

Verkenning objectief verdeelmiddel gemeentelijke AWBZ

rapportnr. 1111-2
20 november 2013

Een verkenning van de toekomstige kosten en inkomsten voor de P10




Verkenning objectief verdeelmiddel gemeentelijke AWBZ

Een verkenning van de toekomstige
kosten en inkomsten voor de P10

Maaïke van Asselt
Sharon van Ede

Onderzoek in opdracht van de P10

Den Haag, 20 november 2013

 rapport nr. 1111-2

© Aarts de Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv

Website: www.ape.nl

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt via druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Inhoud

1	Inleiding	6
2	Berekening historisch budgetaandeel	8
2.1	Inleiding	8
2.2	Huidig beroep op de AWBZ	11
2.3	Historisch uitgavenaandeel P10	14
3	Verkenning van een alternatief verdeelmodel	17
3.1	Inleiding	17
3.2	Eisen aan de verdeelmaatstaven en het verdeelmodel	17
3.3	Twee objectieve verdeelmodellen	20
3.4	Uitkomsten voor de P10	21
4	Conclusies	25
	Bijlage A: Toelichting op de berekening van de kosten	26
	Bijlage B: Opslagen per P10 gemeente	28

1 Inleiding

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gaat vanaf 2015 veranderen. Uit de AWBZ wordt nu alle langdurige zorg betaald voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten – thuis of in een zorginstelling. Na 2015 worden gemeenten verantwoordelijk voor de lichtere vormen van zorg. Die komen dan onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) te vallen. Voor een ander deel worden zorgverzekeraars verantwoordelijk. Alleen het zwaarste deel blijft betaald worden door de rijksoverheid. Na voltooiing van de decentralisatie zijn gemeenten verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen in het gehele sociale domein op grond van de Wmo (die hiervoor aangepast wordt), de Jeugdwet en de Participatiewet.

Over de vormgeving van de overheveling van AWBZ-taken is nog veel onzekerheid. De manier waarop de taken tussen worden opgesplitst en verdeeld over gemeenten, zorgverzekeraars en het Rijk staat niet vast. Bovendien is het onbekend hoe het beschikbare budget straks wordt verdeeld. Wel lijkt het zo goed als zeker dat de decentralisatie van AWBZ-taken naar gemeenten in het eerste jaar gepaard gaat met een verdeling van middelen op historische gronden, minus een korting van 25%. Daarna zal het budget worden verdeeld op basis van een objectief verdeelmodel. Hoe dat model eruit ziet of aan welke vereisten het moet voldoen, is nog niet bekend.

Met het oog op een effectieve lobby voor een zo gunstig mogelijk verdeelmodel voor de P10, hebben we verkend welk beroep inwoners van de P10 momenteel doen op AWBZ-zorg en welke kosten daarmee gemoeid zijn. Op basis van deze kostenstructuur schatten we in welke financiële gevolgen de overheveling van de AWBZ voor de P10 kan hebben. Daarbij zijn we uitgegaan van het meest waarschijnlijke overhevelingsscenario op peildatum 31 oktober. De beleidsbrief van 6 november is hier dus nog niet in verwerkt.

Het eerstvolgende hoofdstuk beschrijft de actuele uitgaven aan AWBZ-zorg voor inwoners van de P10, onderverdeeld naar de meest relevante categorieën. Op basis daarvan geven we een indicatie van budget dat de P10-gemeenten zouden krijgen bij een verdeling op basis van historische uitgavenaandelen. In hoofdstuk 3 verkennen we hoe een toekomstig objectief verdeelmodel voor de te

decentraliseren AWBZ-taken eruit kan komen te zien. In hoofdstuk 4 besluiten we met enkele conclusies en een vertaling naar beleid.

AWBZ – de belangrijkste begrippen

Grondslagen

Om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen, moet er sprake zijn van bepaalde gezondheidsproblematiek, oftewel grondslag. Er zijn zes grondslagen:

- Somatische aandoening/beperking
- Psychogeriatrische aandoening/beperking
- Psychiatrische aandoening/beperking
- Lichamelijke handicap
- Verstandelijke handicap
- Zintuiglijke handicap

Functies en klassen

Er zijn zes soorten AWBZ-zorg, de zogenoemde functies:

- Persoonlijke Verzorging (PV)
- Verpleging (VP)
- Begeleiding (BG)
- Behandeling (BH)
- Verblijf (VB)
- Kortdurend Verblijf (KVB)

Per functie wordt met klassen aangegeven hoeveel uur per week een cliënt zorg kan krijgen (klasse 2 is bijvoorbeeld minstens 2 en hoogstens 3,9 uur).

Zorgzwaartepakketten

Als een cliënt langdurig in een zorginstelling verblijft, krijgt hij geen indicatie voor een functie maar voor een zorgzwaartepakket (ZZP). Een zorgzwaartepakket omvat wonen, zorg, diensten en mogelijk dagbesteding. Er zijn zorgzwaartepakketten voor de sectoren Verpleging & Verzorging, Gehandicaptenzorg en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

Bron: CIZ.

2 Berekening historisch budgetaandeel

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van het beroep dat de P10 doet op de AWBZ (aantallen cliënten en kosten), om daarmee te kunnen berekenen welk aandeel in het budget de P10 zal krijgen in het eerste jaar van decentralisatie. Dan wordt immers begroot op basis van 'historische uitgavenaandelen'.

We richten ons bij deze analyse specifiek op die delen van de AWBZ die hoogstwaarschijnlijk overgeheveld zullen worden naar de Wmo. Welke dit zijn, leiden we af uit beleidsbrieven over de decentralisatie¹. We gaan uit van de volgende maatregelen:

- Ca. 75% van het budget van de extramurale AWBZ-functies begeleiding, kortdurend verblijf en bijbehorend vervoer wordt overgeheveld naar de gemeenten.
- Ca. 5% van het budget van de extramurale AWBZ-functie persoonlijke verzorging wordt overgeheveld naar gemeenten. Het overige deel komt te vallen onder de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- De voorziening hulp bij het huishouden in de Wmo wordt beperkt tot mensen die deze echt nodig hebben en die er zelf (financieel) niet in kunnen voorzien. Gemeenten houden 60% van het budget om in te zetten voor ondersteuning van burgers. Daarnaast wordt een besparing van € 50 mln. ingezet voor hulpmiddelen, en komt er een extra investering van € 50 mln. in het opzetten van sociale wijkteams binnen gemeenten, waarmee de ondersteuning uit het gemeentelijke sociale domein afgestemd kan worden op het medisch domein.

¹ In het bijzonder de notitie 'Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg', bijlage bij gelijknamige Kamerbrief d.d. 25-04-2013 van het ministerie van VWS.

De meest recente beleidsbrief, van 6 november 2013, kwam te laat om in onze berekeningen te worden meegenomen².

Wat dit betekent voor de verschillende onderdelen van de huidige AWBZ, werken we hieronder uit. We geven allereerst een overzicht van de functies en zorgzwaartepakketten (ZZP's) die volgens de laatste inzichten gedecentraliseerd worden, zie tabel 1 (zie volgende pagina). In de tweede kolom is te zien dat alle ZZP's en functies volledig worden gedecentraliseerd, behalve Verstandelijk Gehandicapten ZZP klasse 3 en Verpleging en Verzorging ZZP klasse 4. Daarvan blijft de helft in de AWBZ achter. Verder gaat 5% van de kosten PV over naar de gemeenten en de overige 95 % naar de zorgverzekeraars.

² 'Nadere uitwerking brief Hervorming Langdurige Zorg' d.d. 06-11-2013 van het ministerie van VWS. Een deel van de in deze brief aangekondigde wijzigingen is al in ons scenario opgenomen op basis van eerder in de media verschenen informatie. Het gaat dan om de *extramurale* persoonlijke verzorging, waarvan voor 5% naar de gemeenten gaat. Waar we nog geen rekening mee gehouden hebben, is dat door extramuralisatie van (nu nog) *intramurale* zorg nog meer budget voor persoonlijke verzorging 'vrijkomt', dat op dezelfde manier wordt verdeeld over gemeenten en zorgverzekeraars (resp. 5% en 95%). Het gevolg is dat in dit rapport het budget voor persoonlijke verzorging dat naar de gemeenten zal worden overgeheveld, wordt overschat.

Tabel 1: Decentralisatie en extramuralisatie van de AWBZ naar functies en ZZP's

Huidige situatie	Decentralisatie	Extramuralisatie
Verpleging en Verzorging ZZP 1	100%	100%
Verpleging en Verzorging ZZP 2	100%	100%
Verpleging en Verzorging ZZP 3	100%	100%
Verpleging en Verzorging ZZP 4	50%	100%
Verstandelijk gehandicapten ZZP 1	100%	100%
Verstandelijk gehandicapten ZZP 2	100%	100%
Verstandelijk gehandicapten ZZP 3	50%	100%
Lichamelijk gehandicapten ZZP 1	100%	100%
Lichamelijk gehandicapten ZZP 3	100%	100%
Zintuigelijk gehandicapten, auditief ZZP 1	100%	100%
Zintuigelijk gehandicapten, visueel ZZP 1	100%	100%
GGZ B ZZP 1	100%	100%
GGZ B ZZP 2	100%	100%
GGZ C ZZP 1	100%	100%
GGZ C ZZP 2	100%	100%
GGZ C ZZP 3	100%	0%
GGZ C ZZP 4	100%	0%
GGZ C ZZP 5	100%	0%
GGZ C ZZP 6	100%	0%
Persoonlijke verzorging	5%	n.v.t.
Begeleiding individueel	100%	n.v.t.
Begeleiding groep	100%	n.v.t.
Kortdurend verblijf	100%	n.v.t.

Bron: APE

De derde kolom laat zien welke aannames we maken over de mate waarin zorg wordt geëxtramuraliseerd. We gaan er – vooralsnog op basis van informele bronnen – vanuit dat gedecentraliseerde zorg ook volledig geëxtramuraliseerd wordt, met uitzondering van de zwaardere categorieën GGZ C ZZP's. Deze worden niet geëxtramuraliseerd.

Voor de interpretatie van dit rapport is verder van belang dat de kosten voor zorg aan jongeren (<18 jaar) niet in het onderzoek zijn meegenomen. De daarvoor benodigde gegevens zijn niet beschikbaar. Bij volwassenen worden die gegevens verzameld vanwege de administratie van de eigen bijdrage in de kosten voor

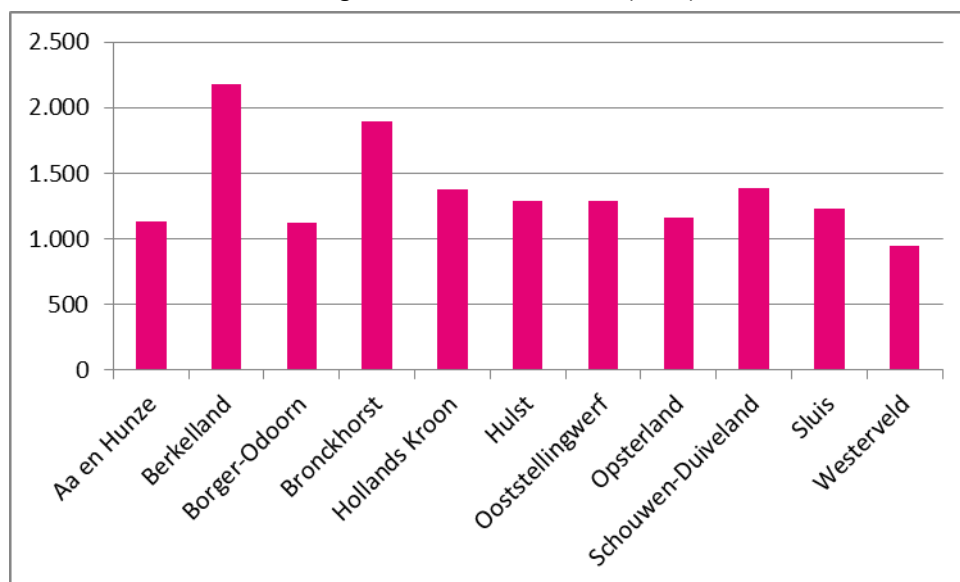
AWBZ-zorg³. Jongeren hoeven geen eigen bijdrage te betalen en daarom ontbreekt deze doelgroep in de databestanden.

2.2 Huidig beroep op de AWBZ

In deze paragraaf kijken we per gemeente naar het aantal cliënten dat gebruik maakt van de te decentraliseren AWBZ-zorg en de uitgaven.

In grafiek 1 is te zien dat het aantal cliënten dat gebruik maakt van de te decentraliseren AWBZ-zorg in de P10 uiteenloopt van iets minder dan 1.000 mensen in Westerveld tot bijna 2.200 mensen in Berkelland.

Grafiek 1: Aantal cliënten met gedecentraliseerde AWBZ (2011)



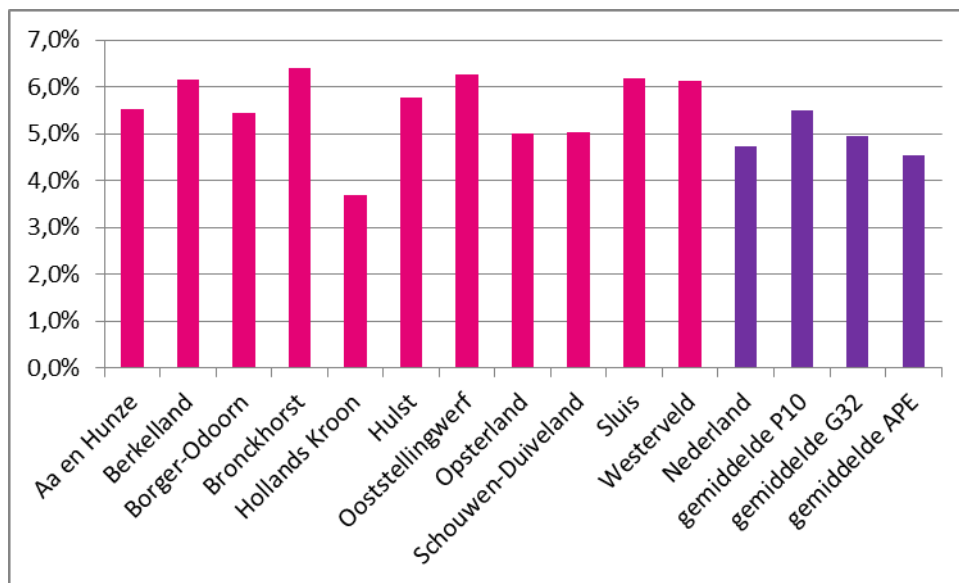
Bron: CAK, APE

Als we kijken naar het aandeel van deze cliënten in de bevolking van 18 plus (zie grafiek 2) dan is dit het kleinst in Hollands Kroon (3,7% van de bevolking 18 plus) en het grootst in de gemeente Bronckhorst (6,4%). Gemiddeld genomen is het aandeel AWBZ-cliënten in de P10-gemeenten hoger dan het Nederlandse gemiddelde, en ook hoger dan het gemiddelde van de G32. Het gemiddelde van

³ De databestanden die in dit onderzoek zijn gebruikt, zijn afkomstig van het CAK – het instituut dat de eigen bijdrage in de AWBZ-zorg administreert.

de APE-referentiegemeenten (77 middelgrote stedelijke gemeenten) is lager dan het gemiddelde van Nederland. Uit het vorige deelonderzoek (Typisch P10) weten we dat dit samenhangt met de hogere gemiddelde leeftijd van de P10-bevolking.

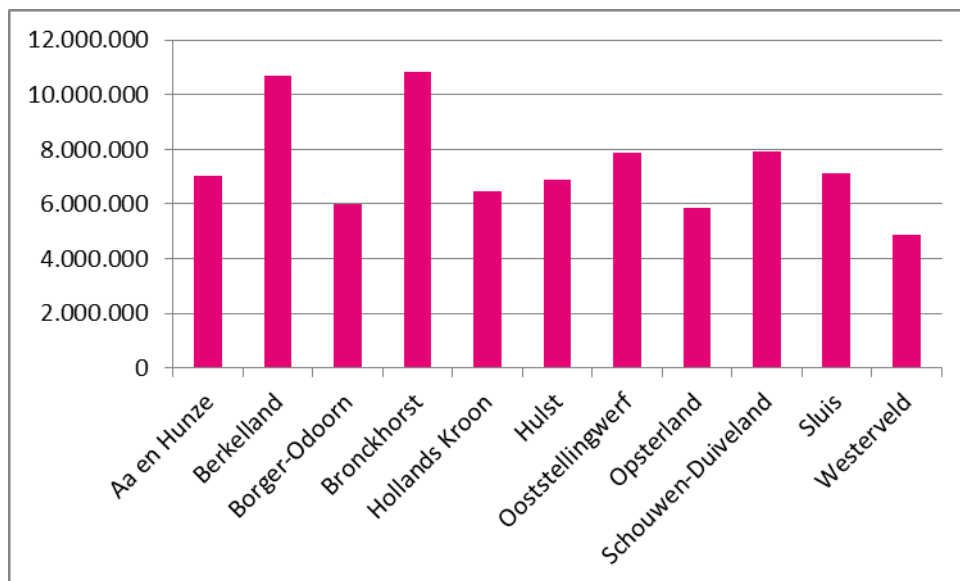
Grafiek 2: Aandeel van de cliënten gedecentraliseerde AWBZ (2011) in de bevolking van 18 plus



Bron: CAK, APE

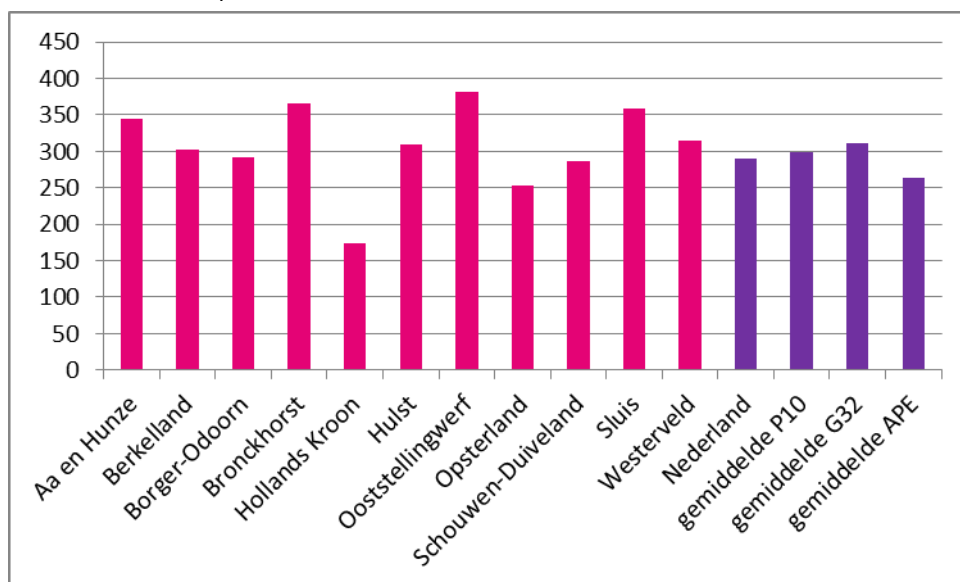
De kosten van de te decentraliseren AWBZ geven in de P10 hetzelfde beeld als de aantallen (zie grafiek 3). De kosten variëren van bijna € 5 mln. in Westerveld tot bijna € 11 mln. in de gemeente Bronckhorst. Voor de vergelijking met de overige gemeenten kijken we weer naar de kosten per inwoner van 18 plus (grafiek 4). Deze zijn het laagst in Hollands Kroon (€ 174) en het hoogst in Ooststellingwerf (€ 382). De kosten per inwoner zijn in de P10 wel hoger dan gemiddeld in heel Nederland maar lager dan gemiddeld in de G32. Dat betekent dat de AWBZ-zorg in de P10 relatief goedkoper is dan in de G32.

Grafiek 3: Kosten van de gedecentraliseerde AWBZ-zorg (2011, incl. kortingen) in de P10



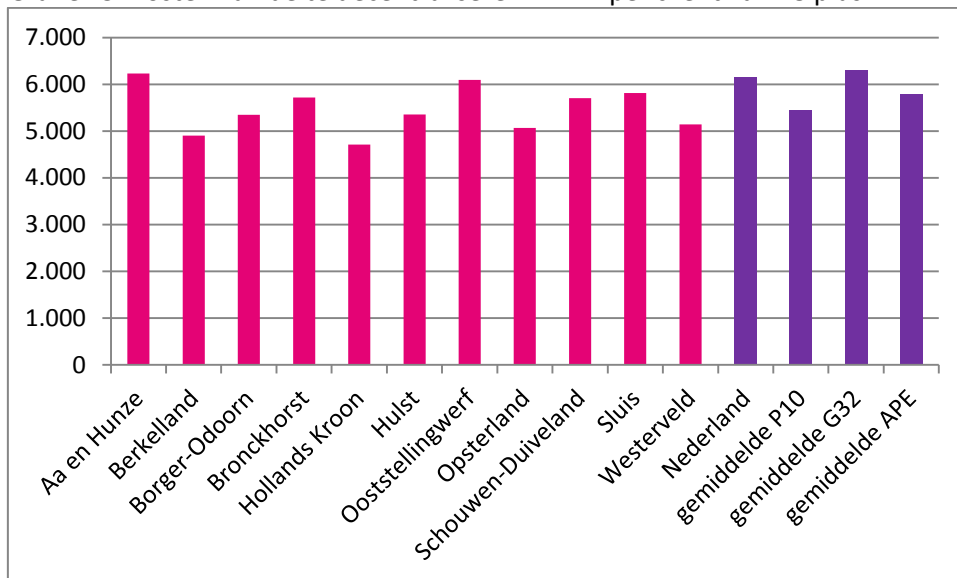
Bron: CAK, APE

Grafiek 4: Kosten van de gedecentraliseerde AWBZ (2011, inclusief kortingen) per inwoner van 18 plus

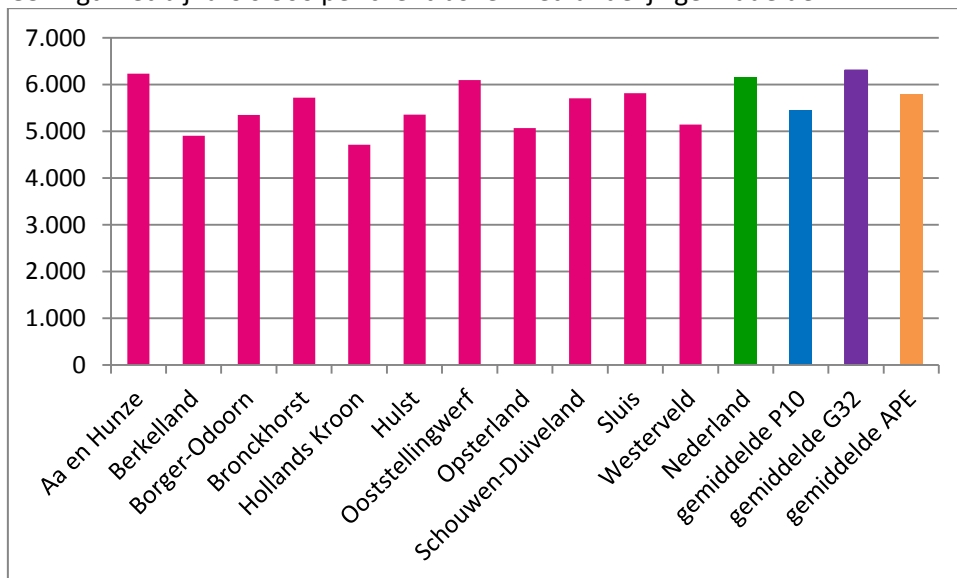


Bron: CAK, APE

Grafiek 5: Kosten van de te decentraliseren AWBZ per cliënt van 18 plus



De gemiddelde kosten per cliënt zijn in de P10 met bijna € 5.500 lager dan in Nederland (ruim € 6.000 per cliënt). Dat betekent dat de cliënten die nu gebruik maken van te decentraliseren AWBZ-zorg in de P10 meer goedkopere vormen van zorg en/of minder duurdere vormen van zorg krijgen. Het gemiddelde in de G32 ligt met bijna € 6.300 per cliënt boven het landelijk gemiddelde.



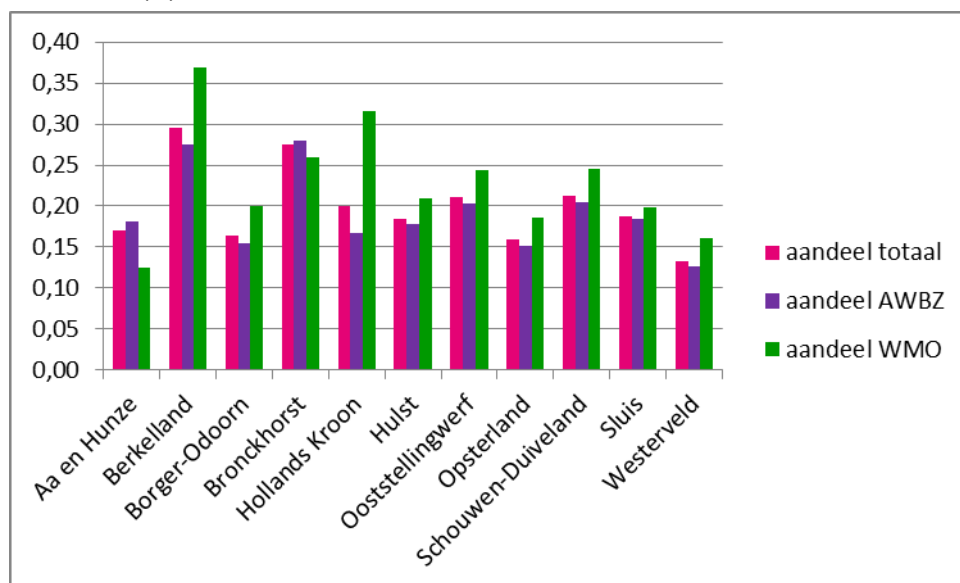
2.3 Historisch uitgavenaandeel P10

Het ligt in de lijn der verwachting dat het budget voor de te decentraliseren AWBZ-taken in het eerste jaar wordt verdeeld op basis van de historische

uitgavenaandelen. Dat betekent dat een gemeente waarbij de AWBZ-uitgaven in (bijvoorbeeld) 2012 0,5% van alle Nederlandse AWBZ-uitgaven bedroegen, in 2015 ook 0,5% van het nieuwe budget krijgt. Om in te schatten hoe de verdeling op basis van historische gronden uit zal pakken voor de P10, kijken we niet alleen naar het aandeel in de te decentraliseren AWBZ maar ook naar het aandeel in de huidige WMO-kosten. Beide komen te vallen onder de nieuwe WMO en worden dus, naar alle waarschijnlijkheid, meegenomen in het nieuwe verdeelmodel.

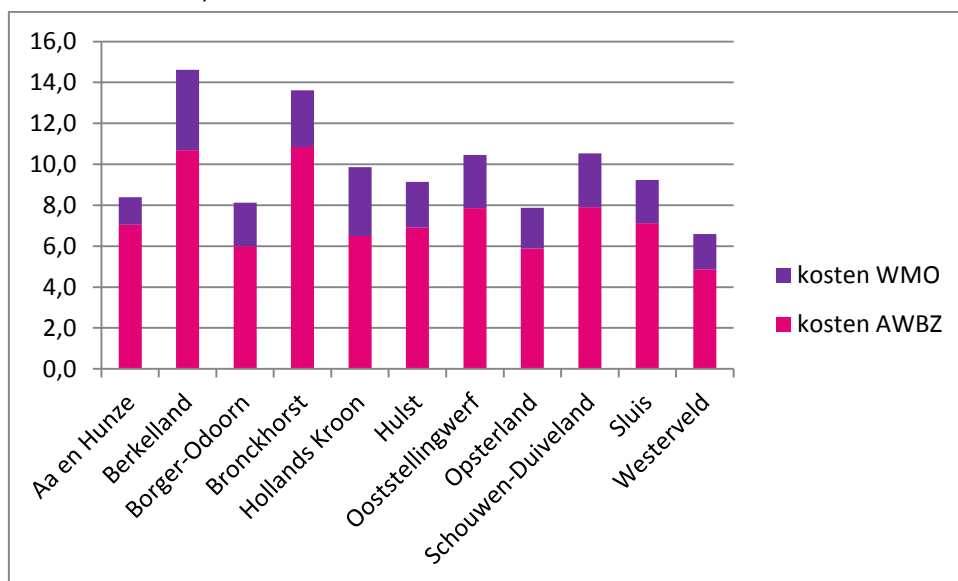
In grafiek 6 is te zien dat voor alle P10 gemeenten het aandeel in de huidige WMO hoger is dan het aandeel in de gedecentraliseerde AWBZ. Omdat het bedrag dat gemoeid is met de gedecentraliseerde AWBZ veel hoger is dan het budget van de huidige WMO, zal het nieuwe aandeel van de gemeenten meer in de buurt van het AWBZ aandeel liggen. Voor de P10 gemeenten samen ligt het aandeel in de huidige WMO op 2,51% en in de gedecentraliseerde AWBZ op 2,11%. Het aandeel in het nieuwe WMO budget wordt op basis van deze historische gegevens dan 2,19%.

Grafiek 6: aandelen in de huidige WMO, te decentraliseren AWBZ en totaal voor de P10 (%)



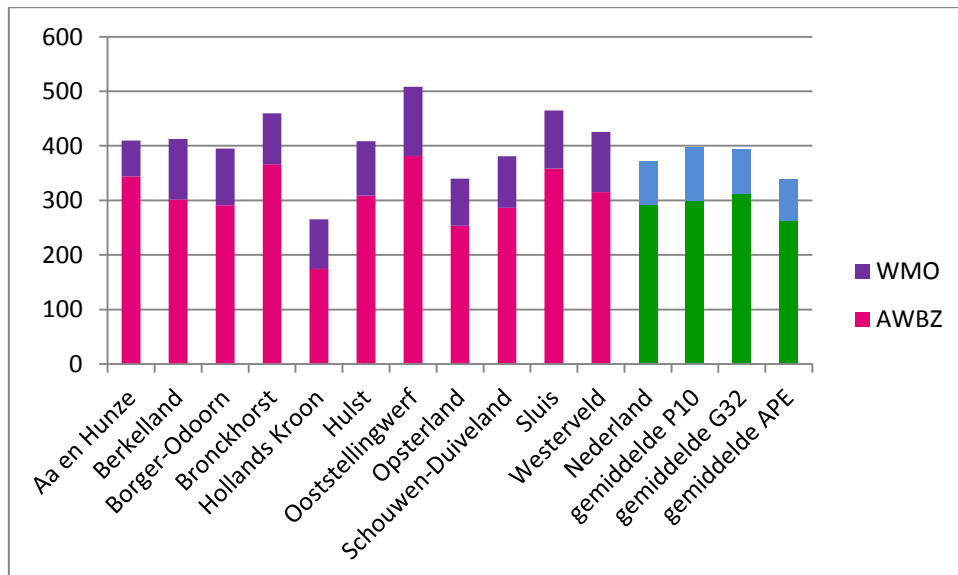
In grafiek 7 staan de kosten voor de P10 gemeenten, uitgesplitst naar huidige WMO en te decentraliseren AWBZ. Deze kosten zijn het hoogst in de gemeente Berkelland met ruim € 14 mln. en het laagst in de gemeente Westerveld met ruim € 6 mln.

Grafiek 7: kosten huidige WMO en te decentraliseren AWBZ voor de P10 gemeenten (x € 1 mln)



Tenslotte vergelijken we in grafiek 8 de kosten per inwoner van 18 plus in de P10 gemeenten met de referentiegroepen. De gemiddelde kosten in de P10 en de G32 zijn in de nieuwe WMO vergelijkbaar, maar in de G32 is het gemiddelde bij de te decentraliseren AWBZ kosten hoger, terwijl in de P10 de gemiddelde kosten van de huidige WMO per inwoner van 18 plus hoger zijn.

Grafiek 8: kosten per inwoner 18+ van de huidige WMO en de te decentraliseren AWBZ



3 Verkenning van een alternatief verdeelmodel

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk verkennen we hoe een verdeelmodel voor de nieuwe WMO (huidige WMO plus gedecentraliseerde AWBZ) eruit kan komen te. Het model is opgezet in vijf stappen:

1. formuleren van een pakket van (kwaliteits)eisen voor de verdeelmaatstaven en het verdeelmodel;
2. in beeld brengen van de samenhang tussen potentiële verdeelkenmerken (indicatoren) en de te decentraliseren AWBZ-uitgaven en de uitgaven huishoudelijke verzorging;
3. selecteren van de meest relevante indicatoren op basis van de uitkomsten van de vorige stap;
4. schatten van het alternatieve verdeelmodel decentrale AWBZ;
5. beoordelen van de resultaten van het alternatieve verdeelmodel decentrale AWBZ.

De ontwikkeling van het verdeelmodel wordt in dit hoofdstuk kort weergegeven. Een uitgebreide versie is opgenomen in de bijlagen. We concentreren ons hier op de eisen die we aan het model gesteld hebben, op de verdeelmaatstaven die we hebben gekozen en op de gevolgen die invoering van een dergelijk model zouden kunnen hebben voor de P10.

3.2 Eisen aan de verdeelmaatstaven en het verdeelmodel

Aan welke eisen moeten een objectief verdeelmodel en de afzonderlijke verdeelmaatstaven voldoen? Het antwoord op deze vraag vormt het kader aan de hand waarvan de resultaten van deze verkenning beoordeeld en getoetst kunnen worden. Vanuit het Rijk is echter nog geen informatie naar buiten gebracht over het eisenpakket. Daarom ontlenen we enkele eisen aan de toetsingskaders die zijn opgesteld voor de beoordeling van twee reeds bestaande objectieve verdeelmodellen: het verdeelmodel voor de risicoverevening van de

Zorgverzekeringswet en het verdeelmodel voor de Wet Werk en Bijstand (inkomensdeel).

We zetten eerst uiteen waaraan verdeelmaatstaven ons inziens moeten voldoen. Vervolgens geven we aan welke eisen aan het verdeelmodel als geheel gesteld kunnen worden. Deze criteria zijn ontleend aan het toetsingskader dat gebruikt wordt.

Voor de verdeelmaatstaven (de indicatoren) in het model hebben we de het volgende eisenpakket opgesteld:

- meetbaar,
- valide,
- stabiel,
- transparant.

Meetbaar

De verdeelmaatstaf is meetbaar wanneer deze op betrouwbare en objectieve wijze in een maat uitgedrukt kan worden, zonder dat daar arbitraire beslissingen voor nodig zijn.

Valide

Validiteit houdt in dat de verdeelmaatstaf een systematisch, inhoudelijk verband vertoont met de kosten. Een inhoudelijk verband is meer dan alleen een statistisch verband. Een valide verdeelmaatstaf voor dit specifieke verdeelmodel moet de gezondheidsverschillen in de bevolking (mede) verklaren en van daaruit ook een goede voorspeller zijn van de zorgbehoefte en de kosten. Al zou uit ons onderzoek blijken dat de zorgkosten in een gemeente een statistische relatie vertonen met de hoogte van de kerktoren in die gemeente, dan zullen we die hoogte toch niet opnemen in het model vanwege het ontbreken van een inhoudelijk verband.

Validiteit betekent ook dat een maatstaf geheel onafhankelijk is van factoren die je niet in het model wilt inbouwen. Te denken valt aan (potentieel) kostenbeïnvloedende factoren zoals ondoelmatig voorschrijfgedrag, consumptiegeneigdheid van de cliënt of het handelen van een zorgaanbieder.

Stabiel

De verdeelmaatstaf is stabiel als het systematische verband tussen de maatstaf en de zorgkosten jaarlijks is terug te vinden. Stabiliteit is ook een voorwaarde voor validiteit. Immers, als een verband soms wel en soms niet aangetoond kan worden, dan is er waarschijnlijk geen sprake van een inhoudelijk verband. De

stabiliteit komt ook tot uitdrukking in de hoogte van de gewichten en de verdeling van de cliënten over de klassen van de verdeelmaatstaven van jaar op jaar.

Transparant

De verdeelmaatstaven moeten niet nodeloos complex zijn, zodat ze inzichtelijk gemaakt kunnen worden voor belanghebbenden. Transparantie van maatstaven is van belang, onder meer zodat uitkomsten door belanghebbenden gecontroleerd kunnen worden.

Voor het model als geheel, dat los van de verdeelmaatstaven moet worden beoordeeld, hanteren we de volgende criteria:

- goede prikkelwerking,
- betrouwbaar,
- acceptabel.

Juiste prikkel

Een uitgangspunt van het verdeelmodel voor de nieuwe Wmo zal zijn dat het gemeenten maximaal prikkelt tot een efficiënte uitvoering. De prikkelwerking van het systeem is af te meten aan het marginaal effect: wat is het financiële voordeel als een gemeente erin slaagt om de Wmo doelmatig uit te voeren, waardoor het volume cliënten of zorgvolume meer dan gemiddeld teruggedrongen wordt? En omgekeerd: wat is het nadeel als het aantal cliënten of het volume (in vergelijking met andere gemeenten) juist toeneemt?

Betrouwbaar

Om de betrouwbaarheid van het model te beoordelen, kunnen de volgende vragen gesteld worden:

- Is het model op een wetenschappelijk verantwoorde wijze tot stand gekomen?
- Zijn de variabelen en de relaties in het model logisch en verklaarbaar?
- Zijn de modelschattingen reproduceerbaar en daarmee voor derden controleerbaar?
- Zijn de gebruikte data betrouwbaar?
- Is de verdeling gebaseerd op zo actueel mogelijke gegevens?
- Is het model in technische zin stabiel?

De hoogte en spreiding van de herverdeeleffecten kunnen een indicatie geven van de betrouwbaarheid van het model. Systematische patronen in herverdeeleffecten (bijvoorbeeld 'de herverdeeleffecten zijn veel groter bij

plattelandsgemeenten dan bij stedelijke gemeenten') zijn een aanwijzing dat er iets schort aan de kwaliteit van het model.

Acceptabel

De herverdeeeffecten zijn tevens medebepalend voor het (publieke) oordeel over de rechtvaardigheid van de modeluitkomsten. Herverdeeeffecten zijn gewenst voor zover zij aansluiten bij de verschillen in prestaties tussen gemeenten. Echter, als een verdeelmodel tot een te grote spreiding van inkomsten tussen gemeenten leidt, zal het niet geaccepteerd worden. Dat is niet wenselijk. Om diezelfde reden dienen uitschieters in de uitkomsten van een model beperkt in aantal te zijn en liefst logisch verklaarbaar.

3.3 Twee objectieve verdeelmodellen

Met het bovenstaande eisenpakket als kader hebben we verkend hoe een objectief verdeelmodellen voor de nieuwe WMO eruit zou komen te zien. Dit hebben we gedaan door gegevens over zorggebruik en -kosten in alle Nederlandse gemeenten te combineren met objectieve kenmerken van die gemeenten. De kenmerken die de grootste samenhang hebben (kostendrijvers), kwamen in aanmerking om als maatstaven te worden opgenomen in het model.

Bij de eerste verkenning bleek al snel dat het niet mogelijk was een acceptabel verdeelmodel te ontwikkelen dat geldt voor alle gemeenten. Dat hebben we opgevangen door een ondergrens in te bouwen voor het inwonertal van gemeenten. De zorgkosten van gemeenten met weinig inwoners zijn moeilijker in een model te vangen omdat ze meer afhankelijk zijn van toeval (denk aan de 'wet van de kleine getallen'). Daarom hebben we gemeenten met minder dan 25.000 inwoners niet meegenomen in het model. Deze specifieke ondergrens is 'geleend' van het enige praktijkvoorbeeld dat we in Nederland kennen, het objectieve verdeelmodel voor het WWB-inkomensdeel⁴. Een andere inwonersgrens is ook denkbaar, maar die zal eerder hoger liggen dan lager. In de P10 zijn twee gemeenten met minder dan 25.000 inwoners: Sluis en Westerveld.

De verbanden tussen de kenmerken en kosten die we vonden, zijn inhoudelijk plausibel. Het gaat om demografische factoren (ouderen, eenpersoonshuishoudens), gezondheidsfactoren (Wajong, psychische FKG,

⁴ Bij de WWB-I geldt dat gemeenten onder 25.000 inwoners historisch gebudgetteerd worden en gemeenten tussen 25.000 en 40.000 inwoners met een gemengd systeem van objectieve en historische maatstaven. Boven 40.000 inwoners geldt het objectief verdeelmodel.

hulpmiddelenkostengroepen) sociaaleconomische factoren (gemiddeld inkomen) en een omgevingsfactor (stedelijkheid). In beide modelvarianten hebben we deze indicatoren opgenomen.

Het verschil tussen de twee modelvarianten zit in het volgende. Uit de analyse kwam één indicator naar voren die weliswaar een plausibel inhoudelijk verband heeft met kosten, maar waarvoor de gegevens (over de jaren heen gezien) minder stabiel zijn. Het gaat om het aantal mensen met een Wajong-uitkering in een gemeente. We hebben er daarom voor gekozen om deze indicator in modelvariant 1 wel op te nemen en in modelvariant 2 niet. In model 2 is in plaats daarvan het aantal arbeidsongeschikten in een gemeente als maatstaf opgenomen. Deze indicator vertoont een stabielere, maar iets kleinere samenhang met de kosten.

We hebben in beide modellen onderzocht of de herverdeeeffecten (verschillen tussen budget en gerealiseerde kosten) systematische patronen bevatten door de effecten per gemeentegrootte-klasse, zorgkantoorregio en zorgverzekeraar (die concessiehouder is in een zorgkantoor) te vergelijken. Met systematische patronen bedoelen we dat positieve (of negatieve) herverdeeeffecten vaker voorkomen binnen de betreffende klasse, zorgkantoorregio of zorgverzekeraar dan bij de andere klassen zorgkantoorregio's of zorgverzekeraars. Er zijn geen systematische verschillen te zien tussen grootteklassen maar wel tussen zorgkantoorregio's en zorgverzekeraars. Dit suggereert dat er verschillen zitten in de efficiëntie van de uitvoeringspraktijken van de zorgverzekeraars.

Bij het samenstellen (schatten) van het model blijft normaliter een deel van de kosten over dat niet verklaard kan worden door de geselecteerde indicatoren (maatstaven). Dit niet-verklaarde deel noemen we het residu. De niet-geselecteerde indicatoren vertonen geen samenhang met het residu. Dit betekent dat we met de resterende set van indicatoren geen verdere verklaring voor de kostenverschillen kunnen leveren.

De modellen zijn berekend op gemeenten met meer dan 25.000 inwoners. Dit is in lijn met het huidige WWB model. Voor de kleinere gemeenten zijn bepaalde factoren ook minder betrouwbaar gemeten.

3.4 Uitkomsten voor de P10

Stel dat een van de twee modelvarianten volgend jaar ingevoerd zou worden, wat zou dit betekenen voor de budgetten van de P10? Allereerst kijken we naar het

herverdeeeffect per gemeente, voor elk van de twee modellen. Vanwege hun kleine inwonertal worden Sluis en Westerveld hier niet weergegeven.

Tabel 2: herverdeeeffecten per gemeente

	model 1	model 2
Aa en Hunze	7,2	1,9
Berkelland	-9,8	-10,0
Borger-Odoorn	1,8	6,5
Bronckhorst	-14,0	-12,5
Hollands Kroon	10,0	19,3
Hulst	10,7	8,3
Ooststellingwerf	2,0	-5,9
Opsterland	26,1	16,8
Schouwen-Duiveland	5,1	8,1
Sluis	0,0	0,0
Westerveld	0,0	0,0

Voor de gemeenten Berkelland en Bronckhorst hebben beide modellen een negatief herverdeeeffect van tussen 10 en 15% (zie tabel 2). Zij zouden dus in jaar van invoering minder budget krijgen dan in het peiljaar 2011. Voor de gemeente Ooststellingwerf zijn de herverdeeeffecten alleen in het tweede verdeelmodel negatief. Voor de overige P10 gemeenten zijn de herverdeeeffecten positief. Dat betekent dat hun budget op basis van het verdeelmodel hoger is dan de kosten. Sluis en Westerveld hebben niet te maken met herverdeeeffecten, omdat zij in dit model (altijd) bekostigd blijven op basis van hun historische uitgavenaandeel.

Voor Berkelland en Bronckhorst hebben we onderzocht of hun negatieve verdeeeffect te maken kan hebben met de zorgkantorregio waar zij binnen vallen. Bij de ontwikkeling van het model hebben we immers gezien dat de herverdeeeffecten systematisch verschillen naar zorgkantorregio en concessiehouder (zorgverzekeraar). We zien dat Berkelland en Bronckhorst inderdaad vallen in een regio waar het regionale herverdeeeffect ook negatief is (-1,3%). Het is nog niet te zeggen of er in deze regio sprake is van inefficiency of ruimhartigheid van de zorgverzekeraar, of dat er systematische verschillen zijn in de gezondheid van de bevolking die door het model niet goed beschreven kunnen worden.

In tabel 3 geven we een voorbeeld van de berekening van het budget met beide verdeelmodellen voor de gemeente Ooststellingwerf. Het budget wordt verdeeld op basis van de gemiddelde kosten per huishouden 20+⁵. Deze bedraagt € 677,91. Vervolgens wordt hierop met behulp van een aantal variabelen een opslag of afslag berekend om te komen tot het uiteindelijke budget. De opslag (of afslag) wordt berekend door het verschil te nemen van de waarde van een variabele in de gemeente en de gemiddelde waarde voor heel Nederland.

De gemeente Ooststellingwerf krijgt bijvoorbeeld extra geld omdat het aandeel personen met een Wajong-uitkering in deze gemeente hoger ligt dan gemiddeld en omdat het aandeel inwoners in stedelijk gebied lager is dan gemiddeld. Er is een afslag op het budget omdat in deze gemeente het aandeel personen van 65-80 jaar in een institutioneel huishouden en het aandeel minderheden lager is dan gemiddeld. Het saldo van de op- en afslagen is in beide modelvarianten positief. Het uiteindelijke budget per huishouden komt voor Ooststellingwerf uit op € 966,35 in verdeelmodel 1 en € 890,92 in verdeelmodel 2.

Tabel 3: berekening budget per huishouden 20+ met verdeelmodellen voor gemeente Ooststellingwerf

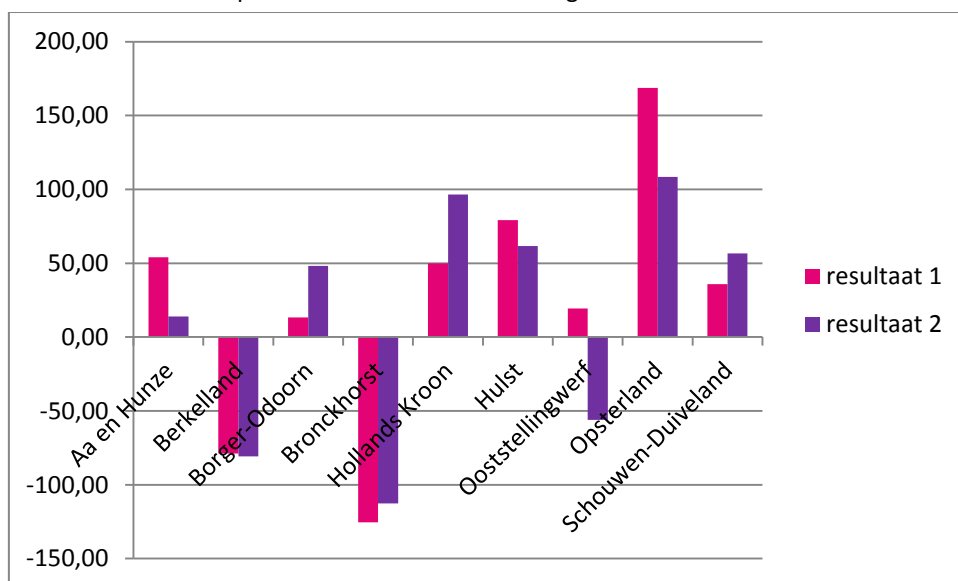
	model 1	model 2
Aandeel Wajongers	106,13	
Aandeel arbeidsongeschikten		27,53
Aandeel inwoners in stedelijk gebied	64,24	68,71
Gemiddeld inkomen	56,55	55,72
Aandeel psychische FKG	1,45	1,54
Aandeel gebruik huisarts	-0,33	-0,23
Aandeel personen (65-80) in institutionele huishoudens	-20,22	-31,48
Aandeel eenpersoonshuishoudens (85+)	67,45	69,44
Aandeel personen (80+) in institutionele huishoudens	8,47	6,55
Somatische hulpmiddelenkostengroep	37,21	39,36
Aandeel minderheden	-22,51	-14,12
<i>Saldo van op- en afslagen</i>	<i>298,45</i>	<i>223,01</i>
Gemiddelde kosten per huishouden (20+)	667,91	667,91
Totaal budget (€)	966,35	890,92

⁵ Omdat het model is geschat met huishoudens als kleinste eenheid, wordt hier, in tegenstelling tot hoofdstuk 2, naar huishoudens gerefereerd. De leeftijdsgrens van 20 jaar is een gevolg van de wijze waarop het CBS de gegevens over huishoudens publiceert (in vijfjaarsklassen).

De totale kosten van de gemeente Ooststellingwerf bedragen € 947,04 per huishouden van 20+. Dit betekent dat de gemeente bij model 1 een overschot van € 19,31 per huishouden van 20+ heeft en bij model 2 een tekort van € -56,12 per huishouden van 20+. Uitgedrukt in percentage van de kosten geeft dit de herverdeeleeffecten van tabel 2.

In grafiek 9 staan de resultaten in euro per huishouden voor de P10 gemeenten weergegeven voor beide verdeelmodellen. Voor 6 van de P10 gemeenten pakt het verdeelmodel 1 beter uit, voor 3 gemeenten is dit model 2.

Grafiek 9: resultaten per huishouden 20+ in de P10 gemeenten



In de bijlage staan twee tabellen met de afslag (in percentages) voor alle P10 gemeenten voor de twee verdeelmodellen. De opslag is alleen voor de variabele aandeel inwoners in stedelijk gebied flink positief. In beide verdeelmodellen heeft van de P10 gemeenten alleen Hollands Kroon een afslag. Deze gemeente heeft in tegenstelling tot de andere P10 gemeenten een afslag voor het aandeel eenpersoonshuishoudens 85+.

4 Conclusies

Deze eerste verkenning van een objectief verdeelmodel voor de nieuwe WMO laat zien dat een dergelijke verdeelsystematiek tot grote verschillen in inkomsten kan leiden. We weten niet of het hier toeval betreft of dat deze herverdeeeffecten jaar op jaar steeds zouden terugkeren. Daarvoor is het nodig om de uitkomsten van een model op gegevens van meerdere jaren te testen.

Gezien de uitkomsten van deze eerste verkenning echter, is het maar de vraag of een verdeelmodel in deze vorm voor de P10 acceptabel en wenselijk is. Daarbij moeten we wel in gedachten houden dat er nog verschillende mogelijkheden zijn om iets aan die herverdeeeffecten te doen. Behalve verschillende mogelijke compensatie- en overgangsregelingen kan er mogelijk een beter model worden ontwikkeld door (nu nog niet beschikbare) gegevens te verzamelen, zoals over het aantal bedden in zorginstellingen per gemeente. Daarnaast zou het verhogen van het minimum inwoneraantal kunnen helpen om de uitkomsten te verbeteren. Dat betekent dat een groter aantal gemeenten niet objectief maar historisch gebudgetteerd zal worden. Mengvormen van objectieve en historische maatstaven, zoals bij de WWB gebruikt wordt, zijn ook mogelijk.

In elk geval is het de P10 aangeraden waakzaam te zijn en de ontwikkeling van het objectieve verdeelmodel nauw te volgen. De in dit rapport geboden informatie over de uitgaven – gebaseerd op de meest recente beschikbare gegevens – kan daarbij als referentiekader dienen.

Bijlage A: Toelichting op de berekening van de kosten

We hebben de volgende uitgangspunten gehanteerd bij de kostenberekeningen:

- Voor het kostenniveau is net als voor de zorgomvang het jaar 2011 gehanteerd.
- De kosten hebben we berekend aan de hand van maximumtarieven 2011 die de NZa per ZZP en functie heeft vastgesteld⁶. De kosten zijn berekend door volume te vermenigvuldigen met deze tarieven. Omdat de tarieven landelijk uniform zijn, zijn verschillen in gemiddelde kosten per cliënt *alleen* terug te voeren op verschillen in zorgvolume. In geval van de extramurale functies gaat dat om verschillen in aantal uren/dagdelen zorg die gegeven is. In geval van ZZP's ligt het aantal uren zorg per periode vast (de intensiteit), maar niet de lengte, bijvoorbeeld het aantal maanden dat een cliënt gebruik maakt van de zorg.
- Van de geëxtramuraliseerde ZZP's is alleen de zorg uit de functies persoonlijke verzorging, individuele en groepsbegeleiding meegenomen⁷. Onder andere behandeling, verpleging en de wooncomponent uit de geëxtramuraliseerde ZZP's hebben we dus *niet* meegenomen.
- De kosten zijn gecorrigeerd voor budgetkortingen (25%), met uitzondering van de GGZ ZZP's 3C-6C. Omdat nog niet helemaal duidelijk is op welke kosten de budgetkortingen precies van toepassing zullen zijn, hebben we de budgetkortingen op de functies groeps- en individuele begeleiding, en kortdurend verblijf toegepast.
- We hebben 50% van de kosten en het aantal cliënten van verstandelijk gehandicapten ZZP 3 en verpleging en verzorging ZZP 4 genomen.
- We hebben 5% van de kosten en het aantal cliënten extramurale persoonlijke verzorging genomen. De persoonlijke verzorging die uit de geëxtramuraliseerde ZZP's komen is volledig meegenomen.
- Alle kosten zijn inclusief de kosten uit een PGB.
- In de kosten van de groepsbegeleiding zijn kosten voor vervoer opgenomen.
- De kosten van de jeugd blijven buiten beschouwing; de kosten hebben dus betrekking op 18+'ers.

⁶ Conform beleidscirculaires: CA-300-469, CA-300-489 en CA-452

⁷ De prijzen en omvang van de zorg per ZZP is conform het NZa-document: "Overzicht_uren_en_prijzen_ZZP_2011"

- In de kosten zijn groeipaden niet verdisconteerd. In werkelijkheid behouden cliënten die intramurale zorg genieten, deze rechten. In onze analyse is daar geen rekening mee gehouden: wij hebben cliënten volledig geëxtramuraliseerd.

Bijlage B: Opslagen per P10 gemeente

De opslagen en afslagen per verdeelkenmerk voor de afzonderlijke P10 gemeenten.

Tabel 4: opslagen en afslagen in verdeelmodel 1 als percentage van de gemiddelde kosten per huishouden 20+

	Ooststelling werf	Opsterland	Hulst	Schouwen- Duiveland	Aa en Hunze	Borger- Odoorn	Berkelland	Bronck- horst	Hollands Kroon
Aandeel Wajongeren	16%	10%	10%	-6%	9%	-2%	1%	-2%	-6%
Aandeel inwoners in stedelijk gebied	10%	10%	9%	8%	10%	10%	8%	10%	10%
Gemiddeld inkomen	8%	4%	4%	1%	-1%	6%	7%	3%	2%
Aandeel psychische FKG	0%	-1%	1%	-1%	-5%	-4%	-4%	-3%	-6%
Aandeel gebruik huisarts	0%	-3%	0%	-1%	-1%	2%	-2%	0%	-5%
Aandeel personen (65-80) in institutionele huishoudens	-3%	-1%	-2%	-3%	-5%	-5%	-4%	-2%	-5%
Aandeel eenpersoonshuishoudens (85+)	10%	0%	12%	12%	7%	2%	0%	6%	-6%
Aandeel personen (80+) in institutionele huishoudens	1%	2%	-5%	2%	-1%	0%	-2%	-2%	-1%
Somatische hulpmiddelenkostengroep	6%	3%	-2%	1%	8%	7%	9%	8%	2%
Aandeel minderheden	-3%	-3%	-3%	-3%	-3%	-3%	-3%	-3%	-3%
Saldo opslag / afslag	45%	22%	23%	10%	21%	14%	9%	16%	-18%