

Het gebruik van wijkverpleging door ouderen

De wijkverpleging wordt vanaf 2015 vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet. Met behulp van verzekerdenkenmerken is het mogelijk te voorspellen welke ouderen deze wijkverpleging gebruiken. Ouderen die een beroep doen op wijkverpleging blijken bijvoorbeeld veel curatieve zorg te gebruiken. Deze en meer voorspellingen geven aanknopingspunten voor hoe de zorgvraag kan worden beperkt en biedt zorgverzekeraars betere mogelijkheden voor een effectieve zorginkoop.

ANNIEK SIETSMA

Masterstudent aan de Rijksuniversiteit Groningen

RENÉ GROOT KOER-KAMP

Directie- en bestuursadviseur bij Zorgverzekeraars Nederland

De Nederlandse ouderenzorg wordt hervormd. Over de noodzaak van deze hervorming zijn vele partijen het eens (SER, 2012; AvdZ, 2012; Van Ewijk *et al.*, 2013). Niets doen aan het huidige AWBZ-stelsel betekent dat het zorgaanbod steeds minder aansluit op de veranderende zorgvraag van ouderen. Het leidt ook tot belemmering van de groei van de werkgelegenheid en de economie. Wanneer gekeken wordt naar de financiële houdbaarheid van het Nederlandse zorgsysteem, dan valt op dat voornamelijk de uitgaven voor langdurige ouderenzorg buiten proportie zijn (Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012). Bovendien zal door de vergrijzing het aantal mensen dat ouderenzorg nodig heeft, sterk toenemen. Bij ongewijzigd beleid zullen de collectieve uitgaven aan intra- en extramurale verzorging en verpleging in Nederland volgens ramingen de komende jaren meer dan verdubbelen van 1,8 procent van het bbp in 2010 naar 3,9 procent van het bbp in 2040 (Geerts en Willemé, 2012).

PLANNEN VOOR HERVORMING

Ook het kabinet-Rutte II is doordrongen van de noodzaak tot verandering. Staatssecretaris Van Rijn ontvouwde in november 2013 zijn definitieve plannen voor de hervorming van de langdurige zorg. Onderdeel hiervan is het besluit de extramurale functies verpleging en persoonlijke verzorging, die hoofdzakelijk worden geleverd aan ouderen, vanuit de AWBZ onder te brengen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Per 1 januari 2015 heeft iedereen vanuit de nieuwe aanspraak wijkverpleging recht op deze zorg, of op vergoeding van de kosten daarvan. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft recent een advies aan minister Schippers uitgebracht over wat de mogelijkheden zijn voor de nieuwe bijpassende bekostigingsstructuur (NZa, 2013), maar de precieze invulling hiervan is nog niet vastgesteld.

INZICHT IN GEBRUIK VAN WIJKVERPLEGING

Een andere organisatie van de ouderenzorg moet eraan bijdragen dat de doelmatigheid en de kwaliteit groter worden. De beleidshypothese die ten grondslag ligt aan de overheveling van persoonlijke verzorging en verpleging naar de Zvw, is de sterke relatie tussen de extramurale functies en eerstelijnszorg (zorg waarvoor geen verwijzing nodig is, zoals de huisartsenzorg). Na 2015 maakt de wijkverpleging onderdeel uit van deze eerstelijnszorg. Verwacht wordt dat dit leidt tot zorgverlening die beter aansluit bij de zorgbehoefte van ouderen en dat dit de zelfredzaamheid van de patiënten vergroot. Daardoor moeten ouderen langer zelfstandig thuis kunnen wonen en moet ook duurdere tweedelijnszorg en intramurale ouderenzorg worden voorkomen.

Tot dusver is er weinig inzicht in de samenhang tussen curatieve en langdurige zorg voor ouderen. Om deze overheveling goed te kunnen uitvoeren en de wijkverpleging op een juiste manier in te bedden binnen de eerstelijnszorg, is het van belang om meer inzicht te krijgen in factoren die bepalend zijn voor de kans op het gebruik en de mate van gebruik van wijkverpleging (persoonlijke verzorging en verpleging).

Voorname-lijk de doelgroep van ouderen (65 jaar en ouder) is hierbij van belang: zij maken immers de hoogste kosten en bovendien moet de grootste groei van de kosten in deze groep nog komen (De Meijer *et al.*, 2011).

Een beter inzicht in de voorspellers van het gebruik van wijkverpleging is van belang voor het leveren van zorg op maat en het vergroten van de doelmatigheid in de zorg. Daarnaast kan dit inzicht worden benut bij de vormgeving van de nieuwe bekostigingsstructuur van de wijkverpleging. Bovendien geven voorspellers van wijkverpleging inzicht in de verwachte zorgvraag, dat zorgverzekeraars kunnen gebruiken bij hun inkoopbeleid.

DATA EN METHODOLOGIE

Onderzocht is de kans op en de mate van het gebruik van wijkverpleging. Wijkverpleging is hier gedefinieerd als de extramuraal functie verpleging of persoonlijke verzorging uit de AWBZ in de vorm van ZIN, ofwel langdurige zorg in natura. Voor de mate van gebruik zijn de uitgaven voor wijkverpleging als maatstaf genomen. Dit is een betrouwbare indicator, aangezien de hoogte van de uitgaven voor het overgrote deel bepaald wordt door de arbeidskosten.

Uitgebreide data zijn verkregen via Vektis. Vektis verzamelt gegevens op persoonsniveau over uitbetaalde declaraties van zorgverzekeraars, tezamen met een aantal persoonskenmerken. Vanaf 2012 zijn naast declaratiegegevens uit de Zvw bij Vektis ook declaratiegegevens uit de AWBZ op persoonsniveau beschikbaar. Deze gegevens worden aangeleverd door de zorgverzekeraars die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de AWBZ via de Zorgkantoren. Daarnaast zijn vanuit het databestand ten behoeve van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) gegevens bekend over groepen chronisch zieken volgens de definitie van de Wtcg. Na bewerking geeft dit inzicht in comorbiditeit en multimorbiditeit (de patiënt heeft twee respectievelijk meer dan twee chronische aandoeningen) onder verzekerden.

De databestanden zijn aan elkaar gekoppeld. De geconstrueerde dataset bevat informatie van alle inwoners van Nederland van 65 jaar en ouder voor het jaar 2012. Van deze ouderen zijn zorggebruik uit het basispakket van de Zvw, extramuraal AWBZ-gebruik en chronische ziekten bekend. Daarnaast zijn de kenmerken leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status (SES) en stedelijkheidsgraad van het postcodegebied voor elke oudere bekend. Deze dataset is daarmee rijker dan die van andere onderzoeken.

Ouderen die gedurende het hele jaar 2012 in een verzorgingshuis of verpleeghuis verbleven en ouderen die in 2012 zijn overleden, zijn verwijderd uit de dataset. Voor de eerste groep is dit gedaan omdat ouderen die gedurende een heel jaar in een instelling wonen hier doorgaans niet meer weggaan. Aangenomen is dat zij daarom geen gebruik meer maken van wijkverpleging. Van mensen die in 2012 overleden zijn, is niet bekend op welke datum zij zijn overleden. Het niet verwijderen van deze groep zou de resultaten vertekenen, omdat de verhouding tussen zorggebruik en het aantal dagen dat een oudere nog leefde in 2012 onbekend is. Daarnaast bevat de dataset alleen gegevens over het ZIN-gebruik door ouderen. In de analyses is niet meegenomen of ouderen gebruikmaakten van een persoonsgebonden budget (pgb).

BESCHRIJVENDE STATISTIEKEN

Tabel 1 geeft inzicht in de verschillen tussen ouderen die gedurende het jaar 2012 wijkverpleging gebruikten en ouderen die dat niet deden. Bijna 340.000 ouderen, ofwel ongeveer twaalf procent van alle ouderen, maken gebruik van wijkverpleging. Gemiddeld maken zij dertig weken gebruik van wijkverpleging. De uitgaven bedragen gemiddeld bijna 6.900 euro per persoon.

Ouderen met wijkverpleging zijn gemiddeld genomen ook zieker. Ongeveer twee op de drie ouderen die wijkverpleging gebruiken, hebben een chronische ziekte

De gebruikers van wijkverpleging zijn gemiddeld 81 jaar, een verschil van acht jaar ten opzichte van ouderen die geen gebruik maken van wijkverpleging. Ouderen met wijkverpleging zijn gemiddeld genomen ook zieker. Ongeveer twee op de drie ouderen die wijkverpleging gebruiken, hebben een chronische ziekte. Dat is bijna twee keer zoveel als de groep ouderen zonder wijkverpleging. De ouderen die een beroep doen op wijkverpleging hebben bovendien vaker twee of meer chronische aandoeningen dan andere ouderen. Tot slot

Verschillen tussen ouderen met en zonder wijkverpleging, 2012¹

TABEL 1

	Ouderen zonder wijkverpleging	Ouderen met wijkverpleging
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	73	81
Geen chronische ziekte (in procenten)	62,6	35,6
Eén chronische ziekte (in procenten)	27,8	37,7
Comorbide (in procenten)	7,8	19,1
Multimorbide (in procenten)	1,9	7,6
Gemiddelde uitgaven huisartsenzorg	183	391
Gemiddelde uitgaven farmacie	608	1.436
Gemiddelde uitgaven ziekenhuiszorg	2.161	6.500
Gemiddelde uitgaven paramedische zorg	846	1.007
Gemiddelde uitgaven hulpmiddelen	631	982
Gemiddelde uitgaven ziekenvervoer	892	1.040
Gemiddelde overige Zvw-uitgaven	176	563

¹De getallen staan vermeld in euro's, tenzij anders aangegeven.

Bron: Vektis

laat de tabel een sterke relatie zien tussen wijkverpleging en het zorggebruik in de Zvw. Over het algemeen maken ouderen die een beroep doen op wijkverpleging meer gebruik van de curatieve zorg dan ouderen zonder wijkverpleging. Vooral de uitgaven aan ziekenhuiszorg, hulpmiddelen en ziekenvervoer zijn veel hoger voor ouderen die gebruikmaken van wijkverpleging.

RESULTATEN

Tabel 2 laat zien welke factoren van invloed zijn op de kans dat een oudere wijkverpleging gebruikt en welke factoren van invloed zijn op de mate van het gebruik.

In model 1 is een probit-analyse toegepast om de kans op wijkverpleging te schatten. Dit is een model met een binaire uitkomst. In de eerste kolom van tabel 2 zijn de marginale effecten van de probit-analyse vermeld, omdat deze gemakkelijker te interpreteren zijn. De keuze voor een probit is ondermeer gebaseerd op een onderzoek van De Meijer *et al.* (2011), waarin een soortgelijke analyse wordt uitgevoerd. In model 2 is de mate van het gebruik van wijkverpleging geschat met behulp van een OLS-regressie. De mate van het gebruik is conditioneel op het gebruik van wijkverpleging.

Bij vrouwen is de kans op het gebruik van wijkverpleging groter en wordt er ook meer wijkverpleging afgenomen. Dit is een sterk en zeer significant effect. Vrouwen hebben 2,5 procentpunt meer kans op wijkverpleging dan mannen. Bovendien hebben vrouwen gemiddeld ruim 1.100 euro meer uitgaven aan wijkverpleging dan mannen. Een mogelijke verklaring hiervoor is het feit dat vrouwen een hogere levensverwachting hebben dan mannen. Vrouwen kunnen vaak wel mantelzorg verlenen aan hun partner, maar zij zijn na het overlijden van hun partner op zichzelf aangewezen en kunnen minder een beroep doen op informele zorg. (Wong *et al.*, 2008).

Ouderen met een gemiddelde en hoge SES hebben een kleinere kans op wijkverpleging dan ouderen met een lage SES. Dit effect is niet gemeten voor de mate van het gebruik van wijkverpleging. Verschillen in leefstijl tussen lage en hoge SES is een van de mogelijke verklaringen. Een andere verklaring hiervoor is dat ouderen met een hogere sociaaleconomische status beter in staat zijn om informele zorg te organiseren of meer mogelijkheden hebben om te kiezen voor private vormen van thuisverpleging die niet via premiegeld worden gefinancierd. Behoren deze alternatieven niet tot de mogelijkheden en is men aangewezen op wijkverpleging, dan beïnvloedt de SES niet de hoeveelheid wijkverpleging waarop een beroep wordt gedaan.

Ouderen die in een plattelandsregio wonen, hebben een hogere kans om gebruik te maken van wijkverpleging dan ouderen in stedelijk gebied. Dit is een resultaat dat ook is gevonden door Jonker *et al.* (2007). Dit betekent niet dat ouderen in stedelijke gebieden een kleiner beroep doen op de zorg. In 2012 waren namelijk de ouderen die in een verzorgings- of verpleegtehuis verbleven naar verhouding vaker woonachtig in stedelijk gebied dan in plattelandsregio's. Dit duidt erop dat ouderen woonachtig in een stedelijk gebied eerder gebruikmaken van intramurale zorg terwijl men in plattelandsregio's langer thuis blijft wonen en daardoor vaker een beroep doet op wijkverpleging. Verschillen in het aanbod van intramurale capaciteit is een mogelijke verklaring. Ook het gebrek aan geschikte seniorenwoningen in steden kan een belangrijke verklaring zijn voor het relatief grote aandeel intramurale patiënten afkomstig uit stedelijk gebied. Daarnaast kan een grote sociale cohesie op het platteland een reden zijn dat ouderen in landelijke regio's een grotere kans hebben op wijkverpleging.

Chronisch zieken hebben een grotere kans op wijkverpleging en maken er ook meer gebruik van. Comorbiditeit en multimorbiditeit bij ouderen duiden op een verhoogde kans om wijkverpleging te gebruiken. Hierbij neemt de kans meer dan evenredig toe als de oudere meerdere chronische ziekten heeft. De mate van gebruik van wijkverpleging is tevens hoger voor chronisch zieken. Maar wanneer een oudere meer chronische aandoeningen heeft dan volgt logischerwijs niet continu een even grote stijging in de zorgvraag.

Naarmate iemand ouder wordt neemt de kans op gebruik en de hoeveelheid wijkverpleging die wordt afgenomen toe. Deze bevinding sluit aan bij de bestaande literatuur (Bakx *et al.*, 2013).

De kans op gebruik en de hoeveelheid wijkverpleging zijn groter als de oudere ook veel curatieve zorg gebruikt. In de analyse zijn de uitgaven van verschillende soorten curatieve zorg meegenomen: de uitgaven aan huisartsenzorg,

Het gebruik van wijkverpleging verklaard

TABEL 2

	Model 1: Kans op wijkverpleging	Model 2: Mate van gebruik wijkverpleging
Dummyvariabelen	Coëfficiënt	Coëfficiënt
Vrouw	0,0247***	1.120,86***
SES onbekend	Referentie	Referentie
SES laag	-0,0002	-375,17***
SES gemiddeld	-0,0009***	-457,71***
SES hoog	-0,0054***	-443,19***
Stedelijkheidsgraad laag	Referentie	Referentie
Stedelijkheidsgraad gemiddeld	0,0003	-153,13***
Stedelijkheidsgraad hoog	0,0049***	382,36***
Geen chronische ziekte	Referentie	Referentie
Eén chronische ziekte	0,0016***	473,19***
Comorbide	0,0049***	301,34***
Multimorbide	0,0069***	269,82***
Schaalvariabelen ¹	Coëfficiënt	Coëfficiënt
Leeftijd (in jaren)	0,0066***	196,67***
(log)Uitgaven huisarts ²	0,0308***	1.130,80***
(log)Uitgaven farmacie	0,0144***	1.503,86***
(log)Uitgaven ziekenhuiszorg	0,0073***	-907,37***
(log)Uitgaven paramedische zorg	0,0021***	1.283,16***
(log)Uitgaven hulpmiddelen	0,0086***	1.643,55***
(log)Uitgaven ziekenvervoer	0,0007**	272,09***
(log)Overige zorguitgaven	0,0000	-6,67***

¹ Vermeld in euro's, tenzij anders aangegeven.

² Dit is een kwadratische relatie. De coëfficiënten in deze rij geven het marginale effect voor de gemiddelde oudere aan.

/ Significat op respectievelijk vijf- en eenprocentniveau

Bron: Eigen berekeningen op basis van gegevens van Vektis

medicijnen, hulpmiddelen, ziekenhuiszorg, ziekenvervoer, paramedische zorg en overige Zvw-zorg (bestaande uit onder meer geestelijke gezondheidszorg en mondzorg). Naarmate ouderen een groter beroep doen op een of meerdere bovengenoemde soorten zorg, vergroot dit de kans op het gebruik van wijkverpleging (behalve voor overige Zvw-zorg, deze coëfficiënt is niet significant). Voornamelijk hogere uitgaven aan de huisarts en medicijnen vergroten de kans om wijkverpleging nodig te hebben. Een stijging van de uitgaven van één procent voor huisartsenzorg en farmacie betekent een stijging van de kans op het gebruik van wijkverpleging van 0,031 procentpunt respectievelijk 0,014 procentpunt. Hogere uitgaven aan hulpmiddelen, medicijnen en paramedische zorg zijn voornamelijk van invloed op de hoeveelheid wijkverpleging die wordt gebruikt. Als deze uitgaven met één procent stijgen, stijgen de uitgaven aan wijkverpleging met respectievelijk 16, 15 en 13 euro.

Voor de variabele 'uitgaven ziekenhuiszorg' is de coëfficiënt sterk positief als gekeken wordt naar de kans op gebruik van wijkverpleging. Deze uitkomst kan verklaard worden door het feit dat als ouderen eenmaal een groot beroep doen op ziekenhuiszorg dit een indicatie is dat zij hulpbehoevender zijn geworden en daarom een beroep doen op wijkverpleging. Dit geldt niet voor de hoeveelheid wijkverpleging die wordt gebruikt. De coëfficiënt van de variabele 'uitgaven ziekenhuis' is hier namelijk sterk negatief. Dit betekent dat patiënten die hogere ziekenhuisuitgaven hebben, minder wijkverpleging gebruiken. Mogelijk wordt dit verklaard doordat zieke patiënten die veel in het ziekenhuis verblijven, thuis minder zorg consumeren.

Tot slot, uit de analyse blijkt een sterk significante correlatie tussen de curatieve zorg en de wijkverpleging. Het is wel noodzakelijk om te melden dat er nog weinig tot geen literatuur beschikbaar is over de wijze waarop curatieve zorg en langdurige zorg elkaar beïnvloeden. In bovenstaande analyse is gekeken in hoeverre het gebruik van curatieve zorg de kans op en de hoeveelheid wijkverpleging beïnvloedt. Het is goed mogelijk dat er sprake is van een omgekeerde causaliteit. Met de beschikbare data is de richting van de causaliteit helaas niet goed te onderzoeken, maar dit wordt wel mogelijk zodra bij Vektis ook declaratiegegevens uit de AWBZ over 2013 beschikbaar zijn.

CONCLUSIE EN BELEIDSIMPLICATIES

De keuze van het kabinet om de wijkverpleging vanuit de AWBZ over te hevelen naar de Zvw maakt integrale ouderenzorg mogelijk. Na de hervorming van de langdurige zorg wordt het voor zorgverzekeraars mogelijk om binnen één domein de curatieve zorg en de wijkverpleging samenhangend in te kopen. De meerwaarde hiervan kan groot zijn: het blijkt dat ouderen die wijkverpleging gebruiken naar verhouding ook veel een beroep doen op de huidige curatieve zorg uit de Zvw.

De geïdentificeerde voorspellers geven daarnaast een eerste inzicht in welke verzekerdenkenmerken gebruikt kunnen worden voor de bekostiging van de wijkverpleging in de nieuwe situatie. Tot slot kunnen zorgverzekeraars op basis van deze verzekerdenkenmerken een inschatting maken van de individuele vraag naar wijkverpleging van ouderen. Daarmee kunnen zorgverzekeraars op een adequate wijze voldoende wijkverpleging inkopen om aan hun zorgplicht te voldoen.

LITERATUUR

- AvdZ (2012) *De Agenda voor de zorg, aanbod aan politiek en samenleving van het zorgveld*. Utrecht: Agenda voor de zorg.
- Bakx, P., F.T. Schut en E. van Doorslaer (2013) Can risk adjustment prevent risk selection in a competitive long-term care insurance market? *Tinbergen Institute Discussion Paper*, 017.
- Ewijk, E. van, A. van der Horst en P. Besseling (2013) *Gezondheid loont, tussen keuze en solidariteit. Toekomst voor de Zorg*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Geerts, J. en P. Willemé (2012) Projections of LTC expenditures. In: *Performance of long-term care systems in Europe*. ENEPRI Research report, 117.
- Jonker, J.J., K. Sadiraj, I. Woittiez et al. (2007). *Verklaringsmodel verpleging en verzorging 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Meijer, C. de, M. Koopmanschap, T. Bago d'Uva en E. van Doorslaer (2011) Determinants of long-term care spending: age, time to death or disability? *Journal of Health Economics*, 30,(2), 425-438.
- NZA (2013) *Advies bekostiging wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- SER (2012) *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg*. SER Advies, 06.
- Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012) *Naar beter betaalbare zorg*. Den Haag: Taskforce Beheersing Zorguitgaven.
- Wong, A., G.J. Kommer en J.J. Polder (2008) *Levensloop en zorgkosten, solidariteit en de zorgkosten van vergrijzing*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.