



Centraal Planbureau

CPB Notitie | 18 oktober 2017

Toelichting middellangetermijn- (MLT-)raming voor de Wmo / jeugd

*Uitgevoerd op verzoek van Ministeries van
Binnenlandse Zaken en
Koninkrijksrelaties, Financiën en
Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de
Vereniging van Nederlandse Gemeenten*



CPB Notitie

Aan: Ministeries van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
Financiën en Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de
Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Centraal Planbureau
Bezuidenhoutseweg 30
2594 AV Den Haag
Postbus 80510
2508 GM Den Haag

T 088 9846000
I www.cpb.nl

Contactpersonen
Rob Aalbers, Annette Zeilstra

Datum: 18-10-2017

Betreft: Raming Wmo/jeugd

1 Inleiding

De ministeries van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK), Financiën en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) hebben het CPB gevraagd om de middellangetermijn (mlt)-raming voor de Wmo/jeugd nader toe te lichten en een duiding te geven aan de volumeontwikkeling in 2017 (zie appendix A). Deze notitie geeft nadere informatie over de totstandkoming van de mlt-raming voor de Wmo/jeugd en de interpretatie ervan.

2 De gevolgde methodiek

Het doel van de mlt-raming voor de zorg is een *realistische* raming te maken van de zorguitgaven voor de drie hoofdsectoren in de zorg (Zvw, Wlz en Wmo/jeugd)¹ bij ongewijzigd beleid. Met ongewijzigd beleid wordt hier bedoeld dat alleen beleid dat ten tijde van het maken van de mlt-raming reeds bekend is wordt meegenomen.² De mlt-raming is daarmee realistisch en *niet normatief* en geeft aan hoe de uitgaven zich bij ongewijzigd beleid naar verwachting ontwikkelen.

¹ Dit betreft de uitgaven met betrekking tot de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en jeugdzorguitgaven. Waarbij de mlt-raming voor de zorg alleen een raming voor de Wmo en jeugdzorg bevat voor zover dit uitgaven betreft die vallen onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ). De overige delen van de Wmo en jeugdzorg worden elders in de mlt apart geraamd als onderdeel van de overheidsuitgaven.

² De invloed van het reeds bekende beleid wordt volledig meegenomen, dus ook voor ramingsjaren. Er wordt echter niet geanticipeerd op nieuw nog te ontwikkelen beleid. Voor de mlt van maart 2016 bijvoorbeeld, betekent dit dat beleid dat na 1 januari 2016 is ontwikkeld niet in deze mlt-raming is opgenomen. Beleid dat vóór 1 januari 2016 is ingezet is wel in deze mlt-raming meegenomen, ook als dit effecten heeft na deze datum.

De mlt-raming van de zorguitgaven voor de jaren 2018-2021 per hoofdsector wordt bepaald door de zorguitgaven in het basisjaar (2017) te vermenigvuldigen met beleidsvrije groeivoeten voor de jaren 2018-2021. Vervolgens wordt de mlt-raming gecorrigeerd voor de invloed van reeds bekend beleid op de zorguitgaven in de jaren 2018-2021.

De gevolgde mlt-methodiek is gebaseerd op het advies van de Technische werkgroep³ 'Zorgkeuzes in Kaart' (2015) en bestaat uit de volgende stappen:

- I. constructie historische reeksen van de zorguitgaven per sector voor een lange en zoveel mogelijk beleidsneutrale periode (subparagraaf 2.1);
- II. toedelen van de groei van deze historische reeksen naar vier componenten, namelijk groei als gevolg van respectievelijk (i) demografie en epidemiologie (ii) inkomensgroei (per hoofd) (iii) de relatieve inputprijzen van de zorg, en (iv) overige groei (subparagraaf 2.2);
- III. ramen van de 'overige groei' (subparagraaf 2.3);
- IV. ramen van de toekomstige beleidsvrije groei (subparagraaf 2.3);
- V. aanpassen van de beleidsvrije raming voor reeds bekend beleid (subparagraaf 2.3).

Conform het advies van de Technische werkgroep 'Zorgkeuzes in Kaart' heeft het CPB een middellangetermijnraming op hoofdlijnen gemaakt voor de drie hoofdsectoren in de zorg: de Zvw, de Wlz en de Wmo/jeugd. Redenen dat er geen aparte raming wordt gemaakt voor de subsectoren zijn onder meer dat voldoende gedetailleerde en robuuste informatie hierover ontbreekt (zie ook paragraaf 2.1) én dat aparte ramingen van de verschillende subsectoren niet zonder meer optellen tot een correcte raming van de hoofdsector.

Voor de verdere uitsplitsing van de raming van de hoofdsectoren naar subsectoren, zoals medicijnen, geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg en jeugd, is een apart verdeelmodel nodig (zie Technische werkgroep 'Zorgkeuzes in Kaart', 2015). Deze uitsplitsing valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS.

Hieronder wordt de raming op hoofdlijnen nader toegelicht. Meer detail en een uitgebreide toelichting en verantwoording van de gevolgde methodiek staat in het CPB Achtergronddocument van Mot e.a. (2016).

2.1 Constructie historische reeksen

Ten behoeve van het maken van de beleidsvrije raming is gezocht naar historische reeksen voor een lange zo veel mogelijk beleidsneutrale periode. Uiteindelijk is

³ De leden van de werkgroep bestonden uit medewerkers van de ministeries van AZ, EZ, Financiën en VWS en medewerkers van het CPB.

gekozen voor de periode 1990-2010, omdat in deze periode zowel expansief als restrictief beleid plaatsvond.⁴ Hierdoor is de periode 1990-2010 per saldo over de gehele periode bezien de meest beleidsneutraal mogelijke periode.

De historische reeksen voor de zorguitgaven per hoofdsector (Zvw, Wlz en Wmo/jeugd) waren niet beschikbaar, maar moesten worden geconstrueerd, omdat deze regelingen nog niet bestonden in de (hele) periode. Een belangrijke bron hierbij zijn de Zorgrekeningen (ZR), waar de aanbieders van verschillende soorten zorg worden onderscheiden. Bij de constructie van de historische reeksen zijn de reeksen uit de Zorgrekeningen met behulp van vaste aandelen omgeslagen naar de drie hoofdsectoren. Daarbij zijn diverse interpolaties en correcties gemaakt, waaronder een correctie voor de extramuralisering van de ouderenzorg.

2.2 Toedeling historische reeksen naar componenten

Na de constructie van de historische reeksen van de zorguitgaven per sector (zie paragraaf 2.1) is de reële groei⁵ per sector uitgesplitst naar vier componenten:

1. groei als gevolg van demografie en epidemiologie;
2. groei als gevolg van inkomensgroei (per hoofd);
3. groei als gevolg van de reële lonen en prijzen (de relatieve inputprijs van zorg);
4. overige groei.

Per sector is daartoe eerst de invloed van de eerste drie componenten op de reële groei van de zorguitgaven bepaald. De resterende, niet verklaarde groei is de zogeheten 'overige groei'. Voor een technische toelichting over de wijze waarop de verschillende componenten worden bepaald, zie box 1.

De in de mlt-zorg bepaalde toedeling van de reële groei aan de diverse componenten voor de periode 1990-2010 staat weergegeven in tabel 2.1. Wat hierbij opvalt is de hoge 'overige groei' bij de jeugdzorg van 3,5% per jaar.

Deze hoge 'overige groei' is naar verwachting niet representatief voor de toekomstige ontwikkeling. Onderzoek van het SCP laat zien dat de stijging van het beroep op de jeugdzorg in de periode 2001-2011 niet kan worden verklaard door de ontwikkeling van risicofactoren voor het gebruik van jeugdzorg (Sadiraj e.a., 2013). De ontwikkeling van risicofactoren leidt in het SCP micromodel in deze periode zelfs tot

⁴ De eerste helft van de periode 1990-2010 bevat restrictief beleid met onder meer taakstellende mlt-ramingen en budgettering, terwijl de tweede helft van deze periode expansief beleid bevat, waarbij onder meer de wachtlijsten werden bestreden en de strakke budgettering geleidelijk werd afgeschaft (zie ook paragraaf 4.1 en bijlage C van Mot e.a., 2016).

⁵ De reële groei gelijk is aan de nominale groei gedeeld met de prijsontwikkeling van het bruto binnenlands product (bbp).

een daling van de jeugdzorg. De vrij hoge groei wordt volgens de auteurs dan ook gedreven door een resttrend (overige groei) die niet door het model kan worden verklaard. Het SCP verwacht op basis van macrotijdsreeksanalyses dat de overige groei afvlakt. Samen met de gunstigere ontwikkeling van de risicofactoren leidt dit in de raming van het SCP voor de periode 2011-2017 tot een beduidend lagere groei van de uitgaven voor jeugdzorg dan in het verleden (2001-2011). Deze geraamde groei is minder dan half zo groot.

Mogelijke verklaringen voor de hoge overige groei in de periode 2001-2011 zijn een veranderende visie op opgroei- en opvoedproblemen, verbetering van de diagnostiek en beleidswijzigingen. De auteurs schrijven over dit laatste: *“Met de invoering in 2005 van de Wet op de Jeugdzorg kreeg Bureau Jeugdzorg een centrale plaats in de jeugdhulpverlening. Hierdoor ontstond een duidelijk aanspreekpunt voor jongeren en ouders die met opvoed- en opgroei problemen worden geconfronteerd. Een mogelijk gevolg van de centrale plaats die Bureau Jeugdzorg in de hulpverlening heeft ingenomen en de grotere bekendheid die het daarmee heeft verworven, kan zijn dat het een aanzuigende werking op het beroep op de verschillende jeugdvoorzieningen heeft gehad.”* Volgens het SCP is het aannemelijk dat de inhaalslag in het beroep op de jeugdzorg als gevolg van de centrale plaats van Bureau Jeugdzorg als aanspreekpunt een tijdelijk effect is.

Vanwege het bovenstaande kan de ‘overige groei’ bij de jeugdzorg niet worden geëxtrapoleerd bij het maken van een beleidsvrije raming van de groei van de jeugdzorg (*vraag 3, Appendix A*).⁶

Tabel 2.1 Reële groei van de zorguitgaven 1990-2010 (geconstrueerde reeksen, % per jaar) (a)

	Reëel	Demografie	Inkomen	Reële lonen en prijzen	Overige groei
Zvw	3,8	0,9	1,3	0,5	1,1
Wlz	3,6	1,1	1,3	0,7	0,5
Wmo	4,1	0,8	1,3	0,9	1,1
Jeugdzorg (BKZ)	5,9	0,2	1,3	0,9	3,5
Totaal (Zvw, Wlz, Wmo, jeugdzorg)	3,9	0,9	1,3	0,7	1,0

(a) Bron: tabel 4.2 Mot e.a. (2015).

⁶ Zie paragraaf 3.1 van Mot e.a. (2015) voor een uitgebreide bespreking.

Box 1: componenten reële groei van de zorguitgaven

De invloed van *demografie* is bepaald op basis van de omvang en samenstelling van de bevolking. Ter illustratie: wanneer de bevolking toeneemt, nemen ook de zorguitgaven toe en een vergrijzende bevolking leidt tot hogere zorguitgaven aan bijvoorbeeld langdurige zorg. Bij het bepalen van de demografische component is er rekening mee gehouden dat mensen steeds gezonder oud worden. Verondersteld is dat een toename van de resterende levensverwachting voor de helft uit gezonde jaren bestaat.

De invloed van *inkomensgroei (per hoofd)* op de zorguitgaven is bepaald met behulp van de structurele groei van het bbp per hoofd. Deze component is meegenomen, omdat de mutatie van de zorguitgaven afhangt van de groei van het inkomen per hoofd. Ter illustratie: wanneer het inkomen per hoofd toeneemt, is er meer ruimte om geld uit te geven aan bijvoorbeeld de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.

De invloed van de *reële lonen en prijzen* geeft de relatieve ontwikkeling van de lonen en andere inputprijzen in de zorg weer ten opzichte van de ontwikkeling van de prijs van het bbp. Deze inputprijs kan sneller stijgen dan de prijs bbp, vooral door de loonstijging. Dit heeft te maken met het zogenoemde Baumol-effect: de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de zorg kan achterblijven bij de rest van de economie, terwijl de lonen op de lange termijn in dezelfde mate moeten stijgen om de sector concurrerend te houden op de arbeidsmarkt. Hierdoor wordt de zorg relatief duurder.

De mutatie van de zorguitgaven per sector die niet aan de bovenstaande drie componenten kan worden toegedeeld is de '*overige groei*'. Deze onverklaarde groei kan bijvoorbeeld worden veroorzaakt door nieuwe technologie, sociaal-culturele ontwikkelingen en de groei van de arbeidsproductiviteit in de zorg. Omdat het om onverklaarde groei gaat, is het echter niet duidelijk welke factoren welk deel van de overige groei verklaren en is het dus ook niet mogelijk om aan te geven welke onderdelen zijn beïnvloed door de diverse overheden (*vraag 4, Appendix A*).

2.3 Raming

Om te komen tot een beleidsneutrale raming van de zorguitgaven is eerst een beleidsvrije raming gemaakt van de zorguitgaven. Deze is vervolgens aangepast voor

het reeds bekende beleid van vóór 1 januari 2016. Beide stappen worden hieronder nader toegelicht.

De beleidsvrije raming van de reële groei van de zorguitgaven is verkregen door eerst het effect van demografie en epidemiologie, de groei van het inkomen per hoofd en de reële lonen en prijzen (de relatieve inputprijs van zorg) in de ramingsperiode te bepalen en vervolgens daar de ‘overige groei’ bij op te tellen.

Daarbij is voor de invloed van het inkomen per hoofd gebruikgemaakt van de potentiële groei van het bbp per hoofd⁷ en voor de invloed van de reële lonen en prijzen gebruikgemaakt van de lonen in de marktsector en de prijs van de particuliere consumptie (*vraag 1b, Appendix A*).

Het extrapoleren van de ‘overige groei’ is rechttoe rechtaan: verondersteld wordt dat de ‘overige groei’ in de ramingsperiode gelijk is aan de overige groei in de periode 1990-2010. Met andere woorden als de onverklaarde ‘overige groei’ in de periode 1990-2010 hoger is, dan is de ‘overige groei’ in de ramingsperiode dit ook (*vraag 5, Appendix A*). Een uitzondering hierbij is de ‘overige groei’ bij de jeugdzorg, mede omdat de periode 1990-2010 bij nadere beschouwing niet beleidsvrij bleek te zijn. Aangenomen is dat de diverse factoren⁸ die in de periode 1990-2010 hebben geleid tot overige groei in de jeugdzorg geen effect op de groei meer hebben. De overige groei bij de jeugdzorg is daarom op nul gesteld.

Vervolgens is de beleidsvrije raming aangepast door de invloed van reeds bekend beleid op de hoogte van de zorguitgaven mee te nemen. Zo zijn de beleidsmaatregelen op het gebied van extramuralisatie meegenomen op basis van de bijbehorende wijziging van de budgetten van de Wlz, Zvw en Wmo door VWS. Op een zelfde wijze zijn ook de decentralisaties in combinatie met de overgang naar een nieuw juridisch stelsel in de ramingen verwerkt. (*vragen 2 en 7 tot en met 9, Appendix A*).

3 Uitkomsten

De raming van de zorguitgaven ten tijde van de mlt-raming van maart 2016 (zie ook Mot e.a., 2016) wordt besproken in paragraaf 3.1. Vervolgens wordt ingegaan op de raming uit de mlt van augustus 2017 in paragraaf 3.2.

⁷ Voor een toelichting van het begrip ‘potentiële groei’, zie paragraaf 2.1 van de ‘Antwoorden op veelgestelde vragen over de CPB-ramingen’ (Van Tilburg, mei 2016, [link](#)).

⁸ Zoals de inhaalslag door nieuw beleid en andere factoren zoals een mogelijke veranderende visie op opgroei- en opvoedproblemen eventuele verbetering van de diagnostiek.

3.1 Uitkomsten mlt ten tijde van Centraal Economisch Plan 2016

De raming van de diverse componenten (zie paragraaf 2.3) en het extrapoleren van de ‘overige groei’ leidde ten tijde van het Centraal Economisch Plan 2016 tot de onderstaande geraamde groei van de netto zorguitgaven⁹ per hoofdsector (Zvw, Wlz en Wmo/jeugd), zie tabel 2.2.

Tabel 3.1 Geraamde groei van de netto zorguitgaven 2018-2021 naar componenten (% per jaar) (a) (b)

	Demografie	Inkomen	Reële lonen en prijzen	Overige groei	Beleid	Reëel	Nominaal
Zvw	1,1	0,7	0,6	1,1	0,0	3,5	5,0
Wlz	1,7	0,7	0,7	0,5	-0,5	3,1	4,7
Wmo/jeugdzorg (BKZ)	0,7	0,7	0,8	0,8	0,3	3,3	4,9
Totaal (Zvw, Wlz, Wmo, jeugdzorg)	1,2	0,7	0,7	0,9	-0,1	3,4	4,9

(a) Voor de Zvw en de Wlz zijn de uitkeringen conform de Nationale Rekeningen in de tabel opgenomen, dus exclusief bijvoorbeeld het opleidingsfonds bij de Zvw.
 (b) Bron: tabel 5.1 Mot e.a. (2016).

In deze notie focussen we specifiek op de Wmo/jeugd-raming die het CPB maakt. Het betreft hier de mutatie van de Rijksbijdrage aan gemeenten. De tabel laat zien dat de reële groei van de zorguitgaven voor de Wmo/jeugd gelijk is aan 3,3% per jaar tussen 2018 en 2021. In termen van volumegroei komt dat overeen met 2,5% per jaar.¹⁰ Deze volumegroei komt voor 0,7% per jaar door demografische ontwikkelingen: door zowel veranderingen in de omvang en samenstelling van de bevolking als door het gezonder oud worden van de bevolking. De stijging van het structurele inkomen per hoofd leidt eveneens tot een volumegroei van 0,7% per jaar en de ‘overige groei’ als gevolg van bijvoorbeeld van nieuwe technologie, sociaal-culturele ontwikkelingen en de groei van de arbeidsproductiviteit in de zorg leidt tot 0,8% volumegroei per jaar. Het reeds bekende beleid leidt tot slot tot een volumegroei van 0,3% per jaar. (*vraag 1a, Appendix A*).

⁹ De netto zorguitgaven zijn de bruto-uitgaven minus de eigen betalingen.

¹⁰ De volumegroei van de zorguitgaven is gelijk aan de reële groei van de zorguitgaven verminderd met de groei van de reële lonen en prijzen.

3.2 Uitkomsten mlt ten tijde van de cMEV2018

In augustus 2017 heeft het CPB een update van de mlt-raming van de zorguitgaven gemaakt, namelijk de concept Macro Economische Verkenning 2018 mlt (cMEV2018-mlt). In deze update is de 'overige groei' niet opnieuw bepaald, maar zijn de onderliggende verklarende variabelen zoals de reële lonen en prijzen wel aangepast en is tevens gecorrigeerd voor nieuw bekend beleid. In deze update krimpen de reële netto zorguitgaven in de Wmo/jeugd met 2,3% in 2017 en groeien deze uitgaven met 2,7% in 2018. Gemiddeld over de periode 2018-2021 is de jaarlijkse groei 3,2%.

De ontwikkeling van de geraamde uitgaven in 2017 wijkt daarmee duidelijk af van de eerdere¹¹ en huidige ramingen van de gemiddelde jaarlijkse groei in de periode 2018-2021. De belangrijkste oorzaak voor dit verschil zijn de budgettaire kortingen die gepaard gingen met de decentralisaties in het sociaal domein. (*vraag 6, Appendix A*).

Referenties

Mot, E., K. Stuit, P. Westra en R. Aalbers, 2016, Een raming van de zorguitgaven 2018-2021, CPB Achtergronddocument 30 maart 2016, Den Haag.


Sadiraj, K., M. Ras, L. Putman en J.-J. Jonker, 2013, Groeit de jeugdzorg door? Het beroep op de voorzieningen: realisatie 2001-2011 en raming 2011-2017, SCP, Den Haag.

Technische werkgroep 'Zorgkeuzes in Kaart', 2015, Advies MLT-raming zorg, 17 april 2015, Den Haag.

¹¹ Mot e.a. (2016).

Appendix A: specifieke vragen over de mlt

1. De MLT-raming 2018-2021 van het CPB (raming van maart 2016) bevat voor Jeugd en Wmo samen een volume groei van 3,3%. **(1a)** Hoe is genoemd percentage onderbouwd voor de onderscheiden segmenten? **(1b)** En welke indicatoren zijn gebruikt om tot deze raming te komen?
2. Is in de bestaande ramingen rekening gehouden met de overgang naar een nieuw juridisch stelsel met nieuwe arrangementen (voorzieningsstelsel)?
3. Wat verstaat het CPB onder 'overige groei' en waarom is overige groei voor Jeugd op nul gezet?
4. Welke onderdelen van de 'overige groei' zijn beïnvloedbaar cq. niet-beïnvloedbaar door gemeenten?
5. Welk aandeel hebben de feitelijke zorgkosten over de voorgaande periode in deze segmenten waar de raming op gebaseerd is (1990-2010)?
6. Kan het CPB duiding geven aan de huidige volumeontwikkeling (2017) en verhoudt dit zich tot de MLT-raming?
7. Is bij de raming rekening gehouden met de invoering van de decentralisatie en de effecten daarvan en zo ja, op welke manier? Gemeenten hebben bijvoorbeeld namelijk nu, wellicht tijdelijk, te maken met een toename aan jeugdproblematiek.
8. Is in de bestaande ramingen voor beide segmenten rekening gehouden met het langer thuis wonen van mensen met een zwaardere zorgvraag (door extramuralisering, ambulantisering)?
9. Zo ja, op welke manier zijn deze meegenomen in de raming (bij de ontwikkeling van het volume, maar ook bij de ontwikkeling van de gemiddelde zorgkosten per persoon in deze segmenten en in hoeverre is in de volume toekenning rekening gehouden met autonome kostendrijvers)?



Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau
Bezuidenhoutseweg 30
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
T (088) 984 60 00

info@cpb.nl | www.cpb.nl

Oktober 2017