

## Waarom de drie decentralisaties in het sociale domein slecht uitpakken voor Limburg. Wij maken ons grote zorgen!

De komende periode tot 2015 moeten de Nederlandse gemeenten een drietal decentralisaties doorvoeren, te weten:

1. de decentralisatie van de jeugdzorg op basis van de Jeugdwet,
2. de decentralisatie van begeleiding en persoonlijke verzorging vanuit de AWBZ naar de Wmo,
3. de decentralisatie van de Wet Werk Bijstand en Wajong naar de Participatiewet.

Decentralisaties leggen de verantwoordelijkheid bij lokale spelers. Een legitiem uitgangspunt omdat beleid meer op maat, in dit geval de lokale maat gestoeld kan worden en decentralisaties nodig zijn in het licht van duurzame zorg, betaalbaarheid van de sociale zekerheid en eigen verantwoordelijkheid van burgers.

Er ligt een forse opdracht want voor alle decentralisaties geldt: bezuinigen. Maar met alleen bezuinigingen redden gemeenten het niet, het is ook tijd voor vernieuwing. Het ingezette beroep op de eigen kracht wordt steeds groter en de aanspraak op individuele voorzieningen wordt fors aan banden gelegd. Gemeenten zijn met deze opdracht inmiddels intensief aan de slag gegaan. De vele initiatieven voor de kanteling van de Wmo en lokaal maatwerk illustreren dit.

De vele goede initiatieven ten spijt, maken wij ons toch zorgen. Er is behoefte aan transparantie voor de landelijke verdeelmodellen. Het huidige model voor de verdeling van gelden voor huishoudelijke hulp is voor bepaalde regio's negatief uitgevallen. Bij de herverdeling van de nieuwe decentralisaties mogen er geen onrechtvaardige stapelingseffecten optreden met alle nadelige gevolgen vandien. Voor Zuid-Limburg sluiten wij een dergelijk nadelig stapeling niet uit.

### 1. Verdeelmodel

De GGD Zuid Limburg heeft zich verdiept in het Cebeon model voor de decentralisatie van de hulp bij het huishouden vanuit de AWBZ naar de Wmo. Daaruit blijkt het volgende. In een eerste versie van het verdeelmodel zijn op gemeentelijk niveau verdeelkenmerken meegenomen over leeftijd, samenstelling van huishouden, inkomen, arbeidsgerelateerde zorgbehoeften en omgevingsadressendichtheid. Hoeveel kandidaat-factoren in de analyse zijn meegenomen, en de methode waarmee de gewichten zijn geschat wordt niet beschreven. Snel wordt duidelijk dat nieuwe budgetten vaak slecht aansluiten op historische besteding, er ontstaan voor- en nadeelgemeenten.

Kritiek op dit model komt van diverse kanten. Een aantal (nadeel) gemeenten, waaronder ook Zuid-Limburgse gemeenten, gaf daarom opdracht tot onderzoek. Onderzoeksrapporten van APE, Radar en BMC concluderen dat het verdeelmodel niet transparant en reproduceerbaar is, er een grote spreiding in verdeeleffecten is waarbij de nadeelgemeenten vaak die gemeenten zijn met gemiddeld een slechtere gezondheid, slechte sociale structuur en veel lage sociaaleconomische klasse onder haar burgers. Er wordt geconcludeerd dat de weging van de factoren niet optimaal is en dat gezondheid moet worden meegenomen, en meer kenmerken over inkomen en sociale structuur.

Als reactie hierop, en na een motie in de tweede kamer krijgt het Cebeon opdracht om het model te actualiseren. In het nieuwe model dat vanaf 2011 wordt gebruikt zit langdurig medicijngebruik als kenmerk van gezondheid en gemiddeld gestandaardiseerd inkomen van huishoudens. Ook dit model vangt veel kritiek. De methode is weer niet reproduceerbaar en niet transparant. Herverdeeleffecten veranderen maar mondjesmaat. De toegevoegde variabelen blijken niet veel additionele variatie tussen gemeenten te verklaren. Een herschatting van hetzelfde model door onderzoeksbureau APE met regressietechniek zorgt voor heel andere gewichten per verdeelkenmerk en (veel) meer verklaarde variatie tussen gemeenten.

## 2. Rechtvaardigheid

Bovenstaande twijfels over het toegepaste model en de nadelige effecten daarvan voor de budgettering moeten extra serieus worden genomen als dat model ook voor andere herverdelingsdoelen wordt aangewend. Om die reden stellen wij onszelf de vraag of het rechtvaardig is om de huidige, feitelijke vraag naar zorg en bijstand niet mee te nemen in de verdeelmodellen voor de decentralisaties. Zelfs in het geval van een onterecht bovengemiddelde, dus overdreven zorg- en bijstandsvraag zou een transitietermijn noodzakelijk zijn om historisch gegroeide scheefgroei terug te dringen. Maar stel dat de bovengemiddelde zorg- en bijstandsvraag terecht is (vanwege daadwerkelijke gezondheidsachterstand zoals voor bepaalde regio's zichtbaar is in de landelijke VTV) dan pakt de stapeling van drie verdeelmodellen onrechtvaardig uit. In dit geval zou een grotere in plaats van kleinere investering noodzakelijk en te rechtvaardigen zijn om de scheefgroei te kunnen terugdringen. Er is geen enkele actuele indicatie dat de regio overdreven soepel zou omgaan met zorg- en bijstandsfaciliteiten; naar onze indruk worden landelijke normeringen afdoende nauwkeurig gevolgd. En dit alles nog even los van de vraag of een wettelijk verankerd recht tot basiszorg omgezet kan worden in een lokale beleidsaangelegenheid.

## 3. Transparantie

Het is een bestuurlijk-beleidsmatige eis dat verdeelmodellen transparant zijn, zeker als het om de verdeling van publieke middelen gaat. Dat is nu niet het geval. Het Cebeon wil/kan geen inzicht geven in rekenformule. Het gaat hier om grote bedragen. Alleen al voor de overheveling van de kosten van begeleiding en verzorging van gehandicapten, chronisch zieken en ouderen gaat het landelijk gezien om 8 miljard euro. Gemeenten hebben recht op transparantie van de nog te decentraliseren middelen. Daarom vragen wij aan het ministerie van VWS om in de opdrachtverstrekking voor de komende decentralisaties inzicht te verschaffen in die black box. Dit vragen wij ook voor de reeds lopende decentralisaties, maar dan met terugwerkende kracht.

## 4. Gezondheidsachterstand en krimp

De regio Zuid-Limburg kenmerkt zich door een historisch gegroeide gezondheidsachterstand, na een periode van intensieve immigratie van laag opgeleiden in een tijdelijke hoogconjunctuur van zware en ongezonde industrie. Op de RIVM landkaarten kleurt Zuid-Limburg (net als Groningen) vaak 'rood' en er is tot nu toe onvoldoende wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de redenen hiervoor. Deze bovengemiddelde slechtere gezondheid heeft zijn weerslag op zorggebruik, onderwijsprestaties, arbeidsdeelname en beroep op sociale bijstand. Zo telt de regio twee keer zoveel zorgleerlingen, is het zorggebruik anderhalf keer zo groot, en is het aantal jongeren in de Wajong en het aantal bijstandsgerechtigden groter dan het landelijk gemiddelde. De indicatiestelling voor zorg en sociale bijstand geschiedt op basis van landelijke richtlijnen en er zijn geen actuele aanwijzingen dat beroepsgroepen in de regio makkelijker dan elders indiceren. Daarom moet worden aangenomen dat het hogere zorggebruik op dit moment terecht is (omdat er daadwerkelijk meer ziekte en beperking voorkomt). Daarenboven lijkt de regio een krimpregio waardoor de sociale infrastructuur onder druk komt te staan.

## 5. Selectieve werkgelegenheid en selectieve migratie

Het industrieel (mijn)verleden en de sociaal-culturele en macro-economische context waarin mensen leefden kan een verklaring zijn voor de gezondheidsachterstand in de regio. De mijnsluitingen en het landelijk beleid inzake economische investeringen in de regio kunnen hebben bijgedragen aan een cultuur gekenmerkt door verslagenheid, verlies van controle, statusverlies, werkloosheid en weerstand tegen de elite. De daardoor ontstane generatiegewijze armoede en perspectiefloosheid gaat nu gepaard met ongezonde leefstijlen en algemene inertie. Uit internationaal onderzoek is bekend dat de effecten van de mijnindustrie nog generaties lang kunnen doorwerken. Voor de opbouw van de mijnindustrie heeft Zuid-Limburg veel laag opgeleide industriearbeiders aangetrokken uit andere, vaak achterstandsgebieden in Nederland, Zuid- en Oost-Europa (selectieve immigratie). Bij de sluiting van de mijnen zijn de best opgeleiden naar elders vertrokken (selectieve emigratie). Het sociaal-demografisch profiel van de regio is door selectieve migratie scheefgetrokken. En er is nog steeds

sprake van selectieve emigratie van kansrijke jongeren naar de Randstad en van selectieve immigratie van laag opgeleide Oost-Europeanen naar Zuid-Limburg.

## 6. Onze zorg, uw zorg?

De regio Zuid-Limburg kenmerkt zich door een rijke schakering van vele ambitieuze initiatieven tot samenwerking in het sociale, economische en onderwijs domein, zoals Brainport 2020, de Kennis-As Limburg, Samen voor Elkaar, etc. Kortom, Limburg bruist en het is hier goed toeven.

Maar de regio pleit wel voor een rechtvaardige verdeling van de middelen. De optelsom van drie nadelige decentralisatie-effecten in een tijdsbestek van 2 jaar kan leiden tot enorme problemen aan de onderkant van de samenleving. Segregatie en uitzichtloosheid onder de sociaal zwakkeren kan het gevolg zijn. Tweedeling in de samenleving ondermijnt de sociale cohesie en de grondbeginselen van de rechtsstaat (op vele plaatsen al zichtbaar aan het politieke stemgedrag). Wij zijn er niet gerust op dat de transitie van de verzorgingsstaat in zo'n kort tijdsbestek risicoloos zal zijn en wij maken ons ernstig zorgen over het verdeelmodel en het stapeleffect van de drie decentralisaties. Daarom vragen wij landelijke ondersteuning van de ministeries VWS en BZK om met ons mee te denken, onze zorgen te bespreken zodat we daadwerkelijk breed gedragen, gedecentraliseerd maatwerk kunnen uitvoeren. Graag willen wij samen met de ministeries nagaan of er aan het verdeelmodel een valide parameter kan worden toegevoegd die landelijk het soort problematiek verdisconteert waaronder nadeelgemeenten, waaronder Zuid-Limburg, kennelijk meer lijden dan andere regio's.

### Ondertekend door

**Dr. Ir Maria Jansen, programmaleider Academische Werkplaats Publieke Gezondheid**  
**Prof Dirk Ruwaard, hoogleraar Public Health and Health Care Innovation**  
**Prof Klasien Horstman, hoogleraar Philosophy of Public Health**  
**Prof Ijmert Kant, hoogleraar Epidemiologie van Arbeid en Gezondheid**  
**Dr. Paul Jungbluth, coördinator onderzoeksprogramma 'Onderwijskansen Zuid-Limburg'**  
**Dr. Willibrord Rutten, hoofd onderzoek Sociaal Historisch Centrum Limburg**  
**Dr. Hans Bosma, universitair hoofddocent sociale epidemiologie en sociale geneeskunde**

Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg / Kennisnetwerk Limburg  
 Maastricht, sept 2013