

3

Gezondheidszorg

E.J. Pommer

A.G.J. van der Torre¹

3.1 Inleiding

De afgelopen jaren zijn de collectief gefinancierde zorguitgaven fors gestegen, in euro's en als aandeel van het bruto binnenlands product (bbp). De overheid wil aan die uitgavenstijging paal en perk stellen, met name aan de groei van de uitgaven voor langdurige zorg. Met dit doel voor ogen heeft het kabinet ingrijpende maatregelen genomen. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt afgeslankt tot een regeling die uitsluitend aanspraak geeft op intensieve langdurige zorg, welke wordt verleend binnen de muren van instellingen ('intramurale zorg'). De nu nog via de AWBZ gefinancierde medisch georiënteerde extramurale zorg gaat over naar het verplicht verzekerde pakket van de Zorgverzekeringswet. De sociaal georiënteerde zorg wordt de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Daarnaast worden alle, nu nog versnipperde, jeugdhulpvoorzieningen op 1 januari 2015 eveneens onder verantwoordelijkheid van de gemeenten gebracht. Dit hoofdstuk bekijkt de financiële achtergronden van deze stelselwijzigingen en bespreekt mogelijke gevolgen van de decentralisatie van de zorg naar de gemeenten.²

3.2 Zorguitgaven op drift

Nederland staat aan de vooravond van een grootscheepse herverkaveling van de zorg voor mensen met gezondheidsbeperkingen, voor zover die op dit moment grotendeels wordt gefinancierd via de AWBZ. Afbakeningen van zorgvoorzieningen sluiten doorgaans aan bij de typologie uit het System of Health Accounts. Het domein van de zorg wordt in dit hoofdstuk iets ruimer afgepaald. Het omvat tevens de zorg voor jeugdigen met opvoed- en opgroei problemen. Op basis van deze definitie ging het bij de zorg in 2012 om 80,2 miljard euro aan collectieve uitgaven (tabel 3.1). Dit komt overeen met 27 procent van alle overheidsuitgaven en 13 procent van het bbp.

Tabel 3.1 Zorguitgaven (miljarden euro)

Zorgsector	Uitgaven (in prijzen van 2012)			Gemiddelde jaarlijkse groei (%)	
	2005	2008	2012	2006-2008	2009-2012
Totaal	65,4	73,2	80,2	3,8	2,3
Gezondheidszorg (cure)	37,4	41,4	44,0	3,5	1,5
Langdurige zorg en jeugdhulp (care)	23,9	27,3	31,4	4,6	3,5
Beheer en ondersteuning	4,1	4,5	4,8	2,4	2,0

Bron: CBS Statline

1 Wij danken Klarita Sadiraj voor haar tekstsuggesties en commentaar.

2 Dit hoofdstuk bouwt voort op publicaties die het Sociaal en Cultureel Planbureau hierover recent heeft uitgebracht: Eggink *et al.* (2012); Pommer (2012); Bot *et al.* (2013); Sadiraj *et al.* (2013); Ras *et al.* (2013).

Langdurige zorg en jeugdzorg ('care') vergden in 2012 bijna 40 procent van de totale zorguitgaven. In 2005 was dit nog 36,5 procent. De uitgaven voor de care nemen dus sneller toe dan die van de geneeskundige zorg ('cure'). Bij de cure zwakt het groeitempo van de uitgaven, in vergelijking met dat in de voorafgaande periode, in de crisisjaren 2009-2012 duidelijk af, tot 1,5 procent per jaar. Ook bij de care nemen de uitgaven in de crisisjaren minder snel toe, maar toch nog altijd met 3,5 procent per jaar. Vooral de kosten van in instellingen verleende zorg en de kosten van begeleiding zijn sterk toegenomen. Daarom zoeken beleidsmakers naar manieren om de uitgavengroei op dit terrein in te dammen. Zij roeien daarbij tegen de demografische stroom in. Want de vergrijzing heeft op de care-uitgaven een veel grotere invloed dan op de cure-uitgaven. Zo heeft in het verleden de vergrijzing, uitgaande van de veronderstelling van een constante arbeidsproductiviteit, slechts 20 procent bijgedragen aan de kostenontwikkeling bij de ziekenhuizen, maar voor circa 70 procent aan de kostenontwikkeling bij verzorging en verpleging.³ Bij de zorg voor verstandelijk gehandicapten en de jeugdhulp is vooral de toegenomen deelname verantwoordelijk voor de kostengroei.⁴

Een belangrijke beleidsingreep om de groei van de care-uitgaven in te dammen is decentralisatie van een deel van de zorg naar gemeenten. Daarbij richt de aandacht van beleidsmakers zich vooral op voorzieningen waarbij maatwerk de zorg doelmatiger zou kunnen maken en meer mag worden verwacht van eigen inspanningen van betrokkenen en hun sociale omgeving. Het gaat hierbij om zorg in de thuissituatie, waarbij wijkteams – zo is de bedoeling – een belangrijke rol gaan spelen. Onder het motto 'één gezin, één plan, één regisseur' wordt van gemeenten verwacht dat zij een integrale aanpak bieden en de zelfredzaamheid van burgers beter uitbaten. Daarbij zou een win-winsituatie ontstaan: betere zorg tegen lagere kosten. De vraag is of en in hoeverre dit optimisme van beleidsmakers gerechtvaardigd is. In welke mate kunnen de kosten van de langdurige zorg en de jeugdhulp daadwerkelijk omlaag, door deze voorzieningen over te hevelen naar de gemeenten?

3.3 Langdurige zorg op de schop

Bij de langdurige zorg staan ingrijpende wijzigingen op stapel, die al met ingang van 2015 hun beslag moeten krijgen. De AWBZ verdwijnt en de langdurige zorg wordt herverkaveld over drie terreinen:

- zorg aan huis, onder regie van de gemeenten;
- medisch georiënteerde zorg, onder regie van de zorgverzekeraars;
- intensieve langdurige (intramurale) zorg, onder regie van de rijksoverheid.

Bij de zorg aan huis gaat het om huishoudelijke hulp, begeleiding (bijvoorbeeld bij het indelen van de dag) en voorzieningen om thuis te kunnen blijven wonen en aan de maatschappij te kunnen blijven deelnemen. Onder dit type zorg valt ook het kortdurend verblijf in een extramurale setting, zoals logeren in de weekends (ter ontlasting van de huisgenoten) en kortdurende crisisopvang. Dit verblijf is altijd gekoppeld aan een andere zorgactiviteit. De begeleidende extramurale zorg in de AWBZ gaat, als het aan het kabinet ligt, in 2015 over naar de gemeenten. De extramurale verpleging en persoonlijke verzorging gaan als wijkverpleegkundige zorg naar de zorgverzekeraars. De intensieve langdurige zorg blijft bij de rijksoverheid, zij het in een ander wettelijk jasje. De decentralisatie van begeleiding en kortdurend verblijf gaat gepaard met bud-

3 Eggink en Blank (2012), p. 103; Pommer (2012), p. 122.

4 Pommer en Eggink (red.) (2010); Ras *et al.* (2013); Sadiraj *et al.* (2013).

getkortingen van 25 procent. De overige naar gemeenten gedecentraliseerde zorg en het budget voor de wijkverpleegkundige zorg ten laste van de zorgverzekeraars worden eenmalig met 15 procent gekort. De intensieve langdurige zorg voor de meest kwetsbare ouderen en gehandicapten in instellingen zal volgens de huidige voorstellen van het kabinet (eind 2013) zonder nadere kortingen worden ondergebracht in een nieuwe wet: de Wet langdurige zorg (Wlz). Met de voorgenomen invoering van deze wet op 1 januari 2015 komt de AWBZ te vervallen. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) blijft optreden als poortwachter voor de Wlz. Een indicatie voor intensieve langdurige zorg zal worden afgegeven als er door fysieke of psychische beperkingen permanent behoefte is aan toezicht en aanwezigheid van zorg in de nabijheid.

De reikwijdte van het persoonsgebonden budget (pgb) in de AWBZ is al in 2012 beperkt. Gebruik van en uitgaven voor het pgb zijn sinds de invoering van dit instrument stormachtig gegroeid. Cliënten kunnen het pgb gebruiken om zelf zorg in te kopen. In overeenstemming met de bedoeling is hierdoor een deel van de vraag naar zorg in natura weggevallen. Met het pgb is evenwel ook veel nieuwe zorgvraag aangeboord.⁵ Dit is voor een deel te verklaren, doordat bepaalde zorg – zoals begeleiding op maat bij de dagindeling – niet of moeilijk door reguliere zorgaanbieders kon worden verleend. Nieuw aanbod en de beschikbaarheid van het pgb lokten dus nieuwe vraag uit. Het grote succes van het pgb en de daarmee samenhangende uitgavengroei hebben de overheid ertoe gebracht het gebruik af te remmen. Vanaf 1 januari 2012 is het pgb aanvankelijk alleen nog beschikbaar voor cliënten met een verblijfsindicatie. Voor nieuwe cliënten met een extramurale indicatie voor tien uur of meer zorg per week is – wanneer zorgaanbieders geen adequate zorg in natura kunnen leveren – tegelijk een Vergoedingsregeling persoonlijke zorg (VPZ) in het leven geroepen. Alle andere personen met een extramurale indicatie waren, afgezien van overgangsmaatregelen, voortaan aangewezen op zorg in natura. Op 1 januari 2013 zijn de pgb-maatregelen echter weer gedeeltelijk teruggedraaid: het tien-uurscriterium is afgeschaft voor de functie verpleging en verzorging; voor nieuwe cliënten met alleen begeleiding is dit criterium wel van kracht gebleven.

Bij de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zijn gemeenten nu nog verplicht om cliënten de keuze te bieden tussen zorg in natura en een pgb. In het wetsvoorstel dat de decentralisatie van de begeleiding regelt, stelt het kabinet voor om deze verplichting te schrappen. Cliënten hebben dan alleen recht op een pgb, als een voorziening in natura redelijkerwijs niet toereikend is.⁶ Dit uitgangspunt is uitgewerkt voor de nieuwe Wmo 2015 door drie voorwaarden aan de pgb-voorziening te verbinden: de aanvrager moet gekwalificeerd zijn om een pgb te beheren, de gemeente is niet in staat om een passend zorgaanbod te verstrekken en de kwaliteit van de dienstverlening dient gewaarborgd te zijn.⁷

3.4 Groei van de langdurige zorg

Bij de beschrijving van voorzieningen voor langdurige zorg zijn verschillende indelingen gangbaar. De belangrijkste zijn de indeling naar grondslagen en die naar functies. Bij de grondslagen gaat het vooral om de aard van de problemen: somatische of psychiatrische aandoeningen, en lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperkingen. Bij de functies draait het om de aard van de zorg: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf in een instelling.

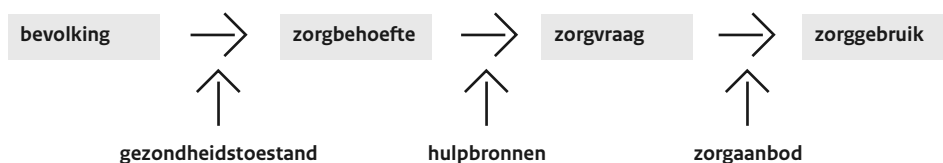
5 Sadiraj *et al.* (2011); Ramakers *et al.* (2010).

6 Tweede Kamer (2011-2012).

7 Tweede Kamer (2013-2014b).

In de achter ons liggende periode zijn de uitgaven voor langdurige zorg fors toegenomen. Bij het zoeken naar verklaringen worden (globaal) gebruiksfactoren en kostprijsfactoren onderscheiden. Hierbij gebruikt het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) een 'trechtermodel', dat loopt van zorgbehoefte via zorgvraag naar zorggebruik. Daarbij bepalen drie filters of een bepaalde persoon uiteindelijk zorggebruiker wordt: de gezondheidstoestand (tussen bevolking en behoefte), de hulpbronnen waarover iemand beschikt (tussen behoefte en vraag) en het beschikbare zorgaanbod (tussen vraag en gebruik).

Figuur 3.1 Het 'trechtermodel'



Voor de uiteenlopende verklarende factoren zijn meetbare indicatoren beschikbaar, waaronder demografische (leeftijd, gezinssituatie), sociaal-economische (opleiding, inkomen), aan de gezondheid gerelateerde (aandoeningen, beperkingen) en sociale kenmerken (netwerk). De kans op het gebruik van voorzieningen in de sector 'verzorging en verpleging' is uit zulke kenmerken betrekkelijk goed te verklaren.⁸ Zij bepalen meer dan de helft van het gebruik van zorg. Voor al de onderzochte voorzieningen geldt dat met het vorderen van de (hoge) leeftijd de kans toeneemt dat iemand de desbetreffende zorg ontvangt. Weduwen en weduwnaars, evenals mensen met fysieke beperkingen, hebben eveneens een grotere kans op het gebruik van zorg. Met uitzondering van kortdurende zorg geldt dat eveneens voor mensen die alleen wonen. Vrouwen lopen meer kans gebruik te maken van kortdurende zorg, maar zij hebben minder kans om in een verzorgings- of verpleeghuis terecht te komen dan mannen met vergelijkbare kenmerken. Desondanks zijn vrouwen in deze huizen oververtegenwoordigd. Dit komt doordat leeftijd een belangrijke bepalende factor is voor opname in deze huizen, vrouwen gemiddeld langer leven dan mannen en bij de meeste stellen de man ouder is dan de vrouw.⁹

Een hoger inkomen vermindert de kans op verblijf in verzorgings- en verpleeghuizen, en op huishoudelijke hulp. Dat mensen met hogere inkomens – bij gelijke gezondheid – minder vaak 'kiezen' voor een verzorgings- of verpleeghuis heeft te maken met andere, voor hen financieel aantrekkelijker alternatieven en met de bij het gebruik van collectief gefinancierde voorzieningen verschuldigde inkomensafhankelijke eigen bijdrage.¹⁰ Het geringere gebruik van publiek gefinancierde huishoudelijke hulp door mensen met hoge inkomens gaat gepaard met een groter gebruik van particuliere huishoudelijke hulp. Het sterk met het inkomen samenhangende opleidingsniveau blijkt geen zelfstandige invloed te hebben op het zorggebruik. De sterke

8 Eggink *et al.* (2012).

9 Volgens het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO) 2007 heeft bij de (getrouwde) stellen ruim 75 procent van de mannen een jongere partner, ruim 14 procent een oudere partner en ruim 10 procent een partner van dezelfde leeftijd.

10 Deze eigen bijdrage kan oplopen tot € 1.965 per maand in 2012 en € 2.249 in 2014. Sinds 2013 omvat de inkomensgrondslag bij de berekening van de eigen bijdrage tevens 8 procent van het vermogen dat is aangegeven in box 3 van de inkomstenbelasting (bron: CAK-rekenmodule).

samenhang tussen de eigen bijdrage en het inkomen betekent dat de invloed van die bijdrage op het zorggebruik evenmin apart zichtbaar kan worden gemaakt. Tot slot verhogen fysieke aan- doeningen de kans op zorg in een verzorgingshuis en hebben mensen met dementie meer kans op opname in een verpleeg- of verzorgingshuis.

De kostenontwikkeling wordt niet alleen bepaald door trends in het gebruik, maar ook door de ontwikkeling van de kostprijzen. Een decompositie-analyse leert dat de vergrijzing een substantiële rol speelt bij de verklaring van de kostengroei van verzorging en verpleging (zorg met verblijf, thuiszorg en huishoudelijke hulp). Helaas zijn geen recente gegevens over de achtergronden van de kostenontwikkeling in de verzorging en verpleging beschikbaar. In tabel 3.2 zijn de perioden 1996-2003 en 2004-2008 onderscheiden, omdat in de jaren 2000-2003 veel extra middelen naar de zorg zijn gegaan om als ‘boter bij de vis’ de wachtlijstproblemen op te lossen. Over de (privaat bestede) pgb's en de begeleiding zijn geen vergelijkbare gegevens beschikbaar. Juist deze voorzieningen hebben een forse groei doorgemaakt.

Tabel 3.2 Decompositie groei van de reële kosten van verzorging en verpleging, 1996-2008 (gemiddeld, procenten per jaar)

	Extramurale zorg		Intramurale zorg		Totaal	
	1996-2003	2004-2008	1996-2003	2004-2008	1996-2003	2004-2008
Reële kosten ^b	6,5	-0,7	3,8	0,2	4,5	-0,1
Productievolume (gebruik) ^a	5,9	2,6	0,1	0,3	1,6	1,0
- effect deelname	4,3	0,6	-1,6	-2,1	-0,1	-1,2
- effect vergrijzing	1,6	2,1	1,7	2,4	1,7	2,3
Reële kosten per product ^b	0,5	-3,2	3,7	-0,1	2,9	-1,0
- effect arbeidsproductiviteit	-2,0	-2,2	0,8	0,6	0,3	-0,2
- effect loonkosten per fte	2,0	0,1	1,7	-0,2	1,8	-0,1
- effect materiële kosten	0,5	-1,2	1,2	-0,4	0,8	-0,7

a Gebaseerd op gewogen productie; deze productie is exclusief privaot bestede pgb's (< 3 procent van de productie).

b Deflatie met behulp van prijsindex bbp.

Bron: Pommer (2012)

In de periode 2004-2008 blijken de reële kosten van verzorging en verpleging nauwelijks te zijn gestegen, doordat de jaarlijkse volumegroei van 1 procent werd gecompenseerd door een jaarlijkse daling van de kostprijs van 1 procent (tabel 3.2, laatste kolom). Dit is een heel ander beeld dan in de periode 1996-2003, toen de kosten sterk stegen. In de extramurale zorg liep de kostenstijging vrijwel in de pas met het sterk groeiende gebruik (tabel 3.2, eerste kolom). Daarentegen werd de kostenstijging in de intramurale zorg nagenoeg volledig verklaard door de toename van de productiekosten per eenheid product (tabel 3.2, derde kolom). Een analyse van het gebruik per leeftijdsgroep (deelname-effect) toont aan dat intramurale zorg gedeeltelijk is vervangen door extramurale zorg (niet in de tabel).

Aan dit proces van ‘extramuralisering’ zal een keer een einde komen, omdat de kosten ervan de baten ooit gaan overtreffen. Wordt ‘gelukkig zijn’ opgevoerd als post bij de baten, dan zal dit moment eerder zijn bereikt. Ouderen zijn in vergelijkbare omstandigheden namelijk ge-

lukkiger in een intramurale dan in een extramurale setting.¹¹ Het betreft hier situaties waarin intensieve zorg nodig is. Extramuralisering is vooral gunstig voor de rijksoverheid, doordat het proces tot nu toe voor haar tot lagere uitgaven leidt. Overige partijen – met name de cliënten, de zorgverzekeraars en de gemeenten – zijn in vergelijkbare omstandigheden beter af met meer intramurale zorg. Uit tabel 3.2 blijkt dat de beperking van de intramurale instroom per leeftijdsgroep (de ‘deelname’) onverminderd doorzet, maar dat het groeitempo van de extramurale zorg per leeftijdsgroep vertraagt. Dit hoeft niet te betekenen dat de extramuralisering langzamer voortschrijdt. Het kan ook zijn, dat mensen met beperkingen hun problemen vaker in eigen kring of met de inzet van particuliere hulp oplossen.

Tabel 3.3 Ontwikkeling van de nominale kosten en de zorgvraag naar type zorg en IQ bij verstandelijk gehandicapten (vg-zorg) (gemiddelde jaarlijkse groei in procenten), 2008-2011³

	Totale kosten	Aantal personen	Kosten per persoon
Totaal	7,3	5,9	1,4
Type zorg			
Extramuraal	3,5	3,9	-0,5
Intramuraal	8,8	7,0	1,7
IQ			
Ernstig	2,8	0,5	2,4
Licht	10,6	7,1	3,2
Zwakbegaafd	18,2	14,9	2,8

Bron: Ras et al. (2013)

De zorg voor verstandelijk gehandicapten vergt circa 85 procent van het totale budget van de gehandicaptenzorg, of circa 20 procent van de totale budget voor de care. Het aantal personen met vraag naar dit type zorg nam in de periode 2008-2011 jaarlijks met 5,9 procent toe (tabel 3.3). Vooral de groei in het lichtere segment – zwakbegaafden (IQ 70-85) en licht verstandelijk gehandicapten (IQ 50-70) – was tamelijk spectaculair. De zorgvraag door ernstig verstandelijk gehandicapten (IQ < 50) was daarentegen in lijn met de demografische ontwikkeling. Doordat de reële kosten per persoon iets zijn gedaald (met gemiddeld 0,6 procent per jaar, niet in de tabel), zijn de totale reële kosten met 5,3 procent per jaar iets minder snel opgelopen. Ook in 2012 zijn de uitgaven nog fors gestegen, maar in 2013 is dit niet langer het geval. Inmiddels bedragen de uitgaven voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten circa 7,2 miljard euro.

Terwijl het budget voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten flink toenam, is slechts weinig bekend over de factoren die de kostengroei bepalen.¹² Duidelijk is wel dat de kosten per persoon oplopen naarmate de leeftijd van de cliënten hoger en het IQ lager is. Deze – op zich weinig verrassende – factoren kunnen echter niet de sterke groei van de kosten verklaren. Opmerkelijk is dat de vraag naar intramurale zorg sterker (met 7,0 procent per jaar) is toegenomen dan die naar extramurale zorg (met 3,9 procent per jaar). Ook zijn de zorgkosten per persoon in de intramurale zorg meer gestegen dan in de extramurale zorg. Dit hangt samen met de pak-

11 Kok et al. (2014).

12 Gegevens in deze alinea zijn ontleend aan Ras et al. (2013).

ketmaatregel begeleiding uit 2009. Een andere oorzaak zou de groei van zorg in andere sectoren kunnen zijn, met name in de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdzorg. Deze zorg hangt samen met de zorg voor verstandelijk gehandicapten, waardoor doorverwijzing uit de genoemde sectoren ook een opstuwend effect richting de zorg voor verstandelijk gehandicapten heeft.

3.5 Groei van de jeugdhulp

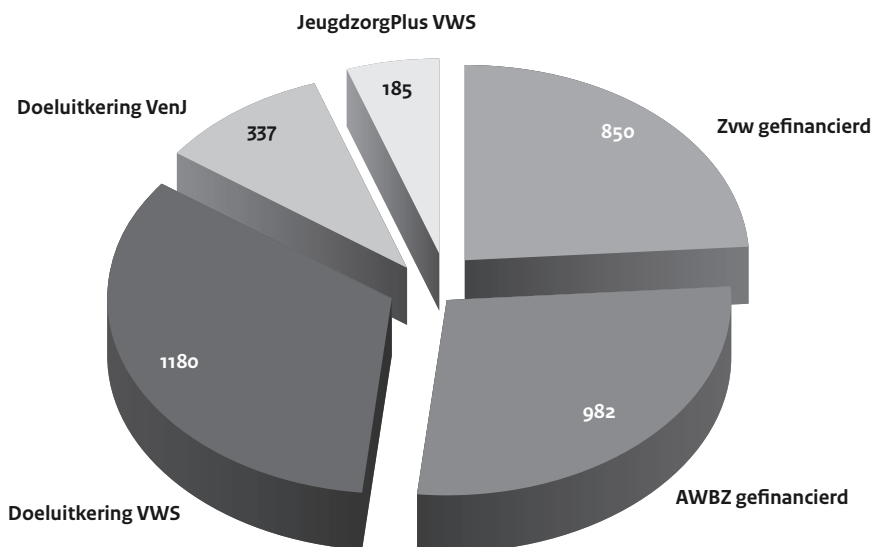
De jeugdhulp bestaat uit een verzameling van verschillende activiteiten die de overheid uitvoert om kinderen gezond en veilig te kunnen laten opgroeien, zodat zij hun talenten kunnen ontwikkelen en naar vermogen kunnen deelnemen aan de samenleving. De jeugdhulp komt in beeld wanneer zich hierbij problemen voordien, die de eigen kracht van het gezin en zijn omgeving te boven gaan. Tot op dit moment zijn de organisatie en de financiering van de jeugdhulp erg versnipperd. Mede op basis van een in 2009 uitgevoerde evaluatie van het bestaande stelsel heeft politiek Den Haag besloten het roer volledig om te gooien en alle jeugdhulpvoorzieningen integraal te decentraliseren naar het gemeentelijk niveau, dit onder het motto 'één gezin-één plan-één regisseur'.¹³ Hiervoor is een wettelijk kader ontwikkeld, de Jeugdwet, die op 18 oktober 2013 is goedgekeurd door de Tweede Kamer en begin 2014 in behandeling is genomen door de Eerste Kamer. In dit wetsvoorstel is het wettelijk recht op zorg vervangen door een jeugdhulpplicht, vergelijkbaar met de huidige compensatieplicht in de Wmo. Het is de bedoeling dat alle jeugdhulpvoorzieningen op 1 januari 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten komen. Gemeenten dragen op dit moment al de verantwoordelijkheid voor preventieve opvoedondersteuning, jeugdgezondheidszorg en gezondheidsbevordering. Daar komen op 1 januari 2015 de volgende voorzieningen bij:

- de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren (jeugd-ggz), gefinancierd via de Zorgverzekeringswet;
- de zorg voor verstandelijk beperkte jongeren, gefinancierd uit de AWBZ, met uitzondering van de intensieve 24-uurs zorg;
- de begeleiding, persoonlijke verzorging en het bijbehorende kortdurend verblijf, gefinancierd uit de AWBZ;
- de provinciale jeugdzorg, bestaande uit ambulante jeugdhulp, tijdelijk en 24-uurs verblijf, pleegzorg, de kindertelefoon en de melding kindermishandeling, gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS);
- de jeugdbescherming en de jeugdreclassering, gefinancierd door het Ministerie van Veiligheid & Justitie (VenJ);
- de JeugdzorgPlus (voorheen: gesloten jeugdzorg), gefinancierd door het Ministerie van VWS.

Met de overheveling van bovengenoemde taken is in 2015 een bedrag gemoeid van 3,5 miljard euro. Hierin is reeds een korting verwerkt van 120 miljoen euro, die oploopt tot 450 miljoen euro in 2017. De grootste bijdrage aan de over te hevelen middelen komt van het Ministerie van VWS (39 procent), gevolgd door de AWBZ (28 procent), de Zorgverzekeringswet (24 procent) en het Ministerie van VenJ (10 procent); zie figuur 3.2.

13 Zie voor de decentralisatie van de jeugdzorg ook onderdeel 4.5.

Figuur 3.2 Macrobudget over te hevelen jeugdzorgmiddelen (miljoenen euro)



Bron: Sociaal en Cultureel Planbureau (2013)

De jeugdhulp is de afgelopen jaren (2001-2011) fors gegroeid bij een demografisch nagenoeg stabiele doelgroep (kinderen van 0-17 jaar). Vooral lichtere vormen van jeugdhulp hebben een zeer sterke groei doorgemaakt (zie tabel 3.4, tweede kolom). De daarmee gemoeide kosten zijn minder sterk gestegen, doordat deze in verhouding goedkoper zijn dan zwaardere vormen van jeugdhulp. Gegevens ontbreken om de historische kostenontwikkeling in beeld te krijgen. Aangezien de kostprijzen voor de (provinciale) jeugdzorg in de periode 2001-2008 met reëel ruim 1,5 procent per jaar zijn gestegen,¹⁴ mag de gemeten jaarlijkse volumegroei van 4,6 procent wel als een ondergrens voor de stijging van de reële kosten in de jeugdhulp worden gezien.

14 Pommer en Eggink (red.) (2010).

Tabel 3.4 Waargenomen en verwachte volumegroei van de jeugdhulp, 2000-2017

	Aantal gebruikers 2010 (x 1.000)	Verleden Gemiddelde jaarlijkse groei (%) 2001-2011	Prognoses Gemiddelde jaarlijkse groei (%) 2012-2017
Jeugd-ggz (Zvw)	198	10,3	5,2
Jeugdigen verstandelijk beperkt (AWBZ)	44	4,7	2,3
Jeugdhulp provinciaal gefinancierd	55	21,3	4,8
Verblijf tijdelijk provinciaal gefinancierd	9	-0,5	-2,6
Pleegzorg provinciaal gefinancierd	20	3,7	2,8
Residentiële zorg provinciaal gefinancierd	11	-0,6	-1,8
Jeugdbescherming	55	1,0	1,3
Jeugdreclassering	12	7,7	1,2
JeugdzorgPlus	3	4,6	-2,5
Totaal volume ^a	285	4,6	2,2

a Aantal gebruikers betreft unieke cliënten (exclusief dubbelstellingen); groeicijfers gewogen op basis van kosten per gebruiker in 2009.

Bron: Sadiraj *et al.* (2013)

De waargenomen volumegroei is niet te verklaren uit de ontwikkeling van de risicokenmerken van de jeugdpopulatie. Achter het groeiende beroep op de jeugdhulp gaan ontwikkelingen schuil die losstaan van de ontwikkeling van de mogelijke risicokenmerken. Daarbij kan worden gedacht aan de ontwikkeling van het aantal eenoudergezinnen of het aantal ouders met psychische problemen. Op basis van de ontwikkeling van de risicokenmerken zou in de periode 2001-2011 eerder een daling van het beroep op jeugdhulp zijn verwacht van gemiddeld 0,8 procent per jaar.¹⁵ Gegeven de volumegroei van 4,6 procent (per jaar) impliceert dit een jaarlijkse trendmatige groei van 5,5 procent, die waarschijnlijk niet uit individuele maar uit maatschappelijke factoren moet worden verklaard.

De bestaande literatuur biedt enige suggesties om welke maatschappelijke factoren het zou kunnen gaan, zonder dat overigens duidelijk is hoe groot hun rol op dit moment is en wat hun betekenis in de toekomst zou kunnen worden.¹⁶ Een belangrijke factor lijkt de veranderde visie op opgroei- en opvoedproblemen te zijn. Gedrag dat voorheen niet als problematisch werd beschouwd, wordt nu in toenemende mate wel als zodanig ervaren. Bovendien is de diagnostiek uitgebreid en wordt deze in verschillende gremia toegepast, waaronder de school en de gezondheidszorg. Zo is het bij jongeren mogelijk geworden om in een steeds vroeger stadium aandoeningen vast te stellen en te behandelen. Onzeker is of en in hoeverre de aandoeningen waarvoor de hulp van jeugdzorg wordt ingeroepen steeds vaker voorkomen of eerder aan de oppervlakte komen door verfijndere diagnostisering. Mogelijk spelen beide factoren een rol: problemen worden eerder herkend, maar bij het gebruik van verfijnde onderscheidingen blijkt eerder dat

15 Sadiraj *et al.* (2013).

16 Sadiraj *et al.* (2013).

een kind iets mankeert. Tot slot hebben ook beleidswijzigingen hun stempel gezet op de vraag naar jeugdzorg. Met de invoering van de Wet op de jeugdzorg kreeg Bureau Jeugdzorg vanaf 2005 een centrale plaats in de jeugdhulpverlening. Hierdoor ontstond een duidelijk aanspreekpunt voor jongeren en ouders die met opvoed- en opgroei problemen te maken krijgen. Onduidelijk is in welke mate de genoemde maatschappelijke factoren hebben geleid tot een inhaalslag in de vraag naar jeugdhulp. Een projectie, waarbij de trendmatige ontwikkeling op basis van tijdreeksmodellering is doorgetrokken, komt voor de periode 2012-2017 uit op een (aanzienlijk lagere) groei van 3,3 procent per jaar. Op basis van de ontwikkeling van de gebruikte risicofactoren wordt een drukkend effect op de groei van de vraag naar jeugdhulp van 1,1 procentpunt per jaar verwacht. Per saldo resteert daarmee een verwachte jaarlijkse groei van 2,2 procent door moeilijk grijpbare maatschappelijke factoren (tabel 3.4).

3.6 Overheveling: wat staat ons te wachten

De overheveling van zorgtaken naar gemeenten roept het beeld op dat de Nederlandse verzorgingsstaat steeds meer transformeert in een verzameling verzorgingssteden.¹⁷ De participatiesamenleving, waar het huidige kabinet op aankoerst, dient immers vooral in het gemeentelijke sociale domein te worden gerealiseerd. Het Rijk zou nog wel 'systeemverantwoordelijk' zijn voor de bereikte maatschappelijke uitkomsten, maar de uitvoering en financiering van de regelingen zijn toch vooral gemeentelijke verantwoordelijkheden. Het Rijk wil hiermee de betrokken voorzieningen dichterbij de burger brengen (meer eigen verantwoordelijkheid en meer onderlinge betrokkenheid) en denkt dat gemeenten de hulp aan burgers effectiever en efficiënter kunnen organiseren (zorg op maat). Gemeenten moeten vooral de zelfredzaamheid van burgers stimuleren en een integrale aanpak ontwikkelen als oplossing voor participatieproblemen die burgers in het sociale domein ondervinden. Zij moeten hierbij keuzen maken, die tot verschillen kunnen leiden. Niet alleen de gebruikte instrumenten kunnen per gemeente verschillen, maar ook de 'outcomes'.

Mede door de opgelegde kortingen, waarmee de decentralisaties gepaard gaan, zullen lokale bestuurders duidelijkheid willen hebben over de financiële uitdagingen die op ze af komen. Het is evenwel lastig om een inschatting te maken van de toekomstige uitgavengroei bij de collectief gefinancierde langdurige zorg. Bij verzorging en verpleging zijn de determinanten van de groei redelijk in beeld. Op grond hiervan verwachten Eggink *et al.* (2012) in het lopende decennium een kostenstijging van 3,6 procent per jaar voor het collectief gefinancierde deel van de zorg: 1,2 procent volumegroei plus 2,4 procent kostprijsgroei. De kostengroei bij de extramurale zorg (2 procent per jaar) zal achterblijven bij die van de intramurale zorg (4,3 procent per jaar), doordat het hogere inkomen en hogere opleidingsniveau van nieuwe generaties ouderen ertoe leiden dat zij vaker uitwijken naar particuliere hulp. Voor de gehandicaptenzorg zijn geen gekwantificeerde ramingen van kosten en gebruik beschikbaar. De nominale kosten van de zorg voor verstandelijk gehandicapten stegen in de periode 2008-2011 gemiddeld met meer dan 7 procent per jaar (tabel 3.3), voornamelijk vanwege een sterke aangroei in het 'lichtere segment'. Deze aanwas blijkt moeilijk te verklaren, waardoor een toekomstige kostengroei uitermate lastig is in te schatten. Ras *et al.* (2013) suggereren dat de problemen mogelijk toenemen door bijvoorbeeld de ingewikkelder wordende samenleving. Aan de andere kant is het volgens deze auteurs mogelijk dat deze groep mensen altijd al hulp nodig heeft gehad, maar deze hulp nu pas ontvangt dankzij betere opsporingsmethoden (bijvoorbeeld in het onderwijs), diagnose-instrumenten en behandelmethoden.

17 Putters (2013).

De afwenteling van de kosten op andere partijen (zorgverzekeraars en AWBZ/Wlz) zal aan de ene kant moeilijker worden, maar aan de andere kant door de ingebouwde prikkel tot intramuralisering juist toenemen. In het voorstel van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 staat namelijk dat de gemeente een Wmo-voorziening kan weigeren als een cliënt een indicatie voor intramurale zorg kan krijgen.¹⁸ Dat betekent dat mensen die liever thuis blijven wonen, maar die gezien hun beperkingen ook in aanmerking (zouden kunnen) komen voor een intramurale plek, huishoudelijke hulp of een andere Wmo-voorziening door de gemeente kan worden geweigerd en zullen worden doorgestuurd naar een CIZ-kantoor.

Ook bij de jeugdzorg is moeilijk op voorhand te bepalen welke uitgavenontwikkeling in het verschiet ligt. De kansen van de gemeenten om de jeugdhulp doelmatiger in te richten liggen met name in de sfeer van preventie en substitutie. Deze kansen ontstaan, doordat met de overheveling synergievoordelen binnen bereik komen.¹⁹ Synergievoordelen zijn te behalen, doordat financiële schotten verdwijnen, informatiestromen samenkomen, managementlagen verdwijnen en de regie bij één partij terechtkomt: de gemeente. Bovendien zal de financiering op basis van een objectief verdeelmodel leiden tot financiële prikkels voor een doelmatige uitvoering van de Jeugdwet. Mogelijke synergievoordelen zullen op korte termijn vooral bij de lichtere vormen van jeugdhulp ontstaan, aangezien het bij de zwaardere hulpvormen doorgaans gaat om lastiger problemen. Dit betekent dat de kostenvoordelen vermoedelijk beperkt zullen zijn, doordat de lichtere zorgvormen aanzienlijk goedkoper zijn dan de zwaardere zorgvormen. Op lange termijn is wellicht meer voordeel te behalen door zwaar in te zetten op preventie.

Tegenover synergievoordelen staat het risico dat zich schaalnadelen manifesteren.²⁰ De decentralisatie van de jeugdhulp naar gemeenten maakt het moeilijk om schaalvoordelen te halen en marktmacht uit te oefenen. Bij een aantal gespecialiseerde vormen van jeugdhulp (JeugdzorgPlus, zorg met verblijf) is een centrale aanpak gewenst en door het Rijk voorgeschreven. Het is de vraag of de 41 nieuwgevormde samenwerkingsregio's de genoemde nadelen van de decentralisatie van de jeugdhulp voldoende kunnen wegnemen. Een ander risico is dat gemeenten wellicht onvoldoende kennis en deskundigheid in huis hebben om als poortwachter voor de jeugdhulp te kunnen functioneren en een adequaat systeem van indicatiestelling te ontwikkelen, zodat daarvoor in aanmerking komende jeugdigen de juiste zorg ontvangen. Daar komt bij dat de huisarts (ggz) en de rechter (ondertoezichtplaatsing) mede als poortwachter(s) voor de jeugdhulp optreden. Hierdoor is het onduidelijk in welke mate gemeenten erin zullen slagen het beroep op de jeugdhulp feitelijk te beperken. Dat laatste is onder andere nodig door de korting op het beschikbaar gestelde budget.

*De sociale staat van Nederland 2013*²¹ bevat een waarschuwing voor te veel 'beleidsoptimisme'. De doelgroepen van de over te hevelen regelingen bestaan namelijk uit burgers met serieuze problemen en zij bevinden zich in een kwetsbare maatschappelijke positie. Uit de genoemde publicatie blijkt dat vooral de leefsituatie van kwetsbare burgers de laatste jaren is verslechterd.

18 Tweede Kamer (2013-2014a), artikel 2.3.5, lid 6: 'Het college kan een maatwerkvoorziening weigeren indien de cliënt aanspraak heeft op verblijf en daarmee samenhangende zorg in een instelling op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, dan wel er redenen zijn om aan te nemen dat de cliënt daarop aanspraak kan doen gelden en weigert mee te werken aan het verkrijgen van een besluit dienaangaande.'

19 Centraal Planbureau (2013).

20 Centraal Planbureau (2013).

21 Bijl et al. (red.) (2013).

De op stapel staande decentralisaties zijn zo omvangrijk en complex, dat het de vraag is of burgers wel sneller en efficiënter door gemeenten zullen worden geholpen. Onzeker is ook of gemeenten in staat zijn veel meer zelfredzaamheid bij burgers te organiseren. Er bestaan althans weinig empirisch onderbouwde aanwijzingen dat lokale overheden tegen deze taak zijn opgewassen. De overheveling van enkele belangrijke zorgtaken naar de gemeenten heeft weliswaar veel stof doen opwaaien, maar dit ging vooral over bestuurlijke, zorginhoudelijke en financiële kanten van de zaak. De betrokkenen zelf zijn nauwelijks in beeld gekomen. Wie zijn de burgers die te maken krijgen met ‘gesprekken aan de keukentafel’ en om hoeveel cliënten gaat het daarbij? In tabel 3.5 is onderscheid gemaakt tussen zorgvoorzieningen die nieuw zijn voor de gemeenten en de voorzieningen die al eerder zijn overgeheveld en onder een nieuw regime werden gebracht. Bij de jeugdzorg zijn 285 duizend unieke cliënten betrokken en bij de langdurige zorg thuis 690 duizend unieke cliënten.

Tabel 3.5 Aantal cliënten (x 1000) betrokken bij de overheveling van zorgvoorzieningen (stand 2011)

Jeugdhulp		Langdurige hulp thuis	
Gehandicapten (AWBZ)	82	Begeleiding	240
Ggz (Zvw)	248	Extramuraal overig	30
Jeugdzorg (VWS/VenJ)	101	Intramuraal licht	55
		Bestaande voorziening	
		Huishoudelijke hulp	445
Overlap (33%)	-146	Overlap (10%)	-80
Totaal cliënten	285	Totaal cliënten	690

Bron: Sociaal en Cultureel Planbureau

Binnen de jeugdzorg bestaat betrekkelijk veel overlap tussen voorzieningen (33 procent). Bij de langdurige hulp thuis is daarvan nauwelijks sprake (10 procent). Tussen de twee sectoren bestaat eveneens nauwelijks overlap in het gebruik van voorzieningen.²² Daarmee kan het aantal cliënten dat te maken krijgt met ingrijpende veranderingen in de zorg op gemeentelijk niveau worden geraamd op circa 1 miljoen personen. Doordat de Wajong ook wordt gedecentraliseerd, zij het uitsluitend voor nieuwe cliënten, dijt deze groep nog wat uit. Deze mensen vormen samen een betrekkelijk kwetsbare groep, die circa 6 procent van de bevolking uitmaakt. Het gaat hier om burgers met fysieke, psychische, sociale en financiële problemen. Gemeenten worden straks verantwoordelijk voor hun leefsituatie.

Met de langdurige hulp thuis en de jeugdhulp is momenteel 7,9 miljard euro gemeoid (tabel 3.6). Door kortingen op de betrokken budgetten blijft van dat bedrag in 2017 circa 7,1 miljard euro over. Dit betekent een korting van 10 procent, en dat is minder dan aanvankelijk was voorzien. De staatssecretaris van VWS heeft in december 2013 een akkoord met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten gesloten, waarbij de gemeenten in 2015 eenmalig 200 miljoen euro ontvangen om de overheveling van cliënten met langdurige hulp van de AWBZ naar de Wmo te bekostigen. Vanaf 2016 ontvangen gemeenten structureel 200 miljoen euro extra voor de vernieuwing van hulp aan mensen met beperkingen. Verder krijgen gemeenten extra geld

22 Hollander *et al.* (2013).

voor de ondersteuning van sociale wijkteams en mantelzorgers. Bovendien kunnen zij jaarlijks beschikken over 216 miljoen euro. Dit geld is bedoeld om mensen te compenseren die zijn getroffen door de afschaffing van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en van de compensatie eigen risico (CER).

Ook op de huishoudelijke hulp, die al in 2007 naar de gemeenten is gegaan, wordt met een structurele korting van 40 procent flink beknipt.

Op het totale budget voor zorg en hulp (in 2013: 9,5 miljard euro) wordt al met al ongeveer 15 procent gekort. Zodoende resteert een bedrag van circa 8 miljard euro. Bij de beschouwde voorzieningen moeten de gemeenten het dus structureel met ongeveer anderhalf miljard euro minder doen. Dit stelt gemeenten voor een grote financiële uitdaging, te meer daar alle betrokken voorzieningen in het verleden forse groeicijfers lieten zien.

Tabel 3.6 Budgettaire gevolgen (miljoenen euro) – stand januari 2014

	2013	2015	2017
Langdurige hulp (in 2015 overgeheveld)^a	4.275	3.859	3.899
Korting ten opzichte van 2013		-961	-961
Extra compensaties ^b		545	585
Ombuiging (%)		-9,7	-8,8
Huishoudelijke hulp (in 2007 overgeheveld)	1.525	951	951
Korting ten opzichte van 2013		-634	-634
Ombuiging (%)		40,0	40,0
Jeugdhulp (in 2015 overgeheveld)^c	3.654	3.534	3.204
Korting ten opzichte van 2013		-120	-450
Ombuiging jeugdhulp (%)		-3,3	-12,3
Totaal hulp	9.514	8.344	8.054
Ombuiging (%)		-12,3	-15,3

a Begeleiding, kortdurend verblijf, beschermd wonen, persoonlijke verzorging (5 procent van het oorspronkelijke budget), inloopfunctie ggz, cliëntondersteuning algemene dagelijkse levensverrichtingen (adl). Het over te hevelen budget exclusief extra compensaties komt in 2015 uit op 3.314 miljoen euro. In 2017 gaat nog eens 40 miljoen euro extra naar de wijkteams. De korting ten opzichte van 2013 is op basis van eigen berekeningen (25 procent op begeleiding en 15 procent op overige functies).

b Compensatie Wmo, afschaffing Wtcg en CER, ondersteuning wijkteams en overige compensaties (mantelzorg, uitvoering).

c Ggz (Zorgverzekeringswet), gehandicaptenzorg (AWBZ) en provinciale jeugdzorg.

Bronnen: Tweede Kamer (2013-2014b, p. 86); Sociaal en Cultureel Planbureau (2013)

In 2013 werd collectief 28,8 miljard euro uitgegeven voor langdurige zorg – waarvan 27,3 miljard euro via de AWBZ en 1,5 miljard euro in het kader van de Wmo (huishoudelijke hulp). In 2017 ziet het financieringslandschap er naar verwachting geheel anders uit. De AWBZ wordt omgesmolten tot de Wlz en zal nog slechts betrekking hebben op intensieve langdurige zorg. Die vergt circa 60 procent van de huidige kosten van langdurige zorg. De 40 procent die vrijvalt in de sfeer van de AWBZ komt – afgezien van de kortingen – ten goede aan de uitvoering van de Wmo 2015 (20 procent), de Zorgverzekeringswet (16 procent) en de nieuwe Jeugdwet (4 procent).

3.7 Beschouwing: knellende financiële kaders?

Kunnen de gemeenten met de vanaf 2015 overgehevelde budgetten uit de voeten om hun nieuwe wettelijke taken naar behoren uit te voeren? Op de uitgaven voor de langdurige hulp wordt structureel 9 procent gekort, op de uitgaven voor de jeugdhulp 12 procent en op die voor de huishoudelijke hulp 40 procent. In totaal moeten de gemeenten het doen met 15 procent minder budget voor voorzieningen, die in het verleden een markante groei hebben doorgeemaakt. Daar staat tegenover dat de uitgavengroei bij de genoemde overheidsvoorzieningen recentelijk afzwakt en dat particuliere hulp een steeds grotere rol gaat spelen, doordat koopkrachtige ouderen met een hogere opleiding de zorgverlening steeds meer in eigen hand (willen) houden. Toch is de opkomst van de particuliere hulp vooralsnog niet veel meer dan een handvol druppels op de gloeiende plaat. Ook het gebruik van informele hulp speelt tot nu toe een bescheiden rol. Daar staat tegenover dat met het concept van 'buurtzorg' wel vorderingen zijn gemaakt²³ en – met wisselend succes – geëxperimenteerd wordt met de inzet van sociale wijkteams.²⁴ Dit betekent dat de gezochte besparingen vooral moeten worden gevonden door beperking van de doelgroep, minder zorg per gebruiker en/of een doelmatiger inrichting van de zorg.

Bij de huishoudelijke hulp neigt het kabinet ertoe de doelgroep te beperken tot kwetsbare mensen die deze hulp niet zelf kunnen regelen en betalen. Bij de jeugdzorg wordt vooral gemikt op een doelmatiger werkwijze via de multiprobleemaanpak en preventie. Beperking van de doelgroep is uiteraard operationeel haalbaar, als hiervoor heldere toegangsregels gelden en geen afwenteling op andere partijen mogelijk is. Dat lijkt met de huishoudelijke hulp het geval te zijn. Bovendien is de particuliere hulp in opkomst, een ontwikkeling die met de nieuwe maatregelen een stevige duw in de rug krijgt.

Meer moeite zullen gemeenten hebben om serieuze doelmatigheidswinst te boeken. Zo leert een evaluatie van het Nederlandse decentralisatiebeleid in de periode 1993-2008 dat gemeenten vooral worstelen met een gebrek aan kennis en kunde en een gebrek aan financiële middelen om gedecentraliseerde taken uit te voeren en deze taken ook vaak uitbesteedden aan andere gemeenten of aan andere publieke of private partijen.²⁵ In de praktijk bleken gemeenten vaak wel creatief genoeg en voldoende veerkrachtig om deze beperkingen op te vangen. Verder bleek dat gemeenten tijd nodig hadden om eigen beleid te formuleren en lokale maatwerkvoorzieningen te ontwikkelen. Doelmatigheidswinst is daarmee vooral een zaak van langere adem, en dat is de gemeenten met de korte overgangsfase in combinatie de voorgenomen kortingen nu niet of nauwelijks gegund.

Bij de jeugdhulp bestaan aanwijzingen voor overconsumptie. Er is een groep jongeren die wel jeugdhulp ontvangt, maar eigenlijk weinig jeugdzorgproblemen heeft.²⁶ Hier heeft mogelijk het 'Savana-effect'²⁷ een rol gespeeld: hulpverleners proberen risico's op ernstige incidenten zo veel mogelijk uit te sluiten.²⁸ Op deze kosten kunnen gemeenten wel besparen, maar de doelmatigheidswinst zal beperkt zijn, doordat het doorgaan om weinig intensieve hulp zal gaan,

23 Van der Meer en Postma (2012).

24 De Meere *et al.* (2013).

25 Boogers *et al.* (2008), pagina 20, geciteerd in Bijl *et al.* (red.) (2013).

26 Hermanns (2009); Eijk *et al.* (2013).

27 De peuter Savanna werd in 2004 door haar vader en stiefmoeder omgebracht, na jarenlang door hen mishandeld te zijn. De gezinsvoogd moest voor de rechter verschijnen. Zie bijvoorbeeld Stallenberg (2007).

28 Bot *et al.* (2013).

waarmee in verhouding weinig uitgaven zijn gemoeid. Zo ontvangt 83 procent van de cliënten in de jeugdhulp extramurale zorg, die slechts 59 procent van de uitgaven vergt. Ook de overlap tussen de onderliggende sectoren (zorg, werk, jeugd) is beperkt. Zo gebruikt maar circa 9 procent van de huishoudens voorzieningen in twee of meer van deze sectoren.²⁹

Met de overheveling van zorgtaken naar gemeenten ontstaan ook nieuwe financieringschotten, met name tussen de lokale financiën, de financiering van de Zorgverzekeringswet (wijkverpleegkundige zorg) en de Wlz (intensieve langdurige zorg). Wellicht ontstaan nieuwe vormen van afwenteling, met name vanuit het gemeentelijk domein, zoals in de richting van de Zorgverzekeringswet vanwege de prikkel tot intramuralisering die in de Wmo 2015 ligt besloten. Afgezien van de ingebouwde prikkel tot intramuralisering zijn de zorgactiviteiten helder afgebakend en kunnen ze moeilijk voor elkaar in de plaats komen. Persoonlijke verzorging en verpleging zijn duidelijk andere handelingen dan begeleiding en huishoudelijke hulp. Anders ligt dit bij de intensieve langdurige zorg, waar het Centrum indicatiestelling zorg als poortwachter optreedt. Hier speelt zorgzwaarte bij de toewijzing van claims een doorslaggevende rol, en het laat zich raden dat hier wel enige speelruimte aanwezig is.

Al met al worden gemeenten in 2015 verantwoordelijk voor voorzieningen, waarnaar in het verleden een groeiende vraag werd uitgeoefend, en die daardoor steeds meer middelen opslochten. Alom valt 'beleidsretoriek' te beluisteren, die suggereert dat gemeenten met minder geld de burger beter kunnen bedienen. Tevens bestaat een breed gedragen consensus, dat gemeenten dat ook moeten kunnen. De gemeenten voeren deze taken ook graag uit, zij het dat zij zich verzetten tegen de kortingen op de overgehevelde budgetten. Er zijn kansen, maar ook risico's verbonden aan de decentralisaties. Het worden dus spannende tijden, waarbij de maatschappelijke positie van circa 1 miljoen kwetsbare burgers op het spel staat.

29 Hollander *et al.* (2013).

Literatuur

- Bijl, Rob, Jeroen Boelhouwer, Evert Pommer, en Nathalie Sonck (red.). (2013), *De sociale staat van Nederland 2013*, SCP-publicatie 2013-30, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- Boogers, M., L. Schaap, E.D. van den Munckhof, en N. Karsten (2008), *Decentralisatie als opgave. Een evaluatie van het decentralisatiebeleid van de Rijksoverheid, 1993-2008*, Tilburg: Tilburgse School voor Politiek en Bestuur
- Bot, Sander, Simone de Roos, Klarita Sadiraj, Saskia Keuzenkamp, Angela van den Broek, en Ellen Kleijnen (2013), *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik*, SCP-publicatie 2013-2, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- Centraal Planbureau (2013), *Decentralisaties in het sociaal domein*, CPB Notitie 4 september, Den Haag: CPB
- Eggink, Evelien, en Jos L.T. Blank (2012), *Ziekenhuiszorg*, in Bob Kuhry en Flip de Kam (red.), *Waar voor ons belastinggeld? Prijs en kwaliteit van publieke diensten*, SCP-publicatie 2012-2, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 88-108
- Eggink, Evelien, Debbie Oudijk, en Klarita Sadiraj (2012), *VeVeRa-IV. Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030*, SCP-publicatie 2012-5, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- Eijk, L. van, V. Verhage, E. Noordik, M. Reijneveld, en E. Knorth (2013), *TakeCare! Provincie Groningen. Een onderzoek naar kenmerken van jeugdigen en hun ouders in relatie tot de geboden zorg*, Groningen: C4Youth, Collaborative Centre on Care for Children and Youth
- Hermanns, Jo (2009), *Het opvoeden verleerd*, Amsterdam: Vossiuspers UvA
- Hollander, Marieke, Eelco Flapper, en Gerard Volker (2013), *Voorzieningengebruik in de Drechtsteden*, Zoetermeer: Panteia
- Kok, Lucy, Caroline Berden, en Klarita Sadiraj (2014), *Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores*, *The European Journal of Health Economics*, 4 januari
- Meer, E.H. van der, en J.P. Postma (2012), *De 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige: een hele zorg minder. Kosten-batenanalyse in opdracht van ZonMw*, Amersfoort: BMC
- Meere, Freek de, Ahmed Hamdi, en Jochum Deuten (2013), *Waarom zouden wijkteams beter en goedkoper zijn? Sociale Vraagstukken*, 10 september
- Pommer, Evert, en Evelien Eggink (red.) (2010), *Publieke dienstverlening in perspectief. SCP-memorandum voor de kabinetsformatie 2010*, SCP-publicatie 2010-16, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- Pommer, Evert (2012), *Verzorging en verpleging*, in Bob Kuhry en Flip de Kam (red.), *Waar voor ons belastinggeld? Prijs en kwaliteit van publieke diensten*, SCP-publicatie 2012-2, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 109-130
- Putters, Kim (2013), *Het smalle pad van verzorgingsstaat naar verzorgingsstad*, *Sociale Vraagstukken*, 25 mei
- Ramakers, Clarie, M. van Doorn, en R. Schellingbouw (2010), *Op weg naar een solide pgb*, Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie
- Ras, Michiel, Debbie Verbeek-Oudijk, en Evelien Eggink (2013), *Lasten onder de loep. De kostengroei van de zorg voor verstandelijk gehandicapten ontrafeld*, SCP-publicatie 2013-16, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- Sadiraj, Klarita, Debbie Oudijk, Hetty van Kempen, en John Stevens (2011), *De opmars van het pgb. De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief*, SCP-publicatie 2011-17, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- Sadiraj, Klarita, Michiel Ras, Lisa Putman, en Jedid-Jah Jonker (2013), *Groeit de jeugdzorg door? Het beroep op de voorzieningen: realisatie 2002-2011 en raming 2011-2017*, SCP-publicatie 2013-34, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2013), *Bijstelling historische middelen jeugdzorg 2011*, internet-publicatie op www.scp.nl
- Stallenberg, Peter (2007), *Wat is nou eigenlijk het Savanna-effect?*, *Mobiel - Tijdschrift voor Pleegzorg*, nummer 6
- Tweede Kamer (2011-2012), *Stabiliteitsprogramma Nederland*, bijlage bij Raad voor Economische en Financiële Zaken. *Brief van de minister van Financiën*, 21 501-07, nr. 915
- Tweede Kamer (2013-2014a), *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Voorstel van wet, 33 841, nr. 2
- Tweede Kamer (2013-2014b), *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. *Memorie van Toelichting*, 33 841, nr. 3