



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Het verschil in zorgkosten tussen zorg met en zonder verblijf in de Wlz

Een vergelijkende studie
naar de zorgkosten van
ouderen met intramurale
en extramurale Wlz-zorg na
een ingrijpende gebeurtenis



Samen gezond, fit en veerkrachtig

Inhoudsopgave

	Abstract	5
1.	Inleiding	6
2.	Literatuur	8
	Verschillen in zorgkosten tussen extramurale en intramurale zorg	8
	Het publieke perspectief	8
	Het maatschappelijke perspectief	10
	Ingrijpende gebeurtenis	10
3.	Data	11
	Herkomst en eigenschappen	11
	Beschrijvende statistiek	12
	Verklaarde variabelen	12
	Verklarende variabelen	13
	Controlevariabelen	14
4.	Methode	17
	Analysemethode	17
	Gebruik van ingrijpende gebeurtenissen in de analysemethode	19
5.	Resultaten	20
	Verdeling zorgkosten per groep	20
	Regressieanalyse	21
	Totale zorgkosten	21
	Zvw- en Wlz-kosten	22
	Effecten per leveringsvorm	23
	Effecten in het tweede jaar	24
	Controles robuustheid	26
6.	Conclusie en discussie	27
	Conclusie	27
	Beperkingen en vertekeningen	28
	Beleidsimplicatie	29
	Discussie	30
	Relatie met Nederlandse wetenschappelijke literatuur	30
	Vervolgonderzoek	31
	Literatuurlijst	32
	Bijlage	33



Abstract

Inleiding

De uitgaven aan de ouderenzorg zijn de afgelopen jaren sterk gestegen en de verwachting is dat deze uitgaven de komende decennia niet alleen verder zullen stijgen, maar ook sneller stijgen dan de economische groei. Dit zet de betaalbaarheid van de ouderenzorg onder druk. Een mogelijke beleidsoplossing is om meer in te zetten op extramurale Wlz-zorg (zorg zonder Wlz-verblijf) als alternatief voor intramurale Wlz-zorg (zorg met Wlz-verblijf), zoals ook in het Coalitieakkoord van Rutte IV wordt benoemd.

Hoofdvraag

Deze studie onderzoekt in hoeverre de publiek-gefinancierde zorguitgaven (binnen de Zorgverzekeringswet en Wet Langdurige Zorg) van elkaar verschillen tussen ouderen die zorg met of zonder verblijf in de Wlz ontvangen. Ouderen zonder verblijf in de Wlz ontvangen zorg middels een Volledig Pakket Thuis (VPT), Modulair Pakket Thuis (MPT) of Persoonsgebonden Budget (PGB). Ouderen met verblijf in de Wlz verblijven in een verpleeghuis.

Data en methode

Met data van het CBS, Vektis en het CAK vergelijken we de totale zorgkosten (Zvw en Wlz) van ouderen (70-plussers) in de periode 2017 – 2019. Daarbij controleren we voor belangrijke achtergrondkenmerken. Om ouderen met verschillende zorgvormen op betrouwbare wijze met elkaar te kunnen vergelijken, richten we ons op ouderen die een ingrijpende gebeurtenis (zoals een heupfractuur) hebben meegemaakt. Ouderen zijn na die gebeurtenis op gezondheidsgebied beter met elkaar te vergelijken. We richten ons op de zorgkosten in het jaar nadat verpleeghuisopname heeft plaatsgevonden (ouderen met intramurale Wlz-zorg) of het jaar nadat verpleeghuisopname had kunnen plaatsvinden (ouderen met extramurale Wlz-zorg).

Resultaten

De resultaten wijzen op een significant en substantieel verschil in zorgkosten tussen ouderen die intramuraal en extramuraal Wlz-zorg ontvangen. De totale zorgkosten (Zvw en Wlz) van ouderen met intramurale Wlz-zorg liggen in het eerste jaar € 27.329 hoger dan voor ouderen met extramurale Wlz-zorg. Het kostenverschil is sterk afhankelijk van de leveringsvorm en is het kleinst voor VPT en het grootst voor MPT. In de analyse wordt niet expliciet gecorrigeerd voor huisvestingskosten van ouderen met intramurale Wlz-zorg omdat deze onderdeel zijn van de publiek gefinancierde Wlz-uitgaven. Ondanks dat ouderen met intramurale Wlz-zorg in totaal meer zorgkosten hebben dan ouderen met extramurale Wlz-zorg, zien we dat ouderen met intramurale Wlz-zorg minder zorgkosten binnen de Zvw maken. Een deel van de zorgbehoefte die normaal binnen de Zvw zou vallen, kan mogelijk in het verpleeghuis vervuld worden. Verder valt op dat het bestudeerde kostenverschil in het tweede jaar afneemt. Mogelijk lopen de kostenverschillen tussen ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg over tijd terug.

Beleidsimplicaties

De resultaten suggereren dat beleid gericht op het langer thuis wonen van ouderen de betaalbaarheid van de ouderenzorg kan verbeteren. De mogelijke besparingen hangen daarbij wel af van de leveringsvorm waarbinnen Wlz-zorg geleverd wordt en nemen in het tweede jaar af. Daarbij geldt eveneens dat het belangrijk is om in beleid rekening te houden met de kwaliteit, toegankelijkheid en personele houdbaarheid van de zorg. Deze studie is enkel gericht op de kostenverschillen tussen zorg met en zonder verblijf in de Wlz.

1. Inleiding

De vergrijzing in Nederland zet de betaalbaarheid van de (ouderen)zorg onder druk. In 2021 woonden bijna 3,5 miljoen 65-plussers in Nederland (20% van de bevolking). Naar verwachting zal dat aantal stijgen naar 4,2 miljoen in 2030 (23% van de bevolking) en 4,8 miljoen in 2040 (25% van de bevolking).¹ Met name het aantal 80-plussers zal sterk toenemen. De 80-plussers zijn ook de groep die het meest gebruik maakt van Wlz-zorg. De vergrijzing vormt een toenemende druk op de betaalbaarheid van de (ouderen)zorg. De uitgaven aan de ouderenzorg zijn de afgelopen jaren sterk gestegen en de verwachting is dat deze de komende decennia verder zullen oplopen. Voor de periode 2022 – 2025 verwacht het CPB dat de netto zorguitgaven binnen de Wet Langdurige Zorg (Wlz) in reële termen gemiddeld met 3,6% per jaar zullen groeien (CPB, 2019), tegenover een bbp-groei van gemiddeld 2,3% per jaar in dezelfde periode (CPB, 2022).

Het langer thuis blijven wonen kan bijdragen aan de betaalbaarheid van de ouderenzorg. Beleid is de afgelopen jaren al gericht op het langer thuis laten wonen van ouderen. Dit lijkt aan te sluiten bij de wens van een belangrijk deel van de Nederlandse ouderen. Zo geeft ruim de helft van de 55-plussers en bijna drie kwart van de 75-plussers aan niet naar een verpleeghuis te willen verhuizen, tenzij dat niet anders kan.² Het langer thuis blijven wonen kan daarnaast ook bijdragen aan de betaalbaarheid van de ouderenzorg. Zorgaanbieders ontvangen hogere vergoedingen voor intramurale Wlz-zorg dan voor extramurale Wlz-zorg. Daar kunnen meerdere redenen voor zijn. Ten eerste kunnen ouderen die in een verpleeghuis verblijven kwetsbaarder zijn en daardoor een zwaardere zorgbehoefte hebben. Daarnaast zijn de huisvestingskosten bij intramurale Wlz-zorg onderdeel van de aanspraak. Ten derde kunnen ouderen die in een verpleeghuis verblijven gemakkelijker gebruik maken van zorg; de drempel tot het ontvangen van zorg is lager (Kok et al., 2015). Zo kunnen ouderen makkelijker de hulp van een verpleegkundige inschakelen en is de beschikbaarheid van medische hulpmiddelen (zoals rolstoelen) groter. Tot slot bestaat de mogelijkheid dat ouderen in een verpleeghuis sneller achteruitgaan omdat zij minder actief zijn dan ouderen die nog thuis wonen (Kok et al., 2015). Zij hoeven bijvoorbeeld niet meer zelf te koken. Naar verwachting leiden deze factoren tot een intensiever zorggebruik en meer kosten. Hier staat tegenover dat zorg mogelijk efficiënter in een verpleeghuis geleverd kan worden dan bij ouderen met extramurale Wlz-zorg. Op de reistijd en -kosten van de zorgverlener kan mogelijk bespaard worden.

Dit onderzoek analyseert de verschillen in zorgkosten tussen ouderen met en zonder verblijf in de Wlz.³ Het analyseren van de kostenverschillen tussen zorg met en zonder verblijf in de Wlz ligt complexer dan simpelweg de Wlz-tarieven van de verschillende financieringspakketten met elkaar te vergelijken. Daar zijn twee belangrijke redenen voor. Ten eerste kan het langer thuis blijven wonen tot spillover effecten vanuit de Wlz naar de Zvw (Zorgverzekeringswet) en Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) leiden. Zorg in het kader van de Zvw kan bijvoorbeeld in het geval van extramurale Wlz-zorg duurder uitvallen dan bij intramurale Wlz-zorg omdat de medische behandeling geen onderdeel is van de zorgpakketten met extramurale Wlz-zorg. Ten tweede kan zelfselectie plaatsvinden van ouderen met een zwaardere zorgbehoefte. Deze ouderen zullen eerder geneigd zijn het verpleeghuis in te gaan dan extramuraal Wlz-zorg te ontvangen. Door de zorgkosten van beide groepen met elkaar te vergelijken, kan een vertekend beeld ontstaan over de kostenbesparingen die mogelijk gerealiseerd kunnen worden; ouderen met verblijf in de Wlz zouden ongeacht de vorm (intramuraal of extramuraal) waarin zij die zorg ontvangen hadden, hogere zorgkosten hebben dan ouderen zonder verblijf in de Wlz. Dit onderzoek bestudeert de zorgkosten van ouderen die een vergelijkbare zorgbehoefte hebben. In dat kader richt dit onderzoek zich op ouderen die een ingrijpende gebeurtenis – een plotseling en impactvol moment waarop de gezondheidssituatie sterk verslechtert – hebben meegemaakt. Deze ouderen zijn door die ingrijpende gebeurtenis beter met elkaar te vergelijken. Dit onderzoek stelt de vraag centraal in welke mate de publiek-gefinancierde zorguitgaven verschillen tussen ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg (zie ook Kader 1 en Kader 2). Het betreft hierbij de publiek-gefinancierde zorguitgaven binnen de Zvw en de Wlz.

¹ CBS Statline, bevolkingsprognose

² Website CBS, zie ook <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/14/55-plussers-liefst-zo-lang-mogelijk-in-eigen-woning>

³ Dit onderzoek is onderdeel van het programma *Langer Thuis*. Dit programma kijkt naar mogelijkheden om ouderen langer thuis te laten wonen.

Kader 1. Hoofdvraag

In welke mate verschillen de publiek-gefinancierde zorguitgaven (Zvw en Wlz) van elkaar tussen ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg?

Kader 2. Hoe zijn intramurale en extramurale Wlz-zorg gedefinieerd?

Dit onderzoek richt zich op ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg. Intramurale Wlz-zorg is gedefinieerd als Wlz-zorg die intramuraal – i.e. in het verpleeghuis – geleverd wordt. Naar deze vorm van zorg wordt ook wel verwezen als zorg met verblijf in de Wlz. Extramurale Wlz-zorg of zorg zonder verblijf in de Wlz is Wlz-zorg die buiten het verpleeghuis geleverd wordt. Ouderen die extramurale Wlz-zorg krijgen, kunnen deze zorg thuis of in een geclusterde woonvorm ontvangen. Het Volledig Pakket Thuis (VPT), het Modulair Pakket Thuis (MPT) en het Persoonsgebonden Budget (PGB) zijn zorgpakketten die als extramurale Wlz-zorg gedefinieerd zijn.

2. Literatuur

2.1. Verschillen in zorgkosten tussen extramurale en intramurale zorg

Om de zorgkosten tussen mensen met extramurale en intramurale wlz-zorg goed te kunnen vergelijken onderscheidt de literatuur een publiek en maatschappelijk perspectief. Studies die het publieke perspectief bestuderen, richten zich op de zorguitgaven die de overheid voor haar rekening neemt. Het betreft de publiek gefinancierde uitgaven aan zorg. Het maatschappelijke perspectief hanteert een bredere definitie en kijkt daarbij ook naar de uitgaven die patiënten en familieleden zelf maken om de zorg te krijgen die zij nodig hebben. Hieronder wordt onder andere ook het verlenen van informele zorg verstaan door bijvoorbeeld familieleden. Dit is niet kosteloos en is daarom onderdeel van het maatschappelijke perspectief. Dit onderzoek hanteert het publieke perspectief. Reden hiervoor is dat we met name geïnteresseerd zijn in de zorgkosten die de Rijksoverheid – en daarmee de belastingbetaler – betaalt en welke vorm van zorg in dat kader het meest kosteneffectief is.

2.1.1. Het publieke perspectief

Onderzoek uit de jaren 70 toont aan dat extramurale zorg mede vanwege de financiële voordelen een wenselijke vorm van zorg is. Nielsen et al. (1972), Watson (1976) en Mitchell (1978) onderzochten in de VS of extramurale zorg tot slechtere gezondheidsuitkomsten leidt dan intramurale zorg. Uit deze studies volgt dat daar geen sprake van is en dat het mede vanwege de lagere zorgkosten wenselijk is zorg in de extramurale setting aan te bieden. Nielsen et al. (1972) concluderen verder dat genereuze thuishulp het aantal opnames in ziekenhuizen en verpleeghuizen kan reduceren. Vermindering van het aantal opnames kan tot lagere zorgkosten leiden.

Een groot deel van de studies bevestigt de consensus uit de jaren 70. Twee recente studies uit Nederland geven weer dat de kosten van intramurale Wlz-zorg hoger liggen dan die voor extramurale Wlz-zorg. Zo tonen Kok et al. (2015) voor de periode 2007 – 2009 aan dat verblijf in een verpleeghuis per jaar € 11.350 duurder is dan Wlz-zorg zonder verblijf voor ouderen die dezelfde karakteristieken hebben. Ook als rekening wordt gehouden met de kosten die gepaard gaan met het aanpassen van de eigen woning blijft deze conclusie overeind. Kok et al. (2015) kijken daarbij zowel naar de Wlz- als Zvw-kosten. Portrait en Koolman (2021) vinden voor de periode januari 2016 tot en met augustus 2020 dat het aanbieden van zorg middels het VPT per dag € 58 goedkoper is dan het leveren van zorg in een intramurale setting. De auteurs kijken enkel naar de zorgkosten binnen de Wlz. Als we de resultaten extrapoleren naar kosten op jaarniveau en geen rekening houden met verschillen in Zvw-uitgaven, dan lijkt extramurale zorg met het VPT-pakket € 21.170 per jaar goedkoper dan intramurale zorg. Ook in andere landen lijkt extramurale zorg een kosteneffectief alternatief voor intramurale zorg, zoals in Canada (Hollander en Chappell, 2010). Kim en Lim (2015) concluderen op basis van hun studie in Zuid-Korea dat de kostenverschillen tussen intramurale en extramurale zorg beperkt zijn, maar dat extramurale zorg kosten-effectiever is dan intramurale zorg voor patiënten met de zwaarste zorgbehoefte.

Tegelijkertijd laat een deel van de literatuur ook zien dat ouderen met extramurale zorg niet per definitie minder zorgkosten maken dan ouderen met intramurale zorg. Twee studies uit Nederland vinden ofwel geen verschil in kosten tussen extramurale en intramurale zorg, ofwel hogere zorgkosten bij extramurale zorg. Ten eerste vergelijkt een recent gepubliceerde Nederlandse studie de zorgkosten (zowel Wlz- als Zvw-kosten) van geclusterde extramurale zorgpakketten ten opzichte van intramurale zorginstellingen (Kruse et al., 2022). De resultaten geven weer dat er geen significant verschil in zorgkosten is tussen beide vormen. De huisvestingscomponent wordt buiten beschouwing gelaten.⁴ Deze studie maakt eveneens gebruik van CBS-microdata en hanteert een economische analyse (instrumentele variabele analyse) waarmee voor mogelijke selectie-effecten gecorrigeerd kan worden. Wong et al. (2018) tonen met hun Nederlandse studie in de periode 2009 – 2013 – voorafgaand aan de hervorming van de langdurige zorg in 2015 – aan dat ouderen met een indicatie voor intramurale Wlz-zorg even hoge zorgkosten hebben als vergelijkbare ouderen met een indicatie voor extramurale Wlz-zorg. Het gaat daarbij zowel om de Zvw- als Wlz-kosten. De auteurs richten zich op ouderen die een verpleeghuisindicatie aanvragen en een indicatie met of zonder verblijf in de Wlz ontvangen. Ze bestuderen daarmee het effect van het aanbieden van een indicatie voor intramurale Wlz-zorg (versus extramurale Wlz-zorg). Slechts een deel van deze ouderen wordt daadwerkelijk opgenomen; veel ouderen verzilveren de indicatie niet of doen in een latere fase opnieuw een aanvraag. Slechts maximaal 21% van de ouderen verzilvert de indicatie voor het verpleeghuis en wordt daadwerkelijk opgenomen. Centraal staat dus het aanbieden van een indicatie voor verpleeghuiszorg en niet de opname zelf. Naomi et al. (2012) concluderen dat in Japan intramurale Wlz-zorg goedkoper is dan extramurale Wlz-zorg. Het betrof hier gebieden met een lage bevolkingsdichtheid. Hierdoor kunnen de kosten van extramurale Wlz-zorg groter zijn. In de studie van Kok et al. (2015) – en in mindere mate die van Hollander en Chappell (2010) – is juist sprake van een hoge bevolkingsdichtheid.

De literatuur lijkt erop te wijzen dat extramurale zorg vanuit het publieke perspectief goedkoper is dan intramurale zorg, maar enige mate van ambiguïteit blijft bestaan. De meeste studies suggereren dat Wlz-zorg zonder verblijf vanuit het publieke perspectief financieel aantrekkelijker is dan Wlz-zorg met verblijf. Daar staat tegenover dat enkele studies laten zien dat de kostenverschillen niet zo eenduidig zijn of op het tegenovergestelde effect wijzen, bijvoorbeeld als het bestudeerde gebied dunbevolkt is. In het algemeen lijkt het merendeel van de studies te wijzen op lagere zorgkosten in de extramurale zorg dan in de intramurale zorg.

⁴ De eigen betalingen worden wel meegenomen in dit onderzoek.

2.1.2. Het maatschappelijke perspectief

De kosten van informele zorg (mantelzorg) vormen een belangrijke factor voor de kostenverschillen tussen extramurale en intramurale Wlz-zorg. Chiu et al. (1997) en Chiu et al. (1999) laten met hun studie in Taiwan zien dat de kosten van informele zorg een bijdrage leveren van respectievelijk tenminste 60% en 85% aan de totale zorgkosten van de familie. Het meenemen van dergelijke arbeidskosten blijkt een belangrijk element te vormen voor het verklaren van de verschillen tussen de kosten van extramurale en intramurale zorg en het beantwoorden van de vraag welke zorgvorm vanuit maatschappelijk oogpunt financieel voordeliger is.

De literatuur laat zien dat het meenemen van de kosten van informele zorg er vaak voor zorgt dat extramurale Wlz-zorg vanuit het maatschappelijk perspectief juist duurder is dan intramurale Wlz-zorg. Chiu et al. (1997) laten zien dat de zorguitgaven van de familie voor Wlz-zorg zonder verblijf gedurende drie maanden na ontslag uit het ziekenhuis significant hoger liggen dan de zorguitgaven van de familie voor Wlz-zorg met verblijf. Deze conclusie geldt voor patiënten met chronische aandoeningen. Dezelfde auteurs concluderen twee jaar later dat Wlz-zorg met verblijf voor dementerende ouderen zowel vanuit financieel als kwalitatief oogpunt te prefereren valt boven Wlz-zorg zonder verblijf (Chiu et al., 1999). König et al. (2014) tonen met recenter onderzoek aan dat vanuit een maatschappelijk perspectief intramurale Wlz-zorg voor dementiepatiënten betaalbaarder is. De effecten worden groter indien mantelzorgers een bestaande arbeidsbetrekking moeten opgeven. Tegenover deze bevindingen staat een studie van Chappell et al. (2004). Zij laten zien dat extramurale Wlz-zorg wel degelijk financieel aantrekkelijker is dan intramurale Wlz-zorg, zelfs als de kosten van mantelzorg worden meegenomen. Weliswaar nemen de kosten van extramurale Wlz-zorg sterk toe op moment dat de kosten van informele zorg worden meegenomen, maar hun conclusie blijft overeind dat extramurale Wlz-zorg goedkoper is dan intramurale Wlz-zorg.

In de literatuur lijkt enige mate van consensus te bestaan dat vanuit het maatschappelijke perspectief intramurale zorg goedkoper is dan extramurale zorg. Veel studies wijzen op het belang van het meenemen van de kosten van informele zorg. De vorm en de mate waarin die kosten worden meegenomen lijkt een belangrijke bepalende factor voor de uitkomsten. De meeste studies tonen aan dat Wlz-zorg met verblijf vanuit het maatschappelijke oogpunt goedkoper is dan Wlz-zorg zonder verblijf. Dit onderzoek hanteert het publieke perspectief en bestudeert de publiek-gefinancierde zorgkosten (Zvw en Wlz) van ouderen met intramurale en extramurale zorg. De kosten van informele en privaat gefinancierde zorg, inclusief eigen betalingen, worden in dit perspectief buiten beschouwing gelaten.

2.2. Ingrijpende gebeurtenis

Een ingrijpende gebeurtenis is een eenmalige, plotselinge gebeurtenis die de gezondheidstoestand per direct substantieel verslechtert. Uit de wetenschappelijke literatuur vallen diverse ingrijpende gebeurtenissen te onderscheiden. Een hartaanval, een beroerte, een val (met breuk), een sterke stijging van het medicijngebruik, incontinentie of het overlijden van een partner zijn voorbeelden van ingrijpende gebeurtenissen (zie o.a. Gaugler et al., 2007; Tinetti, 1997; Friedman, 2005; Noël-Miller, 2010). Dit onderzoek richt zich op een heupfractuur, acuut myocardinfarct (acuut hartinfarct), cerebrovasculaire aandoening (beroerte) en verlies van de partner door overlijden of GGZ-opname (zie ook Hoofdstuk 4 Methode).

In de literatuur lijken geen vergelijkbare studies beschikbaar die het kostenverschil tussen Wlz-zorg met en zonder verblijf proberen te verklaren en daarbij gebruik maken van een ingrijpende gebeurtenis. Op basis van een scan van de literatuur konden geen studies gevonden worden die: (1) de totale zorgkosten bestuderen, (2) voor selectie-effecten corrigeren en (3) de gehele groep ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg met elkaar vergelijken. Deze studie adresseert deze kennislacune door al deze componenten mee te nemen in één analyse.

3. Data

3.1. Herkomst en eigenschappen

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van data van het CBS, Vektis en het CAK. De dataset bevat gegevens van alle Nederlandse ouderen die op 31 december 2015 (peildatum) 70 jaar of ouder zijn. Voor deze ouderen zijn gegevens beschikbaar over de zorgkosten (Vektis), de Wlz-indicatie en leveringsvorm (CAK) en enkele achtergrondkenmerken waaronder leeftijd, geslacht en huishoudsamenstelling (CBS). Ten aanzien van de zorgkosten kan niet alleen een onderscheid gemaakt worden naar Zvw- en Wlz-kosten, maar is ook binnen de Zvw-kosten verdere specificatie mogelijk. De dataset bevat gegevens over de jaren 2015 tot en met 2019. Het is van belang om de hervorming van de langdurige zorg in 2014 en 2015 buiten beschouwing te laten. In dat kader – en mede door de onderzoeksopzet – wordt gekeken naar zorgkosten in de jaren 2017 – 2019.

Dit onderzoek richt zich op het deel van de 70-plussers dat na een ingrijpende gebeurtenis Wlz-zorg ontvangt. In Nederland woonden op 31 december 2015 in totaal 1.888.603 personen die 70 jaar of ouder waren. Dit onderzoek richt zich op ouderen die een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt, Wlz-zorg ontvangen in de periode 2017 – 2019 en aan enkele methodologische voorwaarden voldoen (zie ook Hoofdstuk 4 *Methode*). In totaal bestaat de bestudeerde groep uit 19.446 ouderen (zie Figuur 1).

Figuur 1. Bestudeerde groep ouderen



3.2. Beschrijvende statistiek

3.2.1. Verklaarde variabelen

Zorgkosten vormen de verklaarde variabele in de analyse. In de dataset zijn de zorgkosten voor de Zvw en de Wlz per jaar binnen de bestudeerde periode beschikbaar. De kosten voor zorg in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) zijn vanwege een gebrek aan data geen onderdeel van de analyse. Deze kosten liggen doorgaans substantieel lager in vergelijking met de Zvw- en Wlz-kosten, waardoor de impact van het ontbreken hiervan naar verwachting beperkt zal zijn (zie ook 6.1.1. *Beperkingen en vertekeningen*). Daarnaast richt dit onderzoek zich op de publiek-gefinancierde zorgkosten. In dat kader zijn het eigen risico (Zvw) en de eigen bijdrage (Wlz) in mindering gebracht op de totale zorgkosten. De totale zorgkosten omhelzen dus de zorgkosten van een oudere in een specifiek jaar verminderd met het eigen risico en de eigen bijdrage die de oudere zelf betaald heeft.

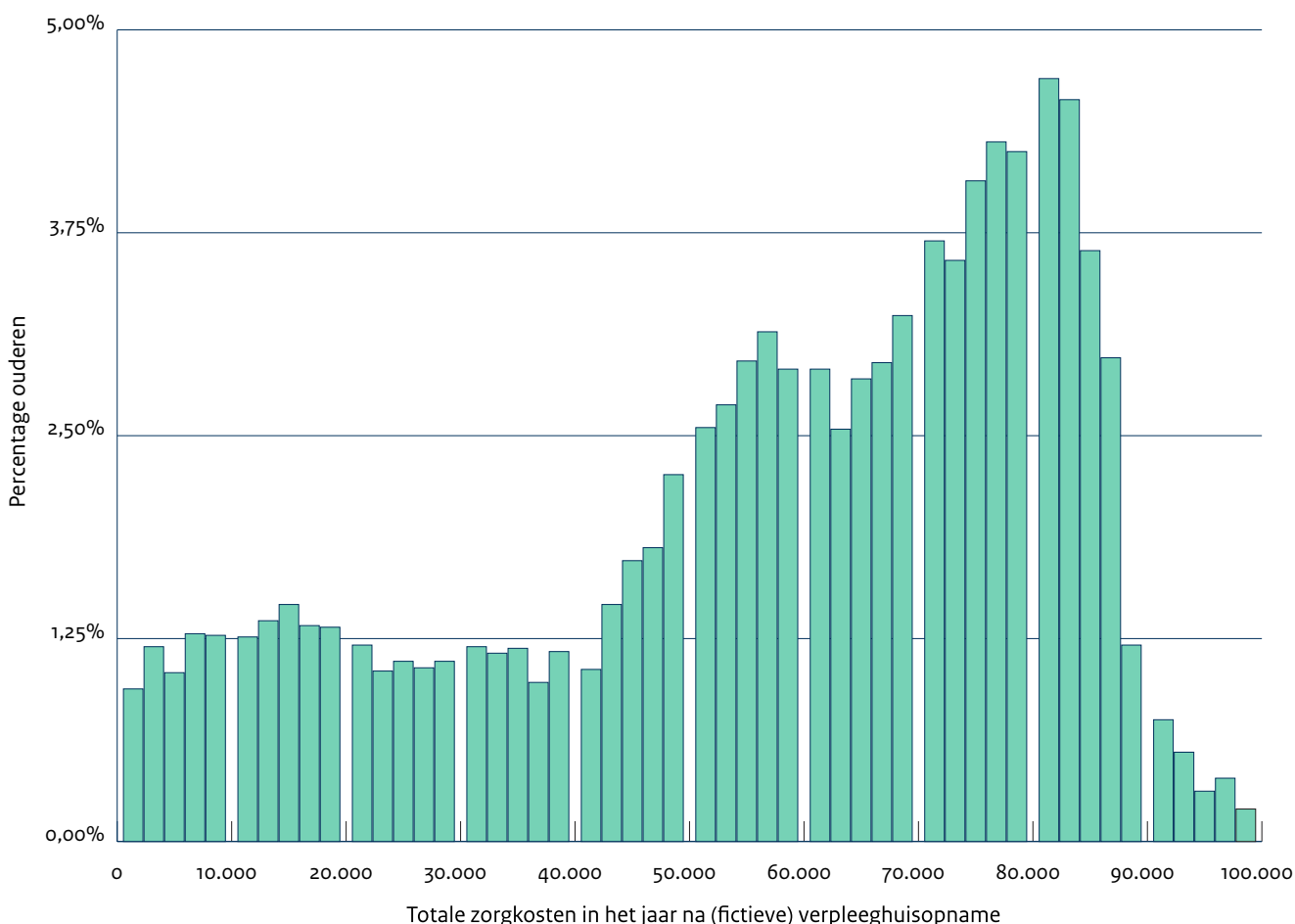
Dit onderzoek bestudeert de zorgkosten in het jaar na (fictieve) verpleeghuisopname. Om de zorgkosten van ouderen met intramurale en extramurale zorg goed met elkaar te vergelijken, bestuderen we de zorgkosten in het jaar nadat verpleeghuisopname heeft plaatsgevonden (voor de intramurale groep) of het jaar nadat verpleeghuisopname plaats had kunnen vinden als een oudere het verpleeghuis in zou zijn gegaan (fictief moment voor de extramurale groep). Hoofdstuk 4 *Methode* gaat hier nader op in. De zorgkosten zijn dus altijd relatief aan het moment van de verpleeghuisopname of het moment dat de verpleeghuisopname plaats had kunnen vinden (fictief). Hiermee wordt eveneens voorkomen dat zorgkosten in het jaar van verpleeghuisopname – waarin ook zorgkosten van de ingrijpende gebeurtenis kunnen zitten – de analyse vertekenen. Tabel 1 geeft een overzicht van de verklaarde variabelen in de analyse. Figuur 2 toont de verdeling van de totale zorgkosten.

Tabel 1. Verklaarde variabelen

Variabele	n	Gemiddelde	Mediaan	Standaard afwijking
Totale zorgkosten (Zvw en Wlz) in het jaar na opname	19.446	€ 58.101	€ 63.285	€ 25.504
Zvw-kosten in het jaar na opname*	19.442	€ 4.605	€ 1.239	€ 9.016
Wlz-kosten in het jaar na opname	19.446	€ 53.497	€ 58.185	€ 26.233

* Het betreft de gedeclareerde en vergoede zorgkosten in het kader van de basisverzekering. Naast het verplichte en vrijwillige eigen risico zijn ook eigen betalingen of zorg waarvoor men zich via een aanvullende verzekering kan verzekeren buiten beschouwing gelaten.

Figuur 2. Totale zorgkosten (Zvw- en Wlz) voor ouderen met intramurale of extramurale Wlz-zorg



Noot: de figuur is geminimaliseerd en gemaximeerd op respectievelijk € 0 en € 100.000 zorgkosten per jaar. Zorgkosten respectievelijk lager of hoger dan deze bedragen komen nauwelijks voor.

3.2.2. Verklarende variabelen

De leveringsvorm in de Wlz bepaalt of sprake is van intramurale of extramurale zorg. Voor het ontvangen van zorg uit de Wlz zijn verschillende leveringsvormen beschikbaar. Zorg kan volledig intramuraal geleverd worden waarbij een oudere in een verpleeghuis verblijft. Extramuraal kan zorg via het Volledig Pakket Thuis (VPT), het Modulair Pakket Thuis (MPT) of via het Persoonsgebonden Budget (PGB) aangeboden worden. Bij het VPT kiest de zorgbehoevende één aanbieder die de volledige zorgbehoefte levert. In geval van het MPT kan de zorg door meerdere aanbieders geleverd worden en kan een deel zelf ingekocht worden (middels het PGB). Bij het PGB ontvangt de zorgbehoevende een budget waarmee de zorg volledig zelf ingekocht kan worden. Het VPT, het MPT en het PGB worden in de analyse als extramurale zorg gedefinieerd. Zorg kan via VPT, MPT en PGB niet alleen thuis maar ook in (kleinschalige) geclusterde woonvormen geleverd worden. Dit onderzoek maakt geen onderscheid tussen zorg thuis en geclusterd extramuraal omdat geclusterde vormen lastig te identificeren zijn. Tabel 2 geeft de belangrijkste beschrijvende statistieken weer van de verklarende variabele. Tabel B.1. in de bijlage geeft de tarieven van de verschillende pakketten weer en maakt daarbij een onderscheid naar zorgzwaartepakket (zzp).

Tabel 2. Verklarende variabele**[a] Verklaarde variabele: verblijf**

Variabele	n	Gemiddelde
Verblijf (1 = intramuraal) Intramurale of extramurale zorg	19.446	0,855

[b] Verklaarde variabele nader gespecificeerd

Variabele	Aantal	Percentage
Intramuraal (totaal)	16.632	
Verblijf	16.632	
Extramuraal (totaal)	2.814	
VPT	939	33%
MPT	1.604	57%
PGB	133	5%

Noot: het aantal observaties in 2.a. en in 2.b. komt niet overeen. Reden hiervoor is dat een beperkt aantal observaties (138) een combinatie van MPT en PGB betreft en dus niet eenduidig over de groepen te verdelen is.

3.2.3. Controlevariabelen

Achtergrondkenmerken vormen belangrijke controlevariabelen in de analyse. In de analyse corrigeren we voor demografische, financiële en gezondheidsaspecten. Geslacht, leeftijd, kinderen en de huishoudsamenstelling behoren tot de demografische aspecten. Doorgaans leven vrouwen langer dan mannen, neemt de gezondheid af naarmate men ouder wordt en zullen ouderen die nog een partner of (inwonende) kinderen hebben minder snel een beroep doen op collectief gefinancierde zorg, omdat de partner of kinderen middels mantelzorg een deel van de zorgvraag kunnen invullen. Ten aanzien van de financiële aspecten zijn het bruto huishoudinkomen, het totale netto huishoudvermogen en het woningbezit in de analyse opgenomen. De financiële armslag kan bijvoorbeeld van invloed zijn op het Wlz-gebruik: ouderen met relatief veel vermogen kunnen vanwege de inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de Wlz minder geneigd zijn zorg intramuraal te ontvangen omdat de eigen bijdrage relatief lager is voor extramurale zorg. Ook kunnen er gezondheidsverschillen bestaan tussen ouderen met een lage of hoge sociaaleconomische status. Tot slot kunnen er ook belangrijke gezondheidsverschillen bestaan tussen ouderen. Het medicijngebruik en de zorgkosten voorafgaand aan de (eventuele) verpleeghuisopname kunnen een goede indicatie vormen voor de gezondheidssituatie. In dat kader wordt ook gecorrigeerd voor zorgzwaartegroepen middels de zorgzwaartepakketten (zzp's)⁵ en zijn de individuele ingrijpende gebeurtenissen meegenomen. Tabel 3 geeft een overzicht van deze controlevariabelen.

Het aantal maanden dat een oudere in het bestudeerde jaar overleeft en jaar-specifieke verschillen dienen ook als controlevariabelen. Verder corrigeren we voor het aantal maanden dat ouderen Wlz-zorg ontvangen in het geval dat ouderen overlijden in het bestudeerde jaar. Ouderen die gedurende een jaar overleden zijn, hebben immers minder zorgkosten. Ter correctie van jaarfluctuaties – bijvoorbeeld door een andere samenstelling van het basispakket – zijn de bestudeerde jaren ook als controlevariabele opgenomen.

⁵ In de analyse is het maximale zorgzwaartepakket meegenomen. Voor ouderen met een MPT hebben we gebruik gemaakt van de maximale zorgindicatie.

Tabel 3. Controlevariabelen in het jaar na (eventuele) verpleeghuisopname (tenzij anders vermeld) (n = 19.446)

Variabele	Eenheid	Gemiddelde	Mediaan	Standaard afwijking
Demografisch				
Geslacht (1 = vrouw)	0 / 1	0,65		
Leeftijd ^a	Jaren	84,36		5,89
Kinderen (1 = wel)	0 / 1	0,83		
Aantal personen in huishouden ^b	Aantal	0,61		0,63
Financieel (in het jaar 2015)^c				
Bruto huishoudinkomen	€	34.733	28.551	23.063
Netto vermogen ^d	€	183.972	55.548	453.706
Woningbezit (1 = wel)	0 / 1	0,39		
Gezondheid				
Soorten medicatie in het jaar voorafgaand aan de ingrijpende gebeurtenis ^e	Aantal	8,20		4,72
Totale zorgkosten voorafgaand aan de ingrijpende gebeurtenis	€	11.695	6.128	14.855
Zvw-kosten in het jaar van de ingrijpende gebeurtenis	€	23.064	18.886	19.876
Ingrijpende gebeurtenis: heupfractuur	0 / 1	0,25		
Ingrijpende gebeurtenis: acuut hartinfarct	0 / 1	0,04		
Ingrijpende gebeurtenis: beroerte	0 / 1	0,31		
Ingrijpende gebeurtenis: verlies partner door overlijden/GGZ-opname	0 / 1	0,40		
Zzp 4	0 / 1	0,25		
Zzp 5	0 / 1	0,43		
Zzp 6	0 / 1	0,29		
Zzp 7	0 / 1	0,03		
Zzp 8	0 / 1	0,01		

- a. Leeftijd is bepaald als het verschil tussen de geboortedatum en het moment van de eerste ingrijpende gebeurtenis. Zie ook hoofdstuk 4 *Methode*.
- b. Het betreft het aantal personen naast de zorgbehoevende. o correspondeert in dat kader tot een huishouden dat enkel uit 1 persoon bestaat. In een zeer beperkt aantal gevallen kan het aantal personen in een huishouden sterk oplopen. Mogelijk is in die gevallen het aantal ouderen dat in een instelling verblijft tot het huishouden gerekend. Het aantal personen in een huishouden is gemaximeerd op 10.
- c. Het huishoudinkomen en -vermogen van ouderen in een verpleeghuis is lastig te interpreteren. Het betreft vaak eenheden die binnen een institutionele huishoudens worden onderscheiden. Daarom is in deze analyse gebruik gemaakt van het huishoudinkomen en -vermogen in 2015 (voorafgaand aan mogelijke verpleeghuisopname).
- d. Het totale netto vermogen is inclusief de waarde van de woning en minus eventuele schulden. Na controle van multicollineariteit bleek er voldoende reden om zowel netto vermogen als woningbezit in de analyse mee te nemen.
- e. Het betreft het medicijngebruik binnen de Zvw. Het medicijngebruik is gemaximeerd tot 30 soorten medicijnen per persoon.

Variabele	Eenheid	Gemiddelde	Mediaan	Standaard afwijking
Overig				
Aantal maanden Wlz-zorg voor overlijden in het jaar na opname ^f	Aantal	10,43		
2017	0 / 1	0,22		
2018	0 / 1	0,32		
2019	0 / 1	0,46		
Behandeling Wlz (1 = wel) ^g	0 / 1	0,71		

f. Deze variabele geeft het aantal maanden weer dat een oudere Wlz-zorg ontvangt in het jaar na (eventuele) verpleeghuisopname. Ouderen die in het betreffende jaar komen te overlijden, zullen minder maanden Wlz-zorg ontvangen. Ouderen die niet komen te overlijden, ontvangen 12 maanden Wlz-zorg.

g. Deze variabele heeft alleen betrekking op intramurale zorg. Voor analyses ten aanzien van Zvw- en Wlz-kosten wordt rekening gehouden met waar de behandeling plaatsvindt. Het aantal observaties voor deze variabele betreft 16.628.

4. Methode

4.1. Analysemethode

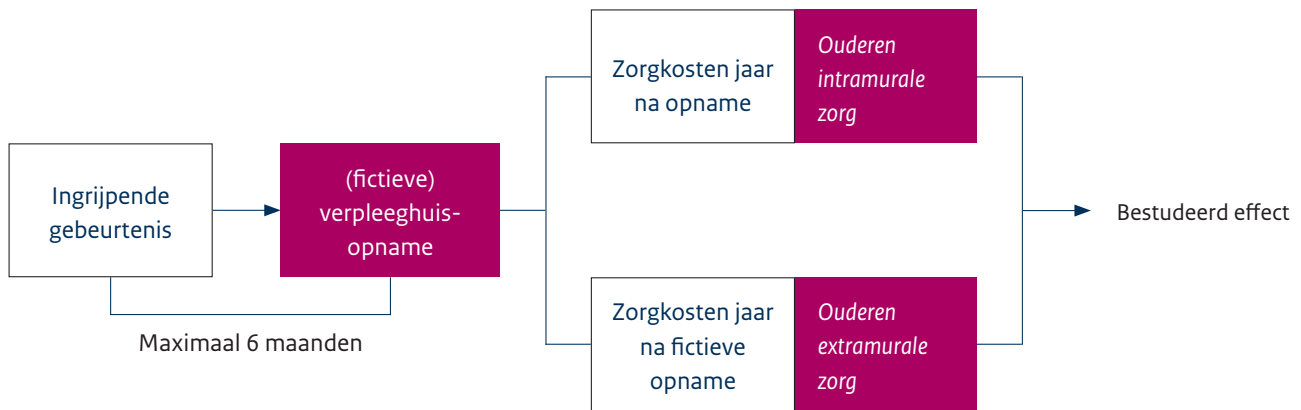
Dit onderzoek maakt gebruik van multivariate regressieanalyse. Met deze methode vergelijken we de zorgkosten van ouderen met intramurale Wlz-zorg en ouderen met extramurale Wlz-zorg. Ouderen maken een ingrijpende gebeurtenis mee en gaan binnen 6 maanden na die ingrijpende gebeurtenis het verpleeghuis in of ontvangen extramurale Wlz-zorg. Vanaf het moment van opname meet deze studie de zorgkosten in het opeenvolgende jaar. Voor ouderen die naar een verpleeghuis verhuizen, beschikken we over het exacte moment van opname. Dit opnamemoment dient als ijkpunt. Voor ouderen die extramurale Wlz-zorg ontvangen hebben we echter geen moment van opname (ze worden immers niet opgenomen). Om die reden construeren we een fictief moment van opname dat als ijkpunt dient. Zie ook Kader 3 voor een uitgebreidere toelichting. Om de betrouwbaarheid van de analyse verder te vergroten richten we ons op ouderen die één ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt, een zorgzwaartepakket tussen 4 en 8 hebben en die voorafgaand aan de ingrijpende gebeurtenis niet al in een verpleeghuis zijn verbleven. Figuur 3 geeft een schematische weergave van de analyse. Kader 4 beschrijft de groep ouderen die onderdeel van de analyse is.

Kader 3. Waarom hanteren we een fictief opnamemoment voor ouderen met extramurale Wlz-zorg?

In dit onderzoek richten we ons op het verschil in zorgkosten in het jaar nadat verpleeghuisopname heeft plaatsgevonden. Voor ouderen die daadwerkelijk het verpleeghuis ingaan, is het opnamemoment tot op de dag nauwkeurig in de data beschikbaar. Voor ouderen met extramurale Wlz-zorg – die dus na een ingrijpende gebeurtenis thuis blijven wonen en extramurale Wlz-zorg ontvangen – hebben we een fictief opnamemoment gecreëerd zodat we ook voor deze groep vast kunnen stellen voor welk jaar de zorgkosten meegenomen moesten worden in de analyse. Dit fictieve moment van verpleeghuisopname kan gezien worden als het moment waarop verpleeghuisopname plaats had kunnen vinden, hadden deze ouderen intramurale – in plaats van extramurale – zorg ontvangen.

De mediane periode tussen de dag van de ingrijpende gebeurtenis en de dag van verpleeghuisopname (gemaximeerd op 12 maanden) dient als uitgangspunt voor de dag van fictieve verpleeghuisopname voor de ouderen die extramurale zorg ontvangen. Dit verschil bedraagt 2 maanden (zie ook Figuur B.1. in de bijlage). Fictieve opname vindt 2 maanden na de ingrijpende gebeurtenis plaats. Uit controle van de robuustheid van deze aanname – i.e. het hanteren van een periode van 0 of 6 maanden – volgt dat de resultaten niet afwijkend zijn.

Figuur 3. Analyse (schematisch)



Kader 4. Welke ouderen zijn onderdeel van de analyse?

Dit onderzoek richt zich op ouderen die aan de volgende kenmerken voldoen:

- 70 jaar of ouder zijn (in het jaar 2015);
- Eén (en niet meerdere) ingrijpende gebeurtenis(sen) hebben meegemaakt;
- Binnen 6 maanden na de ingrijpende gebeurtenis in een verpleeghuis worden opgenomen (voor de ouderen met intramurale Wlz-zorg);
- Voorafgaand aan de ingrijpende gebeurtenis niet al in een verpleeghuis zijn verbleven;
- Een zorgzwaartepakket (zzp) tussen 4 en 8 hebben; en
- Zorgkosten in het jaar na (fictieve) verpleeghuisopname hebben (en dus niet overlijden in het jaar van de ingrijpende gebeurtenis).

4.2. Gebruik van ingrijpende gebeurtenissen in de analysemethode

Verpleeghuisopname is een niet-willekeurige gebeurtenis die tot een vertekening in de analyse kan leiden. Het vergelijken van zorgkosten van ouderen die in een verpleeghuis verblijven met ouderen die thuis zorg ontvangen, is niet zuiver vanwege mogelijke belangrijke gezondheidsverschillen tussen deze ouderen en eventuele andere selectie-effecten. Ouderen die in een verpleeghuis verblijven, hebben doorgaans een slechtere gezondheid waardoor zij – ongeacht de setting waarin zij die zorg ontvangen hadden – meer kosten maken dan ouderen die extramurale Wlz-zorg krijgen. Bovendien kunnen andere (onmeetbare) factoren de keuze tussen Wlz-zorg met of zonder verblijf verklaren. Dit onderzoek streeft ernaar een zo goed mogelijk beeld te geven van de kostenverschillen die enkel toe te schrijven zijn aan de setting waarin de zorg geleverd wordt.

Voor een belangrijk deel van de verschillen kan gecorrigeerd worden. Achtergrondkenmerken zoals leeftijd, geslacht, huishoudsamenstelling, inkomen en vermogen (zie ook Tabel 3) kunnen in de analyse worden meegenomen. Tegelijkertijd blijft een deel van de gezondheidsverschillen niet-waarneembaar en daardoor lastig te corrigeren.

Door alleen ouderen met een ingrijpende gebeurtenis te bestuderen, zijn ouderen beter met elkaar te vergelijken. Door selectie op een ingrijpende gebeurtenis kan beter gecorrigeerd worden voor niet-waarneembare gezondheidsverschillen tussen de populaties die voor intramurale en extramurale Wlz-zorg kiezen. De assumptie is dat deze gebeurtenis een zodanig impactvol moment vormt dat ouderen na die ingrijpende gebeurtenis wat betreft hun gezondheidssituatie beter met elkaar te vergelijken zijn dan voorafgaand aan dat moment. Wel blijft overeind dat de ingrijpende gebeurtenis per persoon van impact kan verschillen. Sommige ouderen hebben bijvoorbeeld een minder heftige hartaanval dan anderen waardoor herstel makkelijker is en de zorgbehoefte ook lager ligt. Desalniettemin verwachten we dat selectie op ingrijpende gebeurtenis de groepen beter vergelijkbaar maakt en middels verschillende methodologische controles gaan we deze assumptie na.

Een vergelijking van achtergrondkenmerken van ouderen na een ingrijpende gebeurtenis met intramurale en extramurale Wlz-zorg laat zien dat de groepen goed met elkaar te vergelijken zijn. Om een vertekening in de resultaten zo veel mogelijk te voorkomen, is het van belang dat ouderen ten aanzien van hun achtergrondkenmerken niet (sterk) verschillen. Een vergelijking van de belangrijkste achtergrondkenmerken van ouderen met en zonder verblijf wijst uit dat beide groepen goed op elkaar lijken (Tabel B.2. in de bijlage).⁶ Verder blijkt dat het meerwaarde heeft om enkel ouderen met een ingrijpende gebeurtenis te bestuderen. Ouderen die intramurale Wlz-zorg of extramurale Wlz-zorg ontvangen, maar niet per definitie een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt verschillen namelijk sterker van elkaar (Tabel B.3. in de bijlage). Hier valt op dat de Zvw-kosten in het jaar van verpleeghuisopname en het eerste jaar van extramurale Wlz-declaratie (het fictieve opnamemoment) significant hoger liggen voor ouderen met intramurale Wlz-zorg. Mogelijk hebben deze ouderen vaker een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt.

In de analyse zijn vier ingrijpende gebeurtenissen geselecteerd. Een viertal ingrijpende gebeurtenissen viel uit de beschikbare data te herleiden. Het betreft een heupfractuur, acuut myocardinfarct (acuut hartinfarct), cerebrovasculaire aandoening (beroerte) en verlies van de partner door overlijden of GGZ-opname.

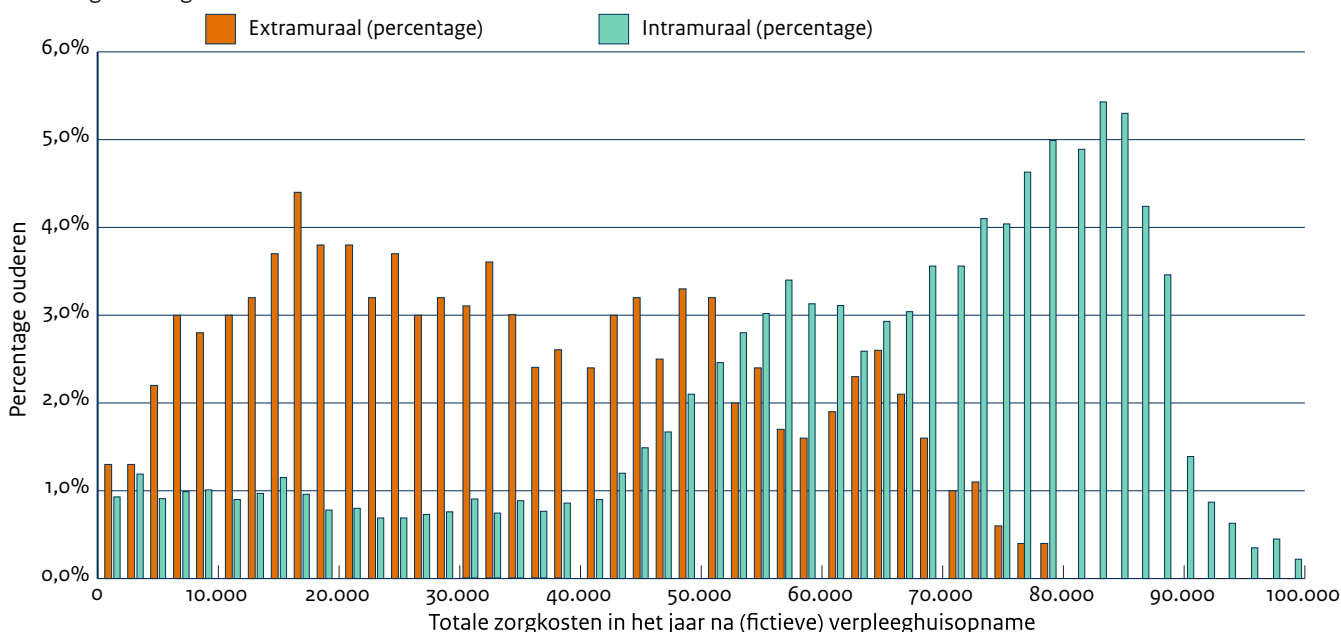
⁶ Met name positief is dat de zorgkosten en het medicijngebruik – als indicatie voor de gezondheidstoestand – voorafgaand aan de ingrijpende gebeurtenis zeer goed vergelijkbaar zijn en niet significant van elkaar verschillen. Ook zien we dat de Zvw-kosten in het jaar van de ingrijpende gebeurtenis goed vergelijkbaar zijn. Dit suggereert dat de impact van de ingrijpende gebeurtenis – waar de Zvw-kosten een afspiegeling van kunnen zijn – niet sterk per groep verschilt.

5. Resultaten

5.1. Verdeling zorgkosten per groep

Het zwaartepunt van de totale zorgkosten verschilt sterk voor ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg. Figuur 4 en Tabel 4 geven respectievelijk de verdeling van de totale zorgkosten (Zvw- en Wlz-kosten) en de gemiddelde zorgkosten weer voor ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg. Deze resultaten suggereren dat er sprake is van duidelijke kostenverschillen tussen ouderen met en zonder verblijf in de Wlz. Belangrijke kanttekening hierbij is dat niet gecorrigeerd is voor achtergrondkenmerken.

Figuur 4. Verdeling totale zorgkosten (Zvw- en Wlz-kosten) in het jaar na opname voor ouderen die intramurale of extramurale Wlz-zorg ontvangen



Noot: de figuur is geminimaliseerd op € 0 zorgkosten per jaar. Voor ouderen met intramurale Wlz-zorg is de figuur gemaximaliseerd op € 100.000 zorgkosten per jaar. Voor ouderen met extramurale Wlz-zorg is dat € 80.000. Negatieve zorgkosten of zorgkosten hoger dan de vermelde bedragen komen nauwelijks voor.

Tabel 4. Gemiddelde en mediane zorgkosten (in €) in het jaar na opname voor ouderen met intramurale of extramurale Wlz-zorg (niet gecontroleerd voor achtergrondkenmerken)

Variabele	Intramurale zorg (n = 16.632)			Extramurale zorg (n = 2.814)			p-waarde
	Gem.	Med.	SD	Gem.	Med.	SD	
Totale zorgkosten (Zvw en Wlz)	61.767	67.674	24.179	36.435	33.574	22.154	0,00
Zvw-kosten	3.287	605	6.933	12.402	7.501	14.372	0,00
Wlz-kosten	58.482	63.973	23.690	24.033	18.016	20.577	0,00

Noot: een p-waarde kleiner dan 0,01 impliceert significantie op het 99%-betrouwbaarheidsniveau. Het gemiddelde en de mediaan wijken soms sterk van elkaar af. Reden hiervoor is dat de zorgkosten niet-normaal of scheef verdeeld kunnen zijn. Een mediaan kleiner dan het gemiddelde impliceert dat er een relatief kleine groep is die relatief veel zorgkosten maakt en het gemiddelde sterk opdrijft.

5.2. Regressieanalyse

5.2.1. Totale zorgkosten

Ouderen die intramuraal Wlz-zorg ontvangen, hebben significant en substantieel hogere zorgkosten dan ouderen die extramuraal Wlz-zorg ontvangen. De regressieanalyse toont dat de totale zorgkosten (Zvw en Wlz) van ouderen met verblijf in de Wlz in het eerste jaar na (fictieve) opname € 27.329 hoger liggen dan voor ouderen die geen verblijf in de Wlz hebben. Dit effect blijft overeind ook na inclusie van belangrijke achtergrondkenmerken (Tabel 5 en Tabel B.4. in de bijlage). Of zorg met of zonder verblijf in de Wlz geleverd wordt, lijkt sterk bepalend te zijn voor de totale zorgkosten van ouderen.

Tabel 5. Effect van verblijf in een verpleeghuis op totale zorgkosten (Zvw en Wlz)

Verskil in zorgkosten in het jaar na (fictieve) verpleeghuisopname					
	(1)	(2)	(3)	(4)	5)
Effect van verblijf in de Wlz	24.976*** (455)	25.570*** (458)	25.537*** (461)	22.792*** (451)	27.329*** (421)
Controlevariabelen					
Demografie		Ja	Ja	Ja	Ja
Financieel			Ja	Ja	Ja
Gezondheid				Ja	Ja
Correctie voor					
Aantal maanden					Ja
Jaren					Ja
N	19.715	19.715	19.696	19.446	19.466
R ²	0.12	0.15	0.15	0.22	0.78

*** significant op het 1%-betrouwbaarheidsniveau

Noot: waardes tussen haakjes geven de standaardafwijking weer.

De woonkosten van ouderen met intramurale Wlz-zorg kunnen een beperkt deel van de kostenverschillen verklaren. Dit onderzoek hanteert een publiek perspectief en is daarom gericht op de publiek-gefinancierde uitgaven binnen de Zvw en de Wlz. De woonkosten van ouderen met intramurale Wlz-zorg zijn onderdeel van de publiek-gefinancierde Wlz-uitgaven. Op basis van de normatieve huisvestingscomponent (nhc) kan een inschatting gemaakt worden van de wooncomponent binnen de totale intramurale Wlz-kosten. Zo bedroeg de nhc in 2017 € 11.246 voor ouderen met een zzp 5 en behandeling binnen de Wlz.⁷ Tegelijkertijd bestudeert dit onderzoek de publieke zorgkosten en daarmee is de (inkomensafhankelijke) eigen bijdrage in de Wlz in mindering gebracht op de totale zorgkosten. Het verschil in eigen bijdrage tussen ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg kan als (gedeeltelijke) compensatie voor de woonkosten in de intramurale Wlz-zorg gezien worden. In 2017 bedroeg dit verschil in eigen bijdrage gemiddeld € 7.228 voor ouderen die het gehele jaar intramurale Wlz-zorg ontvingen, een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt, een zzp 5 hadden en behandeling binnen de Wlz ontvingen.⁸ Het excluseren van de eigen bijdrage compenseert daarmee een belangrijk deel van de woonkosten binnen de intramurale Wlz-zorg. Een beperkt deel van het kostenverschil kan nog door de wooncomponent verklaard worden.

⁷ In 2017 bedroeg de nhc € 30,81 per dag voor ouderen met een zzp 5 en behandeling binnen de Wlz. Extrapolatie hiervan resulteert in een bedrag van € 11.246 per jaar. De nhc is afhankelijk van het zorgzwaartepakket en de plek waar behandeling plaatsvindt (binnen de Wlz of de Zvw).

⁸ Voor deze groep ouderen met intramurale Wlz-zorg bedroeg de eigen bijdrage in 2017 gemiddeld € 9.023. De ouderen met extramurale Wlz-zorg hadden een eigen bijdrage van gemiddeld € 1.795 in 2017.

Tot slot zou als alternatief ook de huurtoeslag voor ouderen met extramurale Wlz-zorg meegenomen kunnen worden. De huurtoeslag betreft immers publieke kosten. Deze kosten zijn echter geen onderdeel van de Zvw of Wlz.

5.2.2. Zvw- en Wlz-kosten

Ouderen met verblijf in de Wlz hebben hogere Wlz-kosten en lagere Zvw-kosten dan ouderen zonder verblijf in de Wlz. De resultaten laten zien dat de Wlz-kosten in het jaar na verpleeghuisopname € 35.770 hoger liggen dan voor ouderen met extramurale Wlz-zorg (Tabel 6). De Zvw-kosten zijn in datzelfde jaar € 8.433 lager voor ouderen met intramurale Wlz-zorg. Een plausibele verklaring voor deze lagere Zvw-kosten is dat een deel van de zorgvraag die normaliter vanuit de Zvw zou worden ingevuld nu in het verpleeghuis geleverd wordt. Daarnaast kan de zorgvraag ook veranderen door de setting (intramuraal of extramuraal) waarin de zorg geleverd wordt. Zo kan Zvw-zorg bijvoorbeeld voorkomen worden doordat de intramurale setting doorgaans speciaal ingericht is om het risico op vallen of andere ongelukken die veelvuldig kunnen voorkomen onder ouderen te minimaliseren; in een thuissetting is dit risico lastiger in te dammen. Tabel B.5. in de bijlage toont aan dat het verschil in Zvw-kosten kleiner is als de behandeling niet in de Wlz plaatsvindt. Reden hiervoor is dat de behandeling al binnen de Zvw zou plaatsvinden en dat de Zvw-kosten dus in mindere mate verschillen tussen ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg. Het verschil dat resteert (€ 5.765) is het deel dat niet valt toe te schrijven aan een simpele verschuiving van medische zorg naar de Wlz, maar dat door andere factoren verklaard kan worden. Nader onderzoek kan meer inzicht geven in deze factoren. De resultaten laten in algemene zin zien dat ouderen met Wlz zorg zonder verblijf, doorgaans substantieel hogere Zvw-kosten hebben dan ouderen met Wlz zorg met verblijf. Er bestaat dus een duidelijke wisselwerking tussen de Zvw en de Wlz.

Tabel 6. Effect van verblijf in een verpleeghuis op Zvw- en Wlz-kosten

Verschil in zorgkosten in het jaar na (fictieve) verpleeghuisopname				
	Zvw-kosten		Wlz-kosten	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Effect van verblijf in de Wlz	-9.104*** (272)	-8.433*** (263)	34.065*** (425)	35.770*** (431)
Controlevariabelen				
Demografie		Ja		Ja
Financieel ^a				Ja
Gezondheid		Ja		Ja
Correctie voor				
Aantal maanden		Ja		Ja
Jaren		Ja		Ja
N	19.700	19.456	19.715	19.466
R ²	0.13	0.25	0.21	0.80

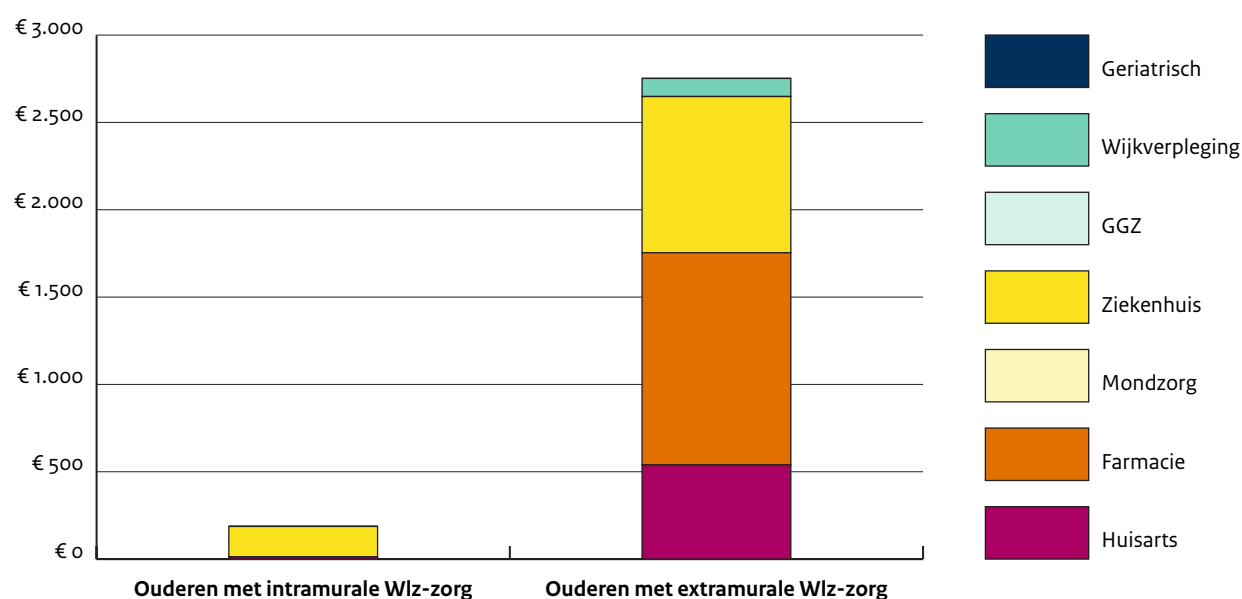
*** significant op het 1%-betrouwbaarheidsniveau

Noot: waardes tussen haakjes geven de standaardafwijking weer.

- a. In de regressie met Zvw-kosten als afhankelijke variabele zijn de financiële controlevariabelen buiten beschouwing gelaten. Reden hiervoor is dat theoretisch geen effect van inkomen, vermogen of woningbezit op de Zvw-kosten verwacht kan worden. Ook uit correlatiecoëfficiënten blijkt dat er geen relatie tussen de vermelde variabelen bestaat.

Ouderen met intramurale Wlz-zorg geven met name minder uit aan huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en medicatie binnen de Zvw. Figuur 5 geeft de mediane uitgaven per categorie binnen de Zvw weer voor ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg. Ouderen met verblijf in de Wlz maken niet of in beperkte mate gebruik van huisartsen- en ziekenhuiszorg in de Zvw. Daarnaast wordt medicatie volledig vanuit de Wlz gefinancierd waardoor deze kostenpost binnen de Zvw verdwijnt.

Figuur 5. Mediane Zvw-uitgaven (in €) voor ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg in het jaar na (fictieve) verpleeghuisopname



Noot: de figuur geeft de mediane waarde per categorie binnen de Zvw weer. Op basis van deze figuur kan daarom niet de mediaan van de totale Zvw-kosten voor ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg afgeleid worden. Zie hiervoor Tabel 4. De mediaan van iedere categorie Zvw-uitgaven kan niet bij elkaar opgeteld worden omdat het totaal van de medianen doorgaans niet hetzelfde is als de mediaan van het totaal. Dit komt doordat de rangschikking van de verschillende type Zvw-kosten anders zijn en de mediaan daardoor per categorie anders komt te liggen.

5.2.3. Effecten per leveringsvorm

De effecten verschillen sterk per leveringsvorm (VPT en MPT). In de analyse vergelijken we ouderen die intramurale Wlz-zorg (verblijf) ontvangen met ouderen die extramurale Wlz-zorg (VPT, MPT en PGB) ontvangen. Extramurale Wlz-zorg is daarmee een samenstelling van VPT (33%), MPT (57%) en PGB (5%). Uit afzonderlijke regressieanalyses per leveringsvorm (VPT en MPT) blijkt dat intramurale zorg nog steeds duurder is dan extramurale Wlz-zorg, maar dat de effecten per leveringsvorm sterk verschillen (Tabel 7).

De verschillen in zorgkosten zijn het kleinst voor VPT en het grootst voor MPT. Uit de analyse volgt dat het kostenverschil tussen verpleeghuiszorg en VPT het kleinst is: verpleeghuiszorg is in het jaar na (fictieve) opname € 12.756 duurder dan VPT. Daar staat MPT met een kostenverschil van € 35.694 tegenover. VPT is een standaard pakket waar verschillende componenten in één pakket worden gefinancierd zoals begeleiding, dagbesteding en vervoer. Deze financiering heeft veel overlap met Wlz-zorg met verblijf, maar dan zonder de financiering van verblijf. Hier staat het MPT tegenover dat wat betreft omvang kan wisselen en vaak minder volledig dan het VPT is, bijvoorbeeld doordat de financiering van eten en drinken niet meegenomen wordt in een MPT.

Tabel 7. Effect van verblijf in een verpleeghuis op totale zorgkosten (Zvw en Wlz) voor VPT en MPT

Verskil in zorgkosten in het jaar na (fictieve) verpleeghuisopname		
	VPT	MPT
	(1)	(2)
Effect van verblijf in de Wlz	12.756*** (496)	35.694*** (540)
Controlevariabelen	Ja	Ja
Correctie voor		
Aantal maanden	Ja	Ja
Jaren	Ja	Ja
N	17.600	18.297
R ²	0.84	0.81

*** significant op het 1%-betrouwbaarheidsniveau

Noot: waardes tussen haakjes geven de standaardafwijking weer. Het aantal ouderen dat een VPT of MPT heeft, bedraagt respectievelijk 939 en 1.604. Het aantal ouderen met een PGB (en een ingrijpende gebeurtenis) is zeer beperkt (133) waardoor een betrouwbare analyse niet uitgevoerd kon worden.

5.2.4. Effecten in het tweede jaar

De verschillen in zorgkosten tussen intramurale en extramurale Wlz-zorg zijn kleiner in het tweede jaar na (fictieve) verpleeghuisopname. Met de beschikbare data en de gehanteerde methode was het eveneens mogelijk de zorgkosten in het tweede jaar na (fictieve) verpleeghuisopname te vergelijken.⁹ Tabel 8 laat zien dat de gemiddelde totale zorgkosten (Zvw en Wlz) van ouderen met extramurale zorg in het tweede jaar gemiddeld zijn toegenomen, terwijl deze voor ouderen met intramurale zorg gemiddeld relatief constant blijven. De beschrijvende statistiek lijkt er daarmee op te wijzen dat het kostenverschil tussen intramurale en extramurale Wlz-zorg in het tweede jaar na (fictieve) verpleeghuisopname kleiner is dan in vergelijking met het eerste jaar.

⁹ Wel is de bestudeerde groep ouderen beperkter; doordat de dataset gelimiteerd is tot en met 2019 is voor ouderen die in 2018 in een verpleeghuis zijn opgenomen geen datapunt beschikbaar in het tweede jaar na deze opname. Ook is een deel van de ouderen overleden in het eerste jaar na (fictieve) verpleeghuisopname. Ouderen die onderdeel zijn van de analyse hebben zowel in het eerste als het tweede jaar na (fictieve) verpleeghuisopname zorg in dezelfde setting (intramuraal of extramuraal) ontvangen. Ouderen die van setting (intramuraal of extramuraal) wisselen, zijn geen onderdeel van de analyse.

Tabel 8. Gemiddelde zorgkosten voor ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg in het 1^e of 2^e jaar na (fictieve) verpleeghuisopname

Verskil in zorgkosten in het jaar na (fictieve) verpleeghuisopname				
	Intramurale zorg (n = 6.715)		Extramurale zorg (n = 904)	
	1 ^e jaar	2 ^e jaar	1 ^e jaar	2 ^e jaar
	(1)	(2)	(3)	(4)
Totale zorgkosten (Zvw en Wlz)	€ 61.767	€ 63.206	€ 36.435	€ 44.025
Zvw-kosten	€ 3.286	€ 2.657	€ 12.402	€ 6.622
Wlz-kosten	€ 58.482	€ 60.549	€ 24.033	€ 37.403

Noot: het aantal observaties dat in deze tabel genoemd wordt, correspondeert met het aantal observaties in het tweede jaar na (fictieve) verpleeghuisopname.

Regressieanalyse bevestigt een beperkter kostenverschil in het tweede jaar na (fictieve) verpleeghuisopname. Tabel 9 toont de resultaten van de regressieanalyse naar het effect van verblijf in de Wlz ten opzichte van geen verblijf in de Wlz in het tweede jaar na (fictieve) verpleeghuisopname. Hieruit blijkt dat intramurale Wlz-zorg € 17.816 duurder is dan extramurale Wlz-zorg. De resultaten suggereren dat de kostenverschillen tussen ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg over tijd terug kunnen lopen. Verder zien we dat de kostenverschillen gedreven worden door de stijging van de Wlz-kosten (Tabel B.7. in de bijlage). Zoals de beschrijvende statistiek in Tabel 8 suggereert, stijgen met name de Wlz-kosten van ouderen met extramurale Wlz-zorg sterk. Mogelijk stijgt de zorgwaarde van de groep ouderen met extramurale Wlz-zorg. Tot slot zien we dat de kostenverschillen in het tweede jaar beperkter zijn ook als we verblijf in de Wlz afzetten tegenover VPT of MPT afzonderlijk (Tabel B.6. in de bijlage).

Tabel 9. Effect van verblijf in een verpleeghuis op totale zorgkosten (Zvw en Wlz) in het tweede jaar na (fictieve) opname

Verskil in zorgkosten in het tweede jaar na (fictieve) verpleeghuisopname				
	(1)	(2)	(3)	(4)
Effect van verblijf in de Wlz	18.974*** (821)	19.303*** (818)	15.700*** (812)	17.816*** (684))
Controlevariabelen				
Demografie		Ja	Ja	Ja
Financieel		Ja	Ja	Ja
Gezondheid			Ja	Ja
Correctie voor				
Aantal maanden				Ja
Jaardummies				Ja
N	7.700	7.683	7.619	7.619
R ²	0.06	0.11	0.18	0.81

*** significant op het 1%-betrouwbaarheidsniveau

Noot: waardes tussen haakjes geven de standaardafwijking weer.

5.3. Controles robuustheid

Er lijken geen duidelijke signalen te zijn dat de impact van de ingrijpende gebeurtenis tot selectie-effecten in de analyse zou leiden. De ingrijpende gebeurtenis is vanwege methodologische redenen onderdeel van de analyse. Door de bestudeerde groep te beperken tot ouderen met een ingrijpende gebeurtenis kunnen mogelijke selectie-effecten beperkt worden (zie ook Hoofdstuk 4 Methode). De ingrijpende gebeurtenis kan daarentegen wel per persoon verschillend uitpakken. Een heupfractuur, een hartinfarct en een beroerte kunnen verschillende gradaties hebben. De kans bestaat dat met name ouderen met een zwaardere ingrijpende gebeurtenis (en daardoor dus een slechtere gezondheid) het verpleeghuis ingaan, met een systematische afwijking in de resultaten tot gevolg, waardoor het verschil tussen zorguitgaven intramuraal en extramuraal groter is. Behandeling van de ingrijpende gebeurtenis – met name in geval van een heupfractuur, een hartinfarct of een beroerte – vindt doorgaans binnen de Zvw plaats. De Zvw-kosten in het jaar van de ingrijpende gebeurtenis kunnen in dat kader een duidelijke afspiegeling van de impact van die ingrijpende gebeurtenis vormen. Uit Tabel B.2. in de bijlage valt op te merken dat deze Zvw-kosten sterk vergelijkbaar zijn. Dit suggereert dat er geen duidelijke signalen zijn dat de ingrijpende gebeurtenis (sterk) verschillend uitpakt voor ouderen met intramurale of extramurale Wlz-zorg.

Regressieanalyse voor iedere ingrijpende gebeurtenis afzonderlijk lijkt eveneens niet te wijzen op een verschillende impact van de ingrijpende gebeurtenis. Alhoewel overlijden of GGZ-opname van de partner een ingrijpende gebeurtenis is die in ieder scenario tot hetzelfde resultaat – het verlaten van het huishouden door de partner – zal leiden, kan de impact van deze ingrijpende gebeurtenis sterk per persoon verschillen. Sommige ouderen zijn niet of nauwelijks van de partner afhankelijk terwijl anderen zwaar leunen op de zorg die de partner kan leveren. Tabel B.8. in de bijlage laat zien dat het effect van verpleeghuisopname op de totale zorgkosten slechts in beperkte mate per ingrijpende gebeurtenis verschilt en dat het effect voor overlijden of GGZ-opname van een partner niet duidelijk afwijkt van de andere ingrijpende gebeurtenissen. Kortom, alhoewel we niet kunnen uitsluiten dat selectie-effecten optreden door een verschillende impact van de ingrijpende gebeurtenis, wijzen de controles van de robuustheid niet op sterke selectie-effecten.

Beperking van de analyse tot ouderen die het eerste jaar na (fictieve) verpleeghuisopname niet komen te overlijden, leidt niet tot andere resultaten. In de analyse corrigeren we voor het aantal maanden dat ouderen in het jaar na (fictieve) verpleeghuisopname Wlz-zorg ontvangen voordat zij al dan niet overlijden. Het grootste deel van de ouderen ontvangt het gehele jaar Wlz-zorg, maar voor een deel van de ouderen geldt dat niet. Zij komen gedurende het jaar te overlijden. Ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg overlijden gemiddeld gezien na dezelfde periode.¹⁰ Wel verschilt het aandeel ouderen dat in het bestudeerde jaar komt te overlijden. In de intramurale Wlz-zorg bedraagt dit aandeel 25% en in de extramurale Wlz-zorg 15%. Gemiddeld komen ouderen met verblijf in de Wlz dus eerder te overlijden dan ouderen zonder verblijf. Ter controle hebben we een analyse uitgevoerd waarbij we enkel ouderen includeren die het gehele jaar overleven. Het effect van verblijf op de totale zorgkosten van ouderen neemt licht toe ten opzichte van de originele analyse. Dit suggereert dat we in belangrijke mate voor het moment van overlijden in het meetjaar kunnen corrigeren.

Transformatie van de zorgkosten naar logaritme geeft vergelijkbare resultaten. De zorgkosten van ouderen zijn scheef verdeeld: voor een klein deel van de ouderen kunnen de zorgkosten sterk oplopen. Dit hoeft de betrouwbaarheid van de resultaten van de analyse niet te beïnvloeden. Als controle van de robuustheid van de resultaten, hebben we de totale zorgkosten, de Zvw-kosten en de Wlz-kosten getransformeerd naar een logaritme. Tabel B.9. in de bijlage geeft de resultaten van de logaritmische transformatie weer. Hieruit volgt dat de resultaten vergelijkbaar zijn met die van de originele analyse.

¹⁰ Ouderen met extramurale Wlz-zorg die in het bestudeerde jaar komen te overlijden, overlijden gemiddeld twee weken later dan ouderen met intramurale Wlz-zorg. Dit verschil is dus zeer beperkt.

6. Conclusie en discussie

6.1. Conclusie

Dit onderzoek analyseert in hoeverre de publiek-gefinancierde zorguitgaven (Zvw en Wlz) verschillen tussen ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg. Ouderen met intramurale Wlz-zorg verblijven in een verpleeghuis (verblijf) en ouderen met extramurale Wlz-zorg verblijven thuis of in een geclusterde woonzorgvorm (Volledig Pakket Thuis, Modulair Pakket Thuis of Persoonsgebonden Budget). Dit onderzoek is gericht op de publiek-gefinancierde zorguitgaven. Private of informele zorg (zoals mantelzorg) zijn geen onderdeel van de analyse. De conclusies van dit onderzoek zijn enkel van toepassing op dit publieke perspectief. Een maatschappelijk perspectief kan tot andere bevindingen leiden, zie ook paragraaf 6.3.2. *Vervolgonderzoek.*

Met de gehanteerde methode kunnen ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg met voldoende zekerheid met elkaar vergeleken worden. Het vergelijken van de zorgkosten van ouderen met en zonder verblijf in de Wlz kan tot een overschatting in de analyse leiden. Ouderen die in een verpleeghuis verblijven kunnen immers een slechtere gezondheid en een zwaardere zorgbehoefte hebben ongeacht de vorm waarin zij zorg ontvangen hadden. Middels selectie van ouderen die een ingrijpende gebeurtenis (heupfractuur, acuut hartinfarct, beroerte of verlies van partner door overlijden of GGZ-opname) hebben meegemaakt, lijkt voor deze overschatting gecorrigeerd te kunnen worden. Ouderen met een ingrijpende gebeurtenis zijn na dat plotselinge en impactvolle moment ten aanzien van hun gezondheidssituatie beter met elkaar te vergelijken. Binnen 6 maanden na die ingrijpende gebeurtenis vindt verpleeghuisopname plaats voor ouderen met intramurale Wlz-zorg. Ouderen die extramurale Wlz-zorg ontvangen, gaan niet het verpleeghuis in. Vanwege methodologische redenen is voor deze ouderen sprake van een fictief moment van verpleeghuisopname. Op basis van dit fictieve moment kan het jaar van analyse bepaald worden. Dit onderzoek analyseert namelijk de zorgkosten van ouderen met een ingrijpende gebeurtenis in het jaar na (fictieve) verpleeghuisopname.

De resultaten wijzen op een significant verschil in totale zorgkosten (Zvw en Wlz) tussen ouderen die intramuraal en extramuraal Wlz-zorg ontvangen. Intramurale Wlz-zorg is in het jaar na (fictieve) verpleeghuisopname € 27.329 duurder dan extramurale Wlz-zorg. Hierbij zijn zowel de Zvw- als Wlz-uitgaven meegenomen. Dat is een aanzienlijk kostenverschil en suggereert dat vanuit een publiek perspectief substantiële besparingen gerealiseerd kunnen worden door Wlz-zorg extramuraal aan te bieden. Een van de verklaringen voor dit kostenverschil kan zijn dat de huisvestingskosten in de intramurale Wlz-zorg ook binnen de Wlz vergoed worden in tegenstelling tot de extramurale Wlz-zorg waar deze privaat gedekt worden. Alhoewel huisvestingskosten geen zorg betreffen, zijn deze kosten wel onderdeel van de publiek-gefinancierde kosten binnen de intramurale Wlz. De eigen bijdrage kan als een gedeeltelijke compensatie voor de huisvestingskosten gezien worden. Op basis van een vergelijking tussen de huisvestingskosten en de eigen bijdrage is het aannemelijk dat een belangrijk deel van het kostenverschil overeind blijft, ook wanneer de wooncomponent wel buiten beschouwing zou zijn gelaten (zie Hoofdstuk 5 *Resultaten*). Een andere plausibele verklaring is dat de relatief gemakkelijke beschikbaarheid van zorg en hulpmiddelen een opdrijvend effect heeft op het zorggebruik en de zorgkosten van ouderen in het verpleeghuis.

Ouderen met intramurale Wlz-zorg hebben lagere Zvw- en hogere Wlz-kosten dan ouderen met extramurale Wlz-zorg. De resultaten tonen dat de Zvw-kosten van ouderen met intramurale Wlz-zorg in het jaar na verpleeghuisopname € 8.433 lager liggen. De Wlz-kosten zijn in dat jaar € 35.770 hoger. Een mogelijke verklaring voor de lagere Zvw-kosten is dat een deel van de zorgbehoefte die normaliter in de Zvw zou plaatsvinden nu in het verpleeghuis geleverd wordt. Ook kan het zijn dat veranderingen in de gezondheidssituatie van ouderen intramuraal eerder herkend worden dan extramuraal waardoor een deel van de toekomstige zorgvraag voorkomen wordt. Ouderen met intramurale Wlz-zorg geven binnen de Zvw met name minder uit aan huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en medicatie. Ouderen met intramurale Wlz-zorg krijgen medicatie vanuit de Wlz vergoed. De resultaten laten zien dat er een duidelijke wisselwerking bestaat tussen de Zvw en de Wlz.

Het effect van verblijf in de Wlz op de totale zorgkosten is sterk verschillend voor VPT en MPT. Uit afzonderlijke regressieanalyse voor VPT en MPT blijkt dat de totale zorgkosten (Zvw en Wlz) voor ouderen met verblijf in de Wlz in vergelijking met VPT en MPT in ieder scenario groter zijn, maar dat er sprake is van duidelijke verschillen. Verblijf is in het jaar na (fictieve) opname € 12.756 duurder dan VPT en € 35.694 duurder dan MPT. Het gaat hierbij zowel om de Zvw- als Wlz-kosten. Een belangrijke verklaring hiervoor is dat een VPT aanzienlijk omvangrijker en duurder is dan een MPT, bijvoorbeeld doordat eten en drinken binnen het MPT doorgaans niet vergoed wordt. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat ouderen met een MPT vaker geholpen worden door een mantelzorger, maar verder onderzoek moet uitwijzen of dat inderdaad het geval is (zie ook paragraaf 6.3.2 *Vervolgonderzoek*). Tot slot kan een MPT ook financieel aantrekkelijker zijn doordat middels diverse modules een preciezere invulling kan worden gegeven aan de exacte zorgbehoefte van de patiënt. Zorg die niet nodig is en mogelijk wel binnen een VPT vergoed zou worden, valt bij een MPT buiten boord. De mogelijkheid bestaat dat met een MPT meer maatwerk geleverd kan worden. Kortom, de potentiële besparingen die gerealiseerd kunnen worden door het langer thuis blijven wonen van ouderen zijn sterk afhankelijk van de leveringsvorm die als alternatief voor intramurale Wlz-zorg gekozen wordt.

De verschillen in zorgkosten tussen intramurale en extramurale Wlz-zorg zijn in het tweede jaar kleiner. Alhoewel intramurale Wlz-zorg in het tweede jaar eveneens duurder is dan extramurale Wlz-zorg is dit verschil wel kleiner dan in het eerste jaar na (fictieve) opname het geval was. Verblijf in de Wlz is in het tweede jaar € 17.816 duurder dan Wlz-zorg zonder verblijf. Het beperktere kostenverschil wordt met name gedreven doordat de gemiddelde Wlz-kosten van ouderen met extramurale Wlz-zorg sterk stijgen in het tweede jaar. De resultaten suggereren dat de kostenverschillen tussen ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg over tijd terug kunnen lopen. Met name ten aanzien van de potentiële besparingen voor ouderen met een VPT kan dit tot andere conclusies leiden. Zo bedraagt het effect van verblijf in de Wlz tegenover zorg middels het VPT nog maar € 6.174 in het tweede jaar na (fictieve) verpleeghuisopname. De mogelijkheid bestaat dat dit kostenverschil na enkele jaren verdwijnt of zelfs omslaat. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of daar sprake van is (zie ook paragraaf 6.3.2. *Vervolgonderzoek*).

6.1.1. Beperkingen en vertekeningen

Dit onderzoek besteedt geen aandacht aan zorgkosten binnen de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning). In principe stopt de Wmo-aanspraak als een zorgbehoevende de Wlz ingaat. Uitzonderingen zijn echter mogelijk, zoals aanspraak op Wmo-vervoer. Het Wmo-gebruik in combinatie met het Wlz-gebruik is doorgaans beperkt. Indien deze combinatie voorkomt, dan is het aannemelijker dat met name ouderen met extramurale Wlz-zorg gebruik zullen maken van vergoedingen beschikbaar in de Wmo. Door de Wmo-kosten buiten beschouwing te laten, kan daarom een overschatting van het kostenverschil tussen intramurale en extramurale Wlz-zorg ontstaan. Naar verwachting is deze overschatting van beperkte omvang, doordat de Wmo-kosten in vergelijking met de Wlz-kosten doorgaans beperkt zijn.

De woonkosten bij verblijf in de Wlz vallen onder de uitgaven aan intramurale Wlz-zorg en zijn daarom onderdeel van de analyse. Dit onderzoek hanteert een publiek perspectief. De woonkosten van ouderen met intramurale Wlz-zorg zijn onderdeel van de publiek-gefinancierde Wlz-uitgaven. Ouderen met extramurale Wlz-zorg moeten de woonkosten privaat betalen. Desalniettemin geldt dat ouderen met extramurale Wlz-zorg gebruik kunnen maken van huurtoeslag. Er kan daarmee sprake zijn van een overschatting van het publieke kostenverschil tussen zorg met en zonder verblijf in de Wlz. Tegelijkertijd is de eigen bijdrage geen onderdeel van de publiek-gefinancierde zorgkosten. Het verschil in de eigen bijdrage tussen ouderen met intramurale en extramurale Wlz-zorg kan als gedeeltelijke compensatie voor de woonkosten gezien worden. Een vergelijking van dit verschil met de normatieve huisvestingscomponent laat zien dat het excluderen van de eigen bijdrage een belangrijk deel van de wooncomponent kan verklaren (zie Hoofdstuk 5 *Resultaten*). Naar verwachting is er daarom slechts in beperkte mate sprake van een overschatting van de resultaten.

Controles van de robuustheid wijzen niet op de aanwezigheid van belangrijke selectie-effecten en vertekeningen in de analyse. De ingrijpende gebeurtenis kan voor ouderen verschillend uitpakken. Mogelijk treden selectie-effecten op doordat ouderen die een heftigere ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt het verpleeghuis ingaan. Hierdoor kan een overschatting van het effect ontstaan. Controles van deze selectie-effecten – door het vergelijken van de Zvw-kosten en het uitvoeren van de analyse voor de ingrijpende gebeurtenissen afzonderlijk – bevatten geen duidelijke signalen dat deze selectie-effecten daadwerkelijk optreden. Tegelijkertijd kunnen wij op basis van onze analyses niet volledig uitsluiten dat selectie-effecten in bepaalde mate onze uitkomsten beïnvloeden.

6.2. Beleidsimplicatie

Dit onderzoek ondersteunt beleid gericht op het langer thuis laten wonen van ouderen. De resultaten laten zien dat de publieke kosten voor extramurale Wlz-zorg lager uitvallen dan voor intramurale Wlz-zorg. Vanuit een publiek en financieel perspectief kan beleid extramurale Wlz-zorg (ten opzichte van intramurale Wlz-zorg) bevorderen en faciliteren, bijvoorbeeld door het levensloopbestendig maken van de (eigen) woning te vergemakkelijken of door de toegang tot intramurale Wlz-zorg verder aan te scherpen. Mogelijk gaat dit met aanvullende publieke kosten gepaard voor ouderen die extramurale Wlz-zorg ontvangen – bijvoorbeeld in het geval van aanpassing van de (eigen) woning met financiële hulp vanuit de gemeente – maar de resultaten laten zien dat het kostenverschil tussen intramurale en extramurale Wlz-zorg substantieel is. Daarmee bestaat enige ruimte om extramurale Wlz-zorg aantrekkelijker te maken zonder dat daarmee het financiële voordeel van deze vorm van zorg verdwijnt. Dit onderzoek richt zich op de publiek gefinancierde kosten. Kosten die gepaard gaan met mantelzorg – bijvoorbeeld doordat een mantelzorger minder uren kan werken – en met private zorg en ondersteuning zijn geen onderdeel van de analyse, maar kunnen desalniettemin substantieel zijn (zie ook paragraaf 6.3.2. *Vervolgonderzoek*).

Beleid dient rekening te houden met de verschillen in potentiële besparingen tussen VPT en MPT als alternatief voor verblijf in de Wlz. Uit de analyse volgt dat het MPT financieel het voordeligst is, maar het MPT hoeft niet voor iedere oudere een goed alternatief voor intramurale Wlz-zorg te vormen. Zo kan de exacte zorgbehoefte per persoon verschillen, bijvoorbeeld omdat sommige ouderen gemakkelijker op mantelzorgers kunnen steunen. Daarbij is het ook van belang te realiseren dat mantelzorgers vaak al onder druk staan en dat het niet vanzelfsprekend is om deze groep verder te vergroten of verder te belasten. Het VPT is omvangrijker en lijkt sterker op de zorg die bij verblijf in de Wlz geleverd wordt. Het VPT kan daarom mogelijk voor een grotere groep ouderen een realistisch alternatief voor intramurale Wlz-zorg vormen. Wel zijn de potentiële kostenbesparingen van het VPT aanzienlijk kleiner, met name in het tweede jaar. Daarnaast is het huidige beleid gericht op het scheiden van wonen en zorg. Dat houdt in dat ouderen zelf de volledige woonkosten dienen te financieren. Het kostenverschil tussen zorg met en zonder verblijf in de Wlz zal daardoor in beperkte mate (zie ook Hoofdstuk 5 *Resultaten*) afnemen. Bij het vormgeven van beleid is het belangrijk te realiseren dat er duidelijke verschillen zijn in de potentiële besparingen tussen het VPT en het MPT, dat het MPT (en in mindere mate het VPT) niet voor iedere oudere een goed alternatief hoeft te vormen en dat het scheiden van wonen en zorg de potentiële besparingen in beperkte mate kan verminderen.

Het onderzoek houdt geen rekening met de kwaliteit, toegankelijkheid en personele houdbaarheid van de zorg. Deze studie bestudeert de kostenverschillen tussen zorg met en zonder verblijf in de Wlz en besteedt geen aandacht aan mogelijke verschillen in kwaliteit en toegankelijkheid. Ook bestaat de mogelijkheid dat extramurale Wlz-zorg met een grotere vraag naar zorgpersoneel of mantelzorgers gepaard gaat, bijvoorbeeld doordat reistijd verloren gaat of doordat voor sommige zorg meer op mantelzorgers geleund wordt. Het verschuiven van langdurige zorg naar de extramurale setting kan tot een grotere druk op zorgpersoneel en mantelzorgers leiden. Het is belangrijk om in beleid ook rekening te houden met de kwaliteit, toegankelijkheid en personele houdbaarheid van de zorg.

6.3. Discussie

6.3.1. Relatie met Nederlandse wetenschappelijke literatuur

De resultaten zijn op hoofdlijnen in lijn met de wetenschappelijke literatuur die eveneens het publieke perspectief hanteert, maar een goede vergelijking is lastig. In de basis lijken de resultaten van dit onderzoek in lijn te zijn met eerdere bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur naar kostenverschillen in de Nederlandse ouderenzorg vanuit een publiek perspectief. Vanuit dit publieke perspectief is intramurale Wlz-zorg duurder dan extramurale Wlz-zorg. Een goede vergelijking is echter lastig te maken, doordat onderzoeken verschillen in de vormen van zorg, de zorgkosten en de periodes die ze vergelijken en bestuderen.

De bevindingen vertonen sterke overeenkomsten met Portrait en Koolman (2021). De auteurs vergelijken de Wlz-kosten van ouderen die intramuraal verblijven met die van ouderen die zorg ontvangen middels het VPT. De bestudeerde periode (januari 2016 – augustus 2020) kent grote overlap met de periode waar dit onderzoek zich op richt. Op jaarniveau blijkt extramurale Wlz-zorg met het VPT-pakket € 21.170 goedkoper dan intramurale Wlz-zorg. Dit onderzoek vindt een totaal kostenverschil (Zvw en Wlz) van € 12.756 tussen verblijf in een verpleeghuis en extramurale Wlz-zorg middels het VPT. Dit verschil kan verklaard worden doordat Portrait en Koolman (2021) de Zvw-kosten buiten beschouwing laten. Daarmee ontstaat een overschatting van het effect.

Wong et al. (2018) vinden geen verschillen, maar kijken naar indicaties voor verpleeghuisopname en niet naar daadwerkelijke opname. De auteurs laten met hun studie in de periode 2009 – 2013 zien dat ouderen met een indicatie voor intramurale Wlz-zorg even hoge zorgkosten (Zvw en Wlz) hebben als vergelijkbare ouderen met een indicatie voor extramurale Wlz-zorg. Een belangrijk verschil met dit onderzoek is echter dat de Wong et al. (2018) enkel het effect van het aanbieden van een opname – en dus niet de opname zelf – bestuderen. Niet alle ouderen verzilveren direct hun indicatie. Dit is een fundamenteel verschil met dit onderzoek waarin het effect van opname wordt gemeten. Tot slot geldt dat de bestudeerde periode verschilt en dat de langdurige zorg in 2015 sterk hervormd is. Dit kan tot andere uitkomsten leiden.

Kruse et al. (2022) vinden geen verschillen, maar analyseren het kostenverschil van *gedclusterde* extramurale zorginstellingen ten opzichte van intramurale zorginstellingen. De auteurs analyseren, net als dit onderzoek, op basis van CBS-microdata de verschillen in publiek-gefinancierde zorguitgaven (Zvw en Wlz) tussen ouderen met extramurale en intramurale Wlz-zorg. Het substantiële verschil tussen de twee studies is dat de studie van Kruse et al. (2022) gericht is op *gedclusterde* extramurale zorginstellingen en de wooncomponent (nhc) niet meeneemt in de Wlz-kosten. Bovendien maakt deze studie gebruik van een instrumentele variabele analyse die op een andere wijze beoogt te corrigeren voor selectie-effecten. Deze factoren kunnen een belangrijke reden zijn waarom de uitkomsten van beide studies van elkaar verschillen.

Ook Kok et al. (2015) concluderen dat zorg met verblijf duurder is dan zonder verblijf in de Wlz. Kok et al. (2015) tonen voor de periode 2007 – 2009 aan dat intramurale Wlz-zorg per jaar € 11.350 duurder is dan extramurale Wlz-zorg voor ouderen die dezelfde karakteristieken hebben. Ze kijken daarbij zowel naar de Zvw- als Wlz-kosten. Net zoals voor de studie van Wong et al. (2018) geldt ook hier dat de bestudeerde periode verschilt en dat de langdurige zorg in 2015 sterk hervormd is.

6.3.2. Vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek kan zich richten op het includeren van zorgkosten die in het kader van de Wmo zijn gemaakt. In 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor een deel van de ondersteuning, begeleiding en verzorging (Wmo) die voorheen onder de Wlz viel. Daarmee valt een deel van de zorgkosten – die met name door ouderen met extramurale Wlz-zorg worden gemaakt – buiten de analyse (zie ook paragraaf 6.1.1.). Een gebrek aan beschikbare data over zorggebruik binnen de Wmo maakt dat deze analyse op moment van schrijven niet mogelijk was. In de toekomst kan hier mogelijk verandering in komen.

Vervolgonderzoek kan een meerjarig perspectief hanteren. Deze studie bestudeert de zorgkosten in het eerste en tweede jaar na (fictieve) verpleeghuisopname. Een meerjarig perspectief kan meer inzage geven in het verloop van de kostenverschillen over tijd. De resultaten suggereren namelijk dat het effect van verblijf op termijn af kan nemen. Zo kan bijvoorbeeld de volledige Wlz-periode – van (fictieve) opname tot overlijden – bestudeerd worden om te onderzoeken hoe groot het kostenverschil is als rekening wordt gehouden met verschillen in de duur van Wlz-zorg.

Vervolgonderzoek kan een maatschappelijk perspectief hanteren door ook private kosten en kosten van mantelzorg mee te nemen. Deze studie hanteert het publieke perspectief en analyseert in dat kader de publieke kosten die vanuit de Wlz en de Zvw betaald worden. In het geval van extramurale Wlz-zorg kan echter een deel van de lasten verschoven worden naar het individu. In het onderzoek controleren we hier gedeeltelijk voor door de zorgkosten te verminderen met de eigen betalingen en het eigen risico, maar het is onduidelijk in hoeverre zorgbehoevenden privaat bijbetalen om hun volledige zorgbehoefte te organiseren. Daarnaast kunnen ouderen ook sterk leunen op mantelzorgers in de eigen omgeving. Mantelzorgers kunnen mogelijk minder uren binnen hun betaalde baan werken of kunnen zelfs genoodzaakt zijn een bestaande arbeidsbetrekking op te zeggen. Hier gaan indirect ook kosten mee gepaard. De wetenschappelijke literatuur suggereert dat het hanteren van een maatschappelijk perspectief zelfs kan betekenen dat extramurale Wlz-zorg duurder is dan intramurale Wlz-zorg (zie ook Hoofdstuk 2 *Literatuur*). Ook een studie van Ecorys (2021) laat zien dat de kosten van mantelzorg omvangrijk kunnen zijn. Zo becijferde Ecorys dat wanneer mantelzorg in Nederland wordt overgenomen door de publieke of private sector dit de maatschappij tussen de € 32 miljard en € 44 miljard per jaar zou kosten. Het kan wenselijk zijn om bij vervolgonderzoek een maatschappelijk perspectief te hanteren waarbij zowel de publiek als privaat-gefinancierde uitgaven in de analyse worden meegenomen.

Meer inzicht in het gebruik van mantelzorg door ouderen met een MPT kan helpen om te bepalen voor welke groepen het MPT een goed alternatief vormt. Het kostenverschil (Zvw en Wlz) tussen verblijf en MPT is substantieel. Mogelijk leunen ouderen met MPT meer op mantelzorgers in hun omgeving. MPT hoeft dus niet voor iedere oudere een goed alternatief te vormen. Toekomstig onderzoek kan zich richten op het gebruik van mantelzorg in het geval van het MPT.

Verdere verdieping is mogelijk naar de verschillen in Zvw-kosten tussen ouderen met extramurale Wlz-zorg en ouderen met intramurale Wlz-zorg. De resultaten uit deze studie geven weer dat ouderen met intramurale Wlz-zorg lagere Zvw-kosten hebben dan ouderen met extramurale Wlz-zorg. Dit is deels te verklaren doordat een deel van de medische behandeling binnen de intramurale Wlz-zorg valt als het Wlz-zorg inclusief behandeling betreft. Deze studie geeft echter weer dat een forse besparing ten aanzien van de Zvw-kosten overeind blijft als extramurale Wlz-zorg vergeleken wordt met intramurale Wlz-zorg exclusief behandeling. Het is onduidelijk welke factoren en onderliggende mechanismen dit verschil kunnen verklaren. Het is belangrijk om hier meer inzicht in te krijgen gezien de beweging naar scheiden van wonen en zorg en de druk die hierdoor mogelijk toe kan nemen in de Zvw.

Literatuurlijst

Chappell, N., Havens, B., Honorary, D., Hollander, M., Miller, J. A., & McWilliam, C. (2004). Comparative Costs of Home Care and Residential Care. *The Gerontologist*, 389-400.

Chiu, L., Shyu, W.-C., & Jayne, C. T.-R. (1997). A cost-effectiveness analysis of home care and community-based nursing homes for stroke patients and their families. *Journal of Advanced Nursing*, 872-878.

Chiu, L., Tang, K.-Y., Liu, Y.-H., Shyu, W.-C., & T.-P., C. (1999). Cost comparisons between family-based care and nursing home care for dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 1005-1012.

CPB. (2019). *Middellangetermijnverkenning zorg 2022-2025*. Den Haag: CPB.

CPB. (2022). *Centraal Economisch Plan 2022*. Den Haag: CPB.

Ecorys. (2021). *De maatschappelijke waarde van mantelzorg. Een maatschappelijke kosten-batenanalyse*. Rotterdam: Ecorys.

Fong, J., Mitchell, O., & Koh, B. (2015). Disaggregating Activities of Daily Living Limitations for Predicting Nursing Home Admission. *Health Services Research*.

Friedman, S., Steinwachs, D., Rathouz, P., Burton, C., & Mukamel, D. (2005). Characteristics Predicting Nursing Home Admission in the Program of All-Inclusive Care for Elderly People. *The Gerontologist*, 157-166.

Gaugler, J., Duval, S., Anderson, K., & Kane, R. (2007). Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatrics*.

Hollander, M., & Chappell, N. L. (2010). A Comparative Analysis of Costs to Government for Home Care and Long-term Residential Care Services, Standardized for Client Care Needs.

Kim, H. B., & Lim, W. (2015). Long-term care insurance, informal care, and medical expenditures. *Journal of Public Economics*, 128-142.

Kok, L., Berden, C., & Sadiraj, K. (2015). Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. *European Journal of Health Economics*.

König, H.-H., Leicht, H., Brettschneider, C., Bachmann, C., Bickel, H., Fuchs, A., . . . Riedel-Heller, S. (2014). The Costs of Dementia From the Societal Perspective: Is Care Provided in the Community Really Cheaper than Nursing Home Care? *JAMDA*, 117-126.

F. Kruse, E. Wackers, M. Kolmus, S. van Dulmen en P. Jeurissen. Kleinschalige woonzorgvormen in Nederland. Kosten, financiële karakteristieken, kwaliteit en toegankelijkheid. Radboudumc, Nijmegen 2022

Mitchell, J. B. (1978). Patient Outcomes in Alternative Long-Term Care Settings. *Medical Care*, 439-452.

Naomi, A., Shiroiwa, T., Fukuda, T., & Murashima, S. (2012). Institutional care versus home care for the elderly in a rural area: cost comparison in rural Japan. *Rural Remote Health*.

Nielsen, M., Blenkner, M., Bloom, M., Downs, T., & Beggs, H. (1972). Older persons after hospitalization: a controlled study of home aide service. *American Journal of Public Health*, 1094 - 1101.

Noël-Miller, C. (2010). Spousal Loss, Children, and the Risk of Nursing Home Admission. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 370-380.

Portrait, F., & Koolman, X. (2021). *Is ageing-in-place an alternative for nursing home admission? A comparison of the survival, days in care and costs of older individuals*. Talma Instituut (VU).

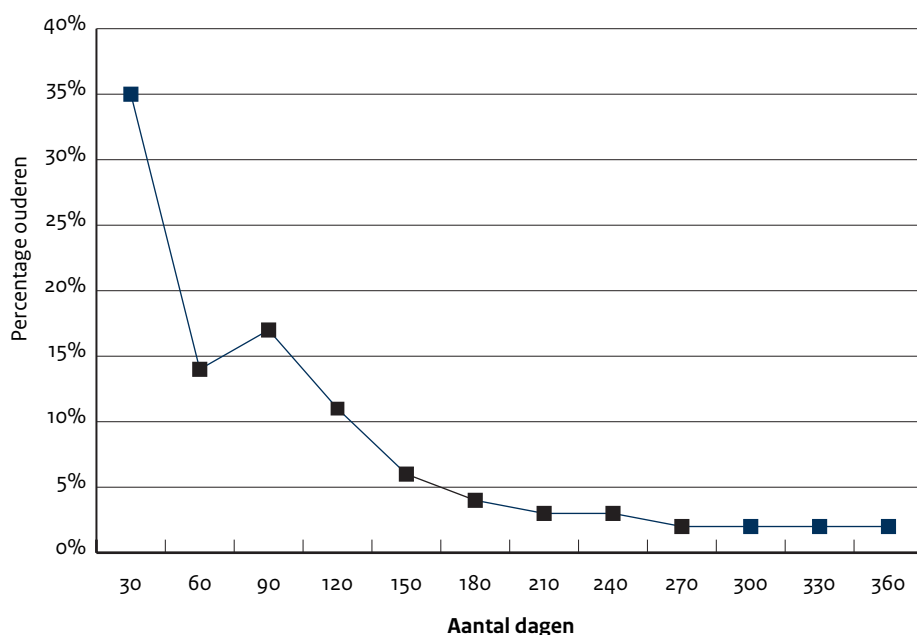
Tinetti, M., & Williams, S. (1997). Falls, Injuries due to Falls, and the Risk of Admission to a Nursing Home. *The New England Journal of Medicine*, 1279-1284.

Watson, C. G. (1976). Inpatient Care or Outplacement: Which Is Better for the Psychiatric. *Journal of Gerontology*, 611-616.

Wong, A., Bakx, P., Wouterse, B., & Van Doorslaer, E. (2018, September 13). Thuiszorg is niet altijd goedkoper dan verpleeghuiszorg. *ESB*.

Bijlage

Figuur B.1. Aantal dagen tot verpleeghuisopname (na de ingrijpende gebeurtenis)



Noot: de figuur geeft het percentage ouders weer dat binnen het op de horizontale as beschreven aantal dagen na de ingrijpende gebeurtenis in een verpleeghuis wordt opgenomen. Het mediane verschil tussen het moment van de ingrijpende gebeurtenis en het moment van de verpleeghuisopname bedraagt 2 maanden.

Tabel B.1. Tarieven van verschillende financieringspakketten (verpleging en verzorging) uit 2019 (totaalwaarde per dag).

	Zorg met verblijf (excl. behandeling)	Zorg met verblijf (incl. behandeling)	VPT (excl. behandeling)	VPT (incl. behandeling)	PGB
Zzp 4	166,47	197,33	133,83	156,45	103,69
Zzp 5	216,46	250,05	184,08	208,48	140,69
Zzp 6	216,72	251,14	184,44	208,83	140,69
Zzp 7	249,87	293,16	215,67	248,60	176,23
Zzp 8	287,44	331,34	249,59	282,45	210,33

Noot: MPT is opgebouwd uit meerdere componenten met verschillende tarieven. Er bestaat dus niet één MPT-tarief. Zie link voor de opbouw van de MPT tarieven: [Opbouw tarieven mpt 2019 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](https://www.zorgkantoordsw.nl/clienten/-/media/Documenten/Zorgkantoor/Clients/2019/Tarieventabel-pgb-Wlz-2019-met-indicatie-voor-een-ZZP-of-zorgprofiel.pdf)

Bron: NZa URL: [Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2019 - BR/REG-19121e - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](https://www.nza.nl/Beleidsregel-prestatiebeschrijvingen-en-tarieven-zorgzwaartepakketten-en-volledig-pakket-thuis-2019-BR/REG-19121e) en Zorgkantoor DSW URL: <https://www.zorgkantoordsw.nl/clienten/-/media/Documenten/Zorgkantoor/Clients/2019/Tarieventabel-pgb-Wlz-2019-met-indicatie-voor-een-ZZP-of-zorgprofiel.pdf>

Tabel B.2. Vergelijking controlevariabelen voor ouderen met intramurale Wlz-zorg en ouderen met extramurale Wlz-zorg (met ingrijpende gebeurtenis)

Intramurale zorg (n = 16.632)			Extramurale zorg (n = 2.814)			
Variabele	Gem.	SD		Gem.	SD	p-waarde
Demografie						
Geslacht (1 = vrouw)	0,65	-		0,65	-	0,69
Leeftijd	84,43	5,93		83,97	5,64	0,00
Kinderen (1 = wel)	0,83	-		0,85	-	0,00
Aantal personen in huishouden	0,59	0,63		0,72	0,64	0,00
Financieel (in 2015)						
Bruto huishoudinkomen	33.839	21.969		40.021	28.117	0,00
Netto vermogen	169.771	360.606		267.906	803.678	0,00
Woningbezit (1 = wel)	0,38	-		0,48	-	0,00
Gezondheid						
Soorten medicatie voorafgaand aan de ingrijpende gebeurtenis	8,16	4,71		8,53	4,80	0,01
Totale zorgkosten voorafgaand aan de ingrijpende gebeurtenis	11.716	14.739		11.569	15.526	0,64
Zvw-kosten in het jaar van de ingrijpende gebeurtenis	23.162	19.859		22.480	19.966	0,09
Ingrijpende gebeurtenis: heupfractuur	0,26	-		0,19	-	0,00
Ingrijpende gebeurtenis: acuut hartinfarct	0,04	-		0,08	-	0,00
Ingrijpende gebeurtenis: beroerte	0,32	-		0,27	-	0,00
Ingrijpende gebeurtenis: verlies van partner door overlijden of GGZ-opname	0,39	-		0,45	-	0,00
Zzp 4	0,22	-		0,39	-	0,00
Zzp 5	0,42	-		0,44	-	0,00
Zzp 6	0,31	-		0,16	-	0,00
Zzp 7	0,03	-		0,00	-	0,00
Zzp 8	0,01	-		0,01	-	0,00

Noot: waardes tussen haakjes geven de standaardafwijking weer. Een p-waarde kleiner dan 0,05 impliceert significantie op het 95%-betrouwbaarheidsniveau. Een p-waarde kleiner dan 0,01 impliceert significantie op het 99%-betrouwbaarheidsniveau.

Tabel B.3. Vergelijking controlevariabelen voor ouderen met intramurale Wlz-zorg en ouderen met extramurale Wlz-zorg, die niet per se een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt

Intramurale zorg (n = 16.632)				Extramurale zorg (n = 2.814)					
Variabele	Gem.	SD	N		Gem.	SD	N		p-waarde
Demografie									
Geslacht (1 = vrouw)	0,67	-	86.988		0,68	-	10.983		0,07
Leeftijd	83,18	6,12	86.988		82,66	6,26	10.983		0,00
Kinderen (1 = wel)	0,81	-	86.988		0,80	-	10.983		0,19
Aantal personen in huishouden	0,45	0,63	86.106		0,59	0,90	10.866		0,00
Financieel (in 2015)									
Bruto huishoud-inkomen	32.136	20.570	86.898		43.709	48.564	10.941		0,00
Netto vermogen	153.197	340.955	86.896		335.823	1.004.222	10.930		0,00
Woningbezit (1 = wel)	0,35	-	86.920		0,46	-	10.949		0,00
Gezondheid									
Soorten medicatie voorafgaand aan (fictieve) opname*	8,59	4,82	86.449		8,60	4,88	10.875		0,86
Totale zorgkosten voorafgaand aan (fictieve) opname*	17.904	19.878	86.492		17.185	20.087	10.879		0,00
Zvw-kosten in het jaar van (fictieve) opname*	18.533	19.266	86.924		15.294	16.287	10.945		0,00
Zzp 4	0,20	-	86.988		0,26	-	10.983		0,00
Zzp 5	0,51	-	86.988		0,56	-	10.983		0,00
Zzp 6	0,24	-	86.988		0,17	-	10.983		0,00
Zzp 7	0,04	-	86.988		0,01	-	10.983		0,00
Zzp 8	0,01	-	86.988		0,01	-	10.983		0,09

Noot: waardes tussen haakjes geven de standaardafwijking weer. Een p-waarde kleiner dan 0,05 impliceert significantie op het 95%-betrouwbaarheidsniveau. Een p-waarde kleiner dan 0,01 impliceert significantie op het 99%-betrouwbaarheidsniveau.

* Voor ouderen met intramurale Wlz-zorg is er nog steeds sprake van een exact moment van verpleeghuisopname. Voor ouderen met extramurale Wlz-zorg betreft het fictieve opnamemoment het jaar waarin extramurale Wlz-zorg voor het eerst geregistreerd staat.

Tabel B.4. Volledige regressieanalyse van het effect van verblijf op totale zorgkosten (Zvw en Wlz)

Afhankelijke variabele: totale zorgkosten (Zvw en Wlz) in het jaar na (fictieve) verpleeghuisopname					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Effect van verblijf in de Wlz	24.976*** (455)	25.570*** (458)	25.537*** (461)	22.792*** (451)	27.329*** (421)
Demografie	Man	Referentie	Referentie	Referentie	Referentie
	Vrouw	4.924*** (376)	4.776*** (378)	4.586*** (367)	658*** (421)
	Leeftijd	-535*** (29)	-519*** (30)	-436*** (29)	-105*** (15)
	Kinderen	1.596*** (447)	1.126** (450)	1.400*** (435)	1.174*** (223)
	Aantal personen huishouden	2.039*** (273)	3.090*** (314)	2.711*** (362)	2.975*** (220)
Financieel	Huishoudinkomen (1 ^e kwartiel)		Referentie	Referentie	Referentie
	Huishoudinkomen (2 ^e kwartiel)		-1.678*** (475)	-1.650*** (468)	-1.639*** (242)
	Huishoudinkomen (3 ^e kwartiel)		-3.385*** (565)	-3.476*** (547)	-3.262*** (295)
	Huishoudinkomen (4 ^e kwartiel)		-3.954*** (694)	4.880*** (668)	-4.605*** (384)
	Vermogen (1 ^e kwartiel)		Referentie	Referentie	Referentie
	Vermogen (2 ^e kwartiel)		7.82 (458)	-127 (440)	-559** (221)
	Vermogen (3 ^e kwartiel)		-1.310* (678)	-1.738*** (650)	-2.000*** (355)
	Vermogen (4 ^e kwartiel)		-3.176*** (760)	-3.954*** (732)	-3.541*** (406)
	Koopwoning		Referentie	Referentie	Referentie
	Huurwoning		-2.816*** (582)	-2.671*** (558)	-2.212*** (305)

Afhankelijke variabele: totale zorgkosten (Zvw en Wlz) in het jaar na (fictieve) verpleeghuisopname

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Gezondheid	Medicatie voorafgaand aan ingrijp. geb.			-99** (43)	97*** (24)
	Totale zorgkosten voorafgaand aan ingrijp. geb.			0.07*** (0.02)	0.12*** (0.01)
	Zvw-kosten in jaar van ingrijp. geb.			0.03** (0.01)	0.10*** (0.01)
	Heupfractuur			Referentie	Referentie
	Acuut hartinfarct			-2.992*** (916)	-625 (532)
	Beroerte			-771* (467)	339 (233)
	Overlijden / GGZ-opname partner			1.302** (577)	1.545*** (333)
	Zzp 4			Referentie	Referentie
	Zzp 5			13.257*** (357)	15.981*** (229)
	Zzp 6			13.002*** (444)	17.225*** (260)
	Zzp 7			23.863*** (1.130)	26.437*** (577)
	Zzp 8			31.824*** (2.704)	36.476*** (1.751)
Overig	Aantal maanden Wlz-zorg voor overlijden in het jaar na opname				5.942*** (27)
	Correctie voor jaarfluctuaties	Nee	Nee	Nee	Ja
	N	19.715	19.715	19.696	19.446
	R ²	0.12	0.15	0.15	0.22

Noot: waarden tussen haakjes geven de standaardafwijking weer.

*** significant op het 1%-betrouwbaarheidsniveau

** significant op het 5%-betrouwbaarheidsniveau

Tabel B.5. Effect van verblijf op Zvw- en Wlz-kosten met onderscheid naar de plek van behandeling (wel of niet Wlz)

Verschil in zorgkosten (Zvw en Wlz) in het jaar na (fictieve) verpleeghuisopname				
	Zvw-kosten		Wlz-kosten	
	<i>Behandeling in Wlz</i>	<i>Behandeling niet in Wlz</i>	<i>Behandeling in Wlz</i>	<i>Behandeling niet in Wlz</i>
	(1)	(2)	(3)	(4)
Effect van verblijf in de Wlz	-9.862*** (285)	-5.765*** (278)	39.516*** (464)	26.765*** (387)
<i>Controlevariabelen</i>				
Demografie	Ja	Ja	Ja	Ja
Financieel			Ja	Ja
Gezondheid	Ja	Ja	Ja	Ja
<i>Correctie voor</i>				
Aantal maanden	Ja	Ja	Ja	Ja
Jaren	Ja	Ja	Ja	Ja
N	14.781	7.678	14.771	7.671
R ²	0.28	0.24	0.82	0.63

Noot: waardes tussen haakjes geven de standaardafwijking weer.

*** significant op het 1%-betrouwbaarheidsniveau

Tabel B.6. Effect van verblijf op zorgkosten (Zvw en Wlz) voor VPT en MPT in het tweede jaar na (fictieve) verpleeghuisopname

Verschil in zorgkosten in het tweede jaar na (fictieve) verpleeghuisopname		
	VPT	MPT
	(1)	(2)
Effect van verblijf in de Wlz	6.174*** (503)	29.683*** (2.325)
<i>Controlevariabelen</i>	Ja	Ja
<i>Correctie voor</i>		
Aantal maanden	Ja	Ja
Jaren	Ja	Ja
N	7.163	7.120
R ²	0.86	0.84

*** significant op het 1%-betrouwbaarheidsniveau

Noot: waardes tussen haakjes geven de standaardafwijking weer. Het aantal ouderen dat een VPT of MPT heeft, bedraagt respectievelijk 430 en 384. Het aantal ouderen met een PGB (en een ingrijpende gebeurtenis) is zeer beperkt (41) waardoor een betrouwbare analyse niet uitgevoerd kon worden.

Tabel B.7. Effect van verblijf op Zvw- en Wlz-kosten in het tweede jaar na (fictieve) verpleeghuisopname

Verschil in zorgkosten (Zvw en Wlz) in het tweede jaar na (fictieve) opname				
	Zvw-kosten		Wlz-kosten	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Effect van verblijf in de Wlz	-4.061*** (320)	-3.139*** (288)	23.028*** (741)	20.981*** (632)
Controlevariabelen		Ja		Ja
Correctie voor				
Aantal maanden		Ja		Ja
Jaren		Ja		Ja
N	7.699	7.624	7.700	7.619
R ²	0.04	0.20	0.09	0.83

*** significant op het 1%-betrouwbaarheidsniveau

Noot: waardes tussen haakjes geven de standaardafwijking weer.

Tabel B.8. Effect van verblijf op totale zorgkosten (Zvw en Wlz) per ingrijpende gebeurtenis

Verschil in zorgkosten (Zvw en Wlz) in het tweede jaar na (fictieve) opname				
	Ingrijpende gebeurtenis			
	Heupfractuur	Acuut hartinfarct	Beroerte	Overlijden / GGZ-opname partner
	(1)	(2)	(3)	(4)
Effect van verblijf in de Wlz	24.387*** (901)	29.699*** (1.669)	28.033*** (801)	27.634*** (630)
Controlevariabelen	Ja	Ja	Ja	Ja
Correctie voor				
Aantal maanden	Ja	Ja	Ja	Ja
Jaren	Ja	Ja	Ja	Ja
N	4.849	799	6.083	7.715
R ²	0.81	0.73	0.80	0.75

*** significant op het 1%-betrouwbaarheidsniveau

Noot: waardes tussen haakjes geven de standaardafwijking weer.

Tabel B.9. Effect van verblijf op zorgkosten in logaritme

Zorgkosten (logaritme) in het jaar na (fictieve) verpleeghuisopname			
	Totale zorgkosten	Zvw-kosten	Wlz-kosten
	(1)	(2)	(3)
Verblijf in de Wlz	0.70*** (0.01)	-3.29*** (0.06)	1.39*** (0.01)
<i>Controlevariabelen</i>	Ja	Ja	Ja
<i>Correctie voor</i>			
Aantal maanden	Ja	Ja	Ja
Jaren	Ja	Ja	Ja
N	19.446	19.439	19.446
R ²	0.73	0.30	0.66

*** significant op het 1%-betrouwbaarheidsniveau

Noot: waardes tussen haakjes geven de standaardafwijking weer. De coëfficiënten van ‘verblijf’ kunnen naar een procentueel effect vertaald worden. De totale zorgkosten liggen ongeveer 101% hoger voor ouderen met intramurale Wlz-zorg. Voor de Zvw- en Wlz-kosten gaat het respectievelijk om -96% en 301% .



Dit is een uitgave van

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres

Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres

Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
www.rijksoverheid.nl

november 2022