



Gemeentelijke trends in het gebruik van Wmo-ouderenzorg

In 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor een substantieel deel van de ouderenzorg. Gemeenten kregen hiervoor meer beleidsvrijheid, waardoor verschillen tussen gemeenten groter kunnen zijn geworden. De verschillen tussen gemeenten in het gebruik van Wmo-ouderenzorg zijn in de periode 2016-2019 echter niet toegenomen.

Veranderingen in het gebruik van Wmo-ouderenzorg over de periode 2016-2019 lijken weinig te maken te hebben met de solvabiliteit en het aantal inwoners van een gemeente.

CPB Notitie

Rudy Douven, Timo Lambregts,
Minke Remmerswaal, Marianne Tenand

1 Samenvatting

In deze notitie bekijken we of de verschillen tussen gemeenten in het gebruik van ouderenzorg uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zijn toegenomen sinds de decentralisatie in 2015. In 2015 zijn verschillende vormen van ondersteuning voor onder andere thuiswonende ouderen, zoals dagbesteding en individuele begeleiding, overgeheveld naar de gemeenten. Voor de uitvoering kregen gemeenten meer beleidsvrijheid dan de zorgkantoren die deze zorg voorheen namens het Rijk organiseerden. Een voordeel daarvan is dat gemeenten mogelijk beter kunnen inspelen op lokale behoeften en voorkeuren. Een mogelijk gevolg van de grotere beleidsvrijheid is dat grotere verschillen tussen gemeenten in het zorggebruik kunnen ontstaan, wat door de samenleving als nadelig ervaren kan worden.

We vinden geen bewijs dat de verschillen tussen gemeenten in de kans om Wmo-ouderenzorg te gebruiken zijn toegenomen gedurende de periode 2016-2019. In dit onderzoek meten we het gebruik van ouderenzorg door de kans te schatten dat een 65-plusser in een gemeente Wmo-maatwerk gebruikt. Om tot een eerlijke vergelijking tussen gemeenten te komen, corrigeren we voor een uitgebreide selectie van persoons- en gezondheidskenmerken. Onze resultaten laten zien dat er al in 2016 grote verschillen waren in het gebruik van Wmo-ouderenzorg tussen gemeenten. Dit suggereert dat gemeenten inderdaad vrijheid hebben om Wmo-beleid vorm te geven. De verschillen tussen gemeenten lijken echter niet te zijn toegenomen in de periode die we bestuderen.

De kans op Wmo-ouderenzorg ontwikkelt zich in de periode 2016-2019 vergelijkbaar in gemeenten die verschillen in solvabiliteit of omvang. De ene gemeente is de andere niet. Daarom kijken we ook of de ontwikkeling van de kans om Wmo-ouderenzorg te gebruiken samenhangt met gemeentekennmerken. We kijken daarbij naar solvabiliteit en het aantal inwoners van een gemeente. Gemeenten met een lagere solvabiliteit zijn mogelijk eerder geneigd de uitgaven aan Wmo-zorg te beperken. En gemeenten met een beperkte omvang hebben mogelijk meer moeite om invulling te geven aan de nieuwe Wmo-taken. Onze resultaten laten echter zien dat de ontwikkeling van de kans om Wmo-ouderenzorg te gebruiken niet samenhangt met deze gemeentekennmerken.

2 Introductie

In 2015 kregen gemeenten de verantwoordelijkheid over een substantieel deel van de ouderenzorg. Vanaf 2007 waren gemeenten onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verantwoordelijk voor het bieden van huishoudelijke hulp, woningaanpassingen, hulpmiddelen, vervoers- en maaltijdvoorzieningen. In 2015 werden ook andere vormen van ondersteuning, zoals dagbesteding en individuele begeleiding overgeheveld van het Rijk (specifiek de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)) naar gemeenten (Wmo). Het idee achter deze hervorming was dat gemeenten dichter bij de burger staan en daarom beter in staat zijn zorgbehoeften in kaart te brengen en zorg en ondersteuning te coördineren.¹ Tekstkader 1 licht toe hoe de ouderenzorg in Nederland sindsdien is georganiseerd en hoe Wmo-ouderenzorg zich verhoudt tot zorg uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz).

Gemeenten hebben een ruime mate van beleidsvrijheid om de toegang tot deze Wmo-zorg te organiseren. Zo kunnen gemeenten kiezen hoe ze de indicatiestelling inrichten, hoe ze zorginkoop organiseren en op welke manier ze samenwerken met zorgverzekeraars. Ook zijn gemeenten vrij in de manier waarop zij de toegang tot Wmo-zorg organiseren. Zij mogen bepalen welke zorg als *algemene voorziening* voor iedereen toegankelijk is, en voor welke zorg een beschikking nodig is, zogeheten *maatwerkvoorzieningen*. Daarnaast kunnen gemeenten ervoor kiezen om meer geld uit te geven aan de Wmo dan het niet-geoordeelde budget dat vanuit het Rijk ter beschikking wordt gesteld², of juist minder.

Door deze toegenomen beleidsvrijheid kunnen verschillen tussen gemeenten in het Wmo-voorzieningsniveau groter worden dan in het verleden. Regionale verschillen in het voorzieningsniveau betekenen dat mensen met dezelfde gezondheidsproblemen maar een andere woonplaats aanspraak kunnen maken op andere zorg. Regionale verschillen in zorggebruik bestonden al voor de decentralisatie van 2015 toen de zorgkantoren deze Wmo-zorg verzorgden (Non e.a., 2015), maar gemeenten hebben sindsdien meer ruimte voor het maken van eigen keuzes.³ Dat kan ertoe leiden dat deze verschillen op gemeentelijk niveau toenemen.

Gemeentelijke verschillen in het voorzieningsniveau kunnen onwenselijk worden gevonden. Het idee achter deze beleidsvrijheid is dat gemeenten beleid kunnen afstemmen op bijvoorbeeld de lokale (politieke) voorkeuren en de wensen van hun burgers. Een gemeente die veel belang hecht aan ouderenzorg kan zo een groter deel van het beschikbare budget inzetten voor zorg en minder voor andere gemeentelijke voorzieningen. Er kunnen echter ook verschillen ontstaan tussen gemeenten die niet passen bij het doel dat de overheid beoogde met de decentralisatie. Zo leidde de beleidsvrijheid van gemeenten tot grote verschillen in de hoogte van de eigen bijdragen tussen gemeenten. Deze verschillen vond, onder andere, de Tweede Kamer ongewenst.⁴ De overheid heeft daarom in de afgelopen jaren de beleidsvrijheid van gemeenten met betrekking tot de eigen bijdragen in de Wmo flink ingeperkt.⁵

In deze notitie bestuderen we of de verschillen tussen gemeenten in het gebruik van Wmo-ouderenzorg zijn toegenomen sinds de decentralisatie in 2015. We kijken daarvoor per gemeente naar de kans van 65-plussers om Wmo-maatwerkvoorzieningen te gebruiken in de periode 2016 tot en met 2019. Het doel is daarbij

¹ Kamerstukken II, 2013/14, 33841, nr. 3.

² De hoogte van het bedrag dat het Rijk voor Wmo-zorg beschikbaar stelt, is afhankelijk van de geschatte zorgbehoefte in een gemeente. Het schattingsmodel dat van 2016 tot en met 2020 werd gebruikt, was onder andere gebaseerd op het aantal 65-plussers, het aantal eenpersoonshuishoudens en het aantal huishoudens met lage inkomens (zie AEF (2014)).

³ De regionale verschillen in zorggebruik duiden erop dat zorgkantoren waarschijnlijk ook enige keuzevrijheid hadden.

⁴ Zie bijvoorbeeld Kamerstukken II, 2017/18, 29538, nr. 247.

⁵ Zo is in 2019 een landelijk vastgesteld inkomensafhankelijk abonnementstarief voor maatwerkvoorzieningen ingevoerd. In 2020 is dit abonnementstarief uitgebreid naar algemene voorzieningen.

om veranderingen in de kans op Wmo-ouderenzorggebruik in kaart te brengen die niet komen door verschillen in gezondheidsproblemen en de bevolkingssamenstelling. We kijken specifiek naar maatwerkvoorzieningen, omdat het gebruik van algemene voorzieningen niet bekend is. Om tot een goede vergelijking te komen, passen we daarbij een uitgebreide correctie voor populatiekenmerken, zoals demografische, sociale en gezondheidskenmerken, toe.

Tekstkader 1: De organisatie van ouderenzorg in Nederland

Sinds 2015 is de ouderenzorg in Nederland georganiseerd vanuit drie wetten: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze wettelijke regelingen organiseren elk de toegang tot verschillende soorten zorg.

Op grond van de Wmo is de gemeente verantwoordelijk voor de ondersteuning van alle mensen die niet zelfstandig kunnen wonen of anderszins niet meer kunnen meedoen in de samenleving. Dit omvat een breed scala aan hulpvormen. Zo omvat Wmo-zorg hulp in het huishouden, en vervoersdiensten, maar ook dagbesteding en begeleiding. Daarnaast is de gemeente verantwoordelijk voor eventuele woningaanpassingen, zoals trapliften, en hulpmiddelen. Het idee is dat de gemeente in overleg met hulpvrager en eventuele mantelzorgers kijkt wat iemand zelf of met de hulp van mantelzorgers kan en waar de gemeente moet helpen. Wanneer iemand de zorg zelf wil inkopen, kan diegene daartoe een persoonsgebonden budget (pgb) aanvragen.

Vanuit de Zvw wordt naast medische zorg ook de wijkverpleging georganiseerd. Wijkverpleging omvat zowel verpleging als persoonlijke verzorging die samenhangt met een langdurige behoefte aan geneeskundige zorg (of met een risico daarop). Om aanspraak op wijkverpleging te maken, kunnen verzekerden direct contact opnemen met de door zorgverzekeraars gecontracteerde aanbieders van wijkverpleging, of bij de zorgverzekeraar een pgb aanvragen om zelf zorg mee in te kopen. Zulke wijkverpleging kan men naast Wmo-zorg ontvangen.

De Wlz omvat zorg voor ouderen die vanwege een ziekte of aandoening 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig hebben. Deze zorg wordt veelal geleverd in verpleegtehuizen, maar kan ook thuis ontvangen of ingekocht worden door middel van een volledig pakket thuis (vpt), een modulair pakket thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb). Om voor deze zorg in aanmerking te komen, is een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) nodig. Wanneer iemand een CIZ-indicatie heeft, komt diegene niet langer in aanmerking voor ondersteuning vanuit de Wmo of wijkverpleging vanuit de Zvw.

3 Achtergrond

Verskillende eerdere onderzoeken hebben geprobeerd regionale verschillen in zorggebruik te verklaren.

Zo onderzocht de Algemene Rekenkamer (2015) regionale verschillen in de AWBZ voor het jaar 2012. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) en het Centraal Planbureau (CPB) onderzochten regionale verschillen in het gebruik van Wmo en AWBZ-zorg in de periode voor de hervormingen (Non e.a., 2015). Het SCP bestudeerde verschillen in de gehele ouderenzorg, en de Wmo in het bijzonder, voor het jaar 2015 (Ooms, Sadiraj & Pommer, 2017). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) (2021) onderzocht de geografische variatie tussen verschillende sectoren in de Wlz voor het kalenderjaar 2019.

Uit deze onderzoeken blijkt dat de bevolkingssamenstelling verschillen in zorggebruik tussen gemeenten voor een belangrijk deel verklaart. Ooms e.a. (2017) laten zien dat leeftijd, inkomen en de samenstelling van huishoudens ruim de helft (52%) van de variatie in het gebruik Wmo-ouderenzorg voor COROP-gebieden verklaren. Ook de gezondheidstoestand en de hulpbehoefendheid van inwoners zijn relevant voor het verklaren van verschillen in het zorggebruik. Daarnaast laten deze onderzoeken zien dat een substantieel deel in de variatie in zorggebruik tussen regio's niet verklaard kan worden (Non e.a., 2015).

Ook gemeentelijke keuzes kunnen Wmo-ouderenzorggebruik beïnvloeden. Zo laten Van Eijkel, Gerritsen en Vermeulen (2019) zien dat het gebruik van Wmo-ouderenzorg sinds de decentralisatie sneller is toegenomen in gemeenten met een wijkteam dan in gemeenten zonder wijkteam. Benda (2021) laat bijvoorbeeld zien dat inkoopstrategieën van gemeenten invloed hebben op het gebruik van jeugdzorg. Niet de hoeveelheid zorg, maar het type zorg lijkt volgens dit onderzoek te verschillen tussen gemeenten met verschillende inkoopstrategieën.

De financiële gezondheid van een gemeente hangt mogelijk samen met beleidskeuzes. Zo kennen gemeenten met meer financiële ruimte een hoger gebruik van Wmo-voorzieningen (Kattenberg, Martens & Allers, 2016; Benda, Roelofs & Allers, 2021). Recent onderzoek van Alders en Schut (2021) laat bovendien zien dat er andersom mogelijk ook een verband is. Zij vinden namelijk dat er in gemeenten met een lage solvabiliteit meer cliënten instromen in de Wlz. Dit resultaat kan suggereren dat gemeenten met beperkte financiële middelen Wmo-clënten proberen af te wentelen op de Wlz.⁶

De kans op het gebruik van Wmo-ouderenzorg kan samenhangen met het aantal inwoners van een gemeente. Dit zou beide richtingen op kunnen werken. Volgens het SCP zijn er met name in grote steden grote tekorten aan zorgpersoneel, waardoor minder zorg geleverd kan worden (Plaisier & Den Draak, 2021) en de kans op Wmo-ouderenzorggebruik mogelijk lager ligt. Aan de andere kant is het ook mogelijk dat kleinere gemeenten met minder ambtenaren meer moeite hebben om invulling te geven aan de nieuwe Wmo-taken.⁷ Wanneer deze taken niet volledig zijn ingevuld, kan een gemeente meer of juist minder zorg bieden dan beoogd, met toenemende verschillen tussen gemeenten als gevolg.

Deze notitie verschilt van de meeste andere onderzoeken naar regionale verschillen in zorggebruik, omdat dit onderzoek de ontwikkeling van Wmo-gebruik over meerdere jaren bestudeert. Het nadeel van het onderzoeken van één jaar is dat de variatie en resultaten sterk beïnvloed kunnen worden door uitschieters. Zo kan een tijdelijk arbeidstekort in een regio effect hebben op het jaarlijkse zorggebruik in de gemeente (zie Ooms e.a. (2017)). Met een periode van meerdere jaren kunnen we bovendien onderzoeken of de verschillen in Wmo-ouderenzorggebruik tussen gemeenten toe- of afnemen in de periode na de invoering van de hervormingen in 2015.

We formuleren drie hypotheses op basis van eerdere onderzoeken. Ten eerste verwachten we dat de verschillen tussen gemeenten in de kans om Wmo-ouderenzorg te gebruiken over tijd toenemen. Onze tweede hypothese is dat de ontwikkeling in de kans op Wmo-ouderenzorggebruik positief samenhangt met de financiële positie van een gemeente. Ten derde verwachten we een samenhang tussen het aantal inwoners in een gemeente en de ontwikkeling van de kans om Wmo-ouderenzorg te gebruiken. De richting van dit verband is vooraf onduidelijk.

⁶ Wmo-uitgaven leggen een substantieel beslag op de gemeentelijke financiën. In 2017, bijvoorbeeld, gaven alle Nederlandse gemeenten samen 4,5 miljard uit aan Wmo-maatwerkvoorzieningen ([link](#)). Dit was meer dan 8% van de totale gemeentelijke uitgaven in dat jaar ([link](#)).

⁷ Gemeenten zijn aangespoord om in samenwerkingsverbanden invulling te geven aan de nieuwe Wmo-taken (zie bijvoorbeeld Kamerstukken II, 2012/13, 33400-VII, nr. 59), zodat kleine gemeenten mogelijk vaker gezamenlijk Wmo-zorg inkopen of gezamenlijke kwaliteitsafspraken maken.

4 Methoden en data

Om de ontwikkeling van Wmo-ouderenzorggebruik te onderzoeken, schatten we de kans dat een 65-plusser in een bepaalde gemeente gebruikmaakt van een Wmo-maatwerkarrangement. We gebruiken daarvoor een lineair kansmodel. De geschatte vergelijking staat beschreven in bijlage A. In tekstkader 2 lichten we toe welke data we hiervoor gebruiken.⁸ Het doel van deze schatting is om verschillen tussen gemeenten in de kans op Wmo-ouderenzorggebruik te beschrijven, niet om tot een causale verklaring voor deze verschillen te komen.

Met deze schatting berekenen we per gemeente hoe de kans dat een inwoner gebruikmaakt van een Wmo-maatwerkarrangement zich tussen 2016 en 2019 heeft ontwikkeld. We doen dit in twee stappen. Ten eerste berekenen we de kans op Wmo-ouderenzorggebruik in een gemeente in het basisjaar 2016. We noemen dit de uitgangspositie. Vervolgens berekenen we de lineaire trend waarmee de kans op Wmo-ouderenzorggebruik zich heeft ontwikkeld in 2017 tot en met 2019 ten opzichte van 2016. Dit noemen we de ontwikkeling. In bijlage A leggen we uit hoe we de schattingsresultaten gebruiken om per gemeente de uitgangspositie en de ontwikkeling te berekenen.

Tekstkader 2: Gebruikte data

Dit onderzoek gebruikt meerdere databestanden van het CBS. De meeste daarvan bevatten persoonsgegevens die zijn geanonimiseerd door middel van een pseudo-bsn. Daarmee kan informatie over dezelfde persoon uit verschillende databestanden aan elkaar gekoppeld worden.

Om het gebruik van Wmo-ouderenzorg in kaart te brengen, gebruiken we data van de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD). De GMSD is een monitor van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en het CBS waaraan gemeenten op vrijwillige basis kunnen deelnemen. Gemeenten geven voor alle inwoners op welk type en hoeveel Wmo-maatwerkarrangementen zij in een jaar hebben ontvangen.

Om te controleren voor persoonskenmerken die invloed kunnen hebben op Wmo-ouderenzorggebruik, hanteren we verschillende databestanden. Ten eerste passen we informatie toe over het gebruik van door de basisverzekering vergoede medicijnen van het Zorginstituut Nederland. Daarnaast hebben we informatie over zorgkosten die vergoed worden vanuit de basisverzekering van Vektis. Uit deze zorgkostendata leiden we het aantal huisartsenconsulten per persoon per jaar af. Ten derde hebben we gegevens van de Belastingdienst over het jaarlijkse huishoudinkomen en pensioering. Ten vierde gebruiken we data uit de Basisregistratie Personen over leeftijd, geslacht, migratie-achtergrond, burgerlijke staat en samenstelling van het huishouden.

Tot slot benutten we informatie over gemeenten zelf. We gebruiken daarvoor informatie over het aantal gemeente-inwoners van CBS (2022a). Informatie over de solvabiliteit van gemeenten halen we uit de zogeheten Iv3-rapportages (Informatie voor derden) (Findo, 2022). Om te corrigeren voor fusies (of herindelingen) tijdens de onderzoeksperiode gebruiken we overzichten van CBS (2022b).

⁸ Dit onderzoek is uitgevoerd op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Deze microdata zijn onder voorwaarden voor statistisch en wetenschappelijk onderzoek toegankelijk. Voor nadere informatie microdata@cbs.nl

We onderzoeken de periode na de hervorming van de Wmo-zorg in 2015 en bekijken de jaren 2016 tot en met 2019. Het is waarschijnlijk dat de gemeentelijke registratie van Wmo-ouderenzorggebruik in 2015 opstartproblemen kende. In dit onderzoek bekijken we daarom de ontwikkeling in de kans op het gebruik van Wmo-ouderenzorg vanaf het basisjaar 2016.⁹ In 2020 heeft de uitbraak van de coronapandemie impact gehad op het gebruik van Wmo-ouderenzorg. We onderzoeken daarom de ontwikkeling van het Wmo-ouderenzorggebruik tot en met 2019. Vanwege aansluitingsverschillen (zie ook Van Eijkel e.a. (2019)) laten we de periode voor 2015 buiten beschouwing.

We bekijken de kans op het gebruik van alle Wmo-maatwerkarrangementen waarvoor gemeenten vanaf 2015 verantwoordelijk zijn. Voor 2015 boden gemeenten al huishoudelijke hulp (*hulp bij het huishouden*) en woningaanpassingen, hulpmiddelen en vervoersdiensten (*hulpmiddelen en diensten*) aan. Vanaf 2015 werden zij ook verantwoordelijk voor *ondersteuning thuis*. Die bestaat uit begeleiding, zoals hulp bij het nemen van medicatie of het doen van boodschappen, dagbesteding, tijdelijke opvang ter ondersteuning van mantelzorgers en met Wmo-zorg samenhangende persoonlijke verzorging. Daarnaast werden gemeenten vanaf 2015 verantwoordelijk voor verschillende vormen van (spoed)opvang (*verblijven opvang*). Omdat de Wmo een integrale hulpverlening beoogt, bekijken we in onze hoofdanalyse de veranderingen in het gebruik van al deze vormen van Wmo-ouderenzorg tezamen.¹⁰ Aanvullend kijken we apart naar de kans op het gebruik van voor gemeenten ‘nieuwe’ (vanaf 2015) en ‘oude’ (voor 2015) Wmo-ouderenzorg.

Vanwege databeperkingen blijven enkele belangrijke aspecten van de Wmo-ouderenzorggebruik buiten beschouwing. We kijken in dit onderzoek bijvoorbeeld niet naar de hoeveelheid Wmo-zorg die 65-plussers krijgen, omdat er geen informatie beschikbaar is over het aantal uren aan gebruikte Wmo-zorg.¹¹ Ook kijken we specifiek naar maatwerkvoorzieningen, omdat het gebruik van algemene voorzieningen niet volledig wordt geregistreerd.¹² Tot slot kunnen we verschillen in de kans op Wmo-ouderenzorg niet relateren aan verschillen in de hoogte van eigen bijdragen die gemeenten voor Wmo-zorg vragen, omdat hierover geen goede informatie beschikbaar is.

De onderzochte gemeenten zijn representatief voor alle Nederlandse gemeenten. In dit onderzoek bekijken we 169 gemeenten¹³ die van 2015 tot en met 2019 vrijwillig alle Wmo-maatwerkarrangementen per inwoner hebben opgegeven in de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD). Figuur 1 geeft weer welke gemeenten in onze uiteindelijke sample zitten. De gemeenten zijn redelijk willekeurig verspreid over het land. Vervolgens beschrijft tabel 1 het zorggebruik en de populatiekenmerken van gemeenten die we wel en die we niet bestuderen. Gemeenten die we bestuderen hebben gemiddeld genomen een bevolking met een iets hoger huishoudinkomen, en meer inwoners dan gemeenten die we niet bestuderen. Over het algemeen zijn beiden groepen echter goed vergelijkbaar.

⁹ In figuur B1 van bijlage B herhalen we onze hoofdanalyses voor de periode 2015-2019. Dit verandert de interpretatie van onze resultaten niet.

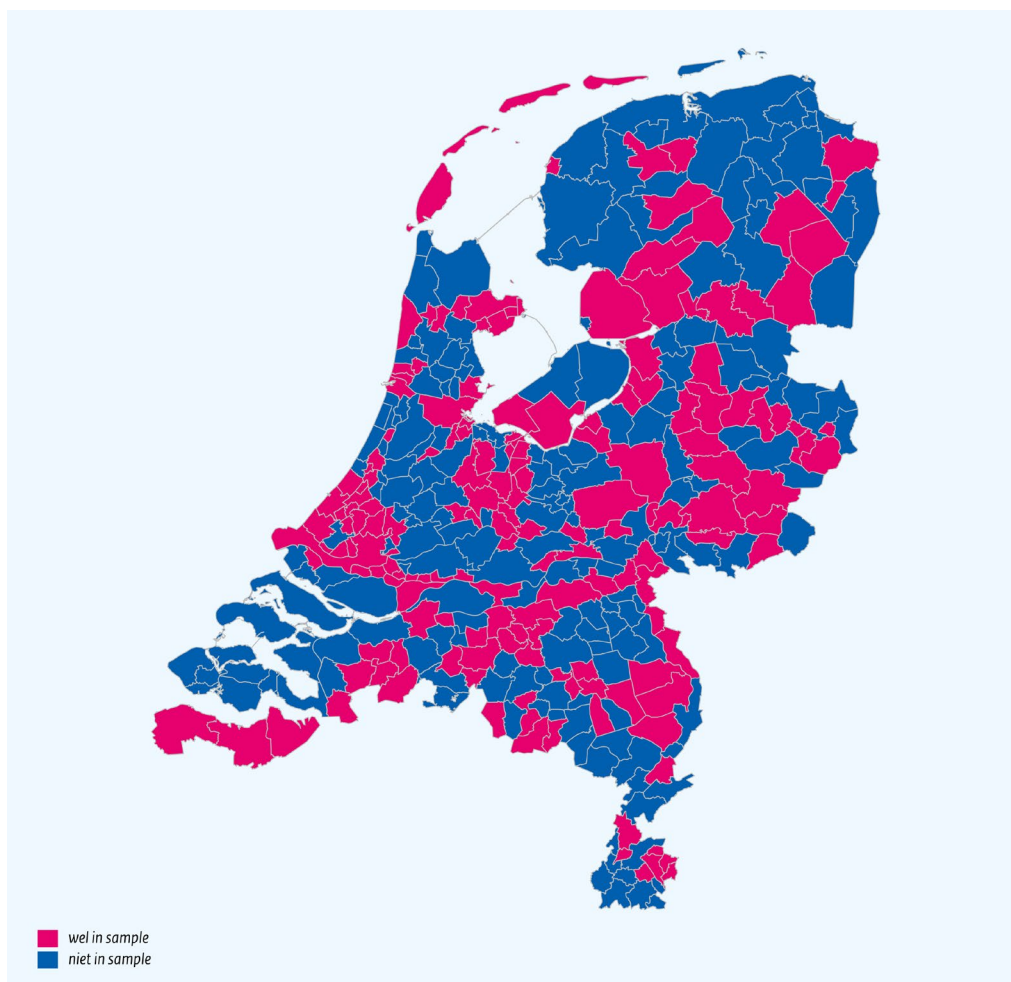
¹⁰ We maken daarbij geen onderscheid of deze zorg in natura of als persoonsgebonden budget (pgb) is ontvangen.

¹¹ Er is wel informatie over de begin en einddatum van Wmo-maatwerkarrangementen. In figuur B2 van bijlage B vatten we het aantal dagen Wmo-ouderenzorggebruik per jaar samen. Dit biedt echter geen inzicht in de *totale* periode van Wmo-ouderenzorggebruik over meerdere jaren. We laten de gebruikperiode daarom verder buiten beschouwing.

¹² Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) houdt weliswaar het gebruik van bijdrageplichtige Wmo-zorg, inclusief algemene voorzieningen, bij, maar wat bijdrageplichtige Wmo-zorg is kan tussen gemeenten en over de tijd flink verschillen.

¹³ 185 gemeenten namen in de periode 2015-2019 elk jaar deel aan de GMSD. Bij zes gemeenten is huishoudelijke hulp in sommige jaren wel en in andere jaren geen maatwerkvoorziening. Tien gemeenten fuseerden tussen 2016 en 2019. Al deze gemeenten verwijderden we uit onze analyses. We houden daarmee 169 gemeenten over.

Figuur 1 De gemeenten waar we naar kijken zijn min of meer willekeurig verdeeld over Nederland



Tabel 1 De gemeenten waar we naar kijken zijn representatief

| Kenmerken in 2019 | Wel in sample | Niet in sample |
|---|-----------------|-----------------|
| <i>Van 65-plussers</i> | | |
| Ongecorrigeerde kans op gebruik van Wmo-ouderenzorg | 0,18 (0,05) | 0,17 (0,04) |
| Ongecorrigeerde kans op gebruik van Zvw-wijkverpleging | 0,13 (0,02) | 0,13 (0,02) |
| Ongecorrigeerde kans op gebruik van langdurige zorg (Wlz) | 0,05 (0,01) | 0,04 (0,01) |
| Leeftijd | 74,7 (0,4) | 74,7 (0,5) |
| Huishoudinkomen (gestandaardiseerd) | 29.037 (4188) | 28.651 (2588) |
| Kans op partner | 0,63 (0,05) | 0,64 (0,04) |
| Aantal kinderen | 2,1 (0,2) | 2,2 (0,3) |
| Kans op medicijngebruik | 0,89 (0,01) | 0,89 (0,02) |
| <i>Van gemeenten</i> | | |
| Aantal inwoners | 55.739 (96.523) | 43.505 (40.339) |
| Solvabiliteit | 35,2 (17,8) | 32,9 (17,3) |
| Aandeel 65-plussers | 0,22 (0,03) | 0,22 (0,03) |
| Aantal | 169 | 163 |

Noot: Gemeenten die niet in onze sample zitten, namen in ten minste één van de jaren tussen 2015 en 2019 niet deel aan de GMSD. Omdat in 2019 bijna alle gemeenten aan de GMSD deelnamen, kunnen we de kans op Wmo-ouderenzorggebruik in 2019 vergelijken tussen gemeenten die wel in onze sample zitten met gemeenten die niet in onze sample zitten, maar wel deelnamen aan de GMSD van 2019.

Om tot een goede vergelijking tussen gemeenten te komen, corrigeren we uitgebreid voor persoons- en gezondheidskenmerken. Het doel van de analyse is om na te gaan of er verschillen in de kans op Wmo-ouderenzorggebruik bestaan tussen gemeenten die niet samenhangen met verschillen in populatiekenmerken tussen gemeenten. Het is immers waarschijnlijk dat het zorggebruik groter is voor gemeenten met inwoners met een grotere zorgvraag. Om voor deze verschillen in zorgvraag tussen gemeenten te corrigeren, nemen we een groot aantal persoons- en gezondheidskenmerken op in onze schatting (zie ook Bakx e.a. (2015)). Bij persoonskenmerken corrigeren we voor leeftijd, geslacht, migratie-achtergrond, burgerlijke staat, huishoudinkomen, pensioenstatus en samenstelling van het huishouden.¹⁴ We corrigeren voor gezondheidsverschillen op basis van medicijngebruik¹⁵ (zie ook Clark e.a. (1995)) en het aantal huisartsbezoeken, wat mogelijk een breder beeld geeft van iemands gezondheid (zie ook Ilinca en Calciolari (2015)).

De resterende verschillen in de gecorrigeerde kans om Wmo-ouderenzorg te gebruiken, kunnen het gevolg zijn van verschillen in gemeentelijk beleid. Men kan hierbij denken aan institutionele of culturele verschillen. Bijvoorbeeld, in sommige gemeenten is het Wmo-ouderenzorggebruik hoger omdat ze meer financiële armslag hebben of omdat ze een uitgebreidere ouderenzorg belangrijker vinden dan andere gemeenten. Ook kunnen er verschillen zijn in doelmatigheid tussen gemeenten, zoals verschillen in management en praktische uitvoering. Zulke verschillen in doelmatigheid kunnen ook te maken hebben met de grootte van een gemeente.

Om na te gaan of mogelijke verschillen tussen gemeenten worden gedreven door de omvang of financiële gezondheid van een gemeente beschouwen we twee variabelen op gemeenteniveau. Voor de omvang delen we gemeenten in op basis van het aantal inwoners in basisjaar 2016. We komen daartoe tot een indeling in vier categorieën met grenswaarden van 20.000, 30.000 en 50.000 inwoners.¹⁶ Voor financiële gezondheid gebruiken we de solvabiliteit, net als Alders en Schut (2021), in basisjaar 2016. De solvabiliteit van een gemeente is de verhouding tussen het eigen vermogen en het totale balansvermogen. Deze splitsen we volgens de indeling van het ministerie van Binnenlandse Zaken op in drie categorieën met grenswaarden 0,20 en 0,50.^{17, 18}

De analyse kent beperkingen, omdat we niet alle mogelijke verschillen tussen gemeenten kunnen observeren. Men kan hierbij denken aan verschillen in zorggebruik tussen gemeenten die (direct of indirect) te maken hebben met de economische context, zoals verstedelijking en economische groei of overige kenmerken, zoals politieke voorkeuren (zie ook Ooms e.a. (2017)). Deze factoren verklaren mogelijk verschillen in zorggebruik tussen gemeenten. Overigens beïnvloeden deze factoren onze trendanalyse niet wanneer ze relatief stabiel zijn over de tijd. Dit is aannemelijk voor factoren zoals verstedelijking en politieke voorkeuren.

¹⁴ Zie bijvoorbeeld De Meijer e.a. (2011) en Slobbe e.a. (2017).

¹⁵ We gebruiken daarvoor het eerste niveau van het anatomisch therapeutisch chemisch (ATC) classificatie systeem. Dit niveau bestaat uit 14 anatomische hoofdgroepen, zoals zenuwstelsel en ademhalingsstelsel, die aangeven op welk deel van het lichaam of op welke lichaamsfuncties het medicijngebruik betrekking heeft.

¹⁶ Deze categorieën omvatten van laag naar hoog 33, 51, 46 en 39 gemeenten.

¹⁷ Zie Data Financiën Decentrale Overheden (Findo), 2022, Gemeentelijk begroting kengetallen. ([link](#))

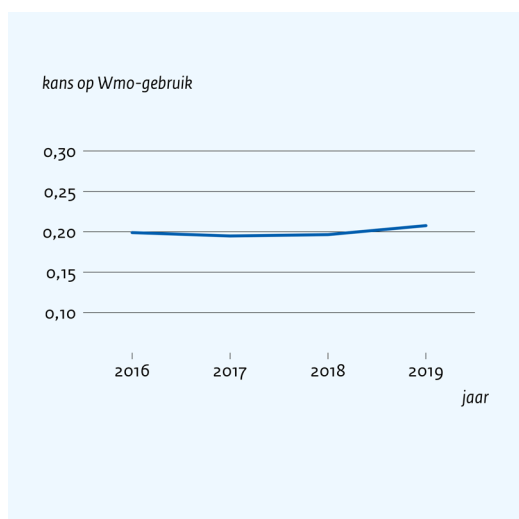
¹⁸ Deze categorieën omvatten van laag naar hoog 39, 100 en 22 gemeenten. Merk op dat dit niet optelt tot de eerder genoemde totalen, omdat van 8 gemeenten de solvabiliteit in 2016 niet bekend is. De categorisering is overigens vrij stabiel over tijd; voor 75% van de gemeenten blijft deze tot en met 2019 onveranderd.

5 Resultaten

5.1 Ontwikkeling van Wmo-ouderenzorggebruik

De gemiddelde gecorrigeerde kans om Wmo-ouderenzorg te gebruiken, is licht gestegen tussen 2016 en 2019. Figuur 2 laat zien hoe de gemiddelde kans van 65-plussers om Wmo-zorg te gebruiken zich landelijk ontwikkelt tussen 2016 en 2019, bij gelijkblijvende gezondheid, inkomen, leeftijd, geslacht en andere persoonskenmerken (zie hoofdstuk 4 voor een uitleg van de methode). Ongeveer een op de vijf 65-plussers gebruikt Wmo-zorg. De kans op gebruik blijft vrijwel constant tussen 2016 en 2018 en stijgt vervolgens licht in 2019.¹⁹ Mogelijk hangt dit laatste samen met de invoering van een inkomensonafhankelijk abonnementstarief voor Wmo-maatwerkvoorzieningen in 2019, waardoor de maximale eigen bijdrage voor maatwerkvoorzieningen flink lager werd. Figuur B3 in bijlage B laat zien dat deze trend zeer robuust is, ook wanneer we niet of voor een andere selectie van achtergrondkenmerken corrigeren.

Figuur 2 De gemiddelde kans op Wmo-ouderenzorggebruik is licht toegenomen tussen 2016 en 2019



Er is redelijk wat spreiding tussen gemeenten in de gecorrigeerde kans op Wmo-ouderenzorggebruik. Figuur 3 geeft met boxplots op twee manieren de spreiding weer in de kans op Wmo-ouderenzorggebruik.²⁰ Ten eerste laten de randen van de box de spreiding tussen het 25^e en 75^e percentiel zien, de zogeheten interkwartielafstand.²¹ Ten tweede vatten de horizontale lijnen de spreiding tussen het 5^e en 95^e percentiel. Zo lag de kans op Wmo-ouderenzorggebruik in 2016 voor negen op de tien de gemeenten tussen de 11 en 27%, terwijl de helft van de gemeenten een Wmo-ouderenzorggebruik had tussen de 15 en 22%.

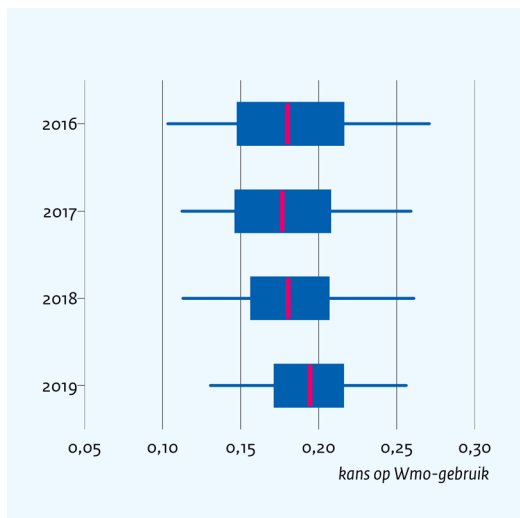
Anders dan verwacht, lijkt de spreiding in de kans om Wmo-ouderenzorg te gebruiken niet te zijn toegenomen. Omdat gemeenten vanaf 2015 meer beleidsvrijheid hebben gekregen, was de verwachting dat de spreiding in de gecorrigeerde kans op Wmo-ouderenzorggebruik zou toenemen in de daaropvolgende periode. Dit lijkt niet het geval. We zien juist dat de interkwartielafstand iets is afgenomen naar 17 tot 23%. Ook de totale spreiding is afgenomen naar 13 tot 25%.

¹⁹ De mediaan, weergegeven met de roze lijnen in figuur 3, kent een vergelijkbare ontwikkeling.

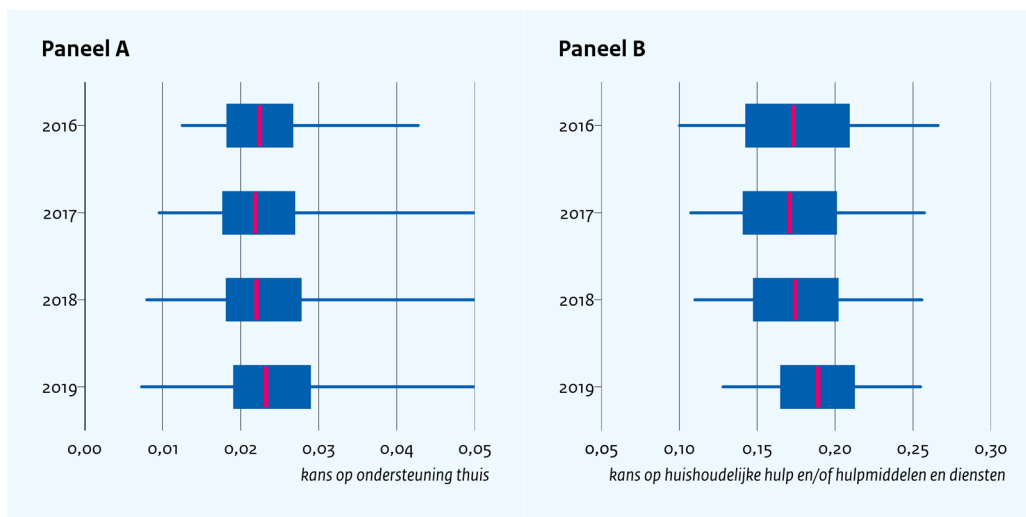
²⁰ Voor deze analyse schatten we vergelijking (3) in bijlage A, omdat die rekening houdt met non-lineaire jaareffecten.

²¹ De streep in de box geeft de mediaan en wijkt dus af van de in figuur 2 gepresenteerde gemiddelden.

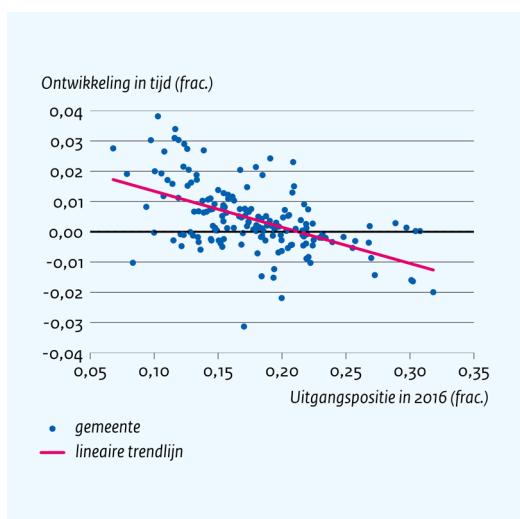
Figuur 3 De spreiding tussen gemeenten in de gecorrigeerde kans op Wmo-ouderenzorggebruik is niet toegenomen



Figuur 4 De spreiding ontwikkelt zich op eenzelfde manier bij nieuwe en oude vormen van Wmo-ouderenzorg



Figuur 5 De ontwikkeling van Wmo-ouderenzorggebruik in een gemeente hangt samen met de uitgangspositie in 2016



Ook voor specifieke vormen van Wmo-ouderenzorg is de spreiding niet toegenomen. Ten eerste kijken we naar het gebruik van ondersteuning thuis.²² Dit omvat ‘nieuwe’ Wmo-zorg die voor 2015 onder de AWBZ viel. Ten tweede kijken we naar de kans op het gebruik van huishoudelijk hulp en hulpmiddelen en diensten. Dit omvat ‘oude’ Wmo-zorg die al vanaf 2007 onder de verantwoordelijkheid van gemeenten viel. Figuur 4 laat zien dat ook voor deze onderliggende vormen van ‘nieuwe’ (paneel A) en ‘oude’ Wmo-zorg (paneel B) de spreiding in gebruik niet noemenswaardig is toegenomen. Wel zien we, net als voor het gebruik van Wmo in het algemeen, een lichte toename in de kans op gebruik in de mediane gemeente.

Gemeenten die in 2016 een hogere gecorrigeerde kans hadden op Wmo-ouderenzorggebruik hadden een lagere groei van 2017 tot en met 2019, en andersom. De trendlijn in figuur 5 geeft de samenhang weer tussen uitgangspositie en ontwikkeling van Wmo-ouderenzorggebruik. Deze samenhang is negatief met een richtingscoëfficiënt van -0,12. Dat betekent dat een gemeente met 10%-punt hoger Wmo-ouderenzorggebruik in 2016 gemiddeld genomen 1,2%-punt minder groei kent in de daarop volgende periode. De resultaten voor de verschillende vormen van Wmo-ouderenzorggebruik zijn vergelijkbaar (zie figuur B4 in bijlage B).

Alles bij elkaar genomen zien we eerder een bepaalde mate van convergentie in de kans op Wmo-ouderenzorggebruik dan toenemende spreiding. Figuren 2 en 3 laten zien dat de spreiding is afgenomen tussen 2016 en 2019. Ook de negatieve samenhang tussen uitgangspositie en ontwikkeling in figuur 5 lijkt erop te duiden dat gemeenten meer naar elkaar toegroeien wat betreft Wmo-ouderenzorggebruik. Niets wijst erop dat verschillen tussen gemeenten zijn toegenomen.

Het is onwaarschijnlijk dat meetfouten en definitieverschillen een grote rol spelen in de analyse. De GMSD is meteen na de decentralisatie gestart in 2015. In 2016 hadden de deelnemende gemeenten dus nog relatief weinig ervaring met deze monitor. Mogelijk is in de beginjaren daarom een deel van de geleverde Wmo-maatwerkarrangementen niet in de GMSD gerapporteerd. Ook kunnen gemeenten maatwerkvoorzieningen hebben omgezet in algemene voorzieningen of vice versa.²³ Dat de gemiddelde kans om Wmo-ouderenzorg te gebruiken relatief stabiel blijft over tijd, duidt er echter op dat dit slechts een beperkte invloed kan hebben op onze resultaten.

5.2 Welke rol spelen gemeentekennmerken?

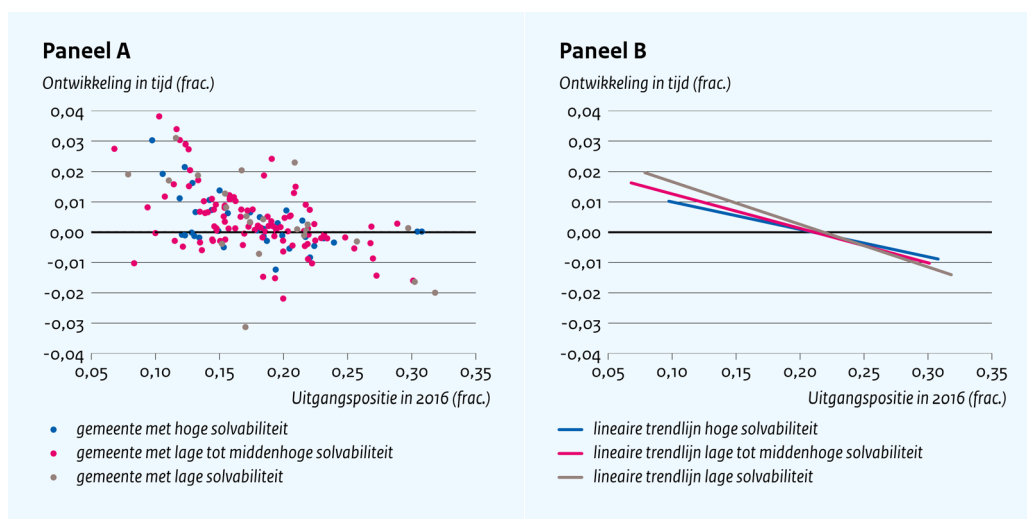
We bekijken of gemeentekennmerken samenhangen met verschillen in de ontwikkeling in de kans om Wmo-ouderenzorg te gebruiken. In sectie 5.1 zagen we dat er gemiddeld genomen een negatieve samenhang is tussen uitgangspositie en ontwikkeling in de kans op Wmo-ouderenzorggebruik. Mogelijk verschilt deze samenhang echter tussen verschillende groepen gemeenten.

Ten eerste maken we onderscheid op basis van de solvabiliteit van een gemeente. De financiële situatie van een gemeente kan invloed hebben op de ontwikkeling van de kans op Wmo-ouderenzorggebruik. Om dit te onderzoeken verdelen we de gemeenten daarom in drie groepen naar solvabiliteit. De solvabiliteit geeft inzicht in de mate waarin gemeenten op de lange termijn in staat zijn aan hun betalingsverplichtingen te voldoen. Figuur 6 geeft deze verdeling weer. Merk op dat de punten in dit spreidingsdiagram overeenkomen met de punten in figuur 5, omdat we naar dezelfde gemeenten en dus dezelfde uitgangsposities en ontwikkeling kijken.

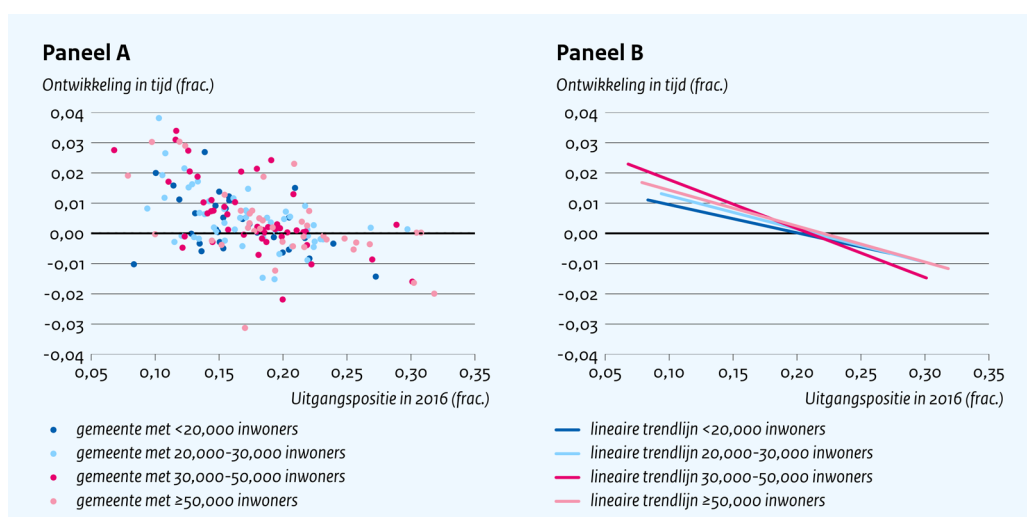
²² Ook ‘verblijf en opvang’ valt sinds 2015 onder de Wmo. We laten dit hier buiten beschouwing, omdat zulke zorg alleen in bepaalde crisissituaties onder de Wmo valt (in plaats van onder de Zvw of Wlz).

²³ Uit een enquête van het CPB blijkt dat enkele gemeenten in deze periode maatwerkvoorzieningen hebben omgezet in algemene voorzieningen (Van Eijkel e.a., 2019). Anderzijds heeft de rechtspraak het begrip algemene voorziening in deze periode verder afgebakend (VNG, 2022).

Figuur 6 De samenhang tussen uitgangspositie en ontwikkeling van de kans om Wmo-ouderenzorg te gebruiken is vergelijkbaar tussen gemeenten met lage en hoge solvabiliteit



Figuur 7 De samenhang tussen uitgangspositie en ontwikkeling van de kans om Wmo-ouderenzorg te gebruiken is vergelijkbaar tussen gemeenten met veel en weinig inwoners



De verschillen in de ontwikkeling van Wmo-ouderenzorggebruik lijken niet samen te hangen met solvabiliteit. De drie groepen gemeenten met verschillende solvabiliteit zijn min of meer willekeurig verdeeld over het spreidingsdiagram in paneel A van figuur 6. Ook de samenhang (het lineaire verband) tussen uitgangspositie en ontwikkeling in de kans op Wmo-ouderenzorggebruik, in paneel B, verschilt op het oog weinig tussen de groepen.

Ten tweede maken we onderscheid naar het aantal inwoners van een gemeente. We groeperen gemeenten voor deze analyse naar het aantal inwoners in 2016. Gemeenten met meer inwoners hebben mogelijk grotere tekorten aan zorgpersoneel, maar meer ambtenaren om invulling te geven aan Wmo-taken. Dit kan tot uitdrukking komen in de ontwikkeling van de kans op Wmo-ouderenzorggebruik. In welke richting grote en kleine gemeenten van elkaar verschillen is vooraf onduidelijk.

Verschillen in de ontwikkeling van Wmo-ouderenzorggebruik lijken niet samen te hangen met het aantal inwoners dat een gemeente heeft. Ook hier zijn de verschillende categorieën gemeenten min of meer willekeurig over het spreidingsdiagram in figuur 7 verdeeld. Er lijkt weinig verschil te zijn in de samenhang van uitgangspositie en ontwikkeling in Wmo-ouderenzorggebruik tussen gemeenten.

Tekstkader 3: De kans op Wmo-ouderenzorg in relatie tot wijkverpleging en verpleeghuiszorg

De ontwikkeling van de kans om Wmo-ouderenzorg te gebruiken in een gemeente kan ook samenhangen met het gebruik van wijkverpleging in de Zvw en/of verpleegzorg in de Wlz. Wanneer wijkverpleging een aanvulling is op Wmo-zorg, kan een toename van het gebruik van wijkverpleging gepaard gaan met een toename in de kans om Wmo-ouderenzorg te gebruiken. Wanneer wijkverpleging en verpleeghuiszorg Wmo-ouderenzorg juist (deels) kunnen vervangen, zijn er mogelijkheden voor gemeenten om Wmo-zorg af te wentelen. Een toename van het gebruik van wijkverpleging kan dan gepaard gaan met een afname in de kans om Wmo-ouderenzorg te gebruiken. Eerder onderzoek beargumenteert dat er voor gemeenten zo een stimulans is om zorgtaken af te wentelen (Non e.a., 2015; Bakx e.a., 2020). Onderzoek naar de samenhang tussen het gebruik van Wmo-zorg en wijkverpleging en ouderenzorg levert gemengd bewijs over de samenhang (Alders & Schut, 2021; Lambregts & Roos, 2021).

Om een beeld te krijgen van deze samenhang, verkennen we met dezelfde schattingsmethode (zie bijlage A) de uitgangspositie en ontwikkeling van de kans om wijkverpleging in de Zvw en de kans om verpleegzorg in de Wlz te gebruiken. We kijken daarvoor naar het al dan niet gebruiken van wijkverpleging (zowel in natura als via een pgb) op basis van CBS-gegevens op persoonsniveau, die afkomstig zijn van Vektis. Daarnaast kijken we of een 65-plusser al dan niet is opgenomen in een verpleeghuis op basis van gegevens van het CAK.

Wij vinden geen samenhang in de ontwikkeling van de kansen om Wmo-ouderenzorg te gebruiken en wijkverpleging te benutten. We zien bijvoorbeeld niet dat een toename in de kans op Wmo-ouderenzorggebruik tussen 2016 en 2019 samengaat met een afname van de kans op gebruik van wijkverpleging. Bovendien zien we niet dat een toename in de kans op Wmo-ouderenzorggebruik tussen 2016 en 2019 samengaat met een afname van de kans op gebruik van wijkverpleging.

De kans op Wmo-ouderenzorggebruik lijkt licht samen te hangen met de kans op een verpleeghuisopname. We zien dat in gemeenten waar de kans op Wmo-ouderenzorggebruik is toegenomen ook de kans om in een Wlz-instelling te verblijven is toegenomen. Voor dit resultaat is er echter geen duidelijke verklaring. Inwoners van een verpleeghuis kunnen namelijk geen aanspraak maken op Wmo-zorg. En Wlz-gebruikers hoeven niet uit de gemeente afkomstig te zijn waar hun verpleeghuis staat. Nader onderzoek is daarom nodig om deze relatie beter te kunnen begrijpen.

6 Wat betekenen deze resultaten?

De verschillen in het gebruik van Wmo-ouderenzorg tussen gemeenten zijn tussen 2016 en 2019 niet toegenomen. De analyse laat zien dat de totale spreiding in de gecorrigeerde kans op Wmo-ouderenzorggebruik eerder is afgenomen dan toegenomen tussen 2016 en 2019. Dit resultaat betekent dat de beleidsvrijheid, die gemeenten voor de uitvoering van de Wmo hebben gekregen in 2015, niet samengaat met grotere verschillen in het Wmo-ouderenzorggebruik tussen gemeenten gegeven hun populatie. Omdat de periode voor 2015 vanwege aansluitingsverschillen buiten beschouwing blijft, valt niet te zeggen in hoeverre deze ontwikkeling afwijkt van de trend van voor 2015.

We vinden geen duidelijk verband tussen de ontwikkeling van Wmo-ouderenzorggebruik en de solvabiliteitspositie van gemeenten in 2016. Zowel bij gemeenten met hoge als met lage solvabiliteit geldt dat de ontwikkeling lager is in gemeenten met een hoge uitgangspositie in 2016 (en vice versa). Dit suggereert dat Wmo-ouderenzorggebruik niet is gedaald vanwege de lage solvabiliteit van een gemeente. Dit wil overigens niet zeggen dat de solvabiliteit geen effect heeft op gemeentelijk beleid. Mogelijk hebben deze gemeenten wel bezuinigd op andere beleidsterreinen dan Wmo-ouderenzorg. Ook moet opgemerkt worden dat solvabiliteit geen volledige maat is voor de financiële gezondheid van een gemeente.

Ook zien we geen duidelijk verband tussen de ontwikkeling van Wmo-ouderenzorggebruik en het aantal inwoners van gemeenten in 2016. In gemeenten met veel inwoners is het Wmo-ouderenzorggebruik niet langzamer (of sneller) gegroeid dan in gemeenten met weinig inwoners. Ook niet wanneer we de uitgangspositie in 2016 in ogenschouw nemen. Hierbij kan een rol spelen dat kleinere gemeenten over de gemeentegrenzen heen kunnen samenwerken om Wmo-ouderenzorg te organiseren. Omdat we geen zicht hebben welke gemeenten dit in welke samenstelling doen, kunnen we hiervoor niet corrigeren.

De verschillen tussen gemeenten kunnen zich anders hebben ontwikkeld voor andere aspecten van de Wmo-zorg dan de kans op gebruik. In dit onderzoek richten we ons op verschillen in de kans op het gebruik van Wmo-zorg. Dit is niet de enige dimensie van Wmo-zorg waarop gemeenten kunnen proberen te sturen. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld ook beleid voeren op het aantal uren, de prijs en/of de kwaliteit van Wmo-zorg. Deze aspecten blijven vanwege databeperkingen²⁴ in deze studie buiten beschouwing.

Mogelijk nemen verschillen tussen gemeenten niet toe, omdat gemeentelijk beleid onderhevig is aan uniformerende mechanismen. Zo zijn gemeenten binnen wettelijk kaders vrij om Wmo-zorg te organiseren. De rechterlijke macht heeft deze kaders in de periode na 2015 steeds scherper vormgegeven (Linthorst & Oldenhof, 2021). Hoewel de budgetten die gemeenten uit het gemeentefonds ontvangen voor de uitvoering van Wmo-ouderenzorg niet-geoormerkt zijn, zijn er aanwijzingen dat gemeenten hun uitgaven aan Wmo-ouderenzorg veelal baseren op deze budgetten (Kattenberg & Vermeulen, 2018).

²⁴ Zie hoofdstuk 4. We hebben weliswaar informatie over de periode van Wmo-gebruik (zie ook figuur B2 in bijlage B), maar omdat Wmo-gebruik vaak meerdere jaren duurt, kan deze niet zondermeer van jaar tot jaar vergeleken worden.

Tegelijkertijd blijven er niveauverschillen tussen gemeenten in het gebruik van Wmo-ouderenzorg. Zo varieert de kans op het gebruik van Wmo-ouderenzorg in 2019 tussen de 13 en 26%. Voor een deel kunnen deze verschillen samenhangen met gemeentekennmerken waarvoor we niet corrigeren, zoals cultuur en politieke voorkeur. Omdat zulke kenmerken relatief stabiel zijn over tijd, beïnvloeden zij de ontwikkeling van de verschillen tussen gemeenten over tijd niet. Stabiele kenmerken hebben immers ieder jaar *hetzelfde* totale effect op de kans op het gebruik van Wmo-ouderenzorg. Tegelijkertijd kunnen zulke stabiele kenmerken wel het gebruik van Wmo-ouderenzorg binnen een gemeente beïnvloeden.

Onze resultaten hoeven dan ook niet te betekenen dat gemeenten weinig invloed kunnen uitoefenen op Wmo-gebruik. De niveauverschillen sluiten aan bij eerder onderzoek dat laat zien dat de vormgeving van gemeentelijk beleid invloed heeft op Wmo-gebruik (Benda, 2021; Van Eijkel, 2019). Daarbij is het mogelijk dat sommige gemeenten het gebruik van relatief zware vormen van Wmo-ouderenzorg, waar wij naar kijken, weten te verminderen door in te zetten op andere Wmo-voorzieningen. Zo laat eerder onderzoek zien dat de inzet van huishoudelijke hulp het gebruik van ondersteuning thuis kan verminderen (Kattenberg & Bakx, 2020).

Al met al laten onze resultaten zien dat nadat gemeenten verantwoordelijk werden voor nieuwe Wmo-taken, de verschillen tussen gemeenten in de kans om Wmo-ouderenzorg te gebruiken niet zijn toegenomen. Met de decentralisatie in 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor meer Wmo-zorg. Daarin kregen zij de vrijheid om de organisatie van deze zorg naar eigen inzicht vorm te geven. We zien in de daaropvolgende periode echter geen toename in de verschillen in het gebruik van Wmo-ouderenzorg.

7 Referentielijst

Ai, C., & Norton, E.C., 2003, Interaction terms in logit and probit models. *Economics letters*, 80(1), 123-129.

Andersson Elffers Felix, 2014, Objectief verdeelmodel Wmo 2015. Utrecht: AEF.

Alders, P., & Schut, F.T., 2021, Strategic cost-shifting in long-term care. Evidence from the Netherlands. *Health Policy*, 126(1), 43-48.

Algemene Rekenkamer, 2015, Regionale verschillen in de langdurige zorg: mogelijke verklaringen voor zorggebruik van ouderen en chronisch zieken. Den Haag: Algemene Rekenkamer. ([link](#))

Bakx, P., Schut, F., & van Doorslaer, E., 2015, Can universal access and competition in long-term care insurance be combined? *International Journal of Health Economics and Management*, 15(2), 185-213.

Benda, L., 2021, De gemeentelijke inkoop van jeugdzorg. Den Haag: Centraal Planbureau. ([link](#))

Benda, L., Roelofs, G., Allers, M., 2021, Geld moet stromen? De verkoop van energiebedrijven door gemeenten. Den Haag: Centraal Planbureau. ([link](#))

Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022a, Kerncijfers wijken en buurten 2004-2021. ([link](#))

Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022b, Gemeentelijke indelingen per jaar. ([link](#))

Clark, D.O., von Korff, M., Saunders, K., Baluch, W.M., & Simon, G.E., 1995, A chronic disease score with empirically derived weights. *Medical Care*, 33(8), 783-795.

van Eijkel, R., Gerritsen, S., Vermeulen, W., 2019, De wijkteambenadering nader bekeken: Het effect van de inzet van wijkteams op Wmo-zorggebruik. Den Haag: Centraal Planbureau. ([link](#))

Equalis, 2020, Onderzoek onderschrijding wijkverpleging. Utrecht: Equalis Strategy & Modeling. ([link](#))

Ilinca, S., & Calciolari, S., 2015, The patterns of health care utilization by elderly Europeans: frailty and its implications for health systems. *Health services research*, 50(1), 305-320.

Kattenberg, M., & Martens, K., & Allers, M., 2016, Hoe gaan gemeenten om met financiële mee- en tegenvallers? Den Haag: Centraal Planbureau. ([link](#))

Kattenberg, M., & Vermeulen, W., 2018, The stimulative effect of an unconditional block grant on the decentralized provision of care. *International Tax and Public Finance*, 25, 166-199.

Kattenberg, M., & Bakx, P., 2020, Substitute services: a barrier to controlling long-term care expenditures. *European Journal of Ageing*, 18, 85-97.

Lambregts, T., & Roos, A.F., 2021, Effect van wijkteams op het gebruik van ouderenzorg. Den Haag: Centraal Planbureau. ([link](#))

Linthorst, E., & Oldenhof, L., 2021, Als wetgeving niet zwart of wit is, maar grijs: Strategieën van professionals en burgers om met ambiguïteit in de Wmo 2015 om te gaan. *Recht der Werkelijkheid*, 42(2), 100-123.

de Meijer, C., Koopmanschap, M., d'Uva, T.B., & van Doorslaer, E., 2011, Determinants of long-term care spending: age, time to death or disability? *Journal of Health Economics*, 30(2), 425-438.

Nederlandse Zorgautoriteit, 2021, Monitor ouderenzorg: regionale verschillen (deel 1). Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. ([link](#))

Non, M., Mot, E., Eggink, E., Bakx, P., & Douven, R., 2015, Keuzeruimte in de langdurige zorg: Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten. Den Haag: Centraal Planbureau en Sociaal Cultureel Planbureau. ([link](#))

Ooms, I., Sadiraj, K., & Pommer, E., 2017, Regionale verschillen in het sociaal domein: voorzieningengebruik nader verklaard. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau. ([link](#))

Plaisier, I., den Draak, M., 2021, Passende zorg voor ouderen thuis: Knelpunten in kaart. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau. ([link](#))

Slobbe, L.C., Wong, A., Verheij, R.A., van Oers, H.A., & Polder, J.J., 2017, Determinants of first-time utilization of long-term care services in the Netherlands: an observational record linkage study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-10.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2021, Wmo-uitgaven stijgen nog harder dan uitgaven jeugdzorg. ([link](#))

Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2022, Jurisprudentie-overzicht Wmo. ([link](#))

Bijlage A: Schattingsmethode

Dit onderzoek bestudeert uitgangspositie en ontwikkeling van ouderenzorggebruik tussen gemeenten. Daartoe schatten we met een lineair kansmodel²⁵ de kans dat individu i in gemeente j in jaar t gebruik maakt van ouderenzorg Y , met $i = 1, \dots, I, j = 1, \dots, J$ en $t = 1, \dots, T$. Y kan daarbij ingevuld worden met verschillende definities of typen zorg. In onze hoofdanalyse is dit de kans op het gebruik van Wmo-maatwerkarrangementen. Vervolgens schatten we de kans op ouderenzorg als een functie van uitgangspositie γ_1 (ontwikkeling δ_1) in referentiegemeente $j = 1$ en de afwijking van deze uitgangspositie γ_j (ontwikkeling δ_j) voor gemeenten $j > 1$. De ongecorrigeerde schattingsvergelijking luidt daarmee als volgt:

$$(1) \quad Y_{ijt} = \gamma_1 + \delta_1 \cdot t_t + \sum_{j=2}^J I_{jt} \cdot (\gamma_j + \delta_j \cdot t_t) + \varepsilon_{ijt}.$$

ε_{ijt} geeft daarbij de resterende storingsterm van onverklaarde variantie in de individuele kans op ouderenzorggebruik. Aan de hand van de resulterende schatting kan de uitgangspositie van een gemeente in jaar $t=1$ worden bepaald. We doen dat door de som te berekenen van $\hat{\gamma}_1$ en $\hat{\gamma}_j$. Merk op dat deze som voor referentiegemeente $j = 1$ gelijk blijft aan $\hat{\gamma}_1$. Op een vergelijkbare manier kan de ontwikkeling in zorggebruik worden bepaald als de som van $\hat{\delta}_1$ en $\hat{\delta}_j$.

Vervolgens corrigeren we voor individuele achtergrondkenmerken X . Onze schattingsvergelijking luidt daarmee als volgt:

$$(2) \quad Y_{ijt} = \gamma_1 + \delta_1 \cdot t_t + \sum_{j=2}^J I_{jt} \cdot (\gamma_j + \delta_j \cdot t_t) + \beta X_{ijt} + \varepsilon_{ijt}.$$

Met deze schatting berekenen we de gemiddelde kans op ouderenzorggebruik in een gemeente wanneer deze de gemiddelde populatiekenmerken uit 2016 zou hebben gehad. We doen dit door de som te berekenen van $\hat{\gamma}_1$, $\hat{\gamma}_j$ en $\hat{\beta} \bar{X}_{ijt}$. De ontwikkeling in zorggebruik berekenen we opnieuw als de som van $\hat{\delta}_1$ en $\hat{\delta}_j$. Tabel A1 beschrijft deze schatting.

Tabel A1 Geschatte uitgangspositie en ontwikkeling

| | Gemiddelde | Minimum | Maximum |
|-----------------|------------|---------|---------|
| Uitgangspositie | 0,177 | 0,068 | 0,318 |
| Ontwikkeling | 0,004 | -0,031 | 0,038 |

Een ander doel van dit onderzoek, is om zorggebruik per gemeente per jaar te beschrijven. Daartoe schatten we een vergelijkbare formule met jaareffecten in plaats van lineaire tijdtrends. Deze schattingsvergelijking luidt als volgt:

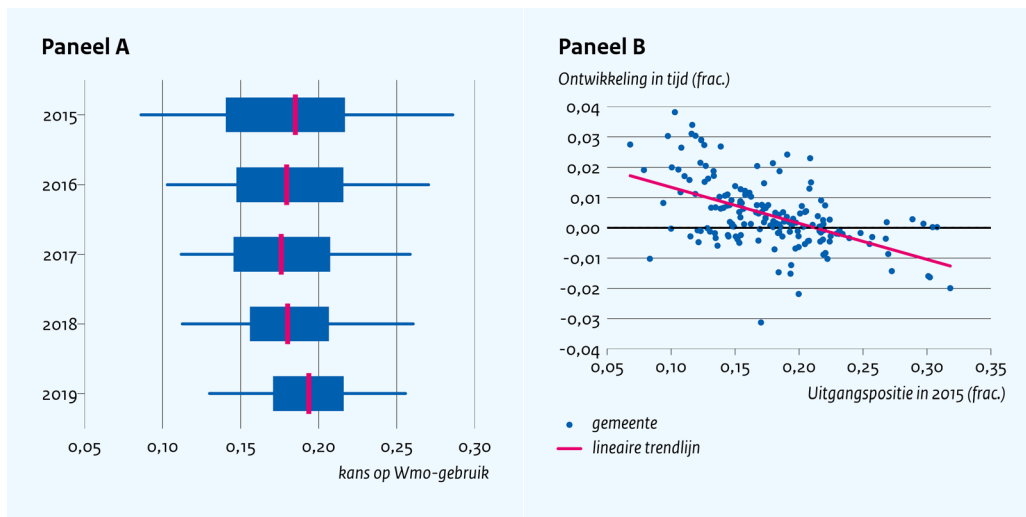
$$(3) \quad Y_{ijt} = \gamma_1 + \sum_{t=2}^T \delta_{1t} + \sum_{j=2}^J I_{jt} \cdot (\gamma_j + \sum_{t=2}^T \delta_{jt}) + \beta X_{ijt} + \varepsilon_{ijt}.$$

We berekenen daarmee opnieuw het ouderenzorggebruik in gemeente j in 2016 als de som van $\hat{\gamma}_1$, $\hat{\gamma}_j$ en $\hat{\beta} \bar{X}_{ijt}$. Voor de jaren 2017-2019 tellen we daar vervolgens de jaarlijkse ontwikkeling $\hat{\delta}_{1t}$ en $\hat{\delta}_{jt}$ bij op.

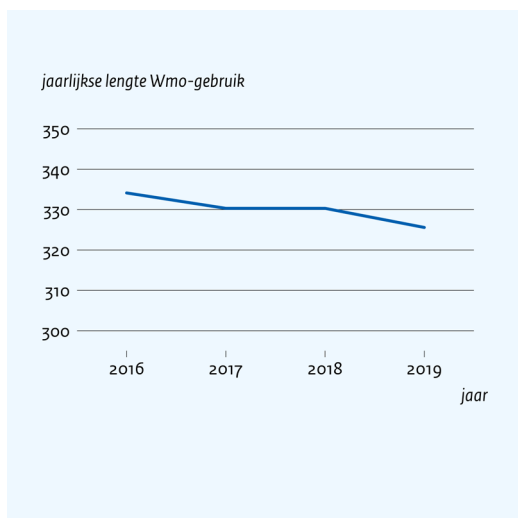
²⁵ We schatten een lineair kansmodel, omdat we geïnteresseerd zijn in interactie-effecten ($\hat{\delta}_1 \cdot t_t$ en $\hat{\delta}_j \cdot t_t$). Zulke interactie-effecten kunnen niet goed beoordeeld worden met coëfficiëntschattingen op basis van een niet-lineair model, zoals een logistisch regressiemodel (Ai & Norton, 2003).

Bijlage B: Overige resultaten

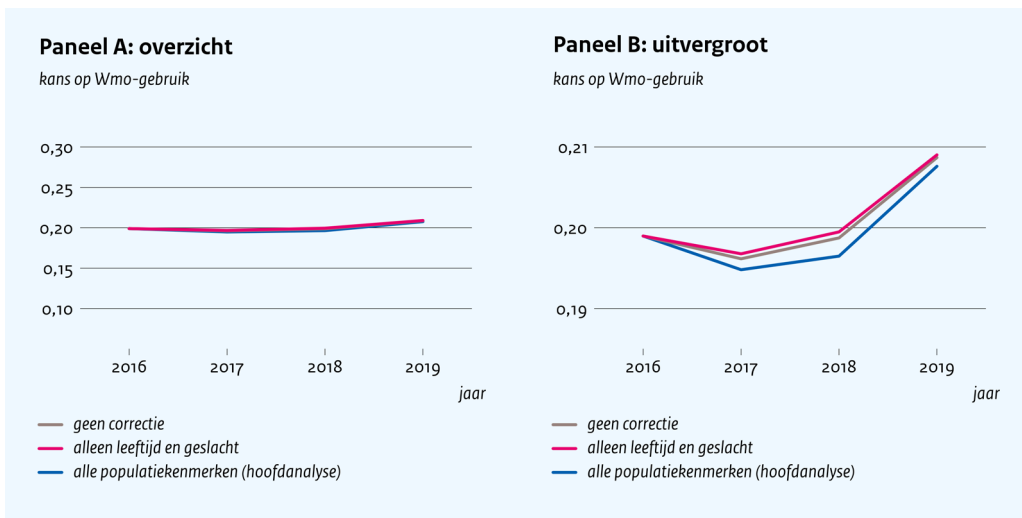
Figuur B1 Door 2015 als startjaar te gebruiken vinden we meer spreiding in het gebruik van Wmo-ouderenzorg, maar dit verandert de interpretatie van onze resultaten niet



Figuur B2 De gemiddelde jaarlijkse lengte van gebruik is licht afgenomen



Figuur B3 Het gebruik van verschillende correcties verandert de voorspelde kans op Wmo-ouderenzorggebruik amper



Figuur B4 Een uitsplitsing naar nieuwe (paneel A) en oude Wmo-taken (paneel B) geeft een vergelijkbaar beeld

