

EMPIRISCHE ANALYSE

Thuiszorg is niet altijd goedkoper dan verpleeghuiszorg

Veel hervormingen in de ouderenzorg zijn erop gericht om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen in plaats van in een instelling. Het idee hierachter is dat er thuis net zo goed voor ouderen gezorgd kan worden, en zeker een stuk goedkoper. Maar is dat eigenlijk wel zo?

ALBERT WONG
Statisticus bij het
Rijksinstituut voor
Volksgezondheid en
Milieu

PIETER BAKX
Universitair docent
aan de Erasmus
School of Health
Policy & Manage-
ment (ESHPM)

**BRAM
WOUTERSE**
Wetenschappelijk
medewerker bij het
Centraal Planbureau
en universitair docent
aan de ESHPM

**EDDY VAN
DOORSLAER**
Hoogleraar aan de
Erasmus School of
Economics en aan de
ESHPM

Dit artikel is gebaseerd op onderzoek in Bakx et al. (2018)

De laatste twintig jaar blijven ouderen steeds langer thuis wonen. Vaak omdat ze dat graag zelf willen, maar ook omdat de toegang tot intramurale ouderenzorg lastiger is gemaakt (De Meijer et al., 2015; Alders et al., 2016). Beleid dat de toegang tot de intramurale ouderenzorg beperkt, wordt vaak bepleit omdat thuiszorg goedkoper zou zijn (Algemene Rekenkamer, 2018), en omdat ouderen thuis een hogere kwaliteit van leven hebben. De langdurige zorg voor ouderen kost jaarlijks 12,6 miljard euro (RIVM, 2016) en de uitgaven zullen door de vergrijzing alleen maar toenemen.

Het is echter nooit vastgesteld dat langer thuis wonen niet ten koste gaat van de gezondheid en daadwerkelijk tot lagere zorgkosten leidt. Er is een groep ouderen die op basis van hun gezondheid zowel een indicatie voor de intramurale zorg als voor de thuiszorg kan krijgen. Wij onderzoeken of binnen deze groep over de periode 2009–2013 de sterfte en totale zorgkosten verschillen tussen ouderen met een indicatie voor thuiszorg én intramurale zorg (Bakx et al., 2018).

INSTRUMENTELE VARIABELENANALYSE

Door simpelweg de gezondheid en kosten van ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen te vergelijken met die van ouderen die thuiszorg ontvangen, is niet vast te stellen of langer thuis wonen inderdaad beter voor de gezondheid en goedkoper is. Ouderen die gebruikmaken van intramurale zorg hebben namelijk vaak een slechtere gezondheid dan ouderen die thuiszorg ontvangen. Niet alle aspecten van gezondheid die er toe zouden kunnen doen, zoals de ernst van een ziekte, of de mate waarin een ziekte specifieke beperkingen oplevert, kunnen in de data worden geobserveerd.

We vergelijken daarom de ontwikkeling van de gezondheid en zorgkosten van ouderen die een indicatie voor intramurale zorg hebben gekregen, met die van vergelijkbare ouderen die een indicatie voor thuiszorg hebben gekregen. Dat doen we door alleen naar verschillen in indicatiestelling te kijken die het gevolg zijn van hoe de indicatiesteller het afwegingskader hanteert (zie kader 1). Qua gezondheid zit een deel van de ouderen precies op de grens tussen thuiszorg en intramurale zorg. Voor die groep geldt dat als ze bij een relatief soepele indicatiesteller terecht komen, ze een indicatie voor verpleeghuiszorg krijgen, maar bij een relatief strenge indicatiesteller een voor thuiszorg. Omdat een aanvraag binnen een regio willekeurig aan een indicatiesteller wordt toegewezen, leidt dit voor sommige ouderen uit die groep tot toevallige verschillen bij het krijgen van een indicatie voor intramurale zorg.

Via een instrumentele variabele regressie (2SLS) schatten we de effecten van de intramurale zorg op gezondheid en zorgkosten. We voorspellen eerst de kans dat iemand een indicatie voor intramurale zorg krijgt op basis van de indicatiesteller die de aanvraag behandelt. Bij een indicatiesteller die relatief veel aanvragen voor intramurale zorg goedkeurt, zal die kans groter zijn dan bij een indicatiesteller die relatief weinig aanvragen goedkeurt. Vervolgens gebruiken we deze voorspelde indicatiekans als verklarende variabele (instrument) voor sterfte, ziekenhuisgebruik en voor zorgkosten. Omdat we alleen het deel van de variatie in de indicatiestelling gebruiken dat het gevolg is van toeval, spelen niet-geobserveerde factoren, zoals specifieke aspecten van gezondheid, die zowel de indicatie als de uitkomsten beïnvloeden geen rol. Daarom kunnen we onze schatting als causale effecten interpreteren voor de onderzochte doelgroep.

We schatten het effect van een *indicatie* voor intramurale zorg. De controlegroep krijgt hierbij altijd een indicatie voor thuiszorg. Omdat niet alle geïndiceerde ouderen hun indicatie (direct) verzilveren, en omdat ouderen die geen indicatie krijgen later opnieuw een aanvraag kunnen doen, is dit effect niet helemaal hetzelfde als dat van een daadwerkelijke opname. Wat wij schatten is in feite het effect

Indicatiestelling is mensenwerk

KADER 1

Iemand die gebruik wil maken van langdurige zorg, heeft daarvoor een indicatie nodig. Die indicaties worden afgegeven door het Centrum voor Indicatiestelling Zorg (CIZ). Voordat de AWBZ in 2015 vervangen werd door de Wlz, gold dit zowel voor de intramurale zorg als voor de thuiszorg. De indicatiestellers van het CIZ bepalen of iemand recht had op langdurige zorg – en zo ja, op wat voor soort zorg: thuiszorg of zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis. Zij gebruiken daarbij een afwegingskader. De richtlijnen in dat kader gaan niet alleen over de gezondheid en beperkingen van ouderen, maar bijvoorbeeld ook over de aanwezigheid van mantelzorgers. Omdat iedere oudere anders is, en maatwerk belangrijk wordt gevonden, hebben indicatiestellers noodzakelijkerwijs een zekere mate van vrijheid om de algemene richtlijnen toe te passen op de specifieke behoeften van een oudere.

Elke indicatiesteller maakt – binnen het afwegingskader – net iets andere keuzes. Ouderen met ernstige gezondheidsproblemen zullen bij iedere indicatiesteller een indicatie voor intramurale zorg krijgen, maar voor minder ernstige gevallen is het moeilijker om te bepalen of ze thuiszorg of intramurale zorg nodig hebben. Daardoor bestaan er structurele verschillen tussen indicatiestellers in het deel van de aanvragen dat zij goedkeuren. Indicatiestellers die relatief veel aanvragen goedkeuren duiden wij, in aansluiting op de internationale literatuur, aan als ‘soepel’. Een soepele interpretatie van het afwegingskader is echter niet per se goed of slecht, maar een onvermijdelijk onderdeel van de indicatieprocedure, waarin algemene regels op specifieke gevallen worden toegepast (Lipsky, 2010).

van het aanbieden van een opname (een *intention-to-treat*-effect; Eberwein et al., 1997), en niet van de opname zelf.

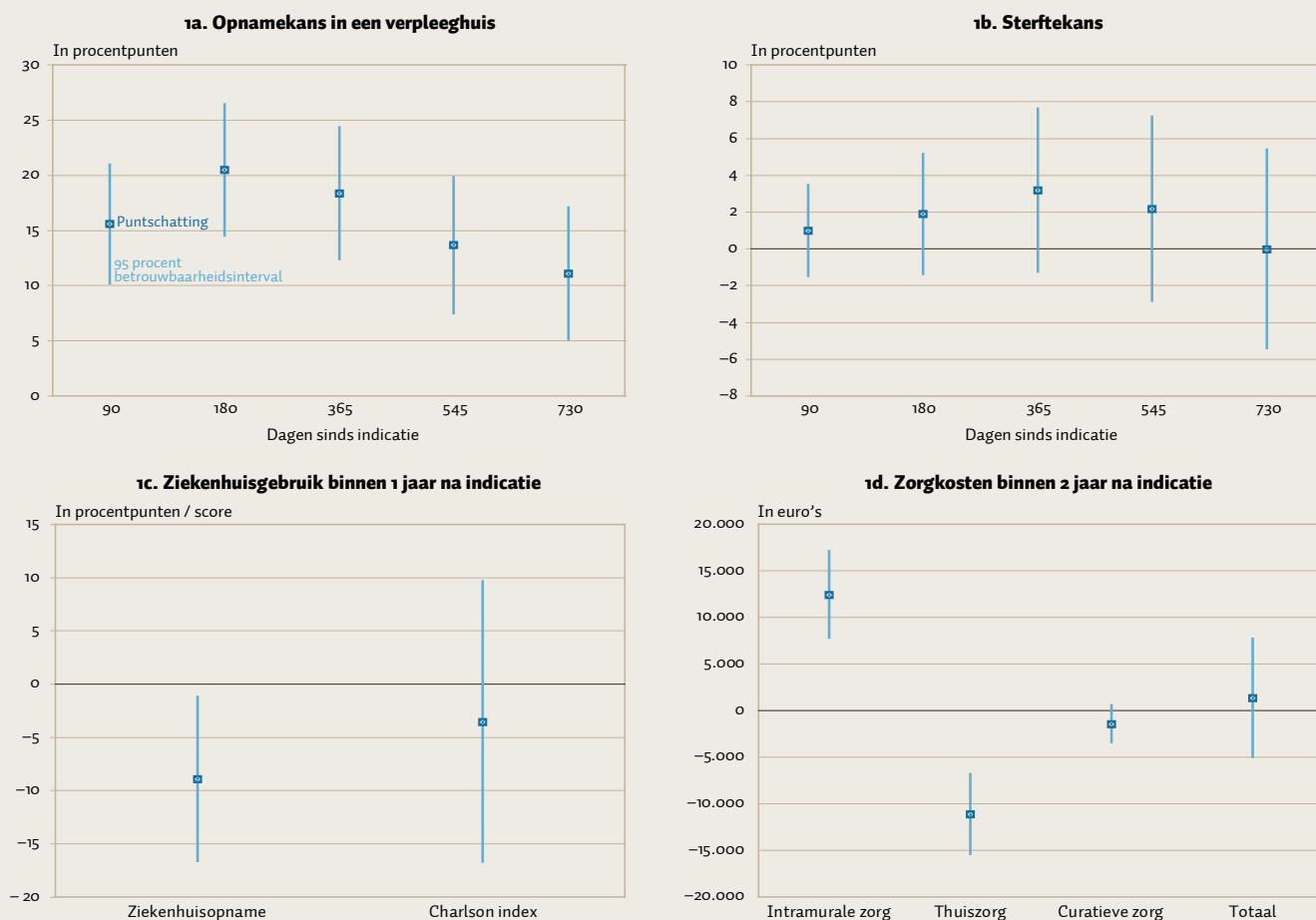
Voor deze analyse maken we gebruik van de data over alle afgegeven indicaties uit de periode 2009–2013. We selecteren 51.047 aanvragen voor intramurale zorg van 65-plussers die nog thuis woonden op het moment van de aanvraag. We controleren voor bestaande verschillen in gezondheid op basis van het gebruik van ouderenzorg, medicatie en van ziekenhuisopnames in de voorgaande twee jaar. Daarnaast controleren we voor sociaal-economische factoren en voor de beschikbaarheid van mantelzorg. De zorgkosten zijn de publieke uitgaven aan curatieve zorg die vergoed worden via de basisverzekering (ZVW) en ook de kosten aan thuiszorg en intramurale zorg bekostigd uit de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ).

EFFECTEN VAN INTRAMURALE ZORG

Figuur 1a laat het effect van een indicatie zien op de kans om daadwerkelijk gebruik van intramurale zorg. De effecten zijn gemeten op verschillende momenten na de indicatiebeslissing. Zoals verwacht, worden ouderen die een indicatie voor intramurale zorg krijgen vaker opgenomen in een instelling dan ouderen die een indicatie voor thuiszorg krijgen. Niet alle ouderen met een indicatie voor intra-

Effecten van een indicatie voor verpleeghuiszorg ten opzichte van geen-indicatie

FIGUUR 1



Noot: Intramurale zorg en thuiszorg zijn de zorg in de twee jaren direct volgend op het moment van indicatie, curatieve zorg en totaal betreffen de eerste twee volledige kalenderjaren volgend op het jaar waarin geïndiceerd wordt.

murale zorg nemen die indicatie ook (meteen) op. En als hun gezondheid verslechtert, kunnen ouderen met een indicatie voor thuiszorg alsnog een nieuwe aanvraag voor intramurale zorg doen. Daarom is het verschil tussen beide groepen niet 100 procentpunt en verandert dit ook over de tijd. Na zes maanden is het verschil het grootst: 20,5 procentpunt. We nemen hier de effecten op sterfte, op ziekenhuisopnames en op zorgkosten onder de loep.

Geen effect op sterfte

Toegang tot intramurale zorg heeft geen effect op sterfte. Zoals figuur 1b laat zien, is er geen significant verschil in sterftekans tussen beide groepen.

Minder ziekenhuisopnames

Toegang tot intramurale zorg verlaagt wel de kans op een ziekenhuisopname binnen één jaar met negen procentpunt. Dit wijst mogelijk op positieve gezondheidseffecten van de verpleeghuiszorg, maar het is waarschijnlijker dat een deel van de ziekenhuiszorg wordt overgenomen door de zorginstelling. Er is geen significant effect op ziekenhuisopnames voor levensbedreigende aandoeningen, zoals uitgedrukt in de Charlson-index in Figuur 1c.

Gelijke zorgkosten

De totale zorgkosten van ouderen met een indicatie voor intramurale zorg zijn niet hoger dan die voor ouderen met een indicatie voor thuiszorg (figuur 1d). Ouderen met een indicatie voor intramurale zorg gebruiken in de volgende

twee jaar weliswaar voor 12.450 euro meer aan intramurale zorg, maar daar staat tegenover dat ze 11.140 euro minder aan thuiszorg gebruiken en 1.420 euro minder aan curatieve zorg.

IMPLICATIES

Bij de interpretatie van de uitkomsten zijn een paar dingen van belang. Ten eerste gaat dit onderzoek over ouderen die een indicatie voor intramurale zorg aanvragen, en dan een indicatie voor intramurale zorg of thuiszorg krijgen. Ouderen die een aanvraag doen voor thuiszorg, hebben over het algemeen een betere gezondheid dan de aanvragers voor intramurale zorg. Over de effecten voor die groep kunnen wij dus geen uitspraken doen.

Ten tweede gaan onze resultaten alleen op voor ouderen voor wie het krijgen van een indicatie voor thuiszorg of intramurale zorg afhangt van welke indicatiesteller de aanvraag beoordeelt. Zelfs de strengste indicatiesteller in onze dataset keurt nog altijd 54 procent van de aanvragen goed. Deze ouderen hebben kennelijk een dusdanig slechte gezondheid dat thuiszorg voor hen nooit een optie is. Over die groep zeggen onze resultaten dus ook niets. Ten derde nemen we een aantal belangrijke kosten en baten niet mee. Bijvoorbeeld de effecten op het welzijn van de patiënt en op de gezondheid van de familie en andere mantelzorgers.

Maar er zijn dus ouderen voor wie het qua gezondheid en zorgkosten nauwelijks uitmaakt of zij een indicatie krijgen voor thuiszorg of voor intramurale zorg. Bij deze groep lijkt de langdurige zorg in de onderzoeksperiode dus in balans: het strenger maken of juist versoepelen van de toegang tot intramurale zorg zal hier geen grote effecten op de gezondheid hebben, maar ook niet tot lagere kosten leiden.

Ons onderzoek gaat over de jaren 2009–2013. Hierna hebben er een aantal grote hervormingen plaatsgevonden. Hervormingen in de periode 2013–2015 waren gericht op een vermindering van het gebruik van intramurale zorg en op een verplaatsing van de organisatie en financiering van de thuiszorg van de regionale zorgkantoren naar de gemeenten toe. Daarbij werd er in 2015 ook een aanzienlijke bezuiniging opgelegd (CPB, 2015). Het nieuwe kabinet heeft daarentegen juist afgesproken om jaarlijks structureel 2,1 miljard euro extra uit te trekken voor verpleeghuiszorg (Rijksoverheid, 2017). Het is niet duidelijk hoe deze verschuivingen de balans tussen thuiszorg en intramurale zorg voor de studiepopulatie hebben beïnvloed. Wel tonen wij aan dat ouderen langer thuis laten wonen niet automatisch tot kostenbesparingen leidt.

LITERATUUR

Alders, P., H.C. Comijs en D.J. Deeg (2017) Changes in admission to long-term care institutions in the Netherlands: comparing two cohorts over the period 1996–1999 and 2006–2009. *European Journal of Ageing*, 14(2), 123–131.

Algemene Rekenkamer (2018) Resultaten verantwoordingsonderzoek 2017: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI). Rapport te vinden op www.rekenkamer.nl.

Bakx, P.H.M., B. Wouterse, E. van Doorslaer en A. Wong (2018) Better off at home? Effects of a nursing home admission on costs, hospitalizations and survival. Tinbergen Discussion Paper, 18-060/V.

CPB (2014) *Centraal Economisch Plan 2014*, 18 maart. Publicatie te vinden op www.cpb.nl.

Eberwein, C., J.C. Ham en R.J. Lalonde (1997) The impact of being offered and receiving classroom training on the employment histories of disadvantaged women: evidence from experimental data. *The Review of Economic Studies*, 64(4), 655–682.

Lipsky, M. (2010) *Street level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service. Second edition*. New York: Russell Sage Foundation.

Meijer, C. de, P. Bakx, M. Koopmanschap en E. van Doorslaer (2015) Explaining declining rates of institutional LTC use in the Netherlands: a decomposition approach. *Health Economics* 24(S1), 18–31.

Rijksoverheid (2017) *Regeerakkoord 2017: vertrouwen in de toekomst*. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.

RIVM (2016) *Voorlopige toewijzing kosten van ziekten 2015*. RIVM Notitie 2016-1. Te vinden op www.volksgezondheidenzorg.info.

In het kort

- ▶ Ouderen met een indicatie voor verpleeghuiszorg hebben even hoge zorgkosten als vergelijkbare ouderen met een indicatie voor thuiszorg.
- ▶ Ouderen met een indicatie voor verpleeghuiszorg overlijden even snel als vergelijkbare ouderen met een indicatie voor thuiszorg, maar gaan minder vaak naar het ziekenhuis.