

# Regionale verschillen in langdurige zorg

door Dave van Ooijen<sup>1</sup>



Van veel kanten wordt geroepen dat het kabinet van VVD en PvdA bezig is de verzorgingsstaat af te schaffen. Er wordt dan gewezen naar de taakstelling om in 2015 een bedrag van € 2,6 miljard te bezuinigen op langdurige zorg. Een bezuiniging die moet oplopen naar € 3,4 miljard in 2018. Dat is een fikse bedrag. Bedacht moet evenwel worden dat met deze taakstelling de uitgaven voor langdurige zorg niet omlaag gaan. Sprake is namelijk van een bezuiniging *op de groei van de uitgaven* voor langdurige zorg. Met de taakstelling wordt dus alleen de groei geremd. Ondanks de bezuiniging groeien de uitgaven voor langdurige zorg nog steeds van € 20,7 miljard in 2004 en € 27,8 miljard in 2015 naar € 28,8 miljard in 2018. Zonder bezuiniging en bij ongewijzigd beleid zouden de uitgaven in 2018 dus nog veel hoger zijn geweest. Vandaar dan de grote ophef tegen de bezuinigingen? Dat komt omdat met de bezuiniging wel degelijk bestaande rechten worden aangetast. De rechten worden beperkt om de te verwachten groei van het gebruik te beperken. De bezuiniging is dus vooral bedoeld om de verzorgingsstaat te kunnen handhaven (dus niet af te breken) en de langdurige zorg in de komende jaren betaalbaar te houden. Van het totale bedrag van € 3,4 miljard die in de periode tot 2018 op langdurige zorg moet worden bezuinigd moet € 1,6 miljard komen uit een korting op persoonlijke verzorging/begeleiding en € 1,2 miljard uit een korting op huishoudelijke hulp.

## Regionale verschillen

Een van de manieren waarop het kabinet denkt de bezuiniging van € 3,4 miljard in 2018 te halen, is door vanaf 2017 jaarlijks € 500 miljoen te bezuinigen door de regionale verschillen in de langdurige zorg te verkleinen. Het kabinet hoopt het bedrag vooral door aanpassing van de indicatiestelling, het zorggebruik en de inkooprijzen te realiseren. Dat die verschillen soms opvallend groot kunnen zijn, blijkt uit het op 9 juni 2015 door de Algemene Rekenkamer uitgebrachte rapport 'Regionale verschillen in de langdurige zorg'. Het rapport onderzocht in opdracht van de staatssecretaris Van Rijn mogelijke verklaringen voor verschillen in zorggebruik van ouderen en chronische zieken. Het rapport gaat in op mogelijke verklaringen van verschillen in aantallen zorggebruikers en de zorg per gebruiker. Daarbij is gekeken naar *zorg in natura* en zorg op basis van een *persoonsgebonden budget*. Bij zorg in natura is onderscheid gemaakt tussen *zorg met verblijf*, zoals in verpleeg- of verzorgingshuizen, en *zorg zonder verblijf*, de zgn., thuiszorg. Volgens het rapport blijkt dat er nogal wat verschillen zijn tussen het aantal zorggebruikers en de omvang van de geleverde zorg per gebruiker in de diverse zorgregio's. Hoewel het rapport geen eenduidige verklaring geeft voor de geconstateerde verschillen, waarbij een vergelijking is

---

<sup>1</sup> Dave van Ooijen studeerde sociologie en politicologie aan de Universiteit van Amsterdam. Van 1979 tot 2014 was hij werkzaam bij Vereniging Milieudefensie, de gemeente Amsterdam, Nicis Institute en Platform31. Sinds eind 2014 is hij eigenaar van 'Van Ooijen - Adviesburo voor Publieke Waarden' (zie [www.davevanooijen.nl](http://www.davevanooijen.nl)).

gemaakt tussen het aantal zorggebruikers en de zorg per gebruiker in 23 regio's, vallen wel een aantal zaken op.

### Opvallende verschillen

Een van de meest opvallende verschillen vind ik toch wel die tussen de regio Twente en de regio Zaanstreek/Waterland. Zo ligt in de regio Twente zowel de zorg met verblijf, de zorg zonder verblijf als het pgb-gebruik vele malen hoger dan op basis van de bevolkingssamenstelling kon worden verwacht. Zo ligt het aantal gebruikers van zorg zonder verblijf 22% hoger en is het aantal pgb-gebruikers zelfs 90% hoger. Bij zorg met verblijf ligt het aantal gebruikers en de zorg per gebruiker in de regio Twente ca. 8% hoger. In tegenstelling tot de regio Twente scoort de regio Zaanstreek/Waterland over het geheel genomen vele malen lager. Zowel het aantal pgb-gebruikers, het aantal gebruikers van zorg zonder verblijf als de gemiddelde zorg met verblijf per gebruiker is in de regio Zaanstreek/Waterland vele malen lager dan op basis van de bevolkingssamenstelling kon worden verwacht. Zo ligt de zorg met verblijf per gebruiker bijna 25% lager, het aantal pgb-gebruikers 27% lager ligt en het gebruik van zorg zonder verblijf 18% lager. Ook in andere regio's is soms sprake van veel minder gebruik van zorg zonder verblijf, zorg met verblijf en het persoonsgebonden budget.

### Zorg in sommige regio's 20 procent lager

Zo is het aantal gebruikers van zorg aan huis in de regio Amstelland en De Meerlanden 20% lager dan op basis van de bevolkingssamenstelling zou mogen worden verwacht. Als gekeken wordt naar zorg zonder verblijf dan valt op dat ook het gebruik per gebruiker in de regio's Amsterdam en Arnhem vele malen hoger ligt. Arnhem zit zelfs op een zorggebruik dat 25% hoger ligt en in Amsterdam is de zorg per gebruiker maar liefst 27% hoger. Aan de andere kant zijn er ook regio's waar de zorg lager ligt. Zo ligt de zorg zonder verblijf in de regio's Zeeland en Midden-Brabant 20% lager, gevolgd door de regio Zaanstreek/Waterland met een 18% lager zorggebruik. Ook als we kijken naar de zorg met verblijf dan zijn er verschillen. Zo ligt het aantal gebruikers in de regio's Amsterdam, Zeeland, Limburg en Zuid-Holland Noord tussen de 8% en de 12% lager. Kijken we de zorg per gebruiker dan zien we ook hier verschillen. Zo ligt de zorg per gebruiker in de regio Zaanstreek/Waterland bijna 25% lager dan verwacht mocht worden. In de regio Zuidoost Brabant is de zorg per gebruiker daarentegen weer 15% hoger.

### Verklarende variabelen

Maar wat zijn nu de redenen van deze regionale verschillen? Naar het waarom blijft het vooralsnog gissen. Niet alle verschillen blijken volgens de Algemene Rekenkamer op kwantitatieve wijze te verklaren. Zo ontbreken er van potentieel belangrijke factoren als mantelzorg, leefstijl (roken, drinken, overgewicht) en kwaliteit van het zorgaanbod gegevens voor een kwantitatieve analyse. Of, en zo ja hoeveel zorg zonder verblijf iemand gebruikt, wordt het meest verklaard door zijn of haar leeftijd en het gebruik van de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Ziekteverzekeringwet. Zorg met verblijf wordt vooral verklaard door leeftijd en samenstelling van het huishouden. Bij het persoonsgebonden budget is de leeftijd de belangrijkste variabele. Deze variabelen zijn niet of nauwelijks door beleid te beïnvloeden. Het biedt dus ook nauwelijks mogelijkheden tot het sturen op doelmatig zorggebruik. Er zijn dus andere aanvullende verklaringen nodig voor de regionale verschillen en de mate waarin die beïnvloedbaar zijn. Regionale verschillen kunnen mogelijk wel worden verklaard door te kijken naar de samenwerking tussen zorgaanbieders in de keten (huisarts, zorgverzekeraar, zorgkantoor, gemeente),

cultuur (snel naar een bejaardenhuis gaan of juist niet), zorgaanbod (innovatief of behoudend) en interpretatie van beleid (wie betaalt, wie bepaalt dat iemand zorg krijgt). Naar de mate waarin deze factoren een verklaring kunnen geven, is echter niet gekeken. Het rapport van de Algemene Rekenkamer levert desalniettemin een goede aanzet om naar verklaringen te zoeken van de regionale verschillen.

#### Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Opvallend is dat de Algemene Rekenkamer een aantal verklarende variabelen, belangrijk om te zorgen dat interventies en preventiebeleid effect hebben, niet noemt in haar rapport. Naast individuele risicofactoren, zoals roken, overgewicht en lichaamsbeweging, speelt namelijk ook de omstandigheden of de omgevingsfactoren waarin iemand verkeert een rol. Zo speelt het gegeven of iemand een laag inkomen of een lage opleiding heeft een rol. Ook de woning, de buurt en de omstandigheden op de werkvloer zijn van betekenis. Dit zijn de zgn. sociaaleconomische variabelen die van invloed zijn op gezondheid. Zo blijkt dat Nederlanders met een laag opleidingsniveau, die ook een laag inkomen hebben, gemiddeld zeven jaar korter leven dan Nederlanders met een hoog opleidingsniveau. Nog opvallender is dat het kortere leven ook nog veel langer met ziekte en beperkingen wordt doorgebracht. Zo leven laagopgeleiden gemiddeld 15 jaar langer met aandoeningen dan hoogopgeleiden. En de verschillen tussen deze twee groepen neemt alleen maar toe, aldus professor Hans Bosma, hoogleraar Sociale Epidemiologie aan de Universiteit van Maastricht.

#### Vijf thema's waarin het verschil kan worden gemaakt

In zijn inaugurele rede van 19 december 2014 noemt hij een vijftal thema's binnen de sociale epidemiologie waar onderzoek op het gebied van gezondheidsverschillen een rol kan spelen om verschillen te verklaren en deze kleiner te maken. Ten eerste is volgens Bosma het verschil in gezondheid en leefstijl tussen laag en hoogopgeleiden aanzienlijk en aantoonbaar voor het merendeel van de aandoeningen. Ten tweede worden de sociaaleconomische verschillen in gezondheid niet kleiner, maar nemen ze alleen maar toe. Interventies gebaseerd op het huidige maatschappijbeeld van individuele verantwoordelijkheid blijken vooral effect te hebben op de gezondheid van hoogopgeleiden. Ten derde is het niet alleen een kwestie van opleiding, elke € 100 meer aan inkomen leidt tot een betere gezondheid. Hoe meer iemand verdient, hoe beter de gezondheid is. Ongeacht opleiding en inkomen maakt ten vierde het levensloopperspectief invloed uit. Fatalisme en een laag controlebesef leidt eveneens tot een slechtere gezondheid. Ten vijfde blijkt uit onderzoek dat het wonen in een armere buurt, ook al ben je een rijkere buurtgenoot, het risico op vroegtijdige sterfte verhoogd.

#### Regio's met elkaar vergelijken

Ondanks de beperkingen van het rapport en de afwezigheid van sociaaleconomische verschillen als verklarende variabelen, ben ik eens gaan kijken of er conclusies te trekken zijn over de regio waarin ik zelf woon: de gemeente Castricum. En dan met name naar de gemeenten Bergen, Uitgeest, Castricum en Heiloo (BUCH). Deze gemeenten werken al enige tijd intensief samen op het sociaal domein. Daarnaast hebben de gezamenlijke gemeenteraden afgelopen donderdag besloten de ambtelijke organisaties van de vier gemeenten te fuseren. Dan valt meteen op hoe moeilijk het is conclusies te trekken op het niveau van deze vier gemeenten. Want de gemeenten Castricum en Uitgeest vallen in de zorgregio Kennemerland en de gemeenten Heiloo en Bergen vallen in de zorgregio Noord-Holland Noord. Op basis van het onderzoek kunnen voor de BUCH-gemeenten dus geen conclusies, zelfs geen summieren, worden getrokken. Als we naar de twee zorgregio's kijken waarin de vier gemeenten liggen,

dan wijkt zowel de regio Kennemerland als de regio Noord-Holland Noord niet af als wij kijken naar zorg met verblijf. Wel kunnen beide regio's mogelijk leren van regio Zaanstreek-Waterland waar de zorg met verblijf per gebruiker bijna 25% lager ligt dan verwacht op basis van de bevolkingssamenstelling. En dat terwijl in deze regio het aantal bewoners dat gebruik maakt van zorg met verblijf 13% hoger ligt dan verwacht kon worden. Mogelijk kan ook geleerd worden van de regio's Nieuwe Waterweg Noord waar zorg met verblijf per gebruiker 11% lager ligt, terwijl het aantal inwoners dat gebruik maakt van zorg met verblijf 10% hoger ligt.

#### Zorg zonder verblijf en pgb-gebruik

Kijken we naar zorg zonder verblijf dan ligt het aantal gebruikers in Kennemerland tussen de 5 en de 15% lager dan verwacht kon worden. Kijken we naar de zorg zonder verblijf per gebruiker dan ligt dit zowel in Kennemerland als in Noord-Holland Noord op het verwachte gebruik. Opnieuw kan mogelijk worden geleerd van de regio Zaanstreek/Waterland, alsmede de regio's Midden-Brabant en Zeeland, in welke regio's de zorg per gebruiker 20% lager ligt. Eveneens kan mogelijk worden geleerd van de regio Amstelland en de Meerlanden waar het aantal gebruikers eveneens 20% lager ligt dan verwacht. Kijken we naar het aantal gebruikers van pgb's dan is opvallend dat de regio Kennemerland het laagste aantal pgb-gebruikers van alle regio's heeft. In Kennemerland ligt het pgb-gebruik zelfs 40% lager dan verwacht. Dit in tegenstelling tot de regio Twente waar het aantal pgb-gebruikers 90% hoger ligt. In de regio Noord-Holland Noord daarentegen ligt het pgb-gebruik slechts 15% lager dan verwacht kon worden. Dat geldt ook voor de omvang van de zorg per pgb-gebruiker in Kennemerland. Ook dat ligt ca. 15% lager.

#### Afname dure en groei goedkopere zorg

Kijken we naar het abstracte niveau van de zorgregio's Kennemerland en Noord-Holland Noord, dan is het niet uit te sluiten dat het lage gebruik van het aantal pgb's in de komende jaren in beide regio's nog wel eens flink zou kunnen toenemen. Want dat is wat we telkens zien bij de pgb's, namelijk dat het gebruik toeneemt wanneer bewoners ontdekken dat ze er 'recht' op hebben en de zorg met verblijf kan worden teruggedrongen. Dat ook de zorg zonder verblijf in de komende jaren wel eens toe zou kunnen nemen, ligt eveneens in de verwachtingen. Het is tenslotte het doel van de ombuigingsoperatie om de dure zorg met verblijf in te wisselen voor de goedkopere zorg zonder verblijf. Bij een steeds betere afstemming tussen mantelzorg, persoonlijke verzorging thuis en zorg die door de huisarts wordt verleend zal wellicht langer een beroep op zorg zonder verblijf worden gedaan. De zorg met verblijf zou in beide regio's, die niet afwijken op basis van de bevolkingssamenstelling, mogelijk nog wat kunnen afnemen door te leren van de zorgregio Zaanstreek/Waterland waar de zorg met verblijf per gebruiker bijna 25% lager ligt dan mocht worden verwacht, het aantal pgb-gebruikers 27% lager ligt en het gebruik van zorg zonder verblijf 18% lager ligt.

#### Van kwantitatief naar kwalitatief onderzoek

Hoe te zorgen dat de zorg passend is, er geen sprake is van over- of onderbehandeling en er gebruik wordt gemaakt van de beleidsruimte om op lokaal niveau maatwerk te leveren? Zorg met verblijf wordt zoals gezegd vooral verklaard door leeftijd en samenstelling van het huishouden. In welke mate deze variabelen lokaal veranderen (door ouder wordende inwoners) zal voor een belangrijk deel bepalend zijn voor de toe- of afname van de zorg in de BUCH-gemeenten. Maar zoals eerder gezegd, de vergelijkingen van de zorgregio's was met de exercitie van de Algemene Rekenkamer vooral kwantitatief van aard. Zoals de Algemene Rekenkamer in haar rapport zegt, is vooral kwalitatief

onderzoek naar de cijfers en de verbanden wenselijk. Om in BUCH-verband uit de cijfers lering te kunnen trekken is het van belang om vervolgonderzoek te doen en daarbij niet alleen een verdiepende kwalitatieve analyse te maken van de cijfers van de zorgregio's Kennemerland en Noord-Holland Noord, maar tevens in te zoomen op de gegevens die er over de BUCH-gemeenten bestaan en op de sociaaleconomische verschillen met andere regio's.

Het gesprek met andere regio's aangaan

De BUCH-gemeenten zouden er verder goed aan doen in gesprek te gaan met regio's die naar boven of beneden sterk afwijken van de BUCH-gemeenten en de regio's Kennemerland en Noord-Holland Noord. Een dergelijke verdiepende analyse lijkt mij een mooie opgave voor de nieuwe ambtelijke organisatie van de BUCH-gemeenten die momenteel wordt opgericht. Hoe het onderzoek eruit zou kunnen zien? Ik zou kiezen voor vijf of tien concrete casussen en kijken hoe de BUCH-gemeenten in deze gevallen invulling geven aan de zorgvraag en in welke mate sociaaleconomische verschillen een rol spelen in de zorgvraag. En ik zou die casussen dan vervolgens vergelijken met hoe regio's die afwijken van de BUCH-gemeenten in die gevallen de zorg zouden invullen of sociaaleconomische variabelen een rol spelen. Op basis van de uitkomst van deze casusvergelijking kan vervolgens het gesprek over mogelijke verklaringen voor de verschillen worden gevoerd (de rode draad worden ontdekt) en een aanzet worden geleverd de zorgverlening en de organisatie daarvan aan te passen zodat verschillen worden verkleind en de transformatie handen en voeten kan worden gegeven.