of van de hersenen verstaan (mede) als gevolg van ouderdom.

18
De verhouding aantallen gebruikers tussen de drie sectoren binnen de AWBZ was in 2012: 67% Verzorging en Verpleging, 20% Gehandicaptenzorg en 13% GGZ.

berekend: zorgzwaarte x de tijdsduur van het gebruik x het gemiddelde tarief per zorgvorm.[19]

Voorbeeld van de omvang van geleverde zorg (zorgzwaarte x tijdsduur x gemiddeld tarief)
Mevrouw Dekker heeft ernstige dementie. Ze gebruikt daarom een zware vorm van zorg. Onder de AWBZ kreeg mevrouw Dekker zorgzwaartepakket Verpleging en Verzorging 5; daaronder valt intensieve begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging (**zorgzwaarte**). Deze zorg heeft mevrouw Dekker in totaal 20 uur per week nodig (**tijdsduur**).
Meneer Van Vliet dreigt na het overlijden van zijn vrouw te vereenzamen en heeft een slecht genezende wond. Hij ontvangt een lichte vorm van zorg in de vorm van individuele begeleiding en verpleging (**zorgzwaarte**). Deze zorg ontvangt hij drie uur per week (**tijdsduur**).
Aan het soort zorg dat mevrouw Dekker en meneer Van Vliet ontvangen zijn uiteraard kosten verbonden (in dit onderzoek zijn hiervoor **gemiddelde tarieven** per zorgvorm gebruikt). De intensieve, complexe zorg die mevrouw Dekker ontvangt, is uiteraard duurder dan de lichtere vormen van zorg die meneer Van Vliet ontvangt.

Onderzoeksmethode

Bij het zoeken naar verklaringen voor verschillen in het zorggebruik hebben we op basis van een literatuurstudie en gesprekken met experts variabelen geïdentificeerd die van invloed kunnen zijn op het zorggebruik. Dit is de eerste onderzoeksstap.

In de tweede onderzoeksstap hebben we geanalyseerd in welke mate deze variabelen het zorggebruik beïnvloeden.[20] We hebben de volgende kenmerken (variabelen) onderzocht: leeftijd, geslacht, herkomstgroepering[21], samenstelling huishouden, eigen woning bezit, inkomen[22], leefstijl (roken, alcohol en gewicht)[23], omgevingsadressendichtheid (stedelijkheid), (uren) mantelzorg per gemeente, gebruik Wmo[24] en Zvw[25], en aanbod intramurale zorg per zorgkantoorregio (aantal bedden). De uitkomsten hiervan beschrijven we in § 2.2, § 3.2 en § 4.2.

De derde onderzoeksstap betreft het bepalen van het niet verklaarde zorggebruik per zorgkantoorregio. Hiertoe hebben we eerst voor elke zorgkantoorregio het verwachte zorggebruik berekend. Dit hebben we gedaan op basis van de in stap 2 bepaalde invloed van de verklarende variabelen op het zorggebruik. Een voorbeeld: als uit de analyse (tweede onderzoeksstap) blijkt dat de variabele *leeftijd* een grote invloed heeft op het zorggebruik (ouderen maken meer gebruik van zorg) dan kennen we aan een regio met een hoger aandeel ouderen ook een hoger aandeel gebruikers toe. Dit noemen wij het verwachte zorggebruik in een regio. Het verschil tussen het verwachte en het werkelijke zorggebruik per regio is het niet-verklaarde gebruik in een zorgkantoorregio (derde onderzoeksstap). Met andere woorden: werkelijk zorggebruik - verwacht zorggebruik = niet-verklaard zorggebruik. De uitkomsten hiervan beschrijven we in § 2.3, § 3.3 en § 4.3.

In welke mate alle door ons onderzochte variabelen samen het zorggebruik verklaren, verschilt per regio. We noemen deze verschillen de resterende regionale verschillen. We geven deze verschillen op kaart weer. Met het in kaart brengen van de regionale verschillen brengen wij feitelijk in beeld welk deel van het zorggebruik niet verklaard wordt door de in ons onderzoek betrokken variabelen.

19
De omvang van de geleverde zorg is niet meer dan een indicatie voor de werkelijke kosten. We lichten dit in bijlage 4 toe.

20
We hebben multilevel regressie analyses uitgevoerd. Hierbij gaat het om de invloed van de variabelen rekening houdend met de invloed van de andere variabelen in het model. De afhankelijke variabele was op persoonsniveau.

21
Autochtoon, westers allochtoon of niet-westers allochtoon.

22
Voor het inkomen is gebruik gemaakt van het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen. Dit is het bruto-huishoudensinkomen verminderd met betaalde inkomensoverdrachten, premies inkomensverzekeringen, premies ziektekostenverzekeringen en belastingen op inkomen en vermogen. Het besteedbaar huishoudensinkomen is gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden.

23
De gegevens over leefstijl, mantelzorg en omgevingsadressendichtheid waren alleen op gemeenteniveau beschikbaar i.p.v. persoonsniveau.

24
Gebruik van huishoudelijke verzorging gefinancierd uit de Wmo 2007.

25
Per persoon is bepaald of het eigen risico van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2011 al dan niet volledig is verbruikt.

We willen benadrukken dat het verwachte zorggebruik in een regio niet als norm beschouwd kan worden. Het is de uitkomst van een modelmatige voorspelling.

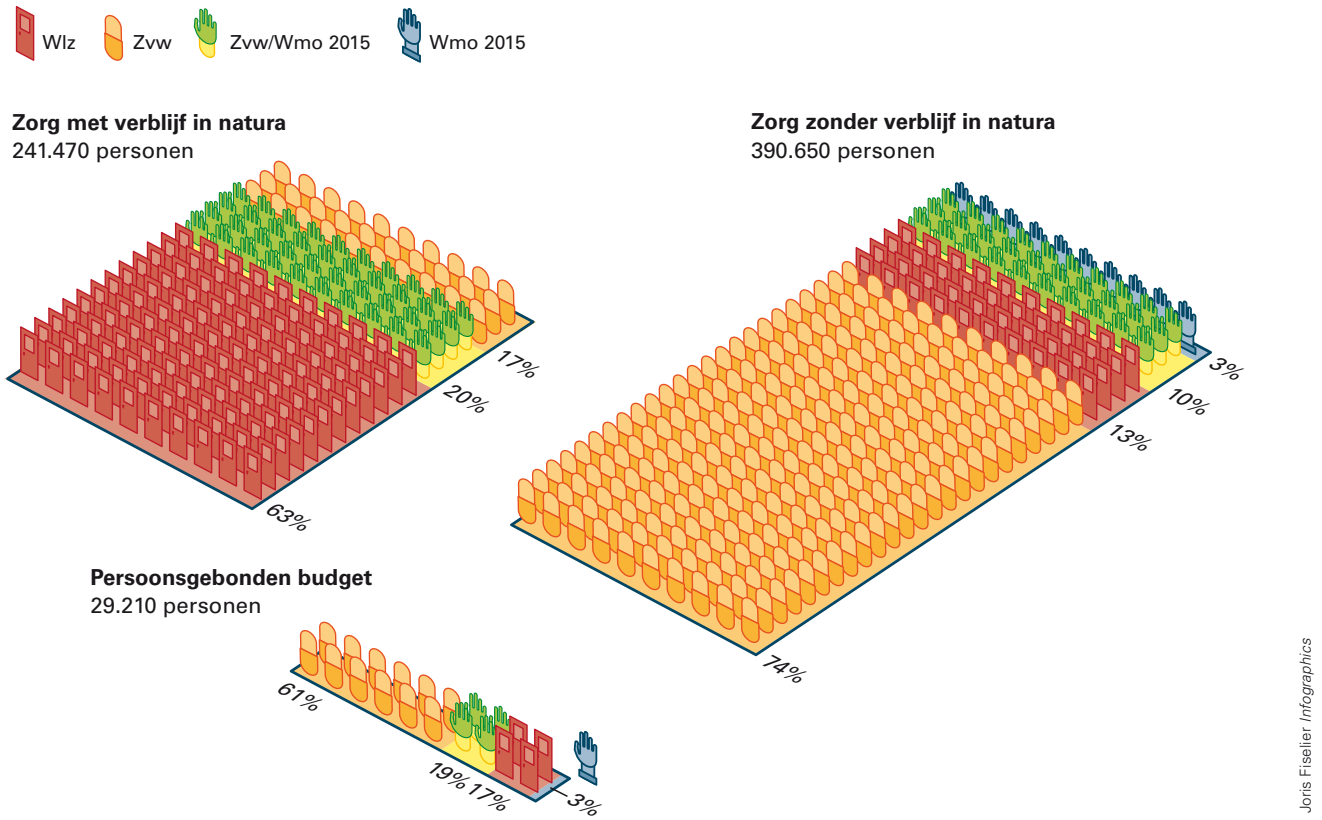
Analyses per leveringsvorm: relevantie voor verschillende nieuwe doelgroepen
We hebben onze analyses voor de drie verschillende leveringsvormen van zorg uitgevoerd: zorg met verblijf (zmv), zorg zonder verblijf (zzv) en persoonsgebonden budgetten (pgb). Voor iedere leveringsvorm hebben we zowel een analyse voor aantallen als voor omvang van de zorg per gebruiker gemaakt.[26]

Simulatie gevolgen hervorming langdurige zorg
Wij hebben voor onze groep cliënten[27] (onderzoekspopulatie) op basis van de indicatie per gebruiker gesimuleerd onder welke wet hij/zij in de nieuwe situatie zou vallen. Op deze manier laten we zien voor welke doelgroepen onze resultaten per zorgvorm relevant zijn. Deze simulatie is op dezelfde manier gedaan als in ons eerdere rapport *Hervorming* AWBZ. *Een simulatie van de gevolgen* (Algemene Rekenkamer, 2014). Omdat de doelgroep in het huidige onderzoek beperkt is tot ouderen en chronisch zieken wijkt het beeld licht af van ons eerdere rapport. Ouderen en chronisch zieken maken bijvoorbeeld relatief meer gebruik van persoonlijke verzorging en verpleging die in de nieuwe situatie naar de Zvw over gaat. We willen benadrukken dat we met deze simulatie niet de reële situatie direct na ingang van de hervorming in 2015 schetsen. Wij gaan namelijk uit van het aantal mensen en het type zorg zoals deze in 2012 binnen de AWBZ golden. Bovendien is er sprake van overgangsrecht voor de mensen die voor 1 januari 2015 gebruik maakten van de AWBZ, waardoor de situatie in 2012 niet zonder meer met de nieuwe situatie te vergelijken is. Mensen die voor 1 januari 2015 in een instelling verbleven, behouden hun recht en hun plek in de instelling. Voor de meeste overige mensen die voor deze datum AWBZ-zorg gebruikten, geldt dat zij hun recht op zorg behouden gedurende de looptijd van hun indicatiebesluit, maar uiterlijk tot 2016. Tot slot is de nieuwe situatie ook afhankelijk van hoe gemeenten invulling geven aan hun maatwerkvoorzieningen.

26
Via www.cbs.nl zijn ook de resultaten beschikbaar voor de analyses van onze totale onderzoekspopulatie (alle leveringsvormen bij elkaar hebben opgeteld).

27
In dit onderzoek richten we ons op de groep cliënten met een somatische of psychogeriatrische aandoening die 18 jaar of ouder zijn. Dit betreft de langdurige zorg voor ouderen en chronisch zieken (582.760 personen). Dit is exclusief cliënten voor de gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en jeugdigen.

Figuur 4 Onder welke wet zouden de cliënten (onderzoekspopulatie 2012) na 1 januari 2015 vallen?



Joris Fiselier *Infographics*

De simulatie laat zien dat onze resultaten over zorg met verblijf vooral relevant zijn voor de minister en Wlz-uitvoerders (Wlz) en in iets minder mate voor de zorgverzekeraars (Zvw). De resultaten over zorg zonder verblijf en het pgb zijn vooral relevant voor de minister en voor de zorgverzekeraars (Zvw). Daarbij valt op dat van iedere leveringsvorm ook een deel van de cliënten (10% tot 20%) waarschijnlijk terechtkomt onder zowel de Zvw als de Wmo 2015 (groen/gele symbolen in figuur 4). Deze cliënten ontvangen hun verpleging en verzorging via de Zvw en hun begeleiding via de Wmo 2015.

Data over 2012

We hebben het kwantitatieve deel van ons onderzoek uitgevoerd in samenwerking met het CBS in de periode april tot en met november 2014. We hebben ons onderzoeksbestand over het zorggebruik in 2012 samengesteld met data van het CIZ, het CAK en Vektis. In april 2014 waren er nog geen goede gegevens over 2013 beschikbaar; het was ook niet mogelijk die naderhand aan ons onderzoeksbestand toe te voegen.

Het koppelen van de bestanden van het CIZ, het CAK en Vektis, en daarmee het verzamelen van goede en betrouwbare gegevens over zorggebruik, was lastig. De gegevens sloten namelijk onvoldoende op elkaar aan omdat de uitvoeringsorganisaties soms verschillende definities hanteren of bepaalde gegevens niet registreren. In de onderzoeksbeschrijving van het CBS wordt toegelicht hoe we hiermee zijn omgegaan. Deze toelichting staat op www.cbs.nl/cvb. Zo hebben we de functie behandeling (zorg zonder verblijf) niet mee kunnen nemen in dit onderzoek door het ontbreken van goede data hierover.

1.5 Leeswijzer

We brengen in dit rapport de regionale verschillen in het langdurige zorggebruik in beeld. De kwantitatieve analyses per leveringsvorm komen in hoofdstuk 2 (zorg met verblijf), hoofdstuk 3 (zorg zonder verblijf) en hoofdstuk 4 (persoonsgebonden budget) aan de orde. In hoofdstuk 5 geven we een overkoepelende slotbeschouwing.
We gaan per leveringsvorm eerst in op welke variabelen het meeste invloed hebben op het zorggebruik. Vervolgens brengen we in kaart welk deel van het zorggebruik wel en welk deel niet verklaard wordt. Daarnaast geven we per leveringsvorm een overzicht van mogelijke aanvullende verklaringen voor het zorggebruik. Aangezien we willen dat de afzonderlijke hoofdstukken zoveel mogelijk zelfstandig leesbaar zijn, is enige overlap in de aanvullende verklaringen onvermijdelijk. In de slotbeschouwing gaan we in op de relevantie van de regionale verschillen in de situatie na de hervorming.

2 Zorg met verblijf

Uit onze analyse blijkt dat *leeftijd* en *samenstelling huishouden* de belangrijkste verklarende variabelen zijn voor het gebruik van zorg met verblijf. Dat de variabele *leeftijd* het zorggebruik voor ouderen en chronisch zieken voor een belangrijk deel verklaart, is niet verrassend. De invloed van de variabele *huishoudsamenstelling* komt overeen met de beschikbare literatuur hierover. Maar deze variabelen zijn slechts in beperkte mate door beleid te beïnvloeden. Ze bieden daarmee weinig mogelijkheden tot sturen op doelmatiger zorg.

De resterende, niet-verklaarde regionale verschillen in het gebruik van zorg met verblijf zijn het kleinst in vergelijking met de andere twee leveringsvormen. Dit geldt zowel voor het aantal gebruikers van de zorg als voor de omvang van de geleverde zorg per gebruiker.

Leeswijzer

In § 2.1 geven we een beschrijving van onze onderzoekspopulatie voor zorg met verblijf. Welke zorg hadden deze cliënten in 2012? Daarnaast simuleren we in deze paragraaf onder welke wet deze cliënten in de nieuwe situatie zouden vallen. In § 2.2 geven we weer welke variabelen het zorggebruik het meeste verklaren. In § 2.3 brengen we in beeld welk zorggebruik niet verklaard wordt door onze variabelen. Ten slotte benoemen we in § 2.4 mogelijke aanvullende verklaringen.

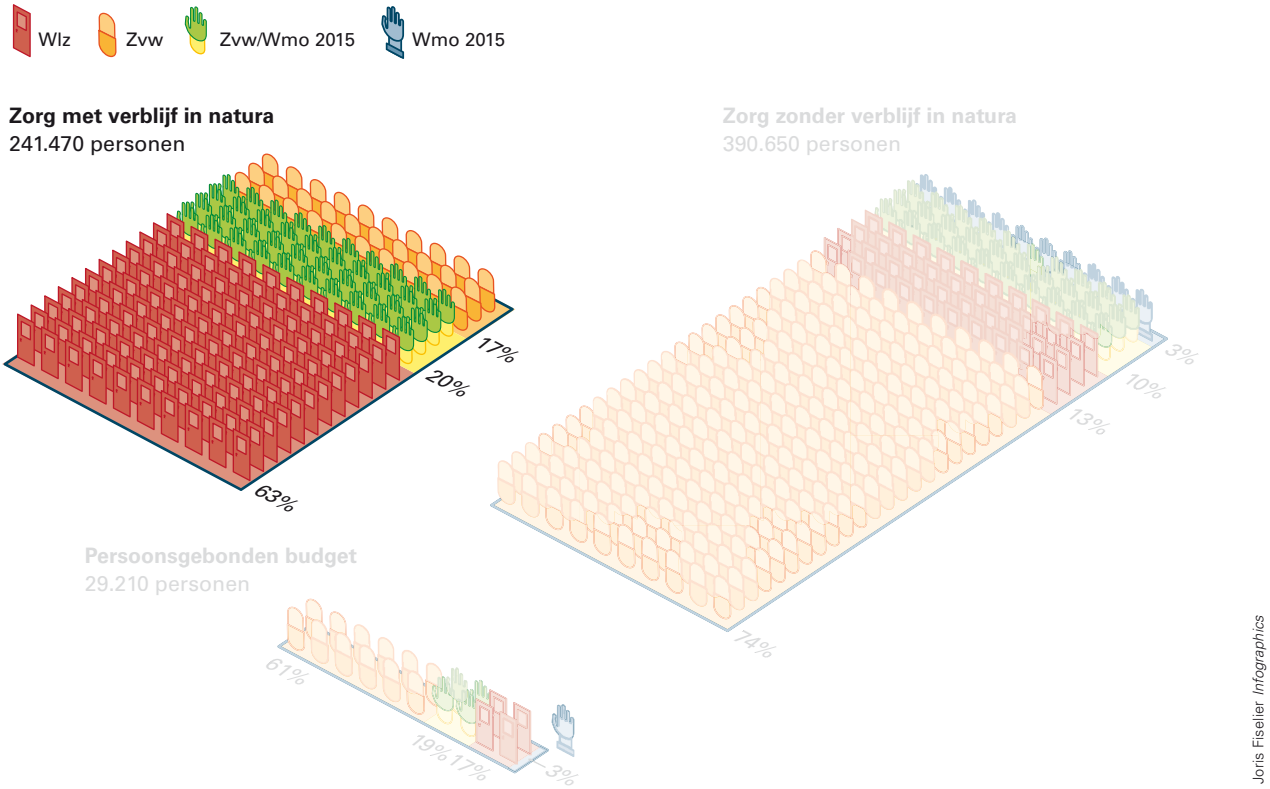
2.1 Beschrijving van cliënten

In 2012 waren er 241.470 ouderen en chronisch zieken in Nederland die gebruikmaakten van zorg met verblijf in natura.

- 63% van hen had onder de AWBZ een indicatie voor zorgzwaartepakket (zzp) 4 of hoger. Deze mensen zouden onder de nieuwe Wlz ook een indicatie voor zorg met verblijf ontvangen.
- 20% had een indicatie voor zzp 1, 2 of 3. Deze mensen zouden na 1 januari 2015 voor de Wmo 2015 en/of de Zvw in aanmerking komen.
- 17% van deze mensen was geïndiceerd voor geriatrische revalidatiezorg die na de hervormingen onder de Zvw valt.

De bevindingen in dit hoofdstuk zijn daarmee vooral van belang voor de minister van VWS en de Wlz-uitvoerders, zoals het CIZ en de zorgkantoren.

Figuur 5 Zorg met verblijf: onder welke wet zouden de cliënten (onderzoekspopulatie 2012) na 1 januari 2015 vallen?



2.2 Invloed van variabelen

De door ons onderzochte variabelen verklaren de *aantallen* gebruikers (kans op gebruik) beter dan de *omvang* van de geleverde zorg per gebruiker. We lichten hieronder de variabelen met de meeste invloed kort toe. In bijlage 3 lichten we alle variabelen toe.

Leeftijd

Voor de kans op gebruik van zorg met verblijf is *leeftijd* de variabele met de meeste invloed. Oudere mensen maken vaker gebruik van deze leveringsvorm. De zorgomvang stijgt licht naarmate de *leeftijd* toeneemt.

Samenstelling huishouden

Alleenstaanden met of zonder kinderen hebben een iets grotere kans op zorg dan samenwonenden met kinderen. Samenwonenden zonder kinderen hebben de kleinste kans op gebruik van zorg met verblijf. Zoals te verwachten is, hebben mensen die in een institutioneel huishouden wonen[28] de grootste kans op het gebruik van zorg met verblijf en ook de grootste zorgomvang. Eénpersoonshuishoudens hebben de kleinste zorgomvang.

2.3 Zorggebruik in beeld

In deze paragraaf brengen we per zorgkantoorregio in beeld waar het werkelijke zorggebruik dicht in de buurt ligt bij wat we op grond van onze verklarende variabelen verwachten en waar het gebruik hoger of lager ligt dan we op grond van de variabelen verwachten (dit noemen we hierna het verwachte zorggebruik of de verwachting).[29] Dit doen we om per regio in beeld te brengen welk zorggebruik niet verklaard wordt door onze variabelen. We laten de verschillen (tussen verwacht en werkelijk zorggebruik)

28
Institutionele huishoudens zijn instellingen zoals verpleeg-, verzorgings- en kindertehuizen, gezinsvervangende tehuizen, revalidatiecentra en penitentiaire inrichtingen.

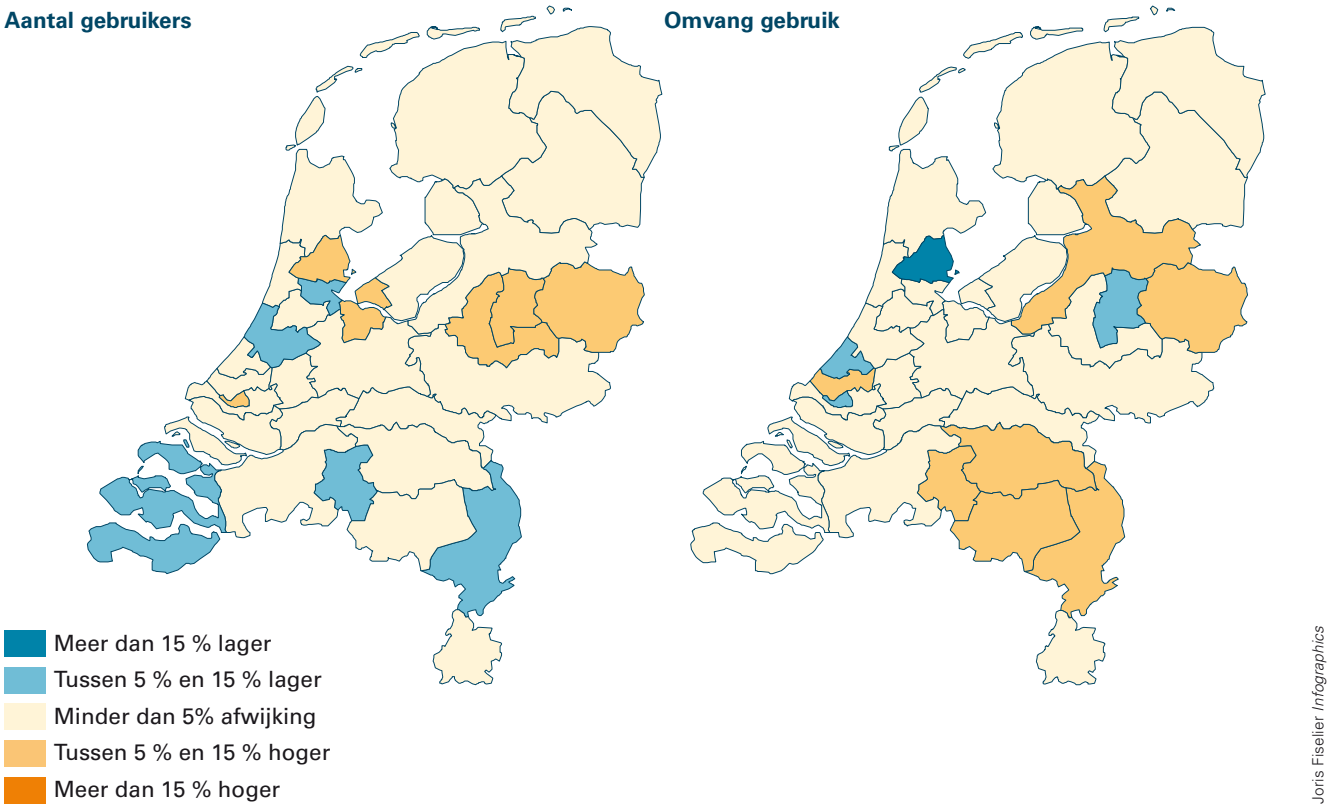
29
Op basis van bevolkingssamenstelling en regiokenmerken is voor iedere zorgkantoorregio berekend hoe veel zorggebruik we hier verwachten. Deze verwachting is berekend door gebruik te maken van de kennis uit ons regressiemodel over het effect van de verklarende variabelen (onderzoeksstap 2). Een voorbeeld: uit de regressieanalyse blijkt dat ouderen meer gebruik maken van zorg. Daarom wordt in een zorgkantoorregio met een hoger aandeel ouderen ook een hoger aantal gebruikers verwacht.

zien op kaarten, ingedeeld in zorgkantoorregio's. Voor de namen van de zorgkantoorregio's verwijzen we naar bijlage 1.

In figuur 6 zien we dat in grote delen van Nederland het werkelijke gebruik van zorg met verblijf niet ver afwijkt van wat we verwachten op grond van de door ons onderzochte variabelen. In de helft van de regio's - 16 van de 32 - wijken zowel het werkelijke aantal gebruikers als de omvang van de zorg minder dan 5% af van wat we op grond van onze variabelen verwachten.

We zien wel enige verschillen in de resultaten tussen de aantallen gebruikers en de omvang per gebruiker. We lichten dit hieronder verder toe. Daarbij gaan we eerst in op het linkerdeel van figuur 6 waarin de uitkomsten voor de kans op gebruik (aantallen gebruikers) zijn opgenomen. Daarna gaan we in op het rechterdeel van figuur 6 over de omvang van de geleverde zorg per gebruiker.

Figuur 6 Zorg met verblijf: werkelijk gebruik ten opzichte van verwacht gebruik (onderzoekspopulatie 2012)



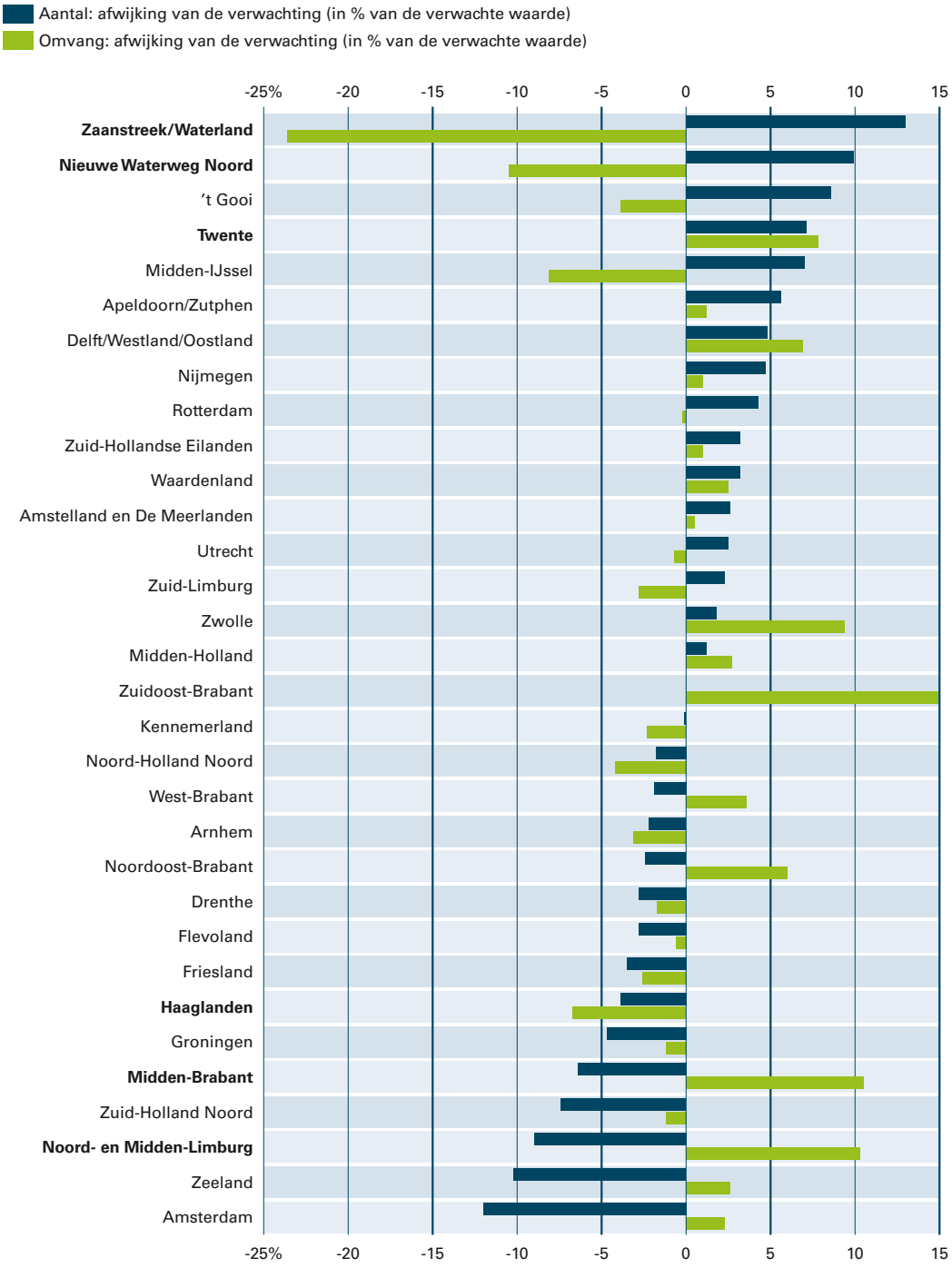
Aantallen gebruikers

Als we alleen naar de aantallen gebruikers kijken, zien we dat in 21 regio's minder dan 5% wordt afgeweken van de verwachting. In 11 van de 32 regio's is het verschil met de verwachte aantallen zorggebruikers meer dan 5% (figuur 6 linker kaart). Voor zes regio's liggen de aantallen zorggebruikers meer dan 5% hoger en voor vijf regio's meer dan 5% lager dan verwacht. De resterende regionale verschillen wijzen erop dat er nog regionaal bepaalde factoren zijn, zoals regionaal zorgaanbod of regionaal bepaalde gezondheidskenmerken, die het zorggebruik beïnvloeden. Deze nog onbekende factoren zorgen ervoor dat het werkelijke gebruik van zorg met verblijf in een aantal regio's hoger of lager ligt dan de verwachting.

Omvang zorg per gebruiker

Dit beeld wordt iets anders als we kijken naar de zorgomvang per gebruiker (figuur 6 rechter kaart). Ook nu zijn er elf regio's die meer dan 5% afwijken van de verwachting, maar dit zijn over het algemeen andere regio's dan voor de aantallen gebruikers. De afwijkingen zijn nu ook iets groter. Voor zeven regio's ligt de werkelijke zorgomvang per gebruiker meer dan 5% hoger verwacht. Voor drie regio's ligt de werkelijke zorgomvang per gebruiker meer dan 5% lager dan verwacht en voor één regio zelfs meer dan 15% lager. De afwijkingen in de omvang en aantallen zijn goed te zien in figuur 7 waarin we alle afwijkingen in aantallen en omvang per zorgkantoorregio weergeven. De groene balken voor omvang vertonen iets hogere afwijkingen dan de blauwe voor aantallen.

Figuur 7 Zorg met verblijf: mate waarin regio's afwijken van het verwachte zorggebruik (onderzoekspopulatie 2012)



We zien in figuur 7 ook dat in sommige regio's waar meer gebruikers zijn dan we op basis van onze variabelen verwachten (blauwe balk) de werkelijke zorgomvang per gebruiker lager ligt dan verwacht (groene balk). Voorbeelden zijn de regio's Zaanstreek/Waterland en Nieuwe Waterweg Noord. Dit toont aan dat een relatief hoog aantal gebruikers nog niet hoeft te betekenen dat ook het totale zorggebruik (aantal x omvang) in een regio hoog is en dat daarmee ook de uitgaven relatief hoog zijn. De kosten voor de hoge aantallen zorggebruikers worden in sommige regio's wellicht gecompenseerd door lage kosten per persoon vanwege de lage zorgomvang. We stellen vast dat voor een goed inzicht in het zorggebruik in een regio informatie over alleen de aantallen niet voldoende is.

Voorbeeld van de omvang van geleverde zorg (zorgzwaarte x tijdsduur x gemiddeld tarief)

Terug naar het voorbeeld van mevrouw Dekker, die aan ernstige dementie lijdt en daarom een zware vorm van zorg ontvangt, waaronder intensieve begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging voor 20 uur per week. Mevrouw Dekker heeft een hoge zorgomvang.
Een medebewoonster in het verpleeghuis van mevrouw Dekker, mevrouw Schreuder, lijdt aan een minder ernstige vorm van dementie. Mevrouw Schreuder ontvangt dezelfde vormen van zorg, maar in minder intensieve mate. Ook heeft mevrouw Schreuder de zorg maar zo'n elf uur per week nodig. Mevrouw Schreuder heeft dus een lagere zorgomvang dan mevrouw Dekker.
In een regio waar veel mensen (veel zorggebruikers) wonen met klachten als mevrouw Schreuder (lagere zorgomvang), kan het totale zorggebruik lager zijn (aantallen gebruikers x omvang), dan in een regio waar relatief weinig mensen wonen (minder zorggebruikers) met klachten als mevrouw Dekker (hogere zorgomvang). In die laatste regio kan het totale zorggebruik hoger zijn.

Ook het omgekeerde is voor een aantal regio's het geval: weinig gebruikers in combinatie met een hoge omvang per gebruiker. Dit zien we bijvoorbeeld in de regio's Noord- en Midden-Limburg en Midden-Brabant. Andere combinaties zijn er ook. In Twente zijn bijvoorbeeld zowel het aantal gebruikers als de omvang van de zorg hoger dan verwacht. In de regio Haaglanden zijn beide lager dan verwacht.

2.4 Aanvullende verklaringen

Uit onze analyse blijkt dat de verklarende variabelen met de meeste invloed *leeftijd* en *samenstelling huishouden* zijn. Deze variabelen zijn slechts in beperkte mate door beleid te beïnvloeden. Ze bieden daarmee weinig mogelijkheden tot sturen op doelmatiger zorg. Daarnaast resteren er nog regionale verschillen (zie figuur 6) die niet worden verklaard door onze variabelen. Deze verschillen hebben wellicht oorzaken die wel te beïnvloeden zijn.

Voorbeeld zorgaanbod als verklaring

Meneer Alkemade maakt gebruik van innovatief aanbod verpleeghuis

Meneer Alkemade is 72 jaar oud en lijdt aan Parkinson. Hij heeft daarom intensieve begeleiding, persoonlijke verzorging en voortdurende verpleging nodig. Meneer Alkemade kan niet meer zelfstandig wonen en zal daarom naar een verpleeghuis moeten verhuizen.

De kinderen van meneer Alkemade zijn samen met hem op zoek gegaan naar een passende instelling. Zij hebben een geschikt verpleeghuis gevonden dat innoveert met integrale Parkinsonzorg. Het verpleeghuis staat in een andere regio, maar het zorgaanbod sluit optimaal aan bij de behoeften en wensen van meneer Alkemade. Voor meneer Alkemade is dat reden genoeg om naar die andere regio te verhuizen.

Het innovatieve en gespecialiseerde aanbod trekt meneer Alkemade weg uit de regio waar hij tot nu toe woonde.

Om mogelijke oorzaken te inventariseren, hebben we gesproken met de uitvoerders van het beleid: CIZ, zorgkantoren, Zorgverzekeraars Nederland en ActiZ. Uit deze gesprekken kwamen onderstaande verklaringen naar voren.

Verklaringen voor gebruik langdurige zorg: zorg met verblijf		
Bevolkings-kenmerken	Gezondheid	Het gebruik van zorg met verblijf wordt onder andere bepaald door de **gezondheidstoestand** van mensen. In ons onderzoek hebben we ervoor gekozen het Wmo- en Zvw-gebruik en de leefstijlfactoren roken, drinken en overgewicht mee te nemen als indicatoren voor gezondheid.[30] Mogelijk kan de gezondheid nog beter worden ingeschat door het toevoegen van andere veel gebruikte indicatoren voor gezondheid zoals medicijngebruik en beperkingen in horen, zien of bewegen.
Regio-kenmerken	Samenwerking keten van zorgpartners	De mate van **samenwerking in de keten** (zoals tussen huisarts, zorgverzekeraar, zorgkantoor en gemeente) kan het gebruik van zorg met verblijf beïnvloeden. Daar waar bijvoorbeeld mantelzorg, persoonlijke verzorging thuis en zorg verleend door de huisarts optimaal op elkaar zijn afgestemd, zal wellicht minder snel een beroep worden gedaan op zorg met verblijf.
	Cultuur	Ook de **cultuur** in een bepaalde regio kan het langdurige zorggebruik beïnvloeden. Hier valt te denken aan de mate waarin mensen geneigd zijn om naar een instelling te verhuizen en hiervoor een indicatie aan te vragen.
	Aanbod	Het langdurige **zorgaanbod** kan zich vertalen in het gebruik in een bepaalde regio. We schetsen hieronder drie situaties waarin dat gebeurt. 1. Zo kan de aanwezigheid van zorgaanbieders met een innovatief zorgconcept of met zeer goede kwaliteit op twee manieren een aanzuigende werking hebben. Mensen kunnen zorg aanvragen die dat anders niet of later hadden gedaan. Daarnaast kunnen zorggebruikers uit andere regio's worden aangetrokken. 2. Ook kan een hoge concentratie van zorgaanbieders in een bepaalde regio ervoor zorgen dat meer mensen gebruikmaken van zorg. 3. Ten slotte kunnen leegstand of juist wachtlijsten in bepaalde regio's het zorggebruik beïnvloeden. Daar waar bijvoorbeeld mensen die zorg willen gebruiken lang op een plek in een instelling moeten wachten, kan dat het zorggebruik negatief beïnvloeden.

30
Voor leefstijl waren de gegevens alleen op gemeenteniveau beschikbaar en niet op persoonsniveau. Een verfijndere analyse met gegevens op persoonsniveau zou mogelijk wel een verband kunnen laten zien.

	Wisselwerking leveringsvormen	Er kan sprake zijn van een **wisselwerking** tussen het gebruik van zorg zonder verblijf en met verblijf. Daar waar bijvoorbeeld een optimaal aanbod van thuiszorg (al dan niet in combinatie met mantelzorg) geboden wordt, zullen mensen wellicht langer thuis blijven wonen en dus minder snel naar een instelling verhuizen. Hetzelfde zou kunnen gelden voor de verhouding tussen zorg in natura en het persoonsgebonden budget (zie ook 'samenwerking keten van zorgpartners').
Beleidskenmerken	Wijze van bekostiging	De **bekostiging** van langdurige zorg gebeurde in 2012 onder de AWBZ - en gebeurt ook nu onder de Wlz - grotendeels **op historische gegevens**. Het is onduidelijk of deze systematiek vandaag nog steeds in elke regio legitiem is. Wellicht dat de bekostiging op historische gegevens de verschillen in het zorggebruik deels verklaart (zie meer hierover in hoofdstuk 5).
	Indicatie	De wijze van **indiceren** kan van invloed zijn op het zorggebruik in een bepaalde regio. Hierbij willen we opmerken dat de CIZ-regio's niet overeenkomen met de zorgkantoorregio's.[31]
	Zorgkantoor	Het **zorgkantoor** kan van invloed zijn op het zorggebruik in een bepaalde regio. Zo kan in een regio waar het zorgkantoor actief bij wachtlijsten bemiddelt het zorggebruik hoger zijn. Immers, zolang zorggebruikers op een wachtlijst voor een instelling staan en nog thuis wonen, gebruiken ze geen zorg met verblijf. Daarnaast is het zorgkantoor een van de partners bij de samenwerking in de keten (zie onder samenwerking en aanbod).

Praktijkonderzoek kan wellicht meer inzicht verschaffen in de oorzaken achter de resterende regionale verschillen. Een vergelijking van een aantal regio's waar zowel het aantal gebruikers als de zorgomvang lager is dan verwacht (zoals Groningen en Haaglanden) met regio's waar beide juist hoog zijn (Twente en Delft/Westland/Oostland) biedt mogelijk nader inzicht in aangrijpingspunten voor sturing.

31
Regionale verschillen kunnen al ontstaan zijn voor of tijdens het indiceren. Om dit te toetsen hebben wij gekeken naar het verband tussen de indicaties van het CIZ en de mate waarin het zorggebruik per regio afwijkt van de verwachting. Wij hebben een positief verband vastgesteld. Gemiddeld gezien is in de regio's met een hoog aandeel indicaties het aantal zorggebruikers hoger dan verwacht. In regio's met een laag aandeel indicaties is het aantal zorggebruikers lager dan verwacht. Dit duidt er op dat het verschil tussen verwachte en werkelijke aantallen gebruikers waarschijnlijk al deels tijdens of vóór de indicatie is ontstaan. Dit betekent dat óf de indicatie bepalend is of de stap daarvoor: wat maakt dat mensen zich melden bij het CIZ om een indicatie (voor zorg met verblijf) aan te vragen? Dit kan samenhangen met de cultuur in een bepaalde regio (zie 'cultuur' in tabel).

3 Zorg zonder verblijf

Uit onze analyse blijk dat *leeftijd* de belangrijkste verklarende variabele is voor het gebruik van zorg zonder verblijf. Daarnaast geldt dat mensen die gebruik maken van de *Wmo* en *Zvw* een grotere kans hebben om (naast zorg uit de Zvw en/of huishoudelijke hulp uit de Wmo) ook zorg zonder verblijf te gebruiken. Voor mensen die gebruik maken van zowel langdurige zorg als ook Zvw en/of Wmo zien we dat de omvang van de geleverde langdurige zorg per gebruiker groter is dan voor mensen die wel langdurige zorg gebruiken en dat niet combineren met gebruik uit de Zvw of Wmo. Dit is niet verbazingwekkend omdat mensen die zorg vanuit de Zvw of huishoudelijke hulp vanuit de Wmo ontvangen, waarschijnlijk minder gezond zijn dan gemiddeld. Deze groep zal dus ook eerder en meer langdurige zorg zonder verblijf nodig hebben. *Wmo* en *Zvw gebruik* zijn dus in onze analyse vooral een indicatie van de gezondheidstoestand van mensen. Het zijn daarmee net als *leeftijd* geen factoren waarmee men het gebruik van zorg zonder verblijf kan verminderen.

Dat de variabelen *leeftijd* en *gebruik van Wmo en Zvw* (als indicatie voor gezondheid) het zorggebruik voor ouderen en chronisch zieken voor een belangrijk deel verklaren, komt overeen met de beschikbare literatuur hierover.

De resterende regionale verschillen in het gebruik van zorg zonder verblijf zijn groter dan die voor zorg met verblijf. Aanvullende verklaringen voor die verschillen spelen bij zorg zonder verblijf daardoor een grotere rol dan bij zorg met verblijf.

Leeswijzer

In § 3.1 geven we een beschrijving van onze onderzoekspopulatie voor zorg zonder verblijf. Welke zorg hadden deze cliënten in 2012? Daarnaast simuleren we in deze paragraaf onder welke wet deze cliënten in de nieuwe situatie zouden vallen. In § 3.2 geven we weer welke variabelen het zorggebruik het meeste verklaren. In § 3.3 brengen we in beeld welk zorggebruik niet verklaard wordt door onze variabelen. Ten slotte benoemen we in § 3.4 mogelijke aanvullende verklaringen.

3.1 Beschrijving van cliënten

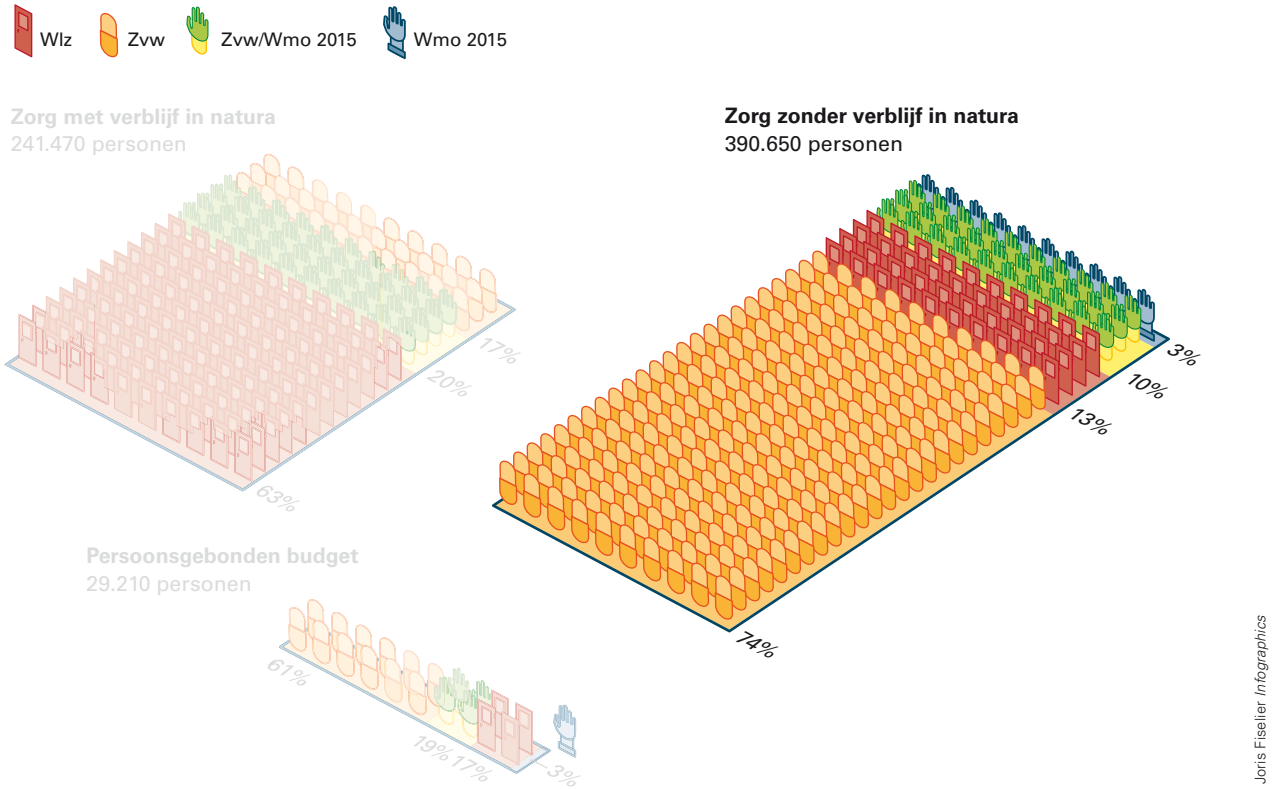
In 2012 telde Nederland 390.650 ouderen en chronisch zieken die gebruikmaakten van zorg zonder verblijf in natura.

- 74% van hen had een indicatie voor persoonlijke verzorging en/of verpleging of geriatrische revalidatiezorg. Deze mensen zouden na 1 januari 2015 onder de Zvw vallen.
- 13% van de gebruikers van zorg zonder verblijf had in 2012 een indicatie zorg met verblijf met een zzp 4 of hoger en zou dus na januari 2015 in aanmerking komen voor de Wlz.[32]
- 10% heeft een indicatie voor zzp 1, 2 of 3 of voor een combinatie van verpleging en/of verzorging met begeleiding. Deze mensen zouden na 1 januari 2015 voor de Zvw en/of de Wmo 2015 in aanmerking komen.
- 3% heeft een indicatie voor alleen begeleiding en zou na 1 januari 2015 onder de Wmo 2015 vallen.

32
Via de Wlz kan ook langdurige zorg thuis worden geleverd, bijvoorbeeld via het modulair pakket thuis.

De resultaten van deze analyse zijn daarmee vooral relevant voor de minister van VWS en de Zvw-uitvoerders, zoals private zorgverzekeraars.

Figuur 8 Zorg zonder verblijf: onder welke wet zouden de cliënten (onderzoekspopulatie 2012) na 1 januari 2015 vallen?



Joris Fiselier *Infographics*

3.2 Invloed van variabelen

De door ons onderzochte variabelen verklaren de *aantallen* gebruikers (kans op gebruik) beter dan de *omvang* van de geleverde zorg per gebruiker. We lichten hieronder de variabelen met de meeste invloed kort toe. In bijlage 3 worden alle variabelen toegelicht.

Leeftijd

Voor de kans op gebruik is *leeftijd* de variabele met de meeste invloed. Oudere mensen maken vaker gebruik van zorg zonder verblijf. De zorgomvang stijgt licht naarmate de *leeftijd* toeneemt.

Gebruik eigen risico Zvw en gebruik Wmo

Als het eigen risico van de Zvw volledig is verbruikt, nemen zowel de kans op gebruik van zorg zonder verblijf als de omvang van deze zorgvorm toe. Cliënten die gebruikmaken van Wmo hebben ook een hogere kans op gebruik van zorg zonder verblijf. De omvang van zorg zonder verblijf ligt voor deze groep ook hoger. We wijzen er hier met nadruk op dat het gaat om een correlatie en waarschijnlijk niet een causale relatie. Wmo en Zvw gebruik zijn niet de oorzaak van het gebruik van zorg zonder verblijf. Hier speelt waarschijnlijk iets anders. Alle drie de vormen van zorg (Wmo, Zvw en zorg zonder verblijf) worden veroorzaakt door een achterliggende variabele: de gezondheidstoestand van de cliënt. Hiermee zijn Wmo- en Zvw-gebruik niet zozeer potentiële sturingsvariabelen (als het Wmo gebruik omlaag gaat, daalt daarmee niet ook het gebruik van zorg zonder verblijf) als wel een indicator voor de gezondheid van mensen.

3.3 Zorggebruik in beeld

In deze paragraaf brengen we per zorgkantoorregio in beeld waar het werkelijke zorggebruik dicht in de buurt ligt bij wat we op grond van onze verklarende variabelen verwachten en waar het gebruik hoger of lager ligt dan we op grond van variabelen verwachten (dit noemen we hierna het verwachte zorggebruik of de verwachting).[33] Dit doen we om per regio in beeld te brengen welk zorggebruik niet verklaard wordt door onze variabelen. We laten de verschillen (tussen verwacht en werkelijk zorggebruik) zien op kaarten, ingedeeld in zorgkantoorregio's. Voor de namen van de regio's verwijzen we naar bijlage 1.

In figuur 9 zien we de resterende regionale verschillen voor zorg zonder verblijf in aantallen gebruikers (links) en in omvang van de zorg per gebruiker (rechts). Wanneer we deze kaarten vergelijken met de kaarten voor zorg met verblijf (figuur 6), zien we dat de regionale verschillen in het gebruik van zorg zonder verblijf groter zijn dan die voor zorg met verblijf. In bijlage 2 hebben we de kaarten voor alle zorgvormen onder elkaar opgenomen. In zes regio's[34] wijken zowel het werkelijke aantal gebruikers als de omvang van de zorg minder dan 5% af van wat we op grond van onze variabelen verwachten.

Aanvullende verklaringen voor die verschillen spelen bij zorg zonder verblijf daardoor een grotere rol dan bij zorg met verblijf.

We zien verschillen in de resultaten tussen de aantallen gebruikers en de omvang per gebruiker. We lichten dit verder toe. Daarbij gaan we eerst in op het linkerdeel van figuur 9 waarin de uitkomsten voor de kans op gebruik (aantallen gebruikers) zijn opgenomen. Daarna gaan we in op het rechterdeel van figuur 9 over de omvang van de zorg per gebruiker.

Aantallen gebruikers

Voor acht regio's ligt het werkelijke aantal gebruikers meer dan 5% hoger dan verwacht. In één regio ligt het aantal gebruikers zelfs meer dan 15% hoger (Twente). Voor zes regio's ligt het werkelijke aantal gebruikers van zorg zonder verblijf meer dan 5% lager dan verwacht. In één regio ligt het aantal gebruikers zelfs meer dan 15% lager (Amstelland en de Meerlanden).

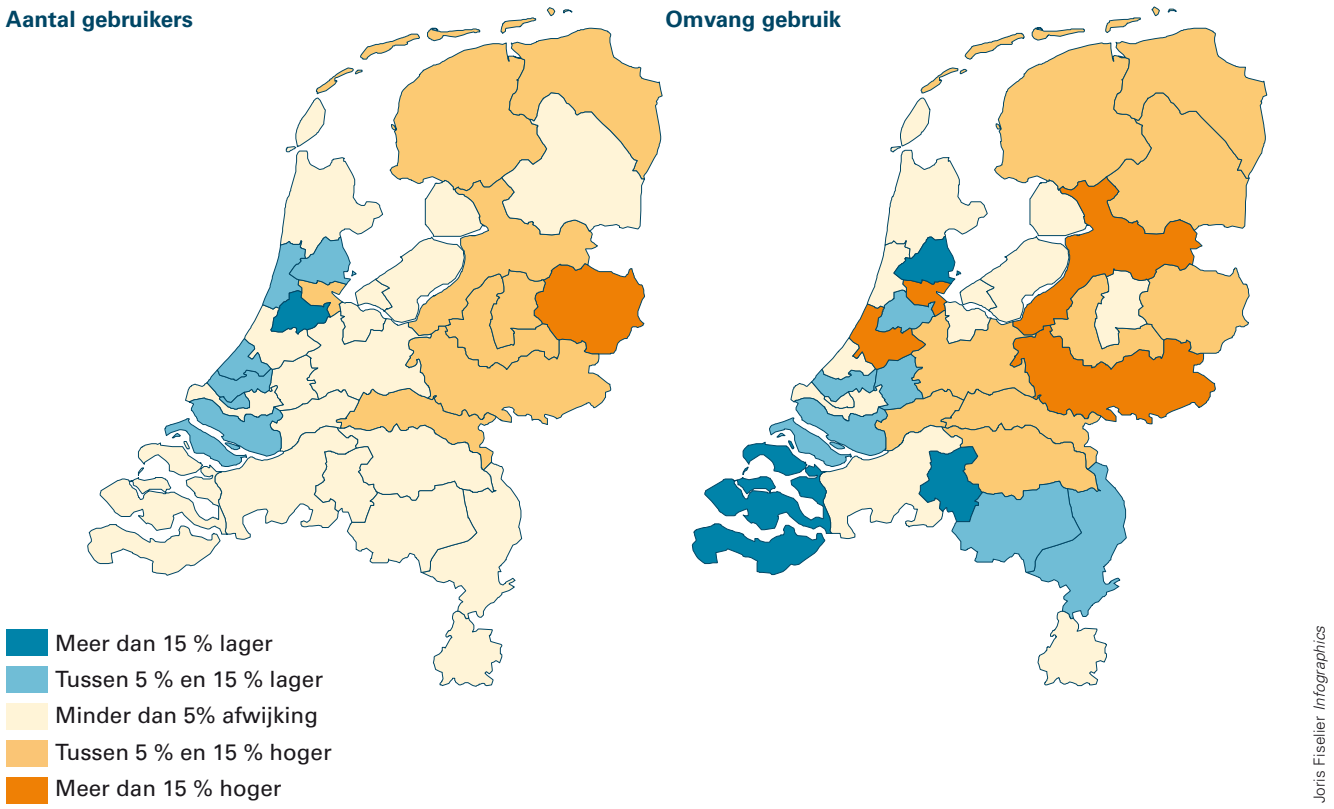
Omvang zorg per gebruiker

Als we kijken naar de zorgomvang per gebruiker (figuur 9, rechts) zijn de verschillen groter: in vier regio's is de werkelijke omvang meer dan 15% hoger dan verwacht, in drie regio's meer dan 15% lager en in vijftien regio's ligt de afwijking tussen de 5% en 15% (9 hoger en 6 lager).

33
Op basis van bevolkingssamenstelling en regiokenmerken is voor iedere zorgkantoorregio berekend hoe veel zorggebruik we hier verwachten. Deze verwachting is berekend door gebruik te maken van de kennis uit ons regressiemodel over het effect van de verklarende variabelen (onderzoeksstap 2). Een voorbeeld: uit de regressieanalyse blijkt dat ouderen meer gebruik maken van zorg, daarom wordt in een zorgkantoorregio met een hoger aandeel ouderen ook een hoger aantal gebruikers verwacht.

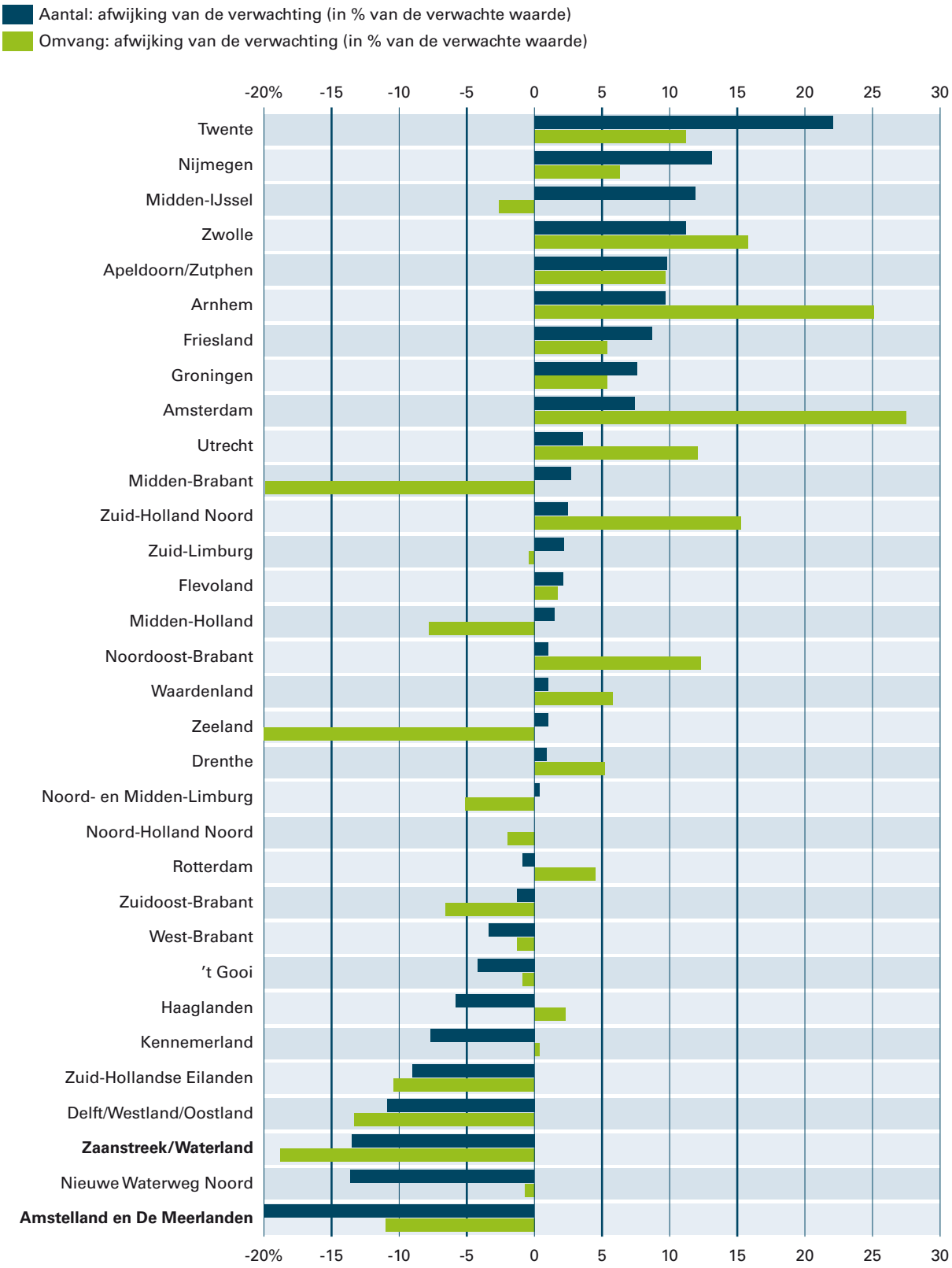
34
Dit zijn de regio's: Zuid-Limburg, Flevoland, Noord Holland Noord, Rotterdam, West Brabant en 't Gooi.

Figuur 9 Zorg zonder verblijf: werkelijk gebruik ten opzichte van verwacht gebruik (onderzoekspopulatie 2012)



Joris Fiselier *Infographics*

Figuur 10 Zorg zonder verblijf: mate waarin regio's afwijken van het verwachte zorggebruik (onderzoekspopulatie 2012)



In figuur 10 zien we dat in regio's waar het aantal gebruikers hoger ligt dan verwacht de omvang per gebruiker ook vaak hoger is dan verwacht. Dit maakt de regio's waar zowel aantal gebruikers als omvang van de zorg relatief laag zijn, zoals Amstelland en de Meerlanden, en Zaanstreek/Waterland, interessante regio's om na te gaan welke factoren het relatief lage zorggebruik verklaren.

3.4 Aanvullende verklaringen

We zien voor zorg zonder verblijf grotere verschillen tussen de regio's dan voor zorg met verblijf. Aan deze resterende verschillen liggen wellicht oorzaken ten grondslag waarmee gestuurd kan worden op doelmatiger zorggebruik. De zorgverzekeraars (als uitvoerders van de Zvw) en ook de gemeenten (Wmo 2015) en de zorgkantoren (Wlz) zouden kennis over deze oorzaken kunnen gebruiken om in het nieuwe zorgstelsel de zorg doelmatiger te verlenen. Verschillen bieden op deze manier vooral aanknopingspunten om van elkaar te leren.

Voorbeeld samenwerking keten als verklaring

Door optimale samenwerking zorgpartijen kan mevrouw Burg thuis blijven wonen

Mevrouw Burg is 85 jaar oud en lijdt aan lichte dementie. Zij heeft persoonlijke verzorging nodig en wordt begeleid in haar sociale leven. Zo krijgt mevrouw Burg hulp bij het wassen en het aan- en uitkleden. Daarnaast wordt zij geholpen bij het beheren van haar huishoudgeld en het structureren van haar dag- en weekplanning. Mevrouw Burg heeft aangegeven zo lang mogelijk zelfstandig in haar vertrouwde omgeving te willen blijven wonen. Haar dochter van 55 jaar woont bij haar in de buurt.

Omdat mevrouw Burg in een regio woont waar de samenwerking in de keten optimaal is vormgegeven, kan zij thuis blijven wonen. Zo heeft de gemeente extra mantelzorgers bemiddeld die mevrouw Burg helpen als haar dochter er een keer niet is. Haar huisarts houdt een extra oogje in het zeil. De thuiszorg, de dochter en de huisarts hebben regelmatig overleg over de situatie van mevrouw Burg.

De intensieve samenwerking tussen de betrokken zorgpartijen maakt het mogelijk dat mevrouw Burg thuis kan blijven wonen in plaats van zorg met verblijf af te nemen.

Om mogelijke oorzaken te inventariseren, hebben we gesproken met de uitvoerders van het beleid: CIZ, zorgkantoren, Zorgverzekeraars Nederland en ActiZ om van hen te horen welke verklaringen zij zien. Uit deze gesprekken kwamen onderstaande verklaringen naar voren.

Verklaringen voor gebruik langdurige zorg: zorg zonder verblijf		
Bevolkings-kenmerken	Gezondheid	Het gebruik van zorg zonder verblijf wordt onder andere bepaald door de **gezondheidstoestand** van mensen. In ons onderzoek hebben we ervoor gekozen Wmo- en Zvw-gebruik en de leefstijlfactoren roken, drinken en overgewicht mee te nemen als indicatoren voor gezondheid.[35] Vooral de invloed van Wmo- en Zvw-gebruik komt duidelijk uit onze analyse naar voren. Mogelijk kan de gezondheid echter nog beter worden ingeschat door het toevoegen van andere veel gebruikte indicatoren voor gezondheid zoals medicijngebruik en beperkingen in horen, zien of bewegen.
Regio-kenmerken	Samenwerking keten van zorgpartners	De mate van **samenwerking in de keten** (zoals tussen huisarts, zorgverzekeraar, zorgkantoor en gemeente) kan het gebruik van zorg zonder verblijf beïnvloeden. Daar waar bijvoorbeeld mantelzorg, persoonlijke verzorging thuis en zorg verleend door de huisarts optimaal op elkaar zijn afgestemd, zal wellicht langer een beroep op zorg zonder verblijf worden gedaan, alvorens naar instellingszorg over te gaan.
	Cultuur	Ook de **cultuur** in een bepaalde regio kan het langdurige zorggebruik beïnvloeden. Hier valt te denken aan de mate waarin mensen geneigd zijn om gebruik te maken van formele zorg en hiervoor een indicatie aan te vragen. En als ze dat doen, de mate waarin ze geneigd zijn om langer thuis te blijven wonen alvorens naar een instelling te verhuizen.
	Aanbod	Het langdurige **zorgaanbod** kan zich vertalen in het gebruik in een bepaalde regio. We schetsen hieronder drie situaties waarin dat gebeurt. 1. Zo kan de aanwezigheid van zorgaanbieders met een innovatief zorgconcept of met zeer goede kwaliteit een aanzuigende werking hebben. Mensen kunnen mensen zorg aanvragen die dat anders niet of later hadden gedaan. 2. Ook kan een hoge concentratie van zorgaanbieders in een bepaalde regio ervoor zorgen dat meer mensen gebruikmaken van zorg. 3. Ten slotte kunnen leegstand of juist wachtlijsten in bepaalde regio's het zorggebruik beïnvloeden. Daar waar bijvoorbeeld mensen die zorg willen gebruiken lang op een plek in een instelling moeten wachten, gebruiken zij langer en zwaardere zorg thuis.
	Wisselwerking leveringsvormen	Er kan sprake zijn van een **wisselwerking** tussen het gebruik van zorg zonder verblijf en met verblijf. Daar waar bijvoorbeeld een optimaal aanbod van thuiszorg (al dan niet in combinatie met mantelzorg) geboden wordt, zullen mensen wellicht langer thuis blijven wonen. Hetzelfde zou kunnen gelden voor de wisselwerking tussen zorg in natura en het pgb (zie ook 'samenwerking keten van zorgpartners').
Beleids-kenmerken	Wijze van bekostiging	De **bekostiging** van zorg zonder verblijf gebeurde in 2012 onder de AWBZ grotendeels **op historische gegevens** (zie hoofdstuk 5). Vanaf 2015 gaat de zorg zonder verblijf grotendeels naar de Zvw en Wmo 2015 die op andere manieren bekostigd zullen worden.

35
Voor leefstijl waren de gegevens alleen op gemeenteniveau beschikbaar en niet op persoonsniveau. Een verfijndere analyse met gegevens op persoonsniveau zou mogelijk wel een verband kunnen laten zien.

	Indicatie	De wijze van **indiceren** kan van invloed zijn op het zorggebruik in een bepaalde regio. Hierbij willen we opmerken dat de CIZ-regio's niet overeenkomen met de zorgkantoorregio's.[36]
	Zorgkantoor	Het **zorgkantoor** kan van invloed zijn op het zorggebruik in een bepaalde regio. Ook hierbij geldt dat dit een mogelijke verklaring is voor de situatie in 2012. Zorg zonder verblijf is met ingang van 2015 niet langer in handen van zorgkantoren, maar valt onder de Zvw en de Wmo 2015. Dat maakt deze verklaring voor de huidige situatie van ondergeschikt belang.

Praktijkonderzoek kan meer inzicht verschaffen in de oorzaken achter de resterende regionale verschillen in zorg zonder verblijf. Uitvoerders (zorgverzekeraars) kunnen regio's met een hoger zorggebruik dan verwacht (zoals Twente, Nijmegen en Zwolle) vergelijken met regio's met een lager zorggebruik dan verwacht (zoals Zaanstreek, Amstelland en de Meerlanden en Delft/Westland/Oostland). Zo kunnen de minister en de uitvoerders wellicht achterhalen wat de mogelijke oorzaken zijn en ook wat eventuele gevolgen zijn van de regionale verschillen.

Ook de mogelijke uitruil tussen zorg met en zonder verblijf zou goed met een aantal praktijkcasussen kunnen worden verkend. Zeker nu zorg met verblijf na de hervormingen onder de Wlz valt en zorg zonder verblijf grotendeels onder de Zvw en de Wmo 2015, is kennis over wisselwerking tussen beide leveringsvormen relevant. Wanneer beleidsmakers en uitvoerders voor mogelijke doelmatigheidsverbeteringen alleen naar één wet zouden kijken, kunnen zij mogelijke verklaringen over het hoofd zien.

Mogelijke praktijkcasussen voor de vergelijking van zorg met en zonder verblijf zijn regio's als Amsterdam, Arnhem, Zuid-Holland Noord, Groningen en Friesland waar meer mensen zorg zonder verblijf gebruiken dan we op grond van onze variabelen verwachten en juist minder mensen zorg met verblijf gebruiken. Zijn er in deze regio's meer gespecialiseerde organisaties die zwaardere thuiszorg aanbieden, zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen met een zwaardere zorgbehoefte? Welke gevolgen heeft dit voor de nieuwe situatie waarin gemeenten en zorgverzekeraars zorg zonder verblijf uitvoeren en zorg met verblijf onder de Wlz valt?

Een andere interessante regio in dit verband is Midden-IJssel. Hier waren blijkens onze analyse in 2012 relatief veel gebruikers van zorg met verblijf met lage zorgzwaartepakketten (26% tegenover 20% landelijk). In de nieuwe situatie zouden deze mensen geen zorg met verblijf meer toegewezen krijgen en wellicht een zwaardere vorm van thuiszorg ontvangen. Het is dus goed mogelijk dat de verhouding tussen zorg met en zorg zonder verblijf in deze regio sterk verandert in de toekomst. Door de trend te volgen van juist dit soort regio's kunnen de gevolgen van het nieuwe beleid voor de uitruil tussen beide leveringsvormen van zorg en voor de mensen die het betreft in beeld gebracht worden.

Midden-Brabant en Zeeland blijken regio's waar de omvang van gebruik van zorg zonder verblijf lager is dan we verwachten en waar ook het aantal gebruikers van zorg met verblijf lager is dan verwacht. In deze regio's is misschien inzicht te verkrijgen hoe het mogelijk is mensen relatief lang thuis te laten wonen zonder dat de omvang van het gebruik per gebruiker sterk stijgt.

36
Regionale verschillen kunnen al ontstaan zijn voor of tijdens het indiceren. Om dit te toetsen hebben wij gekeken naar het verband tussen de indicaties van het CIZ en de mate waarin het zorggebruik per regio afwijkt van de verwachting. Wij hebben een positief verband vastgesteld. Gemiddeld gezien is in de regio's met een hoog aandeel indicaties het aantal zorggebruikers hoger dan verwacht. In regio's met een laag aandeel indicaties is het aantal zorggebruikers lager dan verwacht. Dit duidt er op dat het verschil tussen verwachte en werkelijke aantallen gebruikers waarschijnlijk al deels tijdens of vóór de indicatie is ontstaan. Dit betekent dat óf de indicatie bepalend is of de stap daarvoor: wat maakt dat mensen zich melden bij het CIZ om een indicatie (voor zorg zonder verblijf) aan te vragen? Dit kan samenhangen met de cultuur in een bepaalde regio (zie 'cultuur' in tabel).

4 Persoonsgebonden budget

Uit onze analyse blijkt dat *leeftijd* en *inkomen* de belangrijkste verklarende variabelen zijn voor het zorggebruik met persoonsgebonden budgetten. Dat deze variabelen het zorggebruik voor ouderen en chronisch zieken voor een belangrijk deel verklaren, is niet verrassend. Het komt ook overeen met de beschikbare literatuur hierover. Maar deze variabelen zijn slechts in beperkte mate door beleid te beïnvloeden. Ze bieden daarmee weinig mogelijkheden tot sturen op doelmatiger zorg.

De resterende regionale verschillen in het zorggebruik zijn het grootst bij pgb in vergelijking met de andere door ons onderzochte leveringsvormen. We zien bij deze leveringsvorm geen regio waarbij zowel de aantallen gebruikers als de omvang minder dan 5% afwijkt van de verwachting. Aanvullende verklaringen voor die verschillen spelen bij het pgb daardoor een grotere rol dan bij zorg met of zonder verblijf.

Leeswijzer

In § 4.1 geven we een beschrijving van onze onderzoekspopulatie voor het zorggebruik met persoonsgebonden budgetten. Welke zorg hadden deze cliënten in 2012? Daarnaast simuleren we in deze paragraaf onder welke wet deze cliënten in de nieuwe situatie zouden vallen. In § 4.2 geven we weer welke variabelen het zorggebruik het meeste verklaren. In § 4.3 brengen we in beeld welk zorggebruik niet verklaard wordt door onze variabelen. Ten slotte benoemen we in § 4.4 mogelijke aanvullende verklaringen.

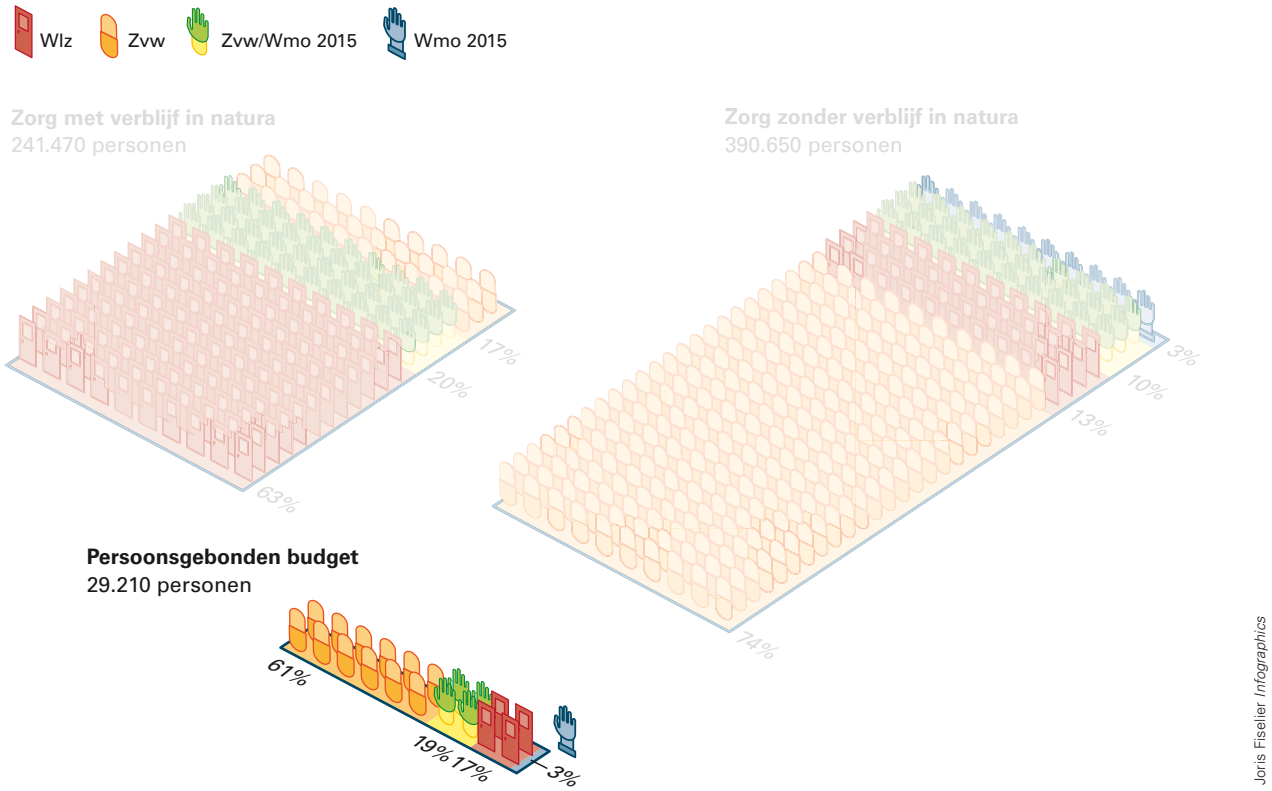
4.1 Beschrijving van cliënten

Naast zorg in natura is er zorg die mensen zelf kunnen inkopen met een persoonsgebonden budget. In 2012 waren er in Nederland 29.210 ouderen en chronisch zieken met een pgb.

- 61% van de pgb-gebruikers had een indicatie voor persoonlijke verzorging en/of verpleging of geriatrische revalidatiezorg. Deze mensen zouden na 1 januari 2015 voor de Zvw in aanmerking komen.
- 19% heeft een indicatie voor zzp 1, 2 of 3. Deze laatste groep zou na januari 2015 onder de Zvw en/of de Wmo 2015 vallen.
- 17% heeft een indicatie voor zorg met verblijf met een zzp 4 of hoger en zou na januari 2015 in aanmerking komen voor de Wlz.
- 3% heeft een indicatie voor alleen begeleiding en zou onder de Wmo 2015 vallen.

De resultaten van deze analyse zijn daarmee vooral relevant voor de minister van VWS en de Zvw-uitvoerders, zoals private zorgverzekeraars. Daarnaast is dit ook relevant voor de gemeenten als uitvoerders van de Wmo 2015.

Figuur 11 Pgb: onder welke wet zouden de cliënten (onderzoekspopulatie 2012) na 1 januari 2015 vallen?



Joris Fiselier *Infographics*

4.2 Invloed van variabelen

Onze variabelen verklaren het gebruik van het persoonsgebonden budget het minst goed. We lichten hieronder de variabelen met de meeste invloed kort toe. In bijlage 3 lichten we alle variabelen toe.

Leeftijd

Het aantal pgb-gebruikers wordt het meeste beïnvloed door de variabele *leeftijd*. Naarmate de *leeftijd* toeneemt, stijgt ook de kans op gebruik van een pgb. Vanaf het zeventigste levensjaar neemt de omvang van het pgb-gebruik ook licht toe.

Inkomen

De kans op pgb-gebruik neemt toe voor mensen met een *gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen*[37] tot circa € 15.000 per jaar. Daarna neemt de kans af tot een inkomensgrens van circa € 17.000 , om daarna weer licht te stijgen tot een inkomensgrens van circa € 39.000. De inkomensklasse vanaf circa € 39.000 heeft de hoogste kans op pgb-gebruik. Inkomen heeft de grootste invloed op de zorgomvang.[38] Voor de groep pgb-houders met een besteedbaar huishoudinkomen hoger dan € 20.000 zien we dat de omvang van het geleverde zorggebruik toeneemt naarmate het inkomen stijgt.

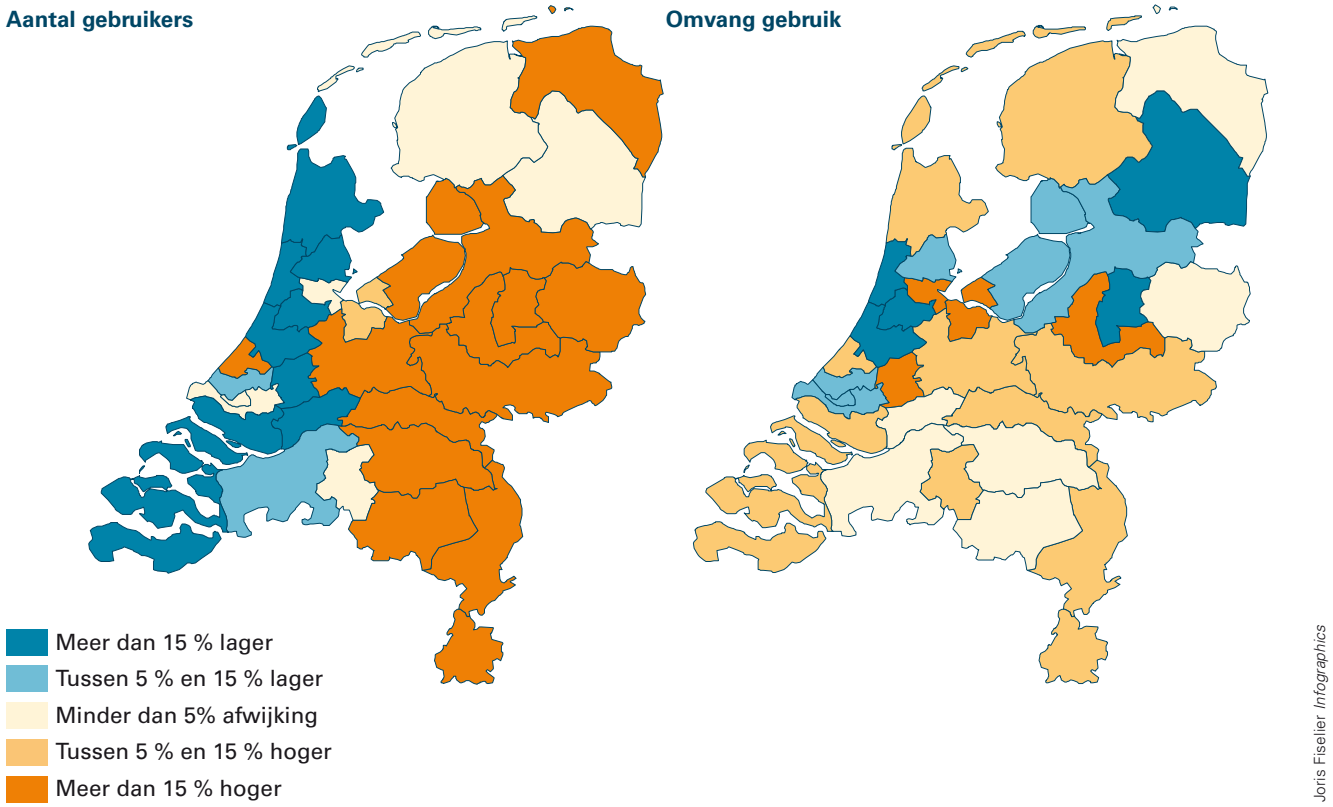
37
Gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen. Dit is het bruto-huishoudensinkomen verminderd met betaalde inkomensoverdrachten, premies inkomensverzekeringen, premies ziektekostenverzekeringen en belastingen op inkomen en vermogen. Het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen is gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden.

38
We hebben het hier over zorgomvang van verzekerde zorg en niet over zorg die mensen uit eigen vermogen betalen.

4.3 Zorggebruik in beeld

In deze paragraaf brengen we per zorgkantoorregio in beeld waar het werkelijke zorggebruik dicht in de buurt ligt bij wat we op grond van onze verklarende variabelen verwachten en waar het gebruik hoger of lager ligt dan we zouden verwachten (dit noemen we hierna het verwachte zorggebruik of de verwachting).[39] Dit doen we om per regio in beeld te brengen welk zorggebruik niet verklaard wordt door onze variabelen. We laten de verschillen (tussen verwacht en werkelijk zorggebruik) zien op kaarten, ingedeeld in zorgkantoorregio's. Voor de namen van de regio's verwijzen we naar bijlage 1.

Figuur 12 Pgb: werkelijk gebruik ten opzichte van verwacht gebruik (onderzoekspopulatie 2012)



Joris Fiselier *Infographics*

In figuur 12 zien we de resterende regionale verschillen voor gebruik van het persoonsgebonden budget in aantallen gebruikers (links) en in omvang van de zorg per gebruiker (rechts). We zien bij deze leveringsvorm geen regio waarbij zowel de aantallen gebruikers als de omvang minder dan 5% afwijkt van de verwachting. Wanneer we deze kaarten vergelijken met de kaarten voor zorg met verblijf (figuur 6) en die voor zorg zonder verblijf (figuur 9), zien we dat de regionale verschillen in het gebruik van het pgb groter zijn dan die voor zorg in natura. In bijlage 2 hebben we de kaarten voor alle zorgvormen onder elkaar opgenomen.

We zien verschillen in de resultaten tussen de aantallen gebruikers en de omvang per gebruiker. We lichten dit verder toe. Daarbij gaan we eerst in op het linkerdeel van figuur 12 waarin de uitkomsten voor de kans op gebruik (aantallen gebruikers) zijn opgenomen. Daarna gaan we in op het rechterdeel van figuur 12 over de omvang van de zorg per gebruiker.

39
Op basis van bevolkingssamenstelling en regiokenmerken is voor iedere zorgkantoorregio berekend hoe veel zorggebruik we hier verwachten. Deze verwachting is berekend door gebruik te maken van de kennis uit ons regressiemodel over het effect van de verklarende variabelen (onderzoeksstap 2). Een voorbeeld: uit de regressieanalyse blijkt dat ouderen meer gebruik maken van zorg. Daarom wordt in een zorgkantoorregio met een hoger aandeel ouderen ook een hoger aantal gebruikers verwacht.

Aantallen gebruikers

Op figuur 12 zien we dat slechts in zes van de 32 regio's het aantal gebruikers van het pgb minder dan 5% afwijkt van de verwachting. In twee regio's is het aantal gebruikers tussen de 5% en 15% lager en in één regio tussen de 5% en 15% hoger dan verwacht. In de overige 23 regio's zien we dat het aantal gebruikers van het pgb meer dan 15% hoger (14 regio's) of lager (9 regio's) is dan verwacht. In drie van deze regio's is het aantal gebruikers zelfs meer dan 50% hoger dan we zouden verwachten op grond van de variabelen (Twente, Flevoland en Zuid-Limburg).

Voor het pgb-gebruik spelen dus duidelijk andere factoren een rol dan degene die we voor onze analyse hebben gebruikt. Dit is niet helemaal onverwacht. Variabelen als leeftijd en gezondheid beïnvloeden vooral óf iemand zorg gebruikt en in welke omvang, maar niet zozeer of de zorg vervolgens in natura of in de vorm van een pgb wordt omgezet. Dit laatste is waarschijnlijk sterk afhankelijk van persoonlijke voorkeur van de cliënt en de wijze waarop het zorgkantoor hiermee om gaat.

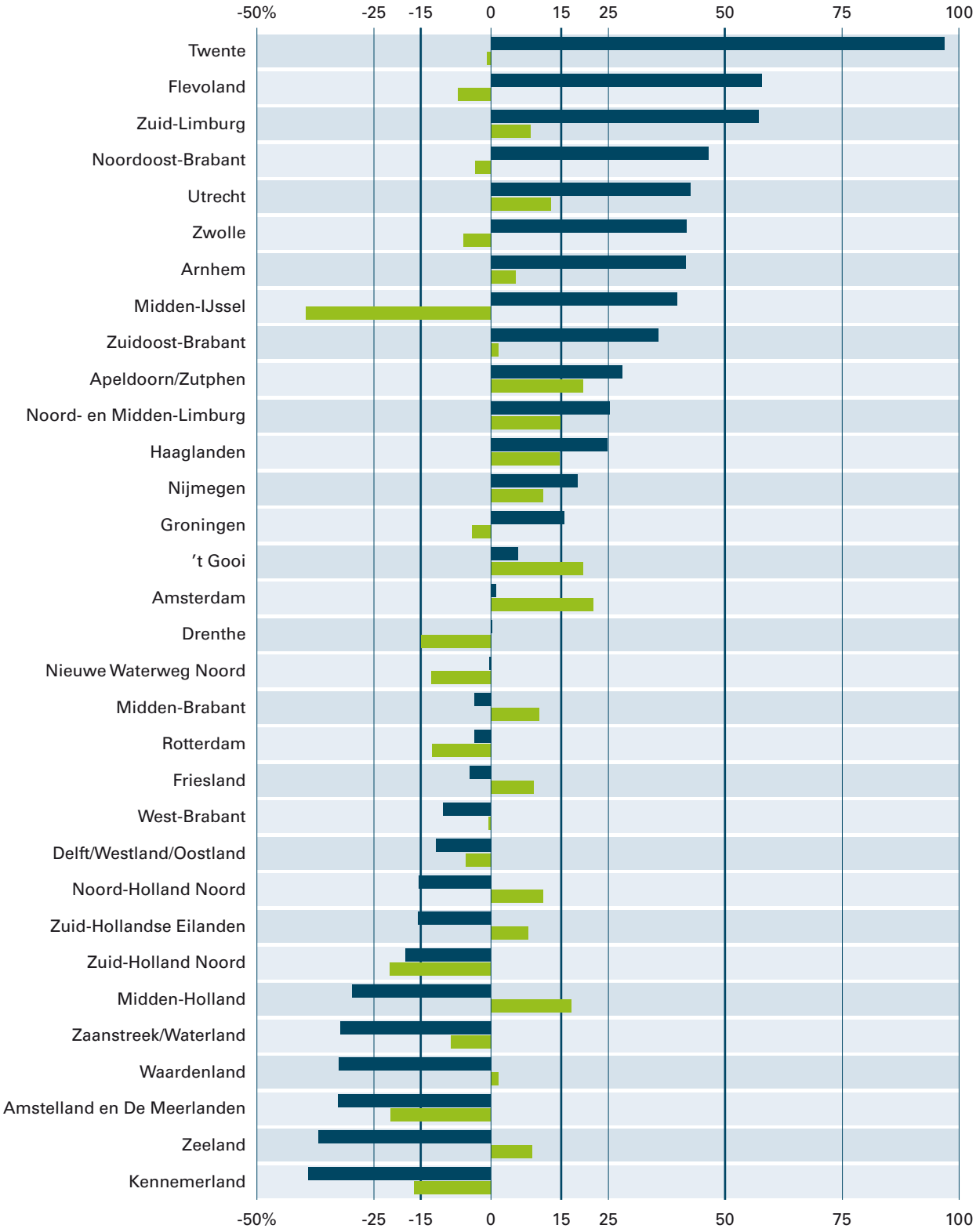
Omvang zorg per gebruiker

In figuur 12 (rechts) zien we dat de omvang van het pgb-gebruik in de regio's minder sterk afwijkt dan bij aantallen gebruikers. Zes regio's wijken minder dan 5% af van de verwachting. 17 regio's wijken tussen de 5% en 15% af van de verwachting (6 regio's lager en 11 regio's hoger dan de verwachting). Negen regio's wijken meer dan 15% af van de verwachting (5 regio's lager en 4 regio's hoger dan de verwachting). Ook dat is niet verrassend: de omvang van een pgb wordt voornamelijk bepaald door de hoeveelheid zorg die een cliënt nodig heeft (zorgzwaarte) en de periode dat de zorg nodig is (zorgduur). Persoonlijke voorkeur speelt hierin geen rol.

De afwijkingen in de omvang en aantallen van het pgb-gebruik zijn goed te zien in figuur 13 waarin we alle afwijkingen in aantallen en omvang per zorgkantoorregio weergeven.

Figuur 13 Pgb: mate waarin regio's afwijken van het verwachte zorggebruik (onderzoekspopulatie 2012)

Aantal: afwijking van de verwachting (in % van de verwachte waarde)
Omvang: afwijking van de verwachting (in % van de verwachte waarde)



4.4 Aanvullende verklaringen

In de vorige paragraaf bleek dat het pgb-gebruik het meest van alle leveringsvormen afwijkt van wat we verwachten op basis van onze verklarende variabelen.

Voorbeeld wisselwerking leveringsvormen
Mevrouw Loonen koopt via pgb toegesneden zorg in die anders niet mogelijk was
Mevrouw Loonen is 73 jaar oud en heeft hartklachten. Ze is door een aandoening aan haar gewrichten beperkt in haar mobiliteit. Mevrouw Loonen woont nog wel zelfstandig maar heeft persoonlijke verzorging nodig, zoals hulp bij het aan- en uitkleden, bij het wassen en bij het eten.

Mevrouw Loonen heeft een afwijkend dag-/nachtritme. Zo gaat mevrouw Loonen altijd laat in de nacht naar bed en staat aan het eind van de ochtend op. Ook vindt zij het belangrijk om altijd door dezelfde persoon geholpen te worden. Ze kon geen aanbieder van zorg in natura vinden die aan haar eisen voldeed. Daarom koopt zij de persoonlijke verzorging in via een persoonsgebonden budget bij een kennis. De kennis is flexibel in de tijd en komt pas 's avonds laat om mevrouw Loonen te helpen naar bed te gaan.

Mevrouw Loonen kan in haar regio geen aanbieder van zorg in natura vinden die voldoet aan haar specifieke behoeften. Daarom kiest zij voor een persoonsgebonden budget en koopt zo haar zorg zelf in.

Om mogelijke oorzaken te inventariseren, hebben we gesproken met de uitvoerders van het beleid: CIZ, zorgkantoren, Zorgverzekeraars Nederland en ActiZ om van hen te horen welke verklaringen zij zien. Uit deze gesprekken kwamen onderstaande verklaringen naar voren.

Verklaringen voor gebruik langdurige zorg: Pgb		
Bevolkings-kenmerken	Gezondheid	Het gebruik van zorg in de vorm van een pgb wordt onder andere bepaald door de **gezondheidstoestand** van mensen. In ons onderzoek hebben we ervoor gekozen Wmo- en Zvw-gebruik en de leefstijlfactoren roken, drinken en overgewicht mee te nemen als indicatoren voor gezondheid.[40] Vooral de invloed Zvw-gebruik komt uit onze analyse naar voren. Mogelijk kan de gezondheid echter nog beter worden ingeschat door het toevoegen van andere veel gebruikte indicatoren voor gezondheid zoals medicijngebruik en beperkingen in horen, zien of bewegen.
Regio-kenmerken	Samenwerking keten van zorgpartners	De mate van **samenwerking in de keten** (zoals tussen huisarts, zorgverzekeraar, zorgkantoor en gemeente) kan het pgb-gebruik beïnvloeden. Daar waar bijvoorbeeld mantelzorg, persoonlijke verzorging thuis en zorg verleend door de huisarts optimaal op elkaar zijn afgestemd, zal wellicht langer een beroep op zorg zonder verblijf worden gedaan, al dan niet in de vorm van een pgb, alvorens naar instellingszorg in natura over te gaan.
	Cultuur	De **cultuur** en de omgeving in een bepaalde regio kunnen het pgb-gebruik beïnvloeden. Hier valt te denken aan de mate waarin mensen geneigd zijn om zelf hun zorg in te kopen.
	Aanbod	Het langdurige **zorgaanbod** kan zich vertalen in het pgb-gebruik in een bepaalde regio. Zo kan de afwezigheid van bepaalde leverings-vormen in natura, ervoor zorgen dat mensen zorg met een pgb inkopen. Daarnaast kan de aanwezigheid van pgb-bemiddelingsbureaus - die helpen bij de indicatieaanvraag en bij de administratie, die adviseren en bemiddelen tussen pgb-houders en zorgverleners en soms zelf zorg verlenen – zorgen voor een relatief hoog pgb-gebruik in een regio.
	Wisselwerking leveringsvormen	Er kan sprake zijn van een **wisselwerking** tussen het pgb-gebruik en zorg in natura. Daar waar bijvoorbeeld geen optimaal aanbod van zorg in natura wordt geboden, zullen mensen wellicht sneller neigen naar een persoonsgebonden budget (zie 'samenwerking keten van zorgpartners').
Beleids-kenmerken	Zorgkantoor	Het **zorgkantoor** kan van invloed zijn op het pgb-gebruik. Wanneer een cliënt de geïndiceerde zorg in de vorm van een pgb wil ontvangen moet het zorgkantoor dit goedkeuren. Dit gold in 2012 onder de AWBZ, en geldt in de huidige situatie ook onder de Wlz.

Praktijkonderzoek kan wellicht meer inzicht verschaffen in de oorzaken achter de resterende regionale verschillen in aantallen gebruikers en omvang van het persoonsgebonden budget. Bij vergelijking van de kaarten valt op dat in de regio Midden-IJssel het werkelijke aantal gebruikers hoger is dan verwacht, maar de werkelijke zorgomvang per gebruiker juist relatief lager is. Het omgekeerde geldt voor de regio Midden-Holland. Vergelijking van deze beide uitersten biedt wellicht inzicht in factoren die aantallen en omvang van het persoonsgebonden budget beïnvloeden.

40
Voor leefstijl waren de gegevens alleen op gemeenteniveau beschikbaar en niet op persoonsniveau. Een verfijndere analyse met gegevens op persoonsniveau zou mogelijk wel een verband kunnen laten zien.

5 Slotbeschouwing

Hoe verhouden de door het kabinet gekozen uitgangspunten voor de langdurige zorg zoals toegankelijkheid, maatwerk, kwaliteit, doelmatige uitvoering en financiële beheersbaarheid zich tot de door ons gesignaleerde regionale verschillen? In deze beschouwing gaan we in § 5.1 eerst in op drie verklaringen voor regionale verschillen die gerelateerd zijn aan de bovengenoemde doelstellingen van de minister: toegankelijkheid (toegang), kwaliteit en financiële beheersbaarheid (bekostiging). We stippen ook aan wat de gewijzigde financiële verhoudingen voor invloed hebben. In § 5.2 beargumenteren we tot slot dat na de hervorming - waarbij maatwerk een belangrijk onderdeel van de vernieuwing is - inzicht in de regionale verschillen en de mogelijke verklaringen daarvoor nog steeds relevant is.

5.1 Invloed van toegankelijkheid, kwaliteit en bekostiging op regionale verschillen

Invloed van toegankelijkheid van de zorg op regionale verschillen
Over de toegankelijkheid van de langdurige zorg heeft de staatssecretaris van VWS in juni 2013 aan de Tweede Kamer geschreven dat het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (CvZ) signaleert dat er regionale verschillen zijn in de lengte van de wachtlijsten voor langdurige zorg. In de ene regio staan verhoudingsgewijs meer cliënten op de wachtlijst dan in de andere regio. Deels zijn regionale afwijkingen volgens het CvZ te verklaren door regiospecifieke factoren (capaciteit, samenstelling bevolking) die bepalend zijn voor het evenwicht tussen vraag en aanbod. Maar evenzeer is er volgens het CvZ een relatie met de mate waarin het zorgkantoor zich proactief opstelt bij de zorgbemiddeling en het wachtlijstbeheer. Meer proactief handelen leidt in de praktijk tot een kortere wachtlijst (VWS, 2013c).

Ook in de stap hiervoor, namelijk wanneer een persoon hulp aanvraagt, kunnen regionale verschillen ontstaan. In onze gesprekken met de veldpartijen gaven zij aan dat een deel van de regionale verschillen waarschijnlijk al op het moment van indicatie ontstaat. Om dit te toetsen, hebben we gekeken naar het verband tussen de indicaties van het CIZ en de mate waarin het zorggebruik per regio afwijkt van de door ons berekende verwachting. Wij hebben hierbij een positief verband vastgesteld (zie § 2.4 en § 3.4). Dit betekent dat óf de indicatie bepalend is of de stap daarvoor: wat maakt dat mensen zich melden bij het CIZ om een indicatie aan te vragen? Zo kan de cultuur in een regio mogelijk van invloed zijn op de mate waarin mensen geneigd zijn om formele zorg aan te vragen. Nader onderzoek naar deze nog niet-verklaarde regionale verschillen kan hier meer duidelijkheid brengen.

De *toegang* tot de langdurige zorg is per 1 januari 2015 sterk veranderd. Zo indiceert het CIZ alleen nog maar voor de zorg die vanuit de Wlz wordt geleverd. Voor de Wmo 2015 is er geen sprake meer van een verzekerd recht, maar van een zorgplicht door gemeenten waarbij gemeenten zelf mogen bepalen wat passende zorg is. Voor de Zvw is er nog wel sprake van een verzekerd recht, maar vindt de indicatie plaats door de wijkverpleegkundige. In de Wmo 2015 en de Zvw kan de toegang in de praktijk lokaal en regionaal anders ingevuld worden. Dit betekent dat de regionale verschillen in het zorggebruik voor de Wmo 2015 en Zvw mogelijk zullen toenemen.

Invloed van kwaliteit op regionale verschillen

Kwaliteitsverschillen van instellingen werden in onze gesprekken met de veldpartijen vaak genoemd als verklaring voor de regionale verschillen in het zorggebruik. Zo kan de aanwezigheid van zorgaanbieders met een innovatief zorgconcept of met zeer goede kwaliteit een aanzuigende werking hebben. Wij vinden het een goede ontwikkeling dat de staatssecretaris een kwaliteitsvolgsysteem wil ontwikkelen waarin systematisch de verbetering van de kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen in beeld wordt gebracht. Inzicht in het aanbod en de kwaliteit van de langdurige zorg kan helpen om doelmatiger met het zorgbudget om te gaan. Zo hebben de Wlz-uitvoerders de opdracht gekregen om de kwaliteit van instellingen te betrekken bij hun zorginkoop. De minister ziet hierin niet alleen een manier om de zorg doelmatiger vorm te geven, maar ook om kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen (VWS, 2015a).

Invloed van bekostiging van zorg op regionale verschillen

De bekostiging van de voormalige AWBZ en de huidige Wlz is grotendeels op historische gronden (namelijk de contracteerruimte[41] van het voorgaande jaar) gebaseerd. Zo stelt het kabinet stelt jaarlijks het kader voor de contracteerruimte vast. Startpunt hiervoor is de contracteerruimte van het voorgaande jaar. Vervolgens worden de beleidsmaatregelen, de verwachte groei en de nominale ontwikkelingen hierin verwerkt. Ook de verdeling van de totale contracteerruimte onder de 32 zorgkantoren/Wlz-uitvoerders is grotendeels op historische gronden gebaseerd (NZa, 2014). Door deze werkwijze lijkt de prikkel tot doelmatigheid te ontbreken en worden regionale verschillen in stand gehouden. We bevelen de minister aan om te bezien in hoeverre de wijze van bekostiging van de Wlz een rol kan spelen bij het terugdringen van de regionale verschillen en het sturen op zorggebruik voor de Wlz. We geven de minister hierbij in overweging om in de (nabije) toekomst bij de bekostiging het (op basis van objectieve variabelen berekende) verwachte zorggebruik als uitgangspunt te nemen waarbij Wlz-uitvoerders voor extra budget een inhoudelijke motivering moeten geven. Voorwaarde hiervoor is wel dat de minister samen met de Wlz-uitvoerders overeenstemming bereikt over de wijze van berekening van het verwachte zorggebruik. Ons onderzoek kan hiervoor aanknopingspunten bieden.

Ook voor de bekostigingssystematiek geldt - net als bij de toegang - dat deze verandert voor de delen die naar de Wmo 2015 en Zvw zijn gegaan. Het budget voor persoonlijke verzorging en verpleging die naar de Zvw gaat, zal na 2015 in de bestaande bekostigingssystematiek van de Zvw worden opgenomen. De NZa heeft hiervoor in februari 2015 een advies uitgebracht aan de minister. Voor 2015 wordt een overgangsmodel gehanteerd (NZa, 2015).
De Wmo 2015 is voor 2015 nog op basis van historische gegevens gebudgetteerd en verdeeld over de gemeenten. Momenteel wordt voor de Wmo 2015 aan een objectief verdeelmodel gewerkt dat vanaf 2016 gefaseerd ingevoerd zal worden.[42]

Financiering en gewijzigde financiële verhoudingen

De wijzigingen in de bestuurlijke verhoudingen (decentralisatie) en wijzigingen in financiële verhoudingen tussen bestuurslagen kunnen niet los van elkaar gezien worden. Decentraliseren van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zonder decentraliseren van de financiering van die taken leidt tot een democratisch gat: beleid, innen, besteden, controle en verantwoording vinden dan namelijk op verschillende bestuurslagen plaats. In de huidige opzet van de Wmo 2015 int het Rijk de belastingen en verdeelt het budget. Gemeenten maken beleid en besteden het geld. Controle

41
Contracteerruimte is het totale financiële kader dat beschikbaar is voor de Wlz-uitvoerders (en hun voorgangers ten tijde van de AWBZ) voor de zorginkoop in een bepaald jaar.

42
In de periode tussen onderzoek en publicatie is het objectieve verdeelmodel Wmo 2015 in het bestuurlijk overleg met de VNG vastgesteld en zal vanaf 2016 worden ingevoerd.

van en verantwoording over de bestedingen vinden plaats bij de gemeenten. Het Rijk moet verantwoording afleggen over het innen en verdelen van het geld en ook over de werking van het stelsel. Het Rijk heeft dus informatie nodig om vast te kunnen stellen of gemeenten de doelen van de Wmo 2015 realiseren. Wij wijzen in dit verband ook op onze brief over de herziening van het belastingstelsel waarin wij in gaan op de vraag in hoeverre het overheidsniveau van belastinginning moet aansluiten bij het niveau waar het geld wordt uitgegeven (Algemene Rekenkamer, 2015). Wij wijzen daarbij op het belang van een belastingstelsel dat een heldere verantwoording over de besteding van financiële middelen mogelijk maakt.

5.2 Relevantie van inzicht in regionale verschillen na de hervorming

Regionale verschillen ook relevant na hervorming

De niet-verklaarde regionale verschillen gaan over het gebruik van de langdurige zorg in 2012, toen die via de AWBZ werd geregeld. In hoeverre deze regionale verschillen doelmatig en wenselijk zijn, is afhankelijk van de oorzaken achter de verschillen. In hoeverre is er bijvoorbeeld sprake van overbesteding of onderbesteding? In hoeverre wijzen de verschillen op een inefficiënte inzet van middelen? Hiervoor is inzicht in de oorzaken van deze regionale verschillen van belang. Dat is de reden dat wij de minister aanbevelen om meer zicht te krijgen op de verklaringen voor het zorggebruik en op de oorzaken van de regionale verschillen. Met dit inzicht kan de minister vervolgens bepalen of en waar ze op moet sturen om eventuele ongewenste regionale verschillen terug te dringen.

Ook na de hervorming van de langdurige zorg is het vraagstuk van de (on)wenselijkheid van regionale verschillen nog relevant, bijvoorbeeld omdat nu meer wordt ingezet op maatwerk waardoor regionale verschillen mogelijk juist kunnen toenemen. De hervorming maakt het vraagstuk ook complexer door andere bestuurlijke verhoudingen, gewijzigde financieringssystemen, meer en andere veldpartijen en samenwerkingsverbanden. In hoeverre regionale verschillen in het nieuwe stelsel van langdurige zorg (on)wenselijk zijn, is een vraag die niet eenvoudig te beantwoorden is omdat de oorzaken voor de verschillen nog niet volledig bekend zijn. Deze vraag zal bovendien voor de Wmo 2015 wellicht anders worden beantwoord dan voor de Wlz en Zvw, omdat in de eerstgenoemde wet maatwerk centraler staat dan in de laatste twee. Wij bevelen de minister aan om dit vraagstuk te betrekken bij de evaluatie van de hervorming langdurige zorg.[43]

43
De minister heeft het SCP opdracht gegeven tot de periodieke wettelijke beleidsevaluatie. De eerste evaluatie zal voor 1 januari 2018 naar de Tweede Kamer worden verzonden (VWS, 2015b).

6 Bestuurlijke reactie en nawoord

De staatssecretaris van VWS heeft op 2 juni 2015 op ons conceptrapport gereageerd.[44] De reactie geven wij hieronder weer. De reactie staat ook op www.rekenkamer.nl. We sluiten dit hoofdstuk af met ons nawoord.

6.1 Reactie staatssecretaris van VWS

Op 1 mei 2015 heeft de Algemene Rekenkamer het conceptrapport "Regionale verschillen in de langdurige zorg" aan de minister van VWS gestuurd. De Algemene Rekenkamer heeft gevraagd een reactie te mogen ontvangen op dit rapport. Met deze brief voldoe ik aan dit verzoek.

In de toelichting bij de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt ingegaan op het bestaan van de regionale verschillen bij het zorggebruik van de doelgroep die valt onder de Wlz. Het streven van dit kabinet is om deze regionale verschillen te verminderen.

Tegen deze achtergrond stel ik het op prijs dat de Algemene Rekenkamer deze regionale verschillen in beeld heeft gebracht en tevens heeft aangegeven welke objectieve factoren van invloed kunnen zijn op het bestaan van deze regionale verschillen. In het rapport wordt aangegeven dat het hierbij vooral gaat om de variabelen 'leeftijd' en de 'gezondheidstoestand' (bij het pgb gaat het ook om inkomen). Bij het samenvattend hoofdstuk verbindt u daar de conclusie aan dat deze variabelen weinig mogelijkheden bieden om te sturen op doelmatig zorggebruik.

Ik merk daarbij op dat dit weliswaar zou kunnen gelden voor de ontwikkeling voor de zorgbehoeften, maar dat dit niet hoeft te gelden voor de zorgverlening en de organisatie daarvan. Doelstelling van de hervorming is juist om een kanteling te bewerkstelligen zodat, afhankelijk van de resterende mogelijkheden van de cliënt,de inzet van zorg passend is: geen over- en geen onderbehandeling. Mijn verwachting is dat, ook in regio's met een hoog zorggebruik (door een hoge leeftijd), de doelmatigheid kan worden verbeterd.

Ik deel uw conclusie dat regionale verschillen ook van belang zijn na de hervorming van de langdurige zorg. Daarbij wil ik wel opmerken dat de genoemde taakstelling betrekking heeft op de Wlz. In uw rapport wordt ook ingegaan op de andere domelnen (Wmo en Zvw). In deze domeinen is geen relatie met voorziene taakstellingen en is ook de invloed van regionale verschillen anders dan in de Wlz. In lijn met uw aanbeveling kan dit onderwerp ook een rol spelen bij de evaluatie van de hervorming van de langdurige zorg.

In uw rapport wordt de verwachting uitgesproken dat regionale verschillen in het zorggebruik van de Wmo 2015 mogelijk zullen toenemen. Een gewenst effect van de hervorming is dat mensen die ondersteuning en zorg nodig hebben, deze zorg en ondersteuning zoveel mogelijk dichtbij door gemeenten krijgen aangeboden. Gemeenten hebben de beleidsruimte om op lokaal niveau passende oplossingen voor hun burgers te organiseren. Doordat gemeenten rekening houden met de individuele wensen en behoeften van haar burgers en de lokale situatie zal sprake zijn van verschillen tussen gemeenten en regio's.

44
Naast de inhoudelijke reactie van de staatssecretaris heeft het ministerie tekstsuggesties gedaan. Die hebben wij, voor zover het feitelijke verbeteringen betrof, overgenomen.

Het rapport kent beperkingen door de gekozen opzet van de analyse. In het rapport is er voor gekozen om de analyse te splitsen in drie doelgroepen (met verblijf, zonder verblijf en pgb). Hierbij is niet aangesloten op de verdeling van de langdurige zorg over domeinen, die vanaf 2015 van kracht is geworden, met als gevolg dat in alle drie de groepen cliënten zitten uit alle domeinen. Het is niet goed mogelijk om de analyse te vertalen naar de beleidslijnen die binnen de verschillende domeinen ontwikkeld gaan worden. Ook betreft het data over 2012 waardoor de geriatrische revalidatiezorg nog in de analyse is meegenomen. Deze groep is al in 2013 overgeheveld naar de Zvw en staat daarmee los van de hervormingen die in 2015 zijn doorgevoerd.

Uw onderzoek heeft zich beperkt tot de objectieve factoren. Ik deel uw conclusie dat nader onderzoek nodig is om ook zicht te krijgen op de niet objectieve factoren die van invloed zijn op het zorggebruik. Uw kwalitatieve analyse op basis van gesprekken met de sector kan daarbij behulpzaam zijn.

Ik heb tevens van de gelegenheid gebruik gemaakt om nog en aantal technische opmerkingen te maken bij het rapport. Deze opmerkingen treft u in de bijlage aan.

6.2 Nawoord Algemene Rekenkamer

De staatssecretaris herkent - aangaande de ontwikkeling van de zorgbehoeften - onze conclusie dat de meest verklarende variabelen van zorggebruik weinig mogelijkheden bieden om te sturen op doelmatig zorggebruik. Wij begrijpen dat de staatssecretaris daaraan toevoegt dat er wel mogelijkheden zijn om de zorgverlening zelf en de organisatie daarvan doelmatiger in te richten. Dat moge zo zijn, onze boodschap blijft dat de ingeboekte besparing van € 500 miljoen onvoldoende onderbouwd is.

De staatssecretaris geeft aan dat het niet goed mogelijk is om de analyse te vertalen naar de beleidslijnen die binnen de verschillende domeinen ontwikkeld worden. De door ons gehanteerde indeling voor de analyses is voortgekomen uit de beschikbaarheid en kwaliteit van data. Uiteraard hebben deze data hun beperkingen. Het belang van de beschikbaarheid van actuele en kwalitatief goede (open) data wordt hiermee, naar onze mening, onderstreept. Desondanks zijn wij van mening dat onze bevindingen voor zorg met verblijf vooral relevant blijven voor de Wlz en onze bevindingen over zorg zonder verblijf vooral relevant kunnen zijn voor de wijkverpleging in de Zvw. We zullen nader onderzoek met belangstelling volgen en zijn gaarne bereid onze expertise te delen.

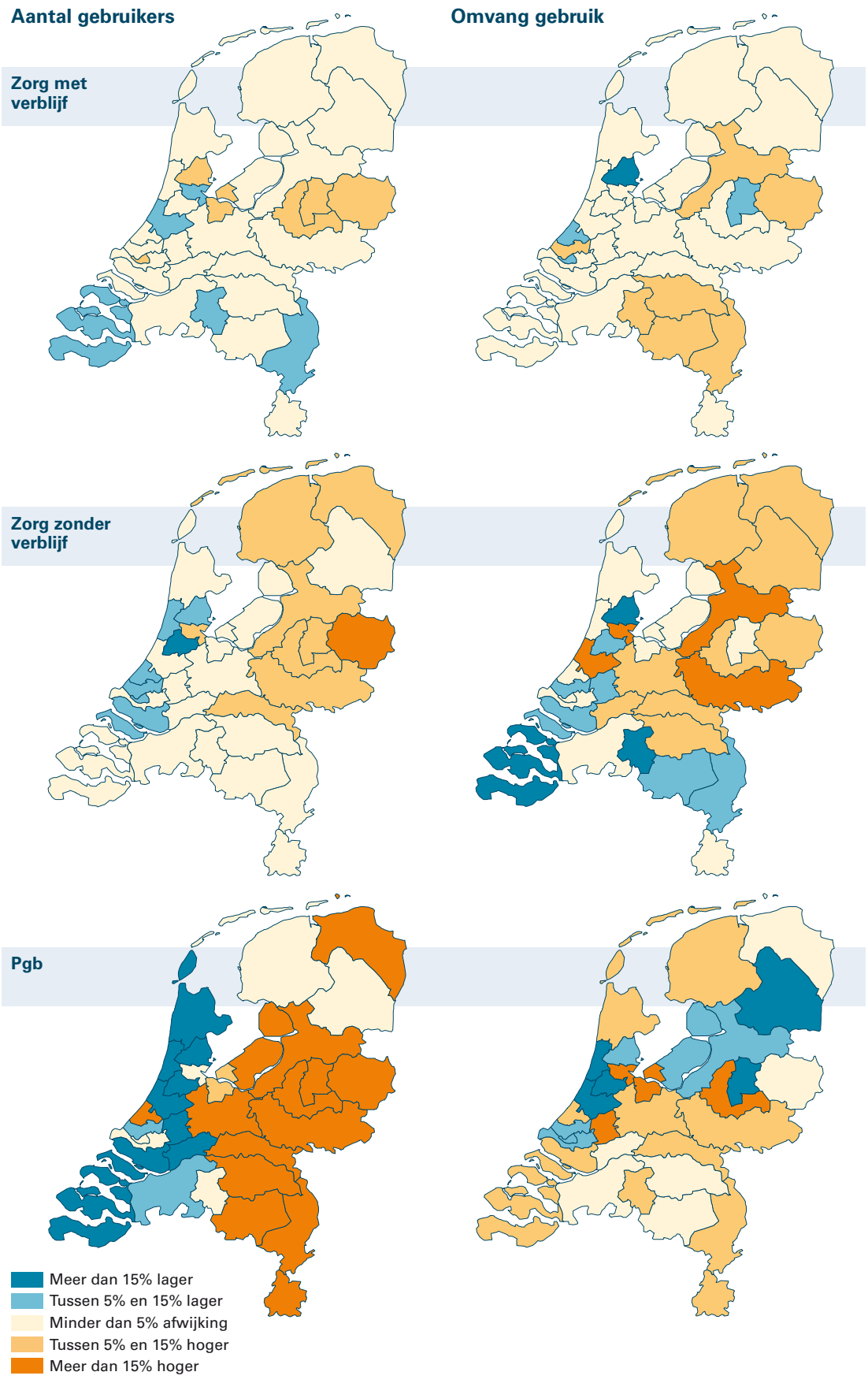
Bijlage 1 Zorgkantoorregio's

In onderstaande kaart worden de zorgkantoorregio's weergegeven zoals ze op de kaarten in het rapport worden weergegeven. Sinds de hervorming heten de zorgkantoren Wlz-uitvoerders. De indeling van de regio's is hetzelfde gebleven.

Figuur 14 Zorgkantoorregio's



Bijlage 2 Werkelijk gebruik ten opzichte van verwacht gebruik voor zmv, zzv en pgb



Bijlage 3 Invloed van variabelen

In deze bijlage beschrijven we de verbanden tussen de verklarende variabelen en het zorggebruik: *aantallen gebruikers* (kans op gebruik) en *omvang geleverde zorg per gebruiker*. De effecten van de variabelen op het aantal gebruikers worden uitgedrukt in oddsratio's. Odds is een ander woord voor de kansverhouding: de kans dat iets gebeurt (in dit geval zorggebruik) ten opzichte van de kans dat dit niet gebeurt. De effecten van de variabelen op de omvang worden uitgedrukt in omvangsratio's.[45] Deze beschrijving is gebaseerd op de kwantitatieve analyses van het CBS. De resultaten van deze analyses zijn beschikbaar via www.cbs.nl/cvb.

Zorg met verblijf (zmv)

De belangrijkste variabele om het aantal gebruikers van zorg met verblijf te voorspellen is *leeftijd*: hoe hoger de leeftijd, hoe groter de kans op gebruik.
De samenstelling van huishoudens heeft de grootste invloed op de omvang van de geleverde zorg per gebruiker.

Leeftijd

Oudere mensen maken vaker gebruik van zorg met verblijf (zie figuur 15). We zien dat zowel bij mannen als bij vrouwen de kans op gebruik toeneemt met de leeftijd. Die kans neemt bij alle leeftijden toe, maar omdat jonge mensen nauwelijks gebruik maken van zmv is ook de toename van de kans klein en zien we dat nauwelijks terug in de figuur. Vanaf 60 jaar wordt de kans op het gebruik van zorg met verblijf snel groter, bij vrouwen nog iets sneller dan bij mannen. De zorgomvang stijgt licht naarmate de leeftijd toeneemt.

Geslacht

De odds voor gebruik is bij mannen 8% lager dan bij vrouwen. Ook de omvang is bij mannen lager (7%) dan bij vrouwen.

Herkomst

Van de verschillende herkomstgroeperingen die we hebben onderscheiden, is de kans op gebruik bij autochtonen het hoogst. Ten opzichte van autochtonen is de odds op gebruik onder niet-westerse allochtonen 26% en onder westerse allochtonen 7% lager. De omvang is voor alle herkomstgroepen nagenoeg gelijk.

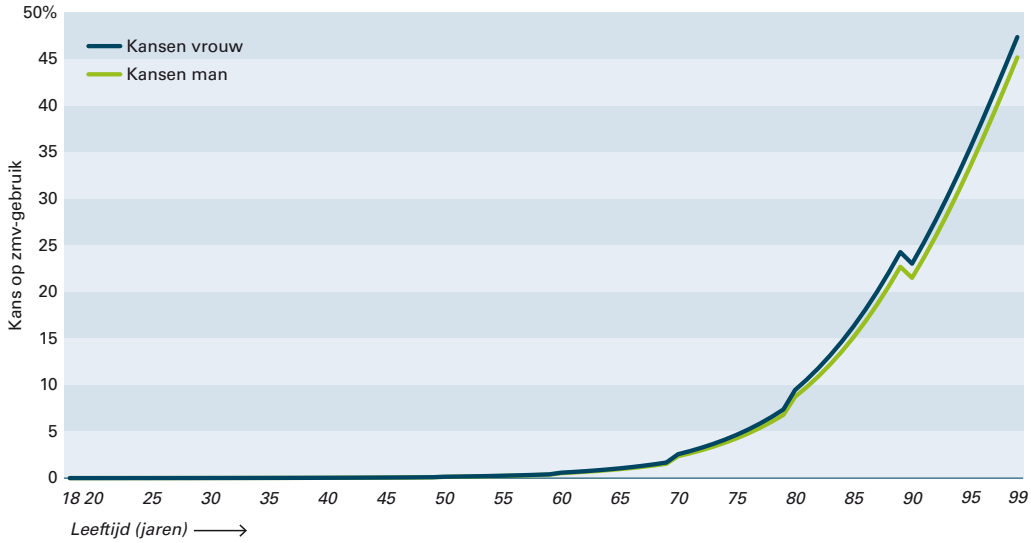
Samenstelling huishouden

De kans dat éénouderhuishoudens en éénpersoonshuishoudens zorg met verblijf gebruiken is iets (respectievelijk 18% en 5% hogere odds) groter dan de kans bij paren met kinderen. Voor paren zonder kinderen is de kans hierop het kleinst, hun odds zijn namelijk 28% lager dan voor paren met kinderen. Zoals verwacht hebben institutionele huishoudens[46] de grootste kans op het gebruik van zorg met verblijf en de grootste omvang geleverde zorg per gebruiker. Eénpersoonshuishoudens hebben de kleinste omvang van geleverde zorg. Deze is circa 28% lager dan bij paren met kinderen die als referentiegroep zijn gehanteerd.

45
Bij het berekenen van de invloed van een verklarende variabele is rekening gehouden met de invloed van de andere variabelen in het model. De effecten van de variabelen op het gebruik en omvang worden uitgedrukt in respectievelijk oddsratio's en omvangsratio's. Odds is een ander woord voor de kansverhouding: de kans dat iets gebeurt (in dit geval zorggebruik) ten opzichte van de kans dat dit niet gebeurt. De oddsratio is een maat voor samenhang tussen twee variabelen. De oddsratio geeft aan hoe de odds van groepen met verschillende kenmerken (bijvoorbeeld mannen versus vrouwen) zich verhouden. Als de oddsratio groter dan één is, dan is de kans op gebruik in de betreffende groep groter dan in de groep waarmee wordt vergeleken (ook wel referentiecategorie genoemd). Is de oddsratio kleiner dan één, dan is de kans op gebruik juist kleiner dan bij de referentiecategorie. De effecten van de variabelen op de omvang worden uitgedrukt in omvangsratio's. Ook hiervoor geldt dat een ratio boven de één duidt op een grotere omvang dan in de referentiecategorie en een ratio onder de één op een kleinere omvang.

46
Institutionele huishoudens zijn instellingen zoals verpleeg-, verzorgings- en kindertehuizen, gezinsvervangende tehuizen, revalidatiecentra en penitentiaire inrichtingen.

Figuur 15 Invloed van leeftijd en geslacht op de kans op zmv-gebruik[47]



De 'breuken' in de grafieken komen voort uit de manier van modelleren, doordat leeftijd als categorische variabele is meegenomen in het model. In werkelijkheid zal de lijn vloeiender zijn.

Eigen woning

Huurders hebben een grotere kans op gebruik en hebben een hogere gemiddelde omvang dan mensen met een eigen woning. De odds dat huurders gebruik maken van zorg met verblijf is 24% hoger dan de odds dat kopers dat doen. De omvang van de geleverde zorg is bij huurders 2% hoger dan bij woning eigenaren.

Inkomen

Hoe hoger het inkomen[48], des te kleiner de kans op het gebruik van zorg met verblijf: het zijn dus vooral mensen met lagere inkomens die gebruik maken van deze zorgvorm. De twee hoogste inkomensgroepen en de laagste inkomensgroep hebben de grootste omvang van geleverde zorg per gebruiker.

Leefstijl

We konden geen relatie aantonen tussen zorggebruik en de leefstijlvariabelen roken, drinken en overgewicht, omdat gegevens hierover alleen op gemeentelijk niveau beschikbaar zijn. Een verfijndere analyse met gegevens op persoonsniveau zou mogelijk wel een verband kunnen laten zien.

Omgevingsadressendichtheid

De mate van omgevingsadressendichtheid heeft invloed op gebruik van zorg met verblijf: hoe stedelijker, hoe groter de kans op het gebruik. We konden geen significant verband aantonen tussen de mate van stedelijkheid en de omvang van zmv.

Mantelzorg

We vonden geen significant verband tussen het aantal uren mantelzorg per week per inwoner van de gemeente en het gebruik of de omvang van zmv. Maar we konden alleen beschikken over data op gemeentelijk niveau. Met gegevens op persoonsniveau zou dat verband mogelijk wel gevonden zijn.

47
In dit figuur wordt de kans op zorggebruik van mannen en vrouwen met verschillende leeftijden vergeleken. De overige kenmerken zijn voor mannen en vrouwen gelijk gehouden. Het gaat in beide gevallen om autochtonen, personen met een eigen woning, met een inkomen in het laagste deciel van de inkomensverdeling, die deel uitmaken van een paar met kinderen, volledig gebruikmaken van het eigen risico en geen gebruikmaken van Wmo huishoudelijke verzorging. Deze kenmerken zijn in de regressieanalyses als referentiecategorieën opgenomen. Ook in de figuren die we hierna presenteren over de kansen op zorggebruik hebben we deze referentiecategorieën gebruikt. Vrouwen vormen de referentiecategorie voor geslacht.

48
Dit is het bruto-huishoudensinkomen verminderd met betaalde inkomensoverdrachten, premies inkomensverzekeringen, premies ziektekostenverzekeringen en belastingen op inkomen en vermogen. Het besteedbaar huishoudensinkomen is gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden.

Eigen risico Zorgverzekeringswet
De odds op het gebruik van zorg met verblijf is 5% lager voor mensen die hun wettelijk eigen risico voor de Zvw niet (geheel) hebben gebruikt dan voor mensen die hun eigen risico voor de Zvw geheel hebben gebruikt. Bij omvang zien we het omgekeerde verband: bij mensen die hun wettelijk eigen risico niet geheel verbruikt hebben, is de omvang 50% hoger

Wmo-gebruik (huishoudelijke hulp)
De odds op het gebruik van zorg met verblijf is 37% hoger voor mensen die via de Wmo gebruiken dan voor mensen die geen Wmo gebruiken. Mensen die Wmo gebruiken hebben wel een 5% lagere omvang van geleverde zorg per gebruik dan mensen die geen Wmo gebruiken.

Zorgaanbod[49]
We hebben geen significant verband gevonden tussen het aanbod van intramurale zorg en het gebruik of de omvang van zmv.

Zorg zonder verblijf (zzv)

Voor zorg zonder verblijf zijn *leeftijd* en *gebruik Wmo en Zvw* de belangrijkste verklarende variabelen. Onze analyse wijst erop dat het gebruik van Wmo en Zvw indicatoren zijn van de hulpbehoevendheid en gezondheidstoestand van de cliënt en niet zozeer fungeren als alternatief voor zorg zonder verblijf.

Leeftijd
Zowel het aantal gebruikers als de omvang wordt het meeste beïnvloed door leeftijd. Oudere mensen gebruiken vaker en meer zorg (grotere aantallen en omvang per gebruiker).

Geslacht
De odds voor zorg zonder verblijf is 1% hoger voor mannen dan voor vrouwen. Bij mannen is ook de omvang 3% groter. Dit verband is bij zorg met verblijf precies andersom: daar hebben vrouwen een hogere kans op gebruik en een grotere omvang van zorg dan mannen.

Herkomst
De odds dat niet-westerse allochtonen deze zorgvorm gebruikten, is 2% lager dan bij autochtonen; bij westerse allochtonen is de odds 4% lager.
Bij zorgomvang geldt het omgekeerde: autochtonen maken weliswaar iets vaker gebruik van deze zorgvorm, maar nemen relatief minder zorg af dan allochtonen. Bij niet-westerse allochtonen is de omvang het grootst (32% groter dan bij de referentiecategorie allochtonen).

Samenstelling huishouden
Eénouderhuishoudens hebben zowel een hogere odds (79%) op gebruik van zorg zonder verblijf als op een grotere omvang (18%) dan paren met kinderen.
Eénpersoonshuishoudens hebben een 49% hogere odds op gebruik van zorg dan paren met kinderen. De omvang van geleverde zorg per gebruiker is bij éépersoonshuishoudens nagenoeg gelijk aan de omvang van geleverde zorg per gebruiker van paren met kinderen. Paren zonder kinderen hebben ook een hogere odds (10%) op

49
Het aantal bedden per 1000 inwoners van de zorgkantoorregio.

gebruik van zorg dan paren met kinderen. Maar paren zonder kinderen hebben een lagere omvang van zorg per gebruiker (11%) dan paren met kinderen.

Eigen woning
Huurders hebben een grotere kans op gebruik en hebben een hogere gemiddelde omvang dan mensen met een eigen woning. De odds dat huurders gebruik maken van zorg zonder verblijf is 32% hoger dan de odds dat kopers dat doen. De omvang van de geleverde zorg is bij huurders 8% hoger dan bij woning eigenaren.

Inkomen
De odds voor gebruik daalt voor zorg zonder verblijf naarmate het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen stijgt. De omvang neemt tot en met een gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen van € 17.700 af en blijft daarboven ongeveer gelijk.

Leefstijl
Voor roken en drinken konden we geen significant verband aantonen met zorggebruik, maar zoals vermeld beschikten we niet over gegevens op persoonsniveau. We vonden een klein en licht significant verband[50] tussen overgewicht en de odds op gebruik: hoe meer personen met overgewicht hoe groter de kans. Bij omvang zien we eenzelfde relatie, hoe meer personen met overgewicht in een regio, hoe hoger de omvang.

Omgevingsadressendichtheid
Hoe groter de omgevingsadressendichtheid, hoe lager de kans op gebruik van zzv. Ook de omvang per gebruiker is lager in de meer stedelijke gebieden. Dat is dus omgekeerd dan bij zorg met verblijf.

Mantelzorg
We vonden geen significant verband tussen het aantal uren mantelzorg per week per inwoner van de gemeente en het gebruik of de omvang van zorg zonder verblijf. Hier plaatsen we dezelfde kanttekening als bij zorg met verblijf, namelijk dat we alleen gegevens op gemeenteniveau hadden.

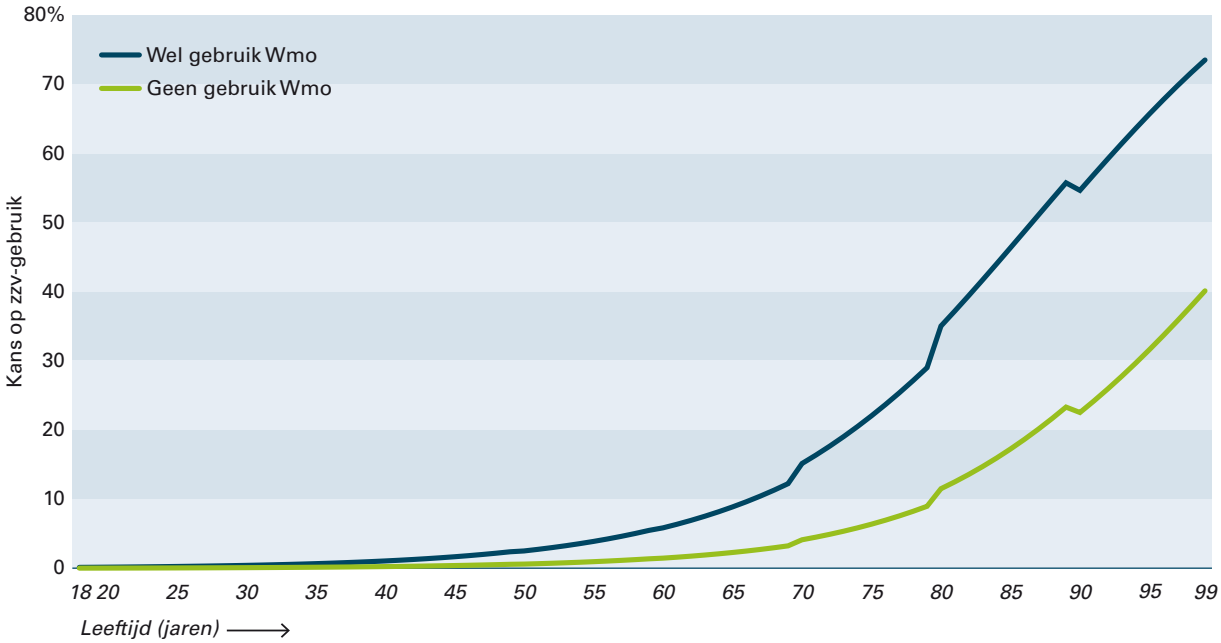
Gebruik eigen risico Zorgverzekeringswet
Als het eigen risico van de Zvw volledig is verbruikt, is de odds op gebruik (77%) hoger dan wanneer dit niet volledig is verbruikt. Ook de omvang van zorg zonder verblijf is (40%) hoger als de Zvw volledig is verbruikt dan wanneer dit niet zo is.

Wmo-gebruik (huishoudelijke hulp)
De odds op het gebruik van zorg zonder verblijf is 315% hoger voor mensen die gebruikmaken van de huishoudelijke hulp uit de Wmo dan voor mensen die geen gebruik maken van de Wmo. De omvang is bij de groep die gebruik maakt van de Wmo ook groter (82%) dan bij de groep die hier geen gebruik van maakt.

Zorgaanbod
We hebben geen significant verband gevonden tussen het aanbod van intramurale zorg en het gebruik of de omvang van zzv.

50
De kans dat dit kleine verband op toeval berust, is kleiner dan 5%. Voor de andere verbanden is deze kans kleiner dan 1%.

Figuur 16 Invloed van leeftijd en het gebruik van Wmo huishoudelijke hulp op de kans op zorg zonder verblijf



Persoonsgebonden budget (pgb)

Bij het persoonsgebonden budget is leeftijd de belangrijkste voorspeller voor het aantal gebruikers. Net als bij de andere twee zorgvormen geldt: hoe ouder, hoe groter de kans op gebruik. De hoogte van het inkomen heeft de grootste invloed op de omvang van de geleverde zorg per gebruiker.

Leeftijd
Naarmate de leeftijd toeneemt, stijgt ook de kans op gebruik van een pgb. Vanaf het zeventigste levensjaar neemt de omvang ook licht toe.

Geslacht
De odds op pgb-gebruik is 21% lager voor mannen dan voor vrouwen. Maar mannen hebben wel een grotere omvang van geleverde zorg per gebruiker (11%) dan vrouwen.

Herkomst
De kans op pgb-gebruik is voor niet-westerse allochtonen zeven keer zo groot als voor autochtonen. Voor westerse allochtonen is die odds 34% groter dan voor autochtonen. De omvang van autochtonen en westerse allochtonen komt nagenoeg overeen. Bij niet-westerse allochtonen is die omvang 8% lager dan bij autochtonen.

Samenstelling huishouden
Eénouderhuishouden hebben een 22% hogere odds op pgb-gebruik dan paren met kinderen. Eenpersoonshuishoudens en paren zonder kinderen hebben juist een lagere odds (respectievelijk 17% en 18%) dan paren met kinderen. De groep institutioneel huishouden heeft de laagste odds op gebruik. De omvang van de zorg per gebruiker is nagenoeg gelijk voor alle types huishoudens. Alleen bij het institutionele huishouden is sprake van 53% hogere omvang dan bij paren met kinderen.

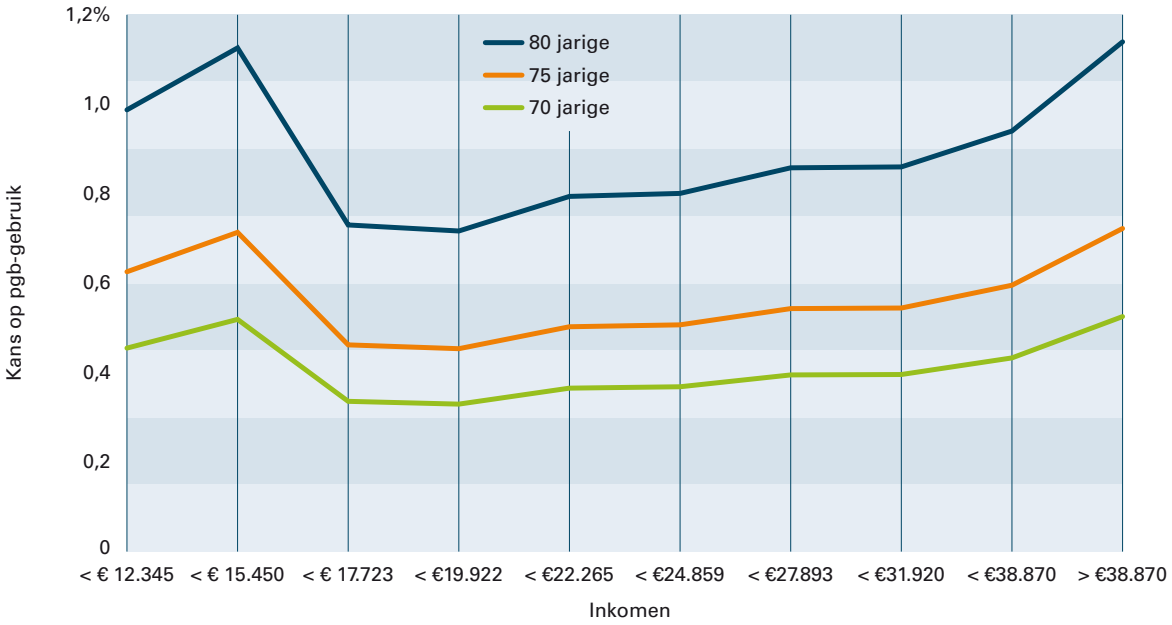
Eigen woning

De odds op pgb-gebruik is 50% hoger voor huurders dan voor woningbezitters. De omvang verschilt niet tussen huurders en woningbezitters.

Inkomen

Figuur 17 toont de kans op gebruik van een vrouw met leeftijd 70, 75 en 80 jaar bij verschillende inkomenscategorieën (horizontale as).

Figuur 17 Invloed van inkomen en leeftijd op de kans op pgb-gebruik



De kans op pgb-gebruik neemt toe voor vrouwen met een gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen tot € 15.400, daarna neemt de odds af tot een inkomensgrens van € 19.900,-, om daarna weer licht te stijgen tot een inkomensgrens van € 38.800. De inkomensklasse vanaf € 38.800 heeft de hoogste kans op pgb-gebruik. Inkomen heeft de grootste invloed op de zorgomvang. De omvang van het geleverde zorggebruik is lager voor mensen met een besteedbaar huishoudinkomen tussen € 12.300 en € 19.900 (tussen 9% en 12% lagere odds) dan voor de groep met een besteedbaar huishoudinkomen lager dan € 12.300. Voor de groep met een besteedbaar huishoudinkomen hoger dan € 19.900, stijgt de omvang van het geleverde zorggebruik naarmate het inkomen stijgt. De zorgomvang is in de hoogste inkomensgroep met een gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen vanaf € 38.800 68% hoger dan in de laagste inkomensgroep.

Leefstijl

We konden, om eerder genoemde reden (geen gegevens op persoonsniveau), geen relatie aantonen tussen zorggebruik en de leefstijlvariabelen roken, ernstig overgewicht en drinken.

Omgevingsadressendichtheid

We hebben geen relatie tussen de mate van omgevingsadressendichtheid en het pgb-gebruik kunnen aantonen.

Mantelzorg
We vonden geen significant verband tussen het aantal uren mantelzorg per week per inwoner van de gemeente en het gebruik of de omvang van een pgb. Hier plaatsen we dezelfde kanttekening als bij de andere zorgvormen, namelijk dat we alleen de gegevens op gemeente niveau hadden.

Gebruik eigen risico Zorgverzekeringswet
De odds op pgb-gebruik is 91% lager voor mensen die het wettelijk eigen risico uit de Zvw niet (geheel) hebben gebruikt dan voor mensen die dat wel geheel hebben gebruikt. Voor mensen die het wettelijk eigen risico uit de Zvw niet (geheel) hebben gebruikt, is de omvang van de geleverde zorg 10% lager dan voor mensen die dat wel geheel hebben gebruikt. Dit laatste is een licht significant verband.[51]

Wmo-gebruik (huishoudelijke hulp)
De odds op pgb-gebruik is 19% lager voor mensen die Wmo gebruiken dan voor mensen die geen Wmo gebruiken. Het verband tussen gebruik van Wmo en omvang geleverde zorg kon niet worden aangetoond.

Zorgaanbod
We vonden geen significant verband tussen het aanbod van intramurale zorg en het gebruik of de omvang van een pgb.

51
De kans dat dit kleine verband op toeval berust, is kleiner dan 5%.

Bijlage 4 Onderzoeksmethode

We lichten hieronder kort onze werkwijze toe. Voor een uitgebreide toelichting verwijzen we naar de onderzoeksbeschrijving[52] van het CBS. Deze toelichting staat op www.cbs.nl/cvb.

Toelichting onderzoeksmethode

Bij het zoeken naar verklaringen voor verschillen in het zorggebruik hebben we op basis van een literatuurstudie en gesprekken met experts variabelen geïdentificeerd die van invloed kunnen zijn op het zorggebruik. Dit is de eerste onderzoeksstap.

In de tweede onderzoeksstap hebben we geanalyseerd in welke mate deze variabelen het zorggebruik beïnvloeden.[53] We hebben de volgende kenmerken (variabelen) onderzocht: leeftijd, geslacht, herkomstgroepering[54], samenstelling huishouden, eigen woning bezit, inkomen[55], leefstijl (roken, alcohol en gewicht)[56], omgevingsadressendichtheid (stedelijkheid), (uren) mantelzorg per gemeente, gebruik Wmo[57] en Zvw[58], en aanbod intramurale zorg per zorgkantoorregio (aantal bedden). De uitkomsten hiervan beschrijven we in § 2.2, § 3.2 en § 4.2.

De derde onderzoeksstap betreft het bepalen van het niet verklaarde zorggebruik per zorgkantoorregio. Hiertoe hebben we eerst voor elke zorgkantoorregio het verwachte zorggebruik berekend. Dit hebben we gedaan op basis van de in stap 2 bepaalde invloed van de verklarende variabelen op het zorggebruik. Een voorbeeld: als uit de analyse (tweede onderzoeksstap) blijkt dat de variabele *leeftijd* een grote invloed heeft op het zorggebruik (ouderen maken meer gebruik van zorg) dan kennen we aan een regio met een hoger aandeel ouderen ook een hoger aandeel gebruikers toe. Dit noemen wij het verwachte zorggebruik in een regio. Het verschil tussen het verwachte en het werkelijke zorggebruik per regio is het niet-verklaarde gebruik in een zorgkantoorregio (derde onderzoeksstap). Met andere woorden: werkelijk zorggebruik - verwacht zorggebruik = niet verklaard zorggebruik. De uitkomsten hiervan beschrijven we in § 2.3, § 3.3 en § 4.3.

In welke mate alle door ons onderzochte variabelen samen het zorggebruik verklaren, verschilt per regio. We noemen deze verschillen de resterende regionale verschillen. We geven deze verschillen op kaart weer. Met het in kaart brengen van de regionale verschillen brengen wij feitelijk in beeld welk deel van het zorggebruik niet verklaard wordt door de in ons onderzoek betrokken variabelen.

We willen benadrukken dat het verwachte zorggebruik in een regio niet als norm beschouwd kan worden. Het is de uitkomst van een modelmatige voorspelling.

Nadere toelichting onderzoeksstappen 1 en 2

Met een literatuuranalyse hebben we een theoretisch kader ontwikkeld voor welke variabelen van invloed kunnen zijn op het zorggebruik en in welke volgorde van belangrijkheid deze van invloed zijn. De multilevel regressie analyses om de daadwerkelijke mate van invloed van de variabelen te bepalen, hebben we - gebaseerd op het

52
Hierin wordt onder andere ingegaan op de samenstelling van het onderzoeksbestand en op de uitgevoerde regressie analyses.

53
We hebben multilevel regressie analyses uitgevoerd. Hierbij gaat het om de invloed van de variabelen rekening houdend met de invloed van de andere variabelen in het model. De afhankelijke variabele was op persoonsniveau.

54
Autochtoon, westers allochtoon of niet-westers allochtoon.

55
Voor het inkomen is gebruik gemaakt van het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen. Dit is het bruto-huishoudensinkomen verminderd met betaalde inkomensoverdrachten, premies inkomensverzekeringen, premies ziektekostenverzekeringen en belastingen op inkomen en vermogen. Het besteedbaar huishoudensinkomen is gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden.

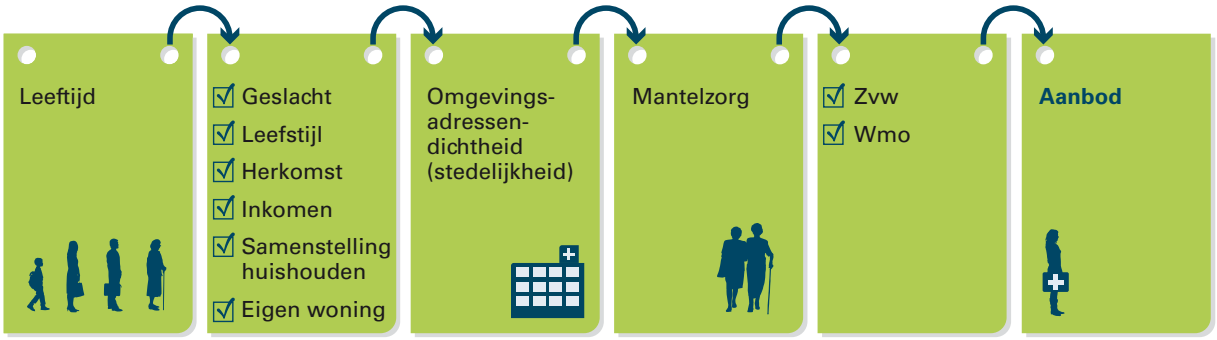
56
De gegevens over leefstijl, mantelzorg en omgevingsadressendichtheid waren alleen op gemeenteniveau beschikbaar i.p.v. persoonsniveau.

57
Gebruik van huishoudelijke verzorging gefinancierd uit de Wmo 2007.

58
Per persoon is bepaald of het eigen risico van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2011 al dan niet volledig is verbruikt.

theoretisch kader - in zes stappen uitgevoerd (zie figuur 18).[59] De stappen zijn zo opgebouwd dat als eerste variabelen zijn toegevoegd die informatie kunnen geven over de zorgbehoefte, waarna er steeds meer variabelen zijn toegevoegd die van invloed kunnen zijn op de keuze voor zorgvormen en de hoeveelheid en zwaarte van de zorg. Elke volgende stap bevat dus alle variabelen uit het vorige model aangevuld met een of meer nieuwe variabelen. De resultaten die we in dit rapport presenteren, zijn gebaseerd op de zesde stap waarin alle variabelen zijn meegenomen.[60]

Figuur 18 De zes stappen in de kwantitatieve analyses



Joris Fiselier /infographics

Stap 0

Stap 0 bevat geen verklarende variabelen, zodat we de variantie (spreiding in waardes van de afhankelijke variabele) in de uitgangssituatie kunnen vaststellen. Voor elk van de vervolgmodellen is bepaald hoeveel van de variantie de variabelen in het betreffende model verklaren. Dit was vooral van belang voor de analyse van de zorgomvang.

Stap 1

Van leeftijd verwachten we op basis van de literatuur veel invloed: hoe ouder, hoe meer kans om zorg te gebruiken en hoe hoger de kosten. Daarom is leeftijd in model 1 als eerste toegevoegd. We hebben gekozen om een continue variabele op te nemen per leeftijdsgroep. Voorbereidende analyses hebben aangetoond dat de samenhang tussen leeftijd en het gebruik en de zorgomvang verschilt tussen leeftijdsgroepen. Er zijn zes leeftijdsvariabelen aangemaakt: voor 18-49 jaar, 50-59 jaar, 60-69 jaar, 70-79 jaar, 80-89 jaar en 90 jaar en ouder.

Stap 2

Stap 2 bestaat uit de variabelen van stap 1 aangevuld met variabelen waarvan we verwachten dat zij van invloed zijn op iemands zorgbehoefte, namelijk: geslacht, herkomst, samenstelling huishouden, eigen woningbezit en gestandaardiseerd huishoudensinkomen (allen categorische variabelen). Ook iemands leefstijl is naar verwachting een belangrijke voorspeller van zorggebruik. Op individueel niveau is hierover geen informatie beschikbaar voor de volledige populatie. Om dit toch mee te kunnen nemen in de analyse hebben we drie continue leefstijlindicatoren gebruikt waarvan op gemeenteniveau data beschikbaar zijn: het aandeel rokers, overmatige drinkers en mensen met ernstig overgewicht.

Stap 3

In dit model is de continue variabele mate van verstedelijking (uitgedrukt in dichtheid van omgevingsadressen) op persoonsniveau toegevoegd aan stap 2. De omgevingsadressendichtheid is het gemiddeld aantal adressen per km2 dat een adres binnen zijn omgeving heeft. Dichtheid van omgevingsadressen zou samen kunnen hangen met de

59
De analyses zijn voor iedere leveringsvorm zowel voor aantallen gebruikers als voor de omvang per gebruiker uitgevoerd.

60
Bij het berekenen van de invloed van een verklarende variabele is rekening gehouden met de invloed van de andere variabelen en zijn steeds dezelfde referentiecategorieën gebruikt.

toegankelijkheid van voorzieningen (zoals winkels) en zorg, wat de keuze kan beïnvloeden al dan niet gebruik te maken van een (bepaalde) zorgvorm en in welke mate.

Stap 4
In stap 4 is het gemiddeld aantal uren mantelzorg per inwoner per week in een gemeente (een continue variabele) aan stap 3 toegevoegd. Op individueel niveau is hierover geen informatie beschikbaar voor de volledige populatie. Om dit toch mee te kunnen nemen in de analyse hebben we gemeentelijke gegevens over mantelzorg gebruikt. Bij meer mantelzorg zou de behoefte aan andere zorgvormen kunnen verminderen, maar het kan ook op een grotere zorgbehoefte duiden.

Stap 5
Het verbruik van het eigen risico van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en van huishoudelijke verzorging vanuit de Wmo zijn in stap 5 toegevoegd (beiden categorisch van aard). Als mensen hier gebruik van maken, hebben ze wellicht andere zorg niet nodig. Maar ook hier geldt dat dit gebruik eveneens op een grote zorgbehoefte kan duiden.

Stap 6
Tot slot hebben we de variabele aanbod toegevoegd uitgedrukt in het aantal bedden voor zorg met verblijf in instellingen die in ieder geval de cliëntgroep met somatische en psychogeriatrische problematiek bedienen. Dit is als continue variabele aan stap 6 toegevoegd, uitgedrukt in het aantal bedden per 1000 inwoners van de zorgkantoorregio. De beschikbaarheid van bedden kan ertoe leiden dat mensen al dan niet een bepaalde zorgvorm gebruiken.

Nadere toelichting onderzoeksstap 3: bepalen onverklaard gebruik en omvang per zorgkantoorregio

De multilevel regressieanalyses die volgens de hiervoor genoemde stappen zijn uitgevoerd, berekenen de invloed per verklarende variabele op het zorggebruik rekening houdend met de invloed van de andere variabelen in het model.
Op basis van de geschatte effecten van de verklarende variabelen op de aantallen gebruikers en de omvang van (de verschillende vormen van) langdurige zorg voor ouderen en chronisch zieken, hebben we voor iedere zorgkantoorregio het verwachte zorggebruik berekend. Een voorbeeld: stel dat uit de regressieanalyse blijkt dat ouderen meer gebruik maken van zorg, dan wordt in een zorgkantoorregio met een hoger aandeel ouderen ook een hoger aandeel gebruikers verwacht.

Het verschil tussen het verwachte (ofwel verklaarde) en werkelijke gebruik vormt het niet-verklaarde gebruik. Op eenzelfde manier vormt het verschil tussen de verwachte (ofwel verklaarde) en werkelijke omvang de niet-verklaarde omvang.
Dit verschil hebben we relatief weergegeven in ons rapport als de verhouding tussen de werkelijke aantallen/omvang en de verwachte aantallen/omvang.

Op basis van de relatieve niet-verklaarde aantallen en de relatief niet-verklaarde omvang kunnen zorgkantoorregio's worden vergeleken. Rekening houdend met de populatie- en regiokenmerken (variabelen) in een bepaald regressiemodel, zijn dan de verschillen tussen zorgkantoorregio's in aantallen gebruikers en omvang van (verschillende vormen van) zorg aan te wijzen.

Nadere toelichting op omvang van geleverde zorg per gebruiker

De omvang van de geleverde zorg hebben wij als volgt berekend: zorgzwaarte x de tijdsduur van het gebruik x het gemiddelde tarief per zorgvorm. Door de vermenigvuldiging met de gemiddelde tarieven is de omvang tevens een indicatie voor de kosten van het gebruik van de AWBZ-zorg. Het is echter niet meer dan een indicatie van de werkelijke kosten. Ten eerste omdat er diverse bewerkingen zijn gedaan om met de beschikbare gegevens voor alle gebruikers de kosten te kunnen berekenen. Ten tweede bestaan de werkelijke kosten van AWBZ-zorg uit meer componenten dan die welke meegenomen zijn in dit onderzoek. Bij zorg zonder verblijf zijn dit bijvoorbeeld de kosten van vervoer en de uitleen van verpleegartikelen. Bij zorg met verblijf gaat het onder andere om de toeslag voor extreme zorgbehoefte en huisvestingskosten. Hiermee moet steeds rekening worden gehouden bij het interpreteren van de resultaten. Daarom spreken we ook over omvang van de geleverde zorg en niet over kosten.

Verschillen tussen zorgkantoorregio's in de omvang van AWBZ-zorg kunnen ook voortkomen uit verschillen in tariefstelling. Die verschillen blijven in dit onderzoek echter buiten beschouwing. Juist om de zorgkantoorregio's zuiver te kunnen vergelijken wat betreft de hoeveelheid en zwaarte van de gebruikte zorg, is gebruik gemaakt van algemene tarieven. Gevonden verschillen tussen zorgkantoorregio's kunnen daardoor niet worden teruggevoerd op verschillen in tariefstelling.

Bijlage 5 Gebruikte afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZ	(Ministerie van) Algemene Zaken
BZK	(Ministerie van) Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IZO	Informatie voorziening Zorg en Ondersteuning
MLZ	Monitor Langdurige Zorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
Pgb	Persoonsgebonden budget
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Zmv	Zorg met verblijf
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket
Zzv	Zorg zonder verblijf

Literatuur

Algemene Rekenkamer (2014). *Hervorming* AWBZ. *Een simulatie van de gevolgen bij Toekomst* AWBZ. Bijlage bij Kamerstuk, Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 30 597, nr. 433. Den Haag: Sdu.

Algemene Rekenkamer (2015). *Herziening Belastingstelsel. Brief van de Algemene Rekenkamer.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 32 140, nr. 7. Den Haag: Algemene Rekenkamer.

AZ (2010). *Bijlage 12. Langdurige zorg bij Brede heroverwegingen, Brief van de Minister President, minister van Algemene Zaken.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 359, nr. 1. Den Haag: Sdu.

AZ (2012) *Bruggen Slaan. Bijlage bij Kabinetsformatie 2012. Brief van de informateurs.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 33 410, nr. 15. Den Haag: Sdu.

BZK (2014). *Vaststelling van de begrotingsstaat van het gemeentefonds voor het jaar 2015, Memorie van Toelichting.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 34 000 B, nr. 2. Den Haag: Sdu.

CBS (2013). *Monitor Langdurige Zorg, http://mlzstatline.cbs.nl*, geraadpleegd op 12 maart 2015.

CPB (2015). *Zorgkeuzes in kaart. Analyses van beleidsopties van de zorg voor 10 politieke partijen.* Den Haag: De Swart.

Eerste Kamer (2013). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015). Verslag van een schriftelijk overleg.* Eerste Kamer, vergaderjaar 2013-2-14, 33 841, nr. B. Den Haag: Sdu.

NZa (2014) *Beleidsregel* CA-BR-1502, *Budgettaire Kader Wlz 2015*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2015) *Advies bekostiging verpleging en verzorging in de Zorgverzekeringswet - Op weg naar integrale bekostiging met resultaatbeloning.* Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

SCP (2012). VeVeRa-OV - *Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030.* Den Haag: SCP.

Tweede Kamer (2014). *Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg) Motie van het lid Otwin van Dijk c.s.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33 891, nr. 106. Den Haag: Sdu.

VWS (2003). *Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2004, Memorie van Toelichting.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 200 XVI, nr. 2. Den Haag: Sdu.

VWS (2013a). *Toekomst* AWBZ*; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 30 597, nr. 380. Den Haag: Sdu.

VWS (2013b). *Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (*XVI*) voor het jaar 2014, Memorie van Toelichting*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33 750 XVI, nr. 2. Den Haag: Sdu.

VWS (2013c). *Toekomst* AWBZ*; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 30 597, nr. 353. Den Haag: Sdu.

VWS (2014a). *Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg) Memorie van Toelichting*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33 891, nr. 3. Den Haag: Sdu.

VWS (2014b). *Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg) Memorie van Antwoord*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 33 891, nr. F. Den Haag: Sdu.

VWS (2014c). *Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (*XVI*) voor het jaar 2015, Memorie van Toelichting*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 34 000 XVI, nr. 2. Den Haag: Sdu.

VWS (2014d) *Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg) - Nadere Memorie van Antwoord*. Eerste Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 33 891 nr. K. Den Haag: Sdu.

VWS (2014e). *Jaarverslag van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (*XVI*) voor het jaar 2013*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33 930 XVI, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2015a) *Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen. Bijlage bij Kwaliteit van zorg, Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 31 765, nr.124. Den Haag: Sdu.

VWS (2015b). *Langdurige zorg, Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 34 104, nr. 17. Den Haag: Sdu.

Onderzoeksteam

Mw. drs. L. Hage RO CGAP (projectleider)
Mw. L. Franken-Pullen MSc
Dhr. drs. J.F.C. Freriks
Mw. drs. M. Gorree
Dhr. E. Teichert
Mw. ir. E. Wiemer
Dhr. dr. A.J.W. Zielman

Voorlichting

Afdeling Communicatie
Postbus 20015
2500 EA Den Haag
telefoon (070) 342 44 00
voorlichting@rekenkamer.nl
www.rekenkamer.nl

Omslag

Ontwerp: Corps Ontwerpers
Foto: Patrick Post/Hollandse Hoogte

Den Haag, juni 2015