

**ONDERZOEK BUDGETTEN
TRANSITIE JEUGDZORG
DRENTHE EN GRONINGEN**



**ONDERZOEK BUDGETTEN
TRANSITIE JEUGDZORG
DRENTHE EN GRONINGEN**

Februari 2014



COLOFON

© St. INTRAVAL

Postadres
Postbus 1781
9701 BT Groningen
E-mail info@intraval.nl

www.intraval.nl

Februari 2014

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever

Tekst: J. Snippe (INTRAVAL), M. Bakker (PIONN), N. Postma (Breuer *Institute*)
Opmaak: M. Haaijer
Drukker: Copy-Copy Groningen
Opdrachtgever: Projectleider Transitie Jeugdzorg Drenthe en Projectleider Transitie Jeugdzorg Groningen

ISBN: 978 90 8874 171 5

INHOUDSOPGAVE

	Pagina
Samenvatting	I
Hoofdstuk 1 Inleiding	1
1.1 Vraagstelling	2
1.2 Opzet onderzoek	2
Hoofdstuk 2 Literatuur	7
2.1 Verklarende factoren voor verschil in zorgconsumptie	7
2.2 Verdeelmodel jeugdzorg SCP	10
Hoofdstuk 3 Methode en resultaten	13
3.1 Methode	13
3.2 Resultaten	14
Hoofdstuk 4 Budgetrisico's Groningen en Drenthe	17
4.1 Budget per jeugdige in peiljaar 2012	17
4.2 Totaal budget periode 2012-2017 inclusief taakstelling	18
4.3 Budget per jeugdige 2012-2018 inclusief scenario landelijk verdeelmodel	20
4.4 Budget per jeugdige in gemeenten Drenthe en Groningen	20
4.5 Effecten verdeelmodel	22
Hoofdstuk 5 Conclusies	25
5.1 Verklarende factoren	25
5.2 Budgetrisico's gemeenten	27
5.3 Ten slotte	28
Literatuur	31
Bijlage 1 Methodische verantwoording	35
Bijlage 2 Overzicht verklarende factoren	37
Bijlage 3 Resultaten regressiemodellen	39

SAMENVATTING

Op 1 januari 2015 wordt de nieuwe Jeugdwet ingevoerd. Gemeenten krijgen daarmee de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid voor de uitvoering van alle zorg voor jeugdigen. Voor deze taken ontvangen gemeenten financiële middelen van het rijk. In 2015 zullen deze financiële middelen nog worden toegekend op basis van historische budgetten. Vanaf 2016 wordt geleidelijk overgaan op een budget dat wordt vastgesteld op basis van een zogenoemd objectief verdeelmodel. Het bedrag per gemeente zal dan worden vastgesteld op basis van objectieve criteria, waarvan de exacte invulling nog niet bekend is. Die verdeling kan behoorlijk afwijken van de historische verdeling. Voor regio's met een bovengemiddeld zorggebruik, zoals in relatief veel gemeenten in Groningen en Drenthe het geval is, brengt een objectief verdeelmodel substantiële financiële risico's met zich mee.

In dit rapport is getracht een verklaring te geven voor de relatief hoge bedragen voor jeugdzorg en de grote verschillen in de gemiddelde bedragen per jeugdige voor de gemeenten in de provincies Drenthe en Groningen. Nagegaan is welke factoren het zorggebruik van jeugdigen beïnvloeden en welke gevolgen een opeenstapeling van verklarende factoren hebben op de zorgkosten op gemeenteniveau. De modellen die in dit rapport zijn doorgerekend geven inzicht in verschillende scenario's die vanaf 2015 mogelijk zijn. Er wordt op basis van de beschikbare gegevens, bij onveranderd beleid, inzicht verschaft in het beschikbare budget voor jeugdzorg in de periode 2012-2018. De gepresenteerde bedragen zijn een benadering. De voor de komende jaren weergegeven trend geeft vooral inzicht in de risico's die gemeenten in Groningen en Drenthe lopen met de decentralisatie van de jeugdzorg.

Op dit moment is niet bekend welke factoren in het objectief verdeelmodel van Cebeon worden meegenomen. In onze berekeningen zijn we uitgegaan van een evenredig verdeelmodel, waarbij het landelijk gemiddelde zorgbudget voor een jeugdige als uitgangspunt is genomen. Voor de gemeenten in de provincie Groningen daalt in dit evenredige model het totale budget van € 166 miljoen in 2014 naar € 95 miljoen in 2018. Een afname van 43%. In Drenthe neemt het totale budget af van € 125 miljoen in 2014 naar € 91 miljoen in 2018. Een afname van 27%.

Deze fors lagere budgetten pakken voor de gemeenten in Groningen en Drenthe geheel verschillend uit. In gemeenten waar sprake is van een cumulatie van kenmerken van gezinnen, jeugdigen en ouders (verklarende factoren) die tot meer problemen bij jeugdigen leiden en derhalve tot een relatief hoog zorggebruik zijn de risico's het grootst. Voor deze gemeenten daalt het budget sterker dan gemiddeld. Voor enkele gemeenten zal dit betekenen dat het bedrag dat zij voor jeugdzorg krijgen meer dan gehalveerd wordt. In gemeenten waar de gemiddelde budgetten per jeugdige relatief laag zijn pakt de herverdeling op grond van een evenredig verdeelmodel geheel anders uit. Deze gemeenten kunnen zelfs een hogere vergoeding krijgen dan op dit moment aan zorg voor hun jeugd wordt besteed. Het bedrag kan oplopen tot meer dan een derde van de huidige zorgkosten.

1 INLEIDING

De gemeenten in Nederland staan voor de opgave om in korte tijd tal van majeure veranderingen in en door te voeren waar zij de komende jaren voor verantwoordelijk worden, zowel wat betreft visie, inhoud, inrichting als budgettair. Eén van deze opgaven is de transitie en transformatie Jeugdzorg. Met ingang van 1 januari 2015 wordt de nieuwe Jeugdwet van kracht waar gemeenten binnen de kaders van de nieuwe wet verantwoordelijk voor worden.

Het Rijk garandeert dat individuele gemeenten bij de Meicirculaire 2014 minimaal 95% van het budget voor jeugdzorg krijgen, dat hen in december 2013 is toegezegd. Met andere woorden, de budgetten mogen niet meer dan 5% naar beneden afwijken. De gemeentelijke budgetten voor 2015 zijn berekend op basis van de historische bedragen (2011 en 2012). De verschillen per gemeente zijn groot. Het gemiddeld budget per jeugdige loopt in de provincie Groningen uiteen van € 914,- voor de gemeente Haren tot € 1.881,- voor de gemeente Pekela.¹ In Drenthe zijn de gemiddelde bedragen enigszins lager, maar is het verschil groter tussen de gemeente De Wolden met een relatief laag bedrag per jeugdige (€ 631,-) en de gemeente Assen met een relatief hoog bedrag per jeugdige (€ 1.619,-).

Vanaf 2016 wordt de bijdrage aan gemeenten waarschijnlijk berekend met een 'objectieve verdeelsleutel': het bedrag per gemeente wordt dan vastgesteld op basis van objectieve criteria (de exacte criteria zijn nog niet bekend, maar te denken valt aan leeftijdsopbouw, opleidingsniveau en inkomen). Die verdeling kan behoorlijk afwijken van de historische verdeling.

Voor regio's met een bovengemiddelde zorgconsumptie, zoals in relatief veel gemeenten in Groningen en Drenthe het geval is, brengt een objectief verdeelmodel risico's met zich mee. Een hoog zorggebruik hangt samen met de bevolkingssamenstelling (percentage jeugdigen) en houdt tevens verband met specifieke omstandigheden zoals de sociaal-economische situatie van bewoners en een historisch gegroeide zorginfrastructuur. Sommige factoren zijn door gemeenten niet of nauwelijks te beïnvloeden, maar bepalen wel mede de omvang van het zorggebruik en daarmee de zorgkosten. Het doel van het onderzoek is de factoren die het zorggebruik van jeugdigen beïnvloeden in kaart te brengen en indien mogelijk het effect ervan op de zorgkosten op gemeentenniveau te kwantificeren.

De uitkomsten zijn bedoeld om:

- Inzicht te geven in factoren die het verschil in gemiddelde zorgkosten per jeugdige en het zorggebruik voor de regio Groningen en Drenthe verklaren ten opzichte van een controleregio. Deze factoren kunnen als argumenten gebruikt worden om landelijk het gesprek aan te gaan over een objectief verdeelmodel.

¹ De gemiddelde bedragen per jeugdige kunnen afwijken van andere publicaties. De macrobudgetten zijn op gemeente- en provinciaal niveau overgenomen uit de bijgestelde meicirculaire. De grondslag voor het vaststellen van het gemiddelde budget per jeugdige per gemeente is echter onduidelijk. In dit rapport is als grondslag het aantal jeugdigen van 0-17 jaar op 1 januari 2012 gehanteerd.

- Gemeenten inzicht te verschaffen in de budgetrisico's vanaf 2015 die gepaard gaan met het gehanteerde budgetverdeelmodel.

1.1 Vraagstelling

De vragen die in het onderzoek aanbod komen zijn:

1. Welke factoren verklaren de afwijkende prevalentie cijfers van zorggebruik in Groningen en Drenthe ten opzichte van een controleregio? Hoe zouden deze factoren meegewogen kunnen worden in het objectieve verdeelmodel, zodat er meer evenwichtig wordt toebedeeld?
2. Welke budgetrisico's brengt het huidige verdeelmodel (Cebeon) met zich mee voor de regio's/gemeenten in de provincies Groningen en Drenthe voor 2015 en verder?

1.2 Opzet onderzoek

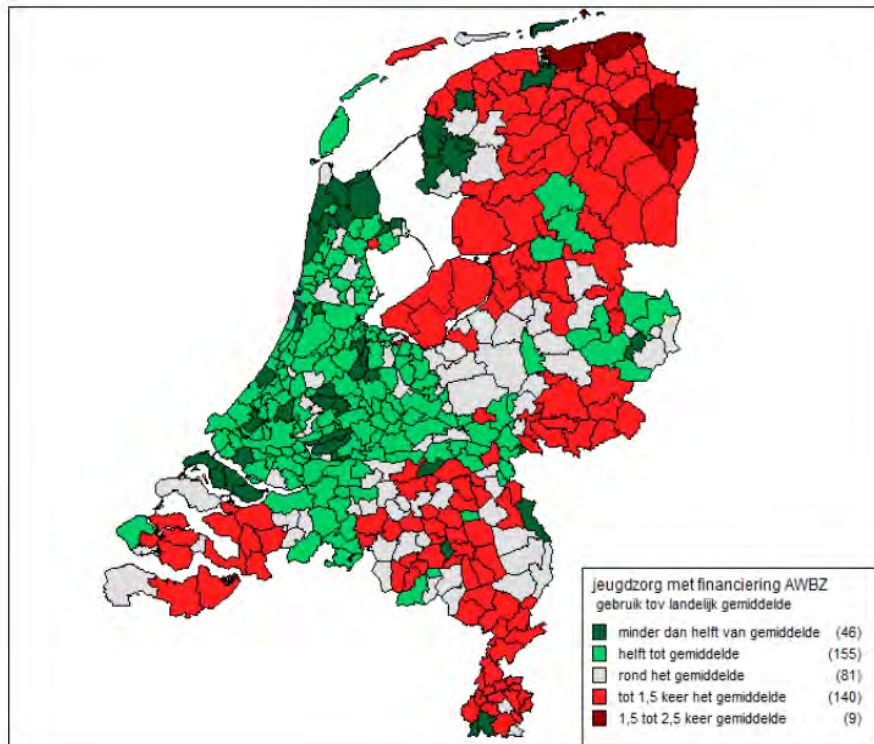
Verschillen in gemiddelde zorgkosten per jeugdige en het zorggebruik onder jeugdigen in de provincies Groningen en Drenthe kunnen voor een deel worden verklaard door regionale verschillen in opleiding, inkomen en leefstijlrisico's. Omdat leefstijl weer sterk samenhangt met de sociaal-economische positie en de gezinsvorm van huishoudens waarin kinderen opgroeien, maken we gebruik van factoren om de verschillen in de zorgkosten per jeugdige tussen gemeenten in de provincies Groningen en Drenthe te duiden. De factoren geven een eerste verklaring voor de geconstateerde regionale verschillen in de gemiddelde zorgkosten per jeugdige. Een andere daaraan gerelateerde oorzaak ligt in het verschil in gebruik van zorgvoorzieningen.

Literatuur

Gestart is met een scan van de literatuur met als doel inzicht te verkrijgen in met name sociaal-maatschappelijke en sociaal-economische factoren die van invloed zijn op prevalentie² van zorggebruik. Op basis van deze in de literatuur vermelde factoren is een analysemodel ontwikkeld waarmee we de samenhang tussen de prevalentie cijfers en de relevante factoren voor Groningen en Drenthe in beeld brengen. Het gebruik van met name de door de AWBZ gefinancierde jeugdzorg (figuur 1.1) ligt in Groningen en Drenthe (ruim) boven het landelijk gemiddelde. De hele provincie Groningen is (donker)rood gekleurd en Drenthe is grotendeels rood gekleurd. In de rangorde van alle 408 gemeenten in Nederland bezetten Groninger gemeenten de eerste 12 plaatsen, met Pekela op nummer één, gevolgd door Oldambt. In de Randstad en het Westen van Nederland is het gebruik van dit type zorg kennelijk een stuk lager. Er zijn dus meer jongeren in de provincie die langdurige zorg nodig hebben. Het aantal cliënten dat gebruik maakt van jeugdzorg gefinancierd via de Zorgverzekeringswet (ZVW) is in Groningen en Drenthe, vergeleken met het landelijke beeld, eveneens hoog. Het gaat hierbij om de kortdurende gespecialiseerde jeugd-GGZ, zoals behandeling bij een psychische aandoening. Uit figuur 1.3 blijkt dat het gebruik van provinciaal gefinancierde jeugdzorg minder sterk verschilt.

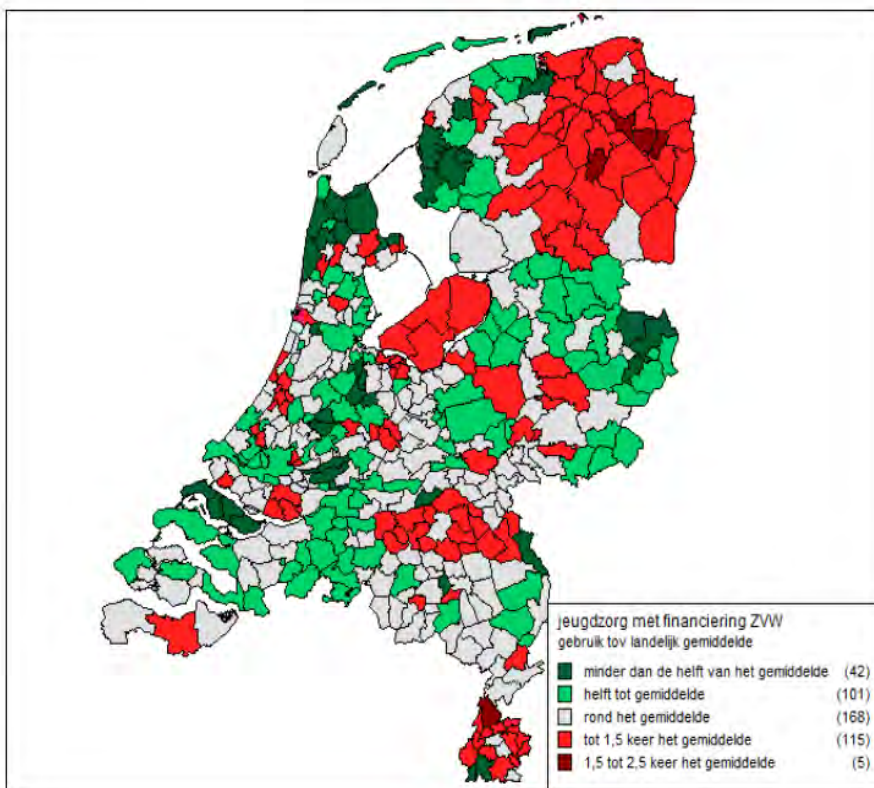
² Het aantal personen met een ziekte of stoornis op een bepaald moment in een bepaalde populatie.

Figuur 1.1 Gebruik van AWBZ gefinancierde Jeugdzorg



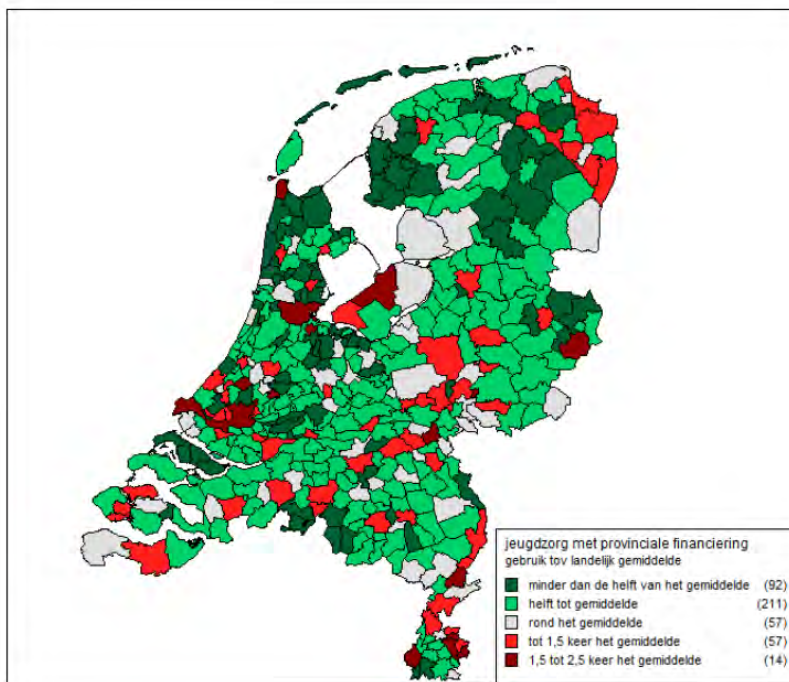
Bron: Sociaal Plan Bureau Groningen 2013

Figuur 1.2 Gebruik van ZVW gefinancierde jeugdzorg



Bron: Sociaal Plan Bureau Groningen 2013

Figuur 1.3 Gebruik van provinciaal gefinancierde jeugdzorg



Bron: Sociaal Plan Bureau Groningen 2013

Controleregio

Ter vergelijking is gekozen voor een controleregio waar de kosten van zorg voor jeugd gemiddeld laag is. Uit voorgaande figuren blijkt dat in de Randstad het gebruik van AWBZ en ZVW gefinancierde jeugdzorg aanzienlijk lager ligt dan in Groningen en Drenthe. Er is gekozen voor de regio Noord-Holland. Anders dan de provincies Groningen en Drenthe telt Noord-Holland met Amsterdam-Amstelland en de Zaanstreek een zeer sterk verstedelijkt gebied. Om de vergelijking met Groningen en Drenthe recht te doen zijn de gemeenten in deze beide gebieden niet meegenomen. Dit overige deel van Noord-Holland is een regio met zowel landelijke gebieden als steden die een vergelijkbare omvang hebben als die in Groningen en Drenthe. Het aantal gemeenten is met 38 in Noord-Holland en 35 in Groningen en Drenthe eveneens vergelijkbaar. Een dergelijke vergelijking met een controleregio geeft meer inzicht in de factoren die van invloed zijn op de zorgkosten en het zorggebruik.

Analyses

Aan de hand van statistische analyses (regressieanalyses) is nagegaan in hoeverre de in de literatuur bekende factoren die van invloed zijn op de zorgbehoefte de verschillen in de gemiddelde zorgkosten per jeugdige tussen gemeenten in de provincies Groningen en Drenthe en de controlegemeenten in Noord-Holland kunnen verklaren.

Model voor budgetrisico's

Vervolgens is het landelijke bekostigingsmodel (de meicirculaire) langs de situatie in Groningen en Drenthe gelegd en is duidelijk gemaakt welke risico's er zijn voor de gemeenten in beide provincies. Volgens het Centraal Planbureau (CPB) kunnen individuele gemeenten in financiële problemen komen wanneer grote onverklaarbare verschillen in de verdeelmodellen cumuleren, nog afgezien van de budgetkorting die met de overheveling van taken gepaard gaan. Het beschikbare budget

per gemeente geeft inzicht in de mate waarin de gemeenten in Groningen en Drenthe worden getroffen in het budget wanneer een landelijk uniform verdeelmodel wordt gehanteerd en in welke gemeenten de risico's het grootst zijn. Deze doorvertalingen naar de gemeenten in Groningen en Drenthe zijn inzichtelijk gemaakt aan de hand van verschillende modellen.

2 LITERATUUR

Beschikbare cijfers over het gebruik van zorg zijn vooral gebaseerd op gegevens van de zorgaanbieders. Bekend is hoeveel jeugdigen van 0-17 jaar cliënt zijn bij jeugd-GGZ, de jeugdzorg en gebruik maken van zorg en begeleiding gefinancierd uit de AWBZ. Ook de kosten van deze hulpvormen zijn bij benadering beschikbaar. In totaal gaat het voor de provincie Groningen in 2012 om 159 miljoen euro en in Drenthe om 119 miljoen euro (Cebeon/SCP, 2013). De zorgkosten per jeugdige in Groningen en Drenthe wijken (sterk) af van het landelijk gemiddelde. De zorgkosten per jeugdige liggen in Groningen gemiddeld op 1.446 euro en in Drenthe gemiddeld op 1.143 euro, terwijl het landelijk gemiddelde 983 euro bedraagt. Vanwege het mogelijke risico dat bij een herverdeling van de middelen vanaf 2016 uitgegaan wordt van een landelijk gemiddelde, is het belangrijk na te gaan welke risicokenmerken van de bevolking de kans op het ontstaan van problemen bij jeugdigen verhogen en bepalend zijn voor het gebruik en de kosten van jeugdzorg.

2.1 Verklarende factoren voor verschil in zorgconsumptie

Om mogelijke verklaringen te achterhalen voor verschillen in prevalentie cijfers van zorggebruik, zijn uit de literatuur risicofactoren voor opvoed- en opgroei problemen geselecteerd. Hierbij is onder andere gebruik gemaakt van het voorstel voor een objectief verdeelmodel jeugdzorg (SCP, 2009) en de studies 'Terecht in de jeugdzorg' (SCP, 2013) en 'Groeit de jeugdzorg door?' (SCP, 2013). Het lijkt voor de hand te liggen dat de indicatoren voor zorggebruik uit de bestaande (SCP) literatuur worden opgenomen in het uiteindelijke objectieve verdeelmodel van Cebeon.

Verschillen in zorggebruik

Bekend is dat het zorggebruik niet evenredig is verdeeld over de bevolking. Op basis van inzichten in de wetenschappelijke literatuur is nagegaan welke factoren van het kind (kindfactoren) en in het gezin (ouder- en gezinsfactoren), het verschil in de zorgvraag kunnen verklaren. Tevens is gekeken naar regionale kenmerken die kunnen leiden tot verschillen in zorgvraag (omgevingsfactoren).

Kindfactoren

Er is verschil tussen geslacht en mate van probleemgedrag. Externaliserende problemen, zoals agressiviteit en ongehoorzaamheid, komen vooral bij jongens voor. Internaliserende gedragsproblemen, zoals depressie en eetproblemen, komen vooral bij meisjes voor (Vollebergh, 2010). De meeste problemen komen in de leeftijdsgroep 12-17 jaar voor. Dit heeft er bijvoorbeeld mee te maken dat jongeren dan meer tijd op school en met vrienden doorbrengen dan bij hun ouders (Sentse, 2010).

Uit onderzoek van SCP (2013) blijkt dat er een verband is tussen zwakbegaafde en verstandelijk beperkte kinderen en kind- en opvoedproblemen. In vergelijking met problemen van licht verstandelijk gehandicapten zijn die van zwaar gehandicapten niet groter. Verklaringen hiervoor kunnen zijn dat er voor zwaarder gehandicapten dusdanige zorg aanwezig is dat hun problemen niet groter zijn dan die van licht verstandelijk gehandicapten en dat hun beperking zichtbaarder is voor de

buitenwereld. Ditzelfde onderzoek onder ouders laat zien dat ouders van kinderen die een laag onderwijsniveau volgen 29% meer dan gemiddeld kind- en opvoedproblemen rapporteren. Dit kan te maken hebben met het feit dat jongeren door hun gedragsproblemen, onder meer blijkend uit concentratieproblemen en druk gedrag, het schoolniveau niet aan kunnen. Ook kan het volgen van een laag onderwijsniveau de problematiek van een jongere versterken door de aanwezigheid van medeleerlingen waar vergelijkbare problematiek speelt (Van Dorsseleer, 2010).

Uit gegevens van Bureau Jeugdzorg Utrecht over de periode 2004-2006 blijkt dat allochtone kinderen oververtegenwoordigd zijn in de zwaardere vormen van jeugdzorg, zoals jeugdreclassering en jeugdbescherming, in vergelijking met lichtere vormen van jeugdzorg, zoals de vrijwillige jeugdzorg (Van der Gaag en Speet, 2010). Opvallend is dat slechts een op de tien cliënten met een indicatie voor AWBZ gefinancierde zorg een allochtone achtergrond heeft. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn taalproblemen bij personen met een allochtone achtergrond, verschillen in verwachtingen van hulpverlening tussen hulpverlener en allochtonen of schaamte bij allochtonen wanneer zij om hulp moeten vragen.

Gezinsfactoren

Uit een onderzoek van de Erasmus Universiteit en het RIVM naar het gebruik en de kosten van gezondheidszorg in Nederland blijkt dat dit samenhangt met de sociaal-economische positie, de samenlevingsvorm en het land van herkomst van personen (Kunst e.a. 2007). Op basis van het Permanent Onderzoek Leefsituaties (POLS) concluderen de auteurs dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen verschillende bevolkingsgroepen. Personen uit lagere sociaal-economische klassen gebruiken aanzienlijk meer zorg. Dit hogere gebruik van medische voorzieningen wordt vooral verklaard doordat betreffende groepen meer functiestoornissen hebben, zich zieker voelen, vaker chronisch ziek zijn en een slechtere kwaliteit van leven hebben. De sociaal-economische verschillen zijn de laatste tien jaar niet verminderd (Bruggink, 2009).

Het onderzoek van Bureau Jeugdzorg laat zien dat er een overlap is tussen de sociaal-economische status, de sociaal-culturele achtergrond van cliënten en enkelvoudige of multiproblematiek. Cliënten met kind problematiek, waarbij het kind een stoornis of aandoening heeft, hebben gemiddeld de hoogste sociaal-economische status en cliënten met multiproblematiek, waarbij een gezin problemen op meerdere leefgebieden heeft, de laagste. Een verklaring voor het verband tussen sociaal-economische status en multiproblematiek is dat multiproblematiek kan samenhangen met financiële problemen, wat kan leiden tot huisvestingsproblemen en voor spanningen tussen de ouders of tussen de ouders en de kinderen in het gezin kan zorgen. Allochtone kinderen hebben vaker met multiproblematiek te maken (Van der Gaag en Speet, 2010).

Kinderen die opgroeien met een risico op armoede hebben vaker te maken met materiële beperkingen, nemen minder vaak deel aan vrijetijdsactiviteiten en hebben vaker gezondheidsproblemen dan kinderen die zonder armoederisico opgroeien (Van den Brakel, 2012; SCP/CBS, 2012; Jehoel-Gijsbers, 2009). Kinderen in een eenoudergezin lopen het meest risico op armoede, omdat er slechts één kostwinner is. Daarnaast komt in een eenoudergezin de zorg vaak voor een belangrijk deel bij één ouder terecht en is er geen partner waarmee problemen in de opvoeding besproken kunnen worden.

Geldzorgen door armoede, bijvoorbeeld als gevolg van werkloosheid, kunnen leiden tot spanningen en hierdoor kunnen ouders soms hun zorgtaken minder goed uitvoeren. Een verhoogd risico op armoede is het opgroeien bij moeders die op jonge leeftijd een kind krijgen (tiernermoeders). Vaak zijn deze ouder(s) nog niet economisch zelfstandig, hebben hun opleiding (nog) niet afgerond en hebben geen startkwalificatie of studeren nog. Wanneer ze werk hebben, krijgen ze vaak relatief weinig betaald. Daarnaast kan de beperkte levenservaring van de moeder leiden tot problemen met de opvoeding (Coley en Chase-Lansdale 1998; Levine, 2007). Geboortecijfers onder tienermeisjes hangen niet alleen samen met allochtone herkomst, maar ook met sociaal-economische positie (CBS 2013). Enkele aan de rand van Nederland gelegen gebieden vallen volgens het CBS op door het relatief hoge percentage tienermoeders: Den Helder (met veel Antilliaanse jongeren), Oost-Groningen, Zuid-Limburg en Zeeuws-Vlaanderen (met een relatief zwakke sociaal-economische positie).

Wierdsma en Kamperman (2011) hebben onderzocht in hoeverre er verschillen zijn in het gebruik van de jeugd-GGZ. Uit hun onderzoek op basis van gegevens van het Rotterdams Psychiatrisch Casusregister blijkt dat de instroom van patiënten hoger is in de lagere inkomensgroepen. Daarnaast komen alle etnische groepen minder in zorg dan de autochtone Nederlanders. Zowel etnische als sociaal-culturele verschillen spelen volgens de auteurs een rol in de toegang tot de Jeugd-GGZ. Toegang tot jeugd-GGZ is niet gelijk aan zorgbehoefte. Bij de verklaring van verschillen in gebruik van jeugd-GGZ spelen naast verschillen in zorgtoeleiding ook cultuurspecifieke factoren als ziektebesef en vertrouwen in de effectiviteit van de behandeling een rol. Personen met een lage opleiding profiteren het minst als wordt gekeken naar de gerealiseerde gezondheid, zijn het meest gevoelig voor leefstijlrisico's en brengen de hoogste zorgkosten met zich mee. Deze groep is volgens de Raad voor de Gezondheidszorg (2013) sinds 2000 gekrompen van circa 40% tot circa 30% van de bevolking van 18 tot 65 jaar. Dat is positief, maar vermoedelijk is de resterende, nog altijd omvangrijke groep, extra gevoelig. Deze 30% van de bevolking is niet evenredig over het land verspreid. In sommige regio's bevinden zich concentraties van bewoners met een lage opleiding.

Regionale kenmerken

In het Noorden van het land ligt de sociaal-economische status door onder meer een lager gemiddeld opleidingsniveau lager dan gemiddeld in Nederland (Vektis, 2013). De landelijke Jeugdmonitor laat zien dat huishoudens in de grensstreek van Groningen en Drenthe 7-11% meer risico op armoede lopen (CBS, 2013). Volgens de OECD (2013) is dit het gevolg van selectieve migratie. Omdat de werkgelegenheid is geconcentreerd in stedelijke gebieden en economisch sterke regio's trekken hoger opgeleiden daar naar toe. Minder mobiele bewoners en lager opgeleiden blijven achter in gebieden met een relatief hoge werkloosheid en aantal arbeidsongeschikten. In Groningen en Drenthe wordt bijvoorbeeld een hoger beroep op Wajong-uitkeringen gedaan. De drie gemeenten met het hoogste aandeel jongeren in de Wajong liggen in de provincie Groningen. Ook maken in Oost-Groningen meer mensen gebruik van de sociale werkvoorziening dan landelijk.

Het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) hebben in 2011 een analyse uitgevoerd naar de verklaring van gemeentelijke verschillen in de levensverwachting aan de hand van een multivariaat regressiemodel. Uit de analyse blijkt dat demografische, culturele/leefstijl, sociaal-economische en geografische variabelen allen een belangrijke rol spelen bij de verklaring van de gemeentelijke levensverwachting. Van de sociaal-

economische variabelen is met name het percentage mensen met een uitkering van belang. In gemeenten waar dit percentage hoog ligt, is de levensverwachting lager (Loke en De Jong, 2012). In Nederland is de gemiddelde levensverwachting in 2007-2010 80,5 jaar. Gezondheid is ongelijk verdeeld in Nederland. De gezondheid van mensen in lagere sociaal-economische groepen is over het algemeen slechter dan die van mensen in hogere sociaal-economische groepen. Zo leven mensen met alleen basisschool zeven jaar korter dan mensen met een hbo- of universitaire opleiding; het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen is zelfs meer dan vijftien jaar. In het algemeen ligt de levensverwachting in Noord-Nederland lager (Bruggink, 2009). In deze regio zijn duidelijke verschillen tussen gemeenten. De gemiddelde levensverwachting is lager in de gemeenten Appingedam (-1,4 jaar), Delfzijl (-0,8), Bellingwedde (-0,6), Menterwolde (-1,2), Oldambt (-1,7), Pekela (-2,0), Stadskanaal (-1,0), Veendam (-1,6), Vlagtwedde (-1,9) en Emmen (-1,0).

Relevante factoren die samenhangen met een lagere SES en in Groningen en Drenthe en een verklaring kunnen zijn voor van het landelijk beeld afwijkend zorggebruik en zorgkosten, zijn onder meer:

- gezinnen met uitkering (ww, bijstand, Wajong)
- (jeugd)werkloosheid
- eenoudergezinnen
- tienermoeders
- opleidingsniveau kind
- opleidingsniveau ouders
- naast inkomen of opleidingsniveau kunnen ook verstandelijke of lichamelijke kenmerken een hogere zorgconsumptie verklaren. In Nederland heeft gemiddeld 14% een chronische aandoening. In Drenthe en Groningen ligt dit met een percentage tussen de 15 en 17% hoger (Vektis, 2013). Daarnaast is het percentage jongeren met een handicap in Groningen 75% hoger dan het landelijk gemiddelde. Drenthe behoort op dit gebied tot de middenmoot (Tierolf en Oudenampsen, 2013).

2.2 Verdeelmodel jeugdzorg SCP

In 2009 heeft het SCP een verdeelmodel opgeleverd dat een beeld geeft van de vraag naar jeugdzorg in de verschillende jeugdzorgregio's. In het verdeelmodel zijn de volgende risicofactoren opgenomen:

- Geslacht
- Opleidingsniveau
- Niet-westerse allochtoon
- Eenoudergezin
- Inkomen

De risicofactoren die in dit model zijn opgenomen, blijken niet het verschil in zorggebruik tussen het landelijke beeld en Groningen en Drenthe te verklaren. Uit het model blijkt dat in zowel Drenthe als Groningen minder kinderen wonen met risicofactoren dan gemiddeld in Nederland (SCP, 2009). Het is de vraag of (een deel van) deze factoren verschillen tussen regio's voldoende kunnen verklaren.

Het verdeelmodel is namelijk gebaseerd op zorgbehoefte in plaats van –gebruik. Verder zijn onderstaande beperkingen in de totstandkoming van het model naar voren gekomen:

- Idealiter zou in een verdeelmodel de vraag naar jeugdzorg leidend moeten zijn, maar door het ontbreken van die data is het verdeelmodel gebaseerd op data over de behoefte aan jeugdzorg.
- Door het ontbreken van landelijke registraties over de vraag naar jeugdzorg is gebruik gemaakt van landelijke steekproeven die inzicht geven in de behoefte aan jeugdzorg. De informatie uit deze steekproeven is niet met het doel om te komen tot een verdeelmodel verzameld.
- Een beperking van de gebruikte steekproef is dat alleen allochtone gezinnen waarvan alle leden Nederlands spraken en lazen zijn opgenomen in het onderzoek. Dit kan gezorgd hebben voor een ondervertegenwoordiging van het aantal allochtonen.
- In het verdeelmodel ontbreken een aantal risicofactoren, omdat hiervan op regioniveau geen trendgegevens of recente gegevens beschikbaar waren. Hierdoor ontbreekt bijvoorbeeld inzicht in de gezondheid van ouders en kinderen, terwijl dit wel mogelijke voorspellers zijn van het gebruik van (jeugd)zorg.

Het is bij het verdeelmodel belangrijk te realiseren dat gebruik is gemaakt van gegevens die afkomstig zijn uit steekproefonderzoek. Gegevens van steekproefonderzoek zijn altijd schattingen met betrouwbaarheidsmarges. Voor de leesbaarheid worden vaak de betrouwbaarheidsmarges weggelaten, maar dat betekent niet dat ze er dan niet meer zijn. Daarnaast zijn in steekproeven lastig te bereiken doelgroepen vaak minder goed vertegenwoordigd, waardoor de onzekerheid over de beschikbare gegevens groter is. In het verdeelmodel wordt bijvoorbeeld een groot deel van de middelen verdeeld via het aandeel ‘niet-westerse allochtonen’, terwijl deze groep een gering beroep doet op de lichtere vormen jeugdzorg en ondervertegenwoordigd is in de steekproef. Deze beperking geldt ook voor de gegevens uit de studie ‘Terecht in de jeugdzorg’ (SCP, 2013). De data is gebaseerd op de behoefte aan zorg en voor een groot deel afhankelijk van de zelfrapportage van ouders. Dit kan leiden tot een vertekening van de resultaten, omdat ouders de problematiek van hun kind niet of onvoldoende onderkennen of niet in staat zijn aan te geven van welke zorg daadwerkelijk gebruik is gemaakt.

Zorgvraag of zorggebruik

Verschillen in kosten per jeugdige worden veroorzaakt door verschillen in zorgbehoefte en de vraag naar zorg. Daarnaast kan er nog verschil zijn in vraag naar zorg en de noodzaak voor zorg. Wordt er in vergelijkbare situaties om dezelfde zorg gevraagd?

Inzicht in zorgbehoefte en zorgvraag zijn echter lastig te verkrijgen. Hiervoor is langdurig onderzoeken nodig onder de bevolking. Het feit dat het hier om kinderen van 0-17 jaar gaat maakt het extra gecompliceerd, de zorgbehoefte van jonge kinderen is lastig vast te stellen. Een van de beperkingen die bij het door SCP ontwikkelde verdeelmodel (SCP, 2009) is genoemd, is dat er gekeken is naar zorgbehoefte op basis van gegevens van ouders en jeugdigen.

Rekening houdend met beperkingen in tijd en middelen wordt in dit rapport gebruik gemaakt van de daadwerkelijke zorgconsumptie en relevante factoren over de achtergrondkenmerken van gezinnen in Groningen en Drenthe om het verschil in zorggebruik te verklaren. Een complicerende factor bij het uitsluitend kijken naar zorggebruik is dat dit mogelijk ook bepaald wordt door het aanbod van

voorzieningen in een gemeente. Met name in gemeenten met een volwaardig en breed aanbod van zorgvoorzieningen mede van invloed te zij op de zorgvraag. Het aanbod speelt immers in op de vraag.

Statistische analyse

Het SCP ontwikkelt sinds 2009 een verklaringsmodel voor de jeugdzorgkosten op gemeentelijk niveau. De factoren die zijn opgenomen in dit door het SCP in 2009 opgestelde verdeelmodel lijken echter onvoldoende het verschil in het landelijke zorggebruik en het zorggebruik in Drenthe en Groningen te verklaren. Dit kan, zoals eerder al is opgemerkt, te maken hebben met het ontbreken van relevante data op regionaal of gemeentelijk niveau. Een analyse van het verdeelmodel laat namelijk zien dat provincies met een minder gezonde bevolking, bijvoorbeeld de provincie Limburg, anders dan op grond van een verdeelmodel dat rekening houdt met risicofactoren in de bevolking zou mogen worden verwacht, te maken kunnen krijgen met een budgetkorting (Notenboom e.a., 2009).

Op basis van de bovenstaande literatuurstudie en kennis over zorggebruik door verschillende doelgroepen, zijn in tabel 1 (bijlage 2) kind-, ouder- en gezinsfactoren opgenomen die het verschil in zorggebruik kunnen verklaren. In tabel 1 is tevens een korte omschrijving van de factoren en de gebruikte bron vermeld.

3 METHODE EN RESULTATEN

In dit onderzoek wordt naar factoren gezocht die verantwoordelijk zijn voor de verschillen in de gemiddelde zorgkosten per jeugdige. Deze kosten zijn relatief hoog in Groningen en Drenthe en laag in de controleregio Noord-Holland (exclusief Amsterdam-Amstelland en Zaanstreek-Waterland). Daarnaast is nagegaan welke factoren samenhangen met het zorggebruik in de regio Groningen en Drenthe ten opzichte van de controleregio Noord-Holland (exclusief Amsterdam-Amstelland en Zaanstreek-Waterland). Bij zorggebruik gaat het om het aantal 0-17 jarigen dat daadwerkelijk gebruik heeft gemaakt van jeugdzorg.

3.1 Methode

De gegevens over de gemiddelde zorgkosten per jeugdige zijn gebaseerd op ramingen en komen uit de rapportage 'Verdeling historische middelen jeugdzorg (SCP, december 2013). Deze historische cijfers zijn een momentopname voor het jaar 2012 (SCP, verdeling historische middelen jeugdzorg, december 2013). De gegevens over het zorggebruik komen uit de Landelijke Jeugdmonitor (SCP, december 2013). De historische cijfers van het zorggebruik per regio zijn beschreven naar financieringsvorm (AWBZ, ZVW en Begroting Provincie (Provinciale Jeugdzorg)).

Verklarende factoren (parameters)

Op basis van de literatuur worden risicofactoren voor opvoed- en opgroei problemen over het algemeen onderverdeeld in sociaal-economische factoren, ouder- en gezinsfactoren en kindfactoren (SCP, 2009, 2011, 2013a en 2013b). Cijfers over de uit de literatuur bekende risicofactoren zijn bijeengebracht vanuit de database Statline van het CBS, de Landelijke jeugdmonitor en Kinderen in Tel 2012. De kanttekening hierbij is dat niet alle verklarende factoren uit de literatuur beschikbaar zijn (of op gemeentelijk niveau beschikbaar zijn). Dit geldt bijvoorbeeld voor regionale gegevens over kinderen met ouders met psychiatrische problemen of verslavingsproblemen (KOPP en KOV kinderen). De vraagstelling van het statistische onderzoek is: in welke mate dragen sociaal-economische factoren, ouder- en gezinsfactoren en kindfactoren bij aan het verklaren van de gemiddelde zorgkosten per jeugdige en het zorggebruik in de regio Groningen-Drenthe in vergelijking met de regio Noord-Holland?

Op basis van de literatuur en de beschikbaarheid van de gegevens, is de volgende set van potentiële verklarende factoren meegenomen in dit onderzoek en de analyses. Bij de sociaal-economische factoren gaat het om: het percentage kinderen met kans op armoede en het percentage bijstandsgezinnen. Bij de ouder- en gezinsfactoren gaat het om: het percentage eenoudergezinnen; het percentage gezinnen met 3 of meer kinderen; het percentage tienermoeders; en het percentage ouders met een lage opleiding. Bij de kindfactoren gaat het om: het percentage gehandicapte kinderen; het percentage niet-westerse allochtonen jonger dan 20 jaar; het percentage vmbo leerlingen leerweg basis/kader (lage opleiding); en het percentage voortijdig schoolverlaters (vsv'ers). Een overzicht van de risicofactoren die zijn meegenomen in het onderzoek en de beschikbare bron staan beschreven in bijlage 2.

Statistische analyses

Met behulp van een lineaire regressie analyse is nagegaan in hoeverre de risicofactoren en de gemiddelde zorgkosten per jeugdige samenhangen. Een voordeel van lineariteit is dat het model bestendig is tegen provinciale of gemeentelijke herindelingen. De analyses zijn op dezelfde manier uitgevoerd voor alle regio's.

Per regio zijn univariate regressie analyses uitgevoerd om de bijdrage van de afzonderlijke risicofactoren aan het verklaren van de gemiddelde zorgkosten per jeugdige te achterhalen. Met behulp van multivariate regressieanalyses is vervolgens bepaald in hoeverre de afzonderlijke factoren gezamenlijk een bijdrage leveren aan het verklaren van de gemiddelde zorgkosten per jeugdige. De afzonderlijke factoren zijn op basis van de literatuur ingedeeld in een van de drie risicodomeinen voor opvoed- en opgroei-ondersteuning. Dit betekent bijvoorbeeld dat de afzonderlijke factoren, kinderen met kans op armoede en bijstandsgezinnen zijn opgenomen in het regressiemodel voor Sociaal Economische Status (Model 1: SES).

Gezien het relatief kleine aantal gemeenten in Drenthe (12) en Groningen (23) zijn deze regio's in de analyse samengevoegd, zodat de power van het model toeneemt en er een betrouwbaarder beeld ontstaat van de verklaringskracht van de multivariate regressiemodellen in vergelijking met de 38 gemeenten in Noord-Holland. Dezelfde regressie analyses zijn uitgevoerd voor het verklaren van het zorggebruik per financieringsvorm (AWBZ, ZVW en Begroting Provincie). De volledige beschrijving van het analysemodel is beschreven in Bijlage 1, Methodische verantwoording.

3.2 Resultaten

De analyses zijn achtereenvolgens uitgevoerd voor de gemiddelde zorgkosten per jeugdige, voor het zorggebruik van jeugdigen per financieringsvorm en voor de meest kwetsbare gemeenten in Groningen en Drenthe. Vervolgens wordt besproken wat de gevolgen van de resultaten van de analyses zijn voor een landelijk objectief verdeelmodel van de kosten van jeugdzorg.

Gemiddelde zorgkosten per jeugdige

Kindfactoren leveren in de (samengevoegde) regio Groningen-Drenthe en in de regio Noord-Holland de grootste bijdrage aan het verklaren van de gemiddelde zorgkosten per jeugdige (Bijlage 3, Tabel 2). In beide regio's is het percentage gehandicapte kinderen een belangrijke verklarende factor. SES factoren en ouder-gezinsfactoren blijken relatief gezien een grotere bijdrage te leveren aan het verklaren van de gemiddelde zorgkosten per jeugdige in Groningen-Drenthe dan in de regio Noord-Holland. Over het algemeen blijken sociaaleconomische factoren en het percentage gehandicapte kinderen zwaar mee te wegen in het verklaren van de gemiddelde zorgkosten per jeugdige in de regio Groningen-Drenthe.

Zorggebruik naar financieringsvorm

SES factoren en ouder-gezinsfactoren leveren in de regio Groningen-Drenthe een grotere bijdrage aan het verklaren van het zorggebruik dan in de regio Noord-Holland. Deze trend is gelijk voor alle drie financieringsvormen (Bijlage 3, Tabellen 4, 5 en 6). De verklaringskracht van de modellen is voor de regio Groningen-Drenthe (bijna) dubbel zo groot als voor de regio Noord-Holland. Het percentage

bijstandsgesinnen en het percentage eenoudergesinnen blijken vooral een belangrijke significante bijdrage te leveren aan het verklaren van het zorggebruik in de regio Groningen-Drenthe. In de regio Noord-Holland blijkt het vooral het percentage niet-westerse allochtonen te zijn dat een bijdrage levert aan het verklaren van het zorggebruik.

Bijdrage van niet-westerse allochtonen

Het percentage niet-westerse allochtonen jonger dan 20 jaar lijkt op zichzelf niet een bijdrage te leveren aan het verklaren van het zorggebruik in de regio Groningen-Drenthe (Bijlage 3, Tabel 7). In de regio Noord-Holland is dit uitdrukkelijk wel het geval. In de regio Groningen-Drenthe blijkt het percentage bijstandsgesinnen de grootste bijdrage te leveren aan het verklaren van het zorggebruik. Dezelfde trend is zichtbaar als de meest kwetsbare gemeenten in Groningen en Drenthe worden samengevoegd. Deze selectie is gebaseerd op de gemeenten die de hoogste zorgkosten per jeugdige hebben en de hoogste scores hebben op het percentage bijstandsgesinnen, het percentage eenoudergesinnen en het percentage niet-westerse allochtonen onder de 20 jaar. Het betreft in de regio Groningen de gemeenten Appingedam, Bellingwedde, Delfzijl, Groningen, Hoogezand-Sappemeer, Menterwolde, Oldambt, Pekela, Stadskanaal en Veendam. In de regio Drenthe betreft het de gemeenten Assen, Emmen en Hoogeveen. Voor deze gemeenten in de regio Groningen-Drenthe is er geen statistisch significante samenhang gevonden tussen het percentage niet-westerse allochtonen jonger dan 20 jaar en de gemiddelde zorgkosten per jeugdige of het zorggebruik, ongeacht financieringsvorm. Dit was nog wel het geval in de gehele regio Groningen-Drenthe (zie Tabel 3). Dit geeft een indicatie dat het percentage niet-westerse allochtonen in deze meest kwetsbare gemeenten nog minder van belang is voor het verklaren van het zorggebruik.

Objectief verdeelmodel

Op basis van de resultaten lijkt het erop dat in de regio Groningen-Drenthe sociaal-economische achterstand een belangrijke rol speelt in het verklaren van het zorggebruik. Een objectief verdeelmodel dat het percentage niet-westerse allochtonen zou opnemen als indicator zal onevenwichtig negatief uitpakken voor de regio Groningen-Drenthe. In de regio Groningen en Drenthe wonen namelijk verhoudingsgewijs minder niet-westerse allochtonen jonger dan 20 jaar, namelijk 9.3% in Groningen en 5.7% in Drenthe ten opzichte van 16.5% in Nederland.

Een overweging zou zijn om in het objectieve verdeelmodel geen parameter niet-westerse allochtonen op te nemen, maar parameters gericht op sociaal-economische achterstand (bijvoorbeeld het percentage bijstandsgesinnen en eenoudergesinnen). In deze parameters zijn de niet-westerse allochtonen reeds vertegenwoordigd. Deze aanname wordt ondersteund op basis van onze resultaten dat er een sterke samenhang bestaat tussen het percentage bijstandsgesinnen en het percentage niet-westerse allochtonen (Dr: $r = .83$. Gr: $r = .64$ en NH: $r = .73$) en tussen het percentage eenoudergesinnen en het percentage niet-westerse allochtonen (Dr: $r = .94$, Gr: $r = .70$ en NH: $r = .60$).

4 BUDGETRISICO'S GRONINGEN EN DRENTHE

Aan de hand van verschillende modellen zijn de huidige en toekomstige budgetten voor Jeugdzorg in de provincies Groningen en Drenthe voor de jaren vanaf 2012 tot 2018 in beeld gebracht. Er is gebruik gemaakt van de gegevens van de meicirculaire 2013 en de bijstelling daarvan in december 2013 (Cebeon en SCP). Het budget van 2015 is voorlopig vastgesteld op basis van jeugdzorggegevens uit het peiljaar 2012. Naar verwachting wordt vanaf 2016 overgegaan op een budget dat op basis van een objectief verdeelmodel wordt toegekend.

De modellen geven inzicht in verschillende scenario's die vanaf 2015 mogelijk zijn. Er wordt op basis van de beschikbare gegevens, bij onveranderd beleid, inzicht verschaft in het beschikbare budget voor jeugdzorg in de periode 2012-2018. Daarnaast worden de effecten van een landelijk verdeelmodel, zoals naar verwachting vanaf 2016 wordt ingevoerd, en de risico's van dit model voor Groningen en Drenthe in beeld gebracht.

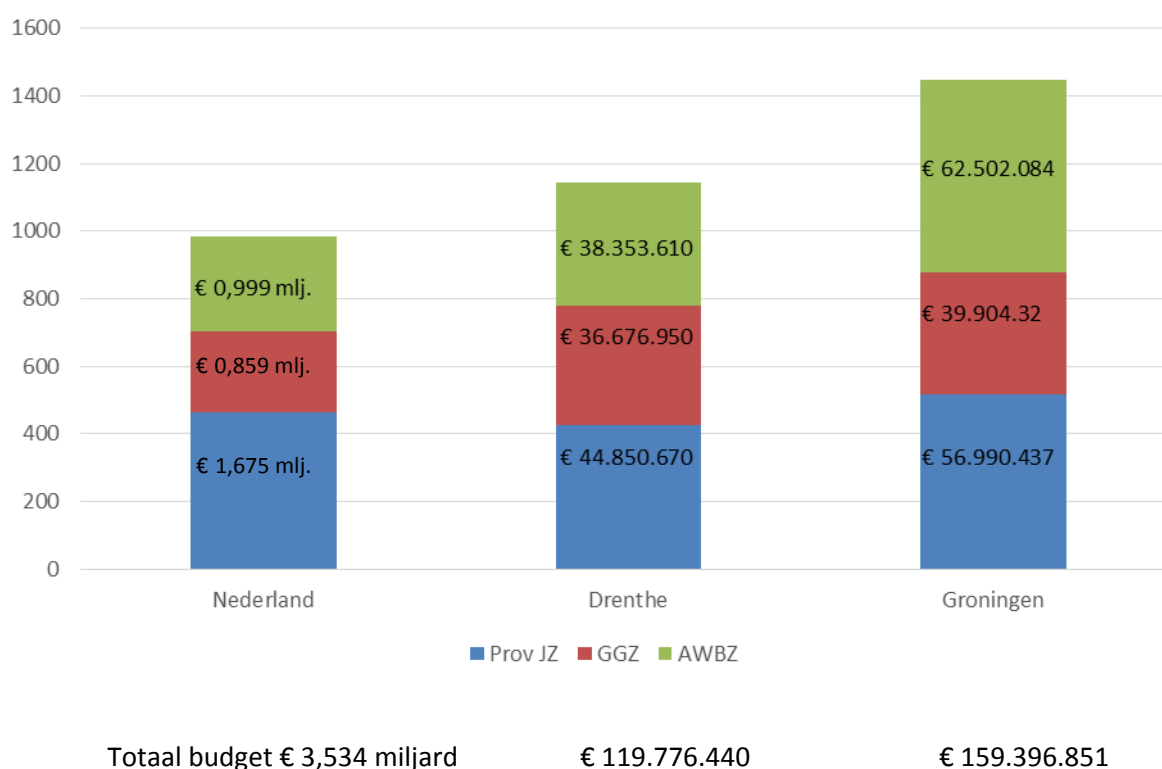
Belangrijk te vermelden is dat de bedragen in dit document een indicatie geven; het uiteindelijke budget wordt vastgesteld in de meicirculaire van 2014. Daarnaast zijn de budgetten berekend op basis van macro-uitgaven en kan de feitelijke zorgvraag en –consumptie afwijken.

4.1 Budget per jeugdige in peiljaar 2012

Figuur 4.1 geeft het budget per jeugdige en per zorgvorm in het peiljaar 2012 voor Nederland, Drenthe en Groningen weer. Het budget per jeugdige is berekend op basis van berekende macrobudgetten voor 2015. De feitelijke zorgkosten en het - gebruik in de afgelopen jaren kunnen dus afwijken. Daarnaast is het belangrijk te realiseren dat gemeenten naast kosten voor jeugdzorg investeringen doen aan 'de voorkant', bijvoorbeeld op het gebied van welzijn, centra voor jeugd en gezin en er landelijk werkende instellingen actief zijn in de regio.

In het figuur is te zien dat het AWBZ-deel voor Drenthe en met name Groningen hoger ligt dan landelijk. Het gemiddelde budget per jeugdige in Nederland is € 983,-, in Drenthe € 1.143,- (16% hoger) en in Groningen € 1.446,- (47% hoger). In de gekleurde vlakken die de verschillende zorgvormen weergeven, is het totale budget voor de regio en per zorgvorm opgenomen.

Figuur 4.1 Gemiddeld budget per jeugdige (in euro's) en totale kosten per zorgvorm in peiljaar 2012



4.2 Totaal budget periode 2012-2017 inclusief taakstelling

Figuur 4.2 geeft een overzicht van het totale budget voor Groningen en Drenthe in de periode van 2012-2017. In de periode tussen het peiljaar 2012 tot en met 2015 wordt nog een autonome groei van de zorgvraag (en kosten) verwacht. Aangezien de groei per zorgvorm kan verschillen en dit niet voor alle zorgvormen beschikbaar is, is uitgegaan van een groei van 2,2% per jaar (SCP, 2013). Verwacht wordt dat de volumegroei van AWBZ in de periode 2012-2015 groter is. Voor het onderdeel begeleiding is een groeipercentage van 2,5% per jaar gehanteerd op het moment dat de bestuursafspraken 2011-2015 werden vastgesteld (Algemene Rekenkamer, 2013). De rekenregel voor de groeivoet is helaas niet duidelijk en eenduidig. Het kabinet Rutte/Verhagen ging nog uit van een groeivoet voor het totale Budget Kader Zorg van 3,38% over de jaren 2011-2015. Het kabinet Rutte/Asscher hanteert een groei van 1,37% voor de periode van 2013-2017.

Voor de periode van 2012-2017 wordt tot en met 2014 nog uitgegaan van een jaarlijkse groei van 2,2% van vraag en kosten. Hierbij is de prijsindexatie in de jaren 2012-2014 niet meegenomen. Het uiteindelijke verschil tussen 2014 en de eerste tranche van de bezuinigingen in 2015 zal dus groter zijn dan het verschil tussen 2012 en het bedrag na de bezuiniging.

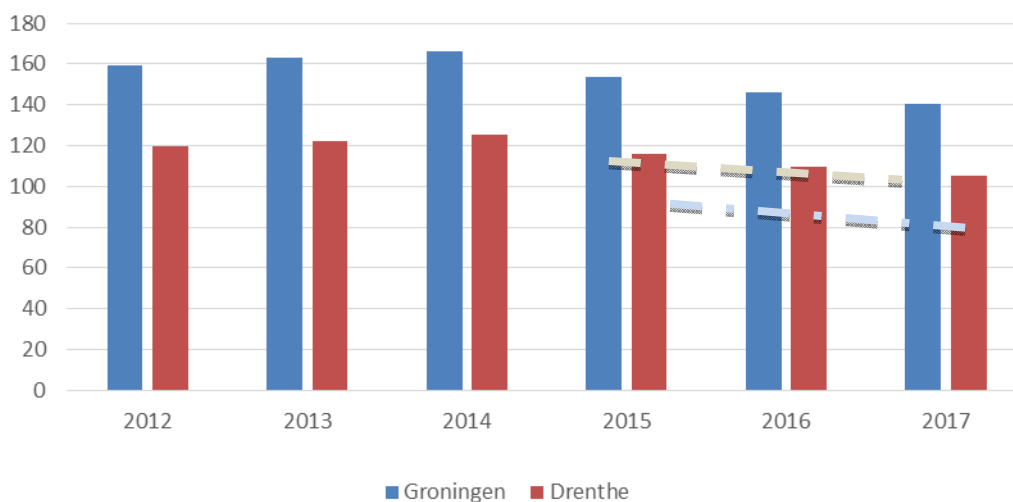
In 2015 vindt een bezuiniging plaats van 3,5%. Naast de landelijke korting is ook een (eenmalige) korting voor de AWBZ (functies begeleiding en verzorging) aangekondigd. Naar verwachting is dit een korting tussen de 20 en 25% voor Drenthe en Groningen. Dit betekent voor Drenthe en Groningen, met een groter aandeel AWBZ gefinancierde zorg dan landelijk, dat deze korting meer dan gemiddeld

gevoeld gaat worden. Daarnaast heeft dit effect op de budgetten voor 2016 en 2017 die vanaf 2015 doorlopend met respectievelijk 5% en 4% in mindering worden gebracht.

Het verschil in budget tussen 2014 en 2017, nog zonder de korting voor AWBZ, is een afname van ruim 15%. In Groningen betekent dit een vermindering van het budget met €26.205.480,- en in Drenthe met € 19.691.725,-. Het budget in 2017, exclusief de AWBZ korting, is voor Groningen € 140.281.979,- en voor Drenthe € 105.412.489,-.

Met de stippellijnen in figuur 4.2 is aangegeven hoe de bezuiniging eruit ziet als de AWBZ korting wel meegenomen wordt. In het figuur is uitgegaan van een korting van 23% in 2015. Het budget in Groningen is in 2017 dan € 108.017.125,- en in Drenthe € 8.116.789,-. Dit betekent tussen 2014 en 2018 een afname van het budget met 35%.

Figuur 4.2 Totaal zorgbudget jeugd Groningen en Drenthe van 2012-2017, in miljoen euro's



In Groningen is in het Regionaal Transitiearrangement (RTA) met een aantal zorginstellingen een garantie afgesproken van 90% van het beschikbare budget in 2015. In het RTA van Drenthe is opgenomen dat provincie en relevante zorgaanbieders in 2014 en 2015 4% van het budget in geld of menskracht inzetten voor de versterking van de preventieve dienstverlening. Daarnaast kiest Drenthe voor een eenmalige regionale korting van 5% in 2015 (ten opzichte van de meicirculaire 2013) naast de landelijke taakstelling van 3,5%. Verder is er in Drenthe afgesproken dat er zorgcontinuïteit is voor alle jeugdigen die zorg ontvangen.

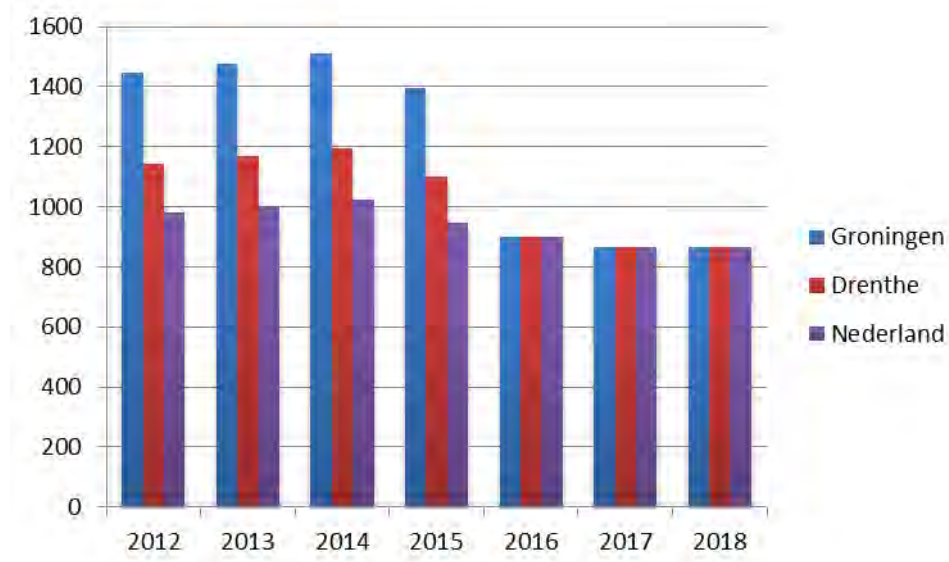
Voor beide regio's geldt dat het verschil in budget tussen 2014 en 2015 groter is dan de bezuiniging van -3,5%. Voor gemeenten in de beide provincies bestaat het risico dat zorgaanbieders niet de (continuïteit van) huidige kwaliteit van zorg kunnen bieden voor het beschikbare budget.

4.3 Budget per jeugdige 2012-2018 inclusief scenario landelijk verdeelmodel

Het bedrag per jeugdige wijkt in Drenthe en Groningen af van het landelijk gemiddelde. Dit kan vanaf 2016, wanneer er waarschijnlijk een objectief verdeelmodel wordt gehanteerd, ongunstig uitpakken voor beide provincies. Momenteel is niet duidelijk op basis van welke factoren het verdeelmodel wordt vastgesteld. Indien uitgegaan gaat worden van een naar rato gemiddeld bedrag per jeugdige, daalt het budget tussen 2015 en 2016 in de regio's Groningen en Drenthe verder.

In figuur 4.3 is dezelfde trend als in figuur 4.2 zichtbaar; tot en met 2014 groei en daarna een bezuiniging van 3,5%, nog exclusief de AWBZ-korting, in 2015. Vanaf 2016 worden de middelen volgens een objectief verdeelmodel verdeeld. Als dit verdeelmodel overeenkomt met het landelijk gemiddelde, is er vanaf 2016 naast de korting van 5% sprake van een extra korting. Voor de provincie Groningen betekent dit een afname van 43% tussen het budget per jeugdige in 2014 en 2018. Het verschil in het totale budget in Groningen is € 166.487.459,- in 2014 en € 94.897.851,- in 2018. In Drenthe neemt het budget per jeugdige met 27% af. Voor het totale budget betekent dit dat het afneemt van € 125.104.574,- in 2014 naar € 91.326.339,- in 2018.

Figuur 4.3 Budget per jeugdige (in euro's) in 2012-2018, scenario landelijk verdeelmodel



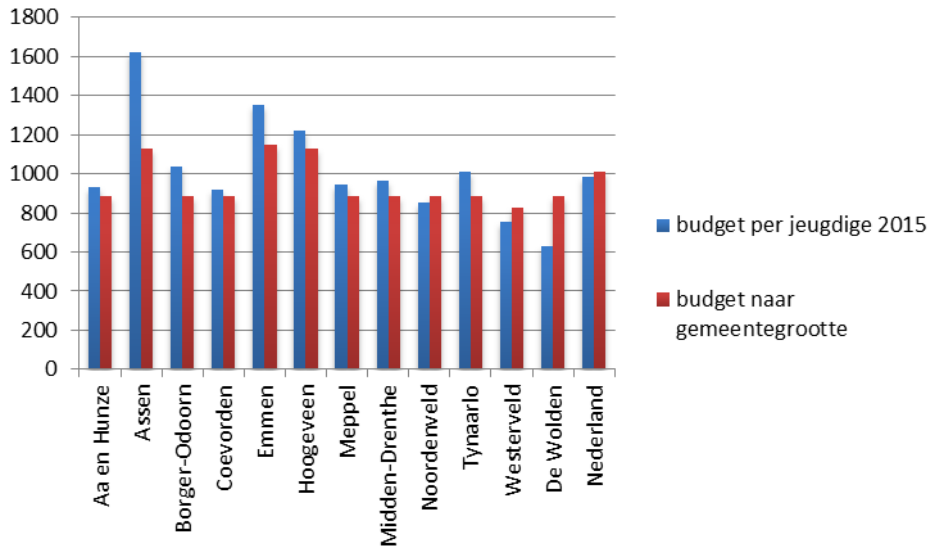
4.4 Budget per jeugdige in gemeenten Drenthe en Groningen

In Drenthe geldt voor vijf gemeenten dat ze (fors) boven het gemiddelde van € 983,- per jeugdige liggen en in Groningen geldt dit voor zelfs 21 van de 23 gemeenten.

In figuur 4.4 is voor gemeenten in Drenthe en Groningen opgenomen in hoeverre de budgetten afwijken van het landelijk gemiddelde. Daarnaast is een kolom opgenomen met het 'budget naar gemeentegrootte'. Mogelijk wordt bij de verdeling van budgetten ook gekeken naar gemeentegrootte en kan dit een verschil betekenen van het budget per jeugdige van € 830,- voor kleine gemeenten (< 20.000 inwoners) en € 1.148,- voor zeer grote gemeenten (>100.000). Bij

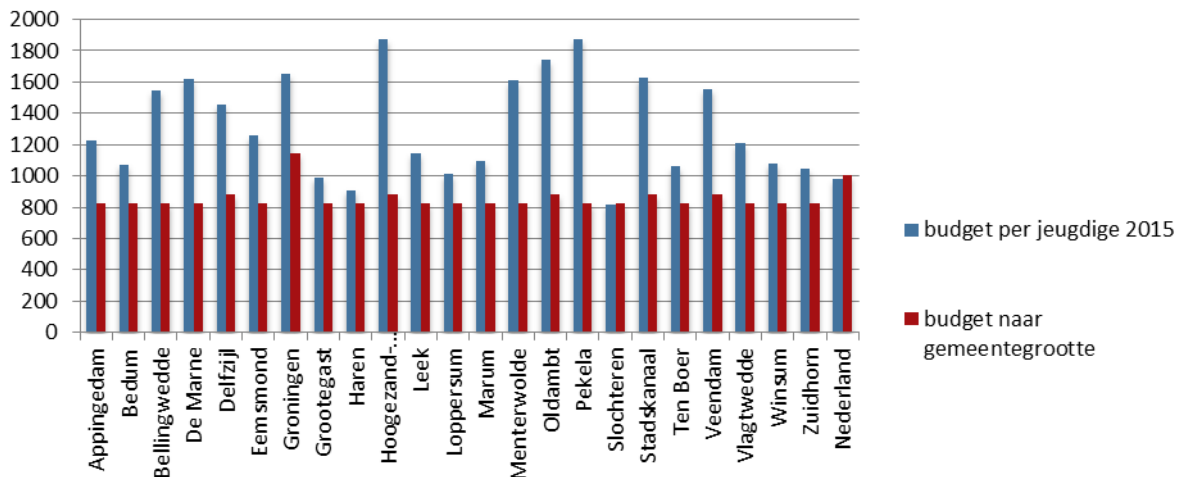
diverse gemeenten is het vastgestelde budget per jeugdige in het peiljaar 2012 (budget 2015) hoger dan wanneer uitgegaan wordt van een budget per gemeentegrootte.

Figuur 4.4a Budget per jeugdige (in euro's) in 2015 en budget naar gemeentegrootte gemeenten in Drenthe



In Drenthe geldt voor negen gemeenten dat het budget van 2015 hoger is dan wanneer gemeentegrootte meegenomen wordt in de budgetverdeling. Vooral de grotere gemeenten Assen, Emmen en Hoogeveen laten een forse daling zien.

Figuur 4.4b Budget per jeugdige (in euro's) in 2015 en budget naar gemeentegrootte gemeenten in Groningen



In de provincie Groningen geldt voor alle gemeenten, behalve Slochteren, dat het budget naar gemeentegrootte fors minder is dan het budget per jeugdige in 2015.

Zoals uit de statistische analyse is gebleken, blijken sociaal-economische status en het percentage gehandicapte kinderen zwaar mee te wegen in het verklaren van de gemiddelde zorgkosten per jeugdige in de regio Groningen-Drenthe. Voor de verschillende gemeenten die hoger scoren op het budget per jeugdige blijkt tevens dat sociaal-economische achterstand een belangrijke voorspeller is van zorggebruik.

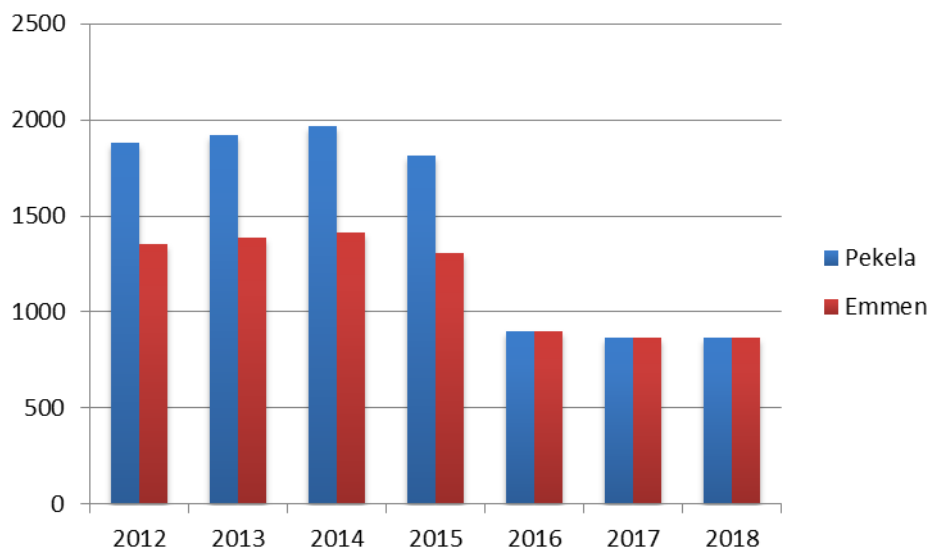
4.5 Effecten verdeelmodel

Het scenario van een objectief verdeelmodel is in figuur 4.5 voor twee gemeenten waarvoor dit een groot risico is, bijvoorbeeld de gemeenten Pekela (Gr.) en Emmen (Dr.), uitgewerkt.³ Dit scenario is tevens in beeld gebracht voor gemeenten die een tegenovergesteld beeld laten zien en juist een lager budget per jeugdige hebben dan het landelijk gemiddelde. Als voorbeeld zijn de gemeenten Haren (Gr.) en De Wolden (Dr.) genomen.

Gevolgen gemeenten met hoge budgetten

De gemeenten Pekela en Emmen wijken met een budget per jeugdige in 2012 van respectievelijk € 1.881,- en € 1.354,- af van het landelijke beeld. Voor beide gemeenten betekent het verschil in budget tussen peiljaar 2012, met nog een stijging tot en met 2014, en 2018 (€ 865,-) een enorme daling. Voor Pekela betekent het meer dan een halvering van het budget (-54%) en in Emmen een afname van 36%.

Figuur 4.5a Budget per jeugdige (in euro's) van 2012-2018 in gemeenten Pekela en Emmen, scenario landelijk verdeelmodel



Zoals hierboven aangegeven geldt zowel voor Emmen als Pekela dat sociaal-economische achterstand een belangrijke rol speelt in het verklaren van het (hogere) zorggebruik. Voor gemeenten met een populatie met sociaal-economische achterstand betekent dit een extra risico. Uit de literatuur blijkt dat sociaal-economische gezondheidsverschillen hardnekkig zijn en in de tijd nauwelijks aan verandering onderhevig (Bruggink, 2009). De persoonlijke leefstijl blijkt een belangrijke factor in het verband tussen sociaal-economische status en gezondheid. Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat personen met een lage sociaal-economische status ongezonder leven (onder meer Wardle en Steptoe 2003; Busch en Schrijvers 2010; VWS 2008). Ze roken en

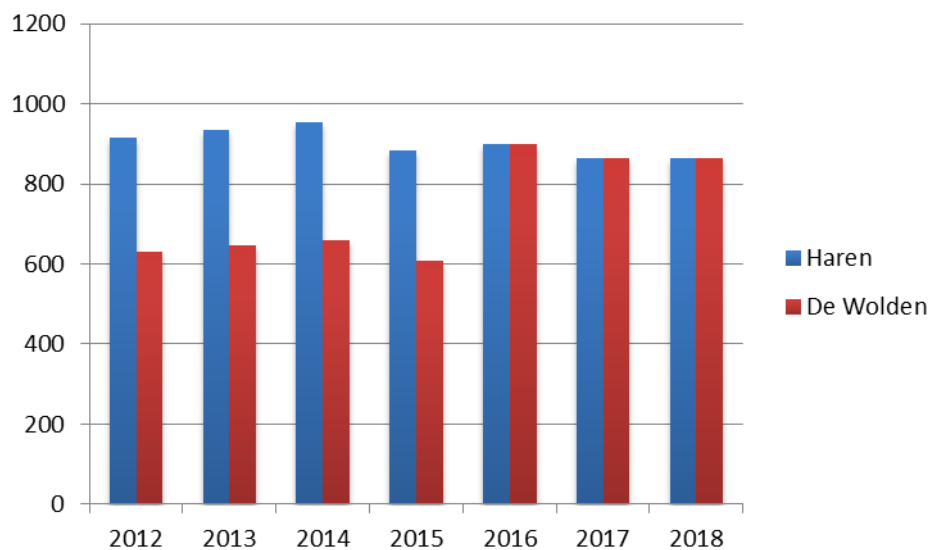
³ Deze risico's doen zich ook voor bij andere gemeenten in Groningen en Drenthe. De gemeente Bellingwedde heeft in februari 2014 een brandbrief gestuurd naar de staatssecretaris vanwege een tekort van 1,5 miljoen als gevolg van de decentralisaties in het sociale domein. Voor jeugdzorg ontvangt Bellingwedde € 2,5 miljoen, terwijl de uitgaven € 3 miljoen bedragen. Dat leidt tot een tekort van € 450.000 per 1 januari 2015 ('Decentralisaties brengen Bellingwedde aan rand afgrond', Binnenlands Bestuur 19 februari 2014).

drinken meer, bewegen minder en hebben vaker overgewicht dan mensen met een hoge(re) sociaal-economische status (De Hollander e.a. 2006).

Gevolgen gemeenten met lage budgetten

De budgetten van de gemeenten Haren (€ 914) en De Wolden (€ 631) liggen in 2012 onder het landelijk gemiddelde. Het scenario voor deze gemeenten laat zien dat er in 2016 voor beide gemeenten een stijging is van het budget, ondanks de bezuiniging. Het budget in Haren wijkt in 2018 ten opzichte van 2012 met een klein negatief verschil van 5% af. Gemeente De Wolden laat tussen 2012 en 2018 een duidelijke stijging zien van het budget per jeugdige met maar liefst 37%.

Figuur 4.5b Budget per jeugdige (in euro's) van 2012-2018 in gemeenten Haren en De Wolden, scenario landelijk verdeelmodel



5. CONCLUSIES

In 2015 worden de gemeentelijke budgetten vastgesteld op basis van historische bedragen. Vanaf 2016 wordt geleidelijk overgaan op een budget dat wordt vastgesteld op basis van een objectief verdeelmodel. Het bedrag per gemeente zal dan worden vastgesteld op basis van objectieve criteria, waarvan de exacte invulling nog niet bekend is. Die verdeling kan behoorlijk afwijken van de historische verdeling. Voor regio's met een bovengemiddeld zorggebruik, zoals in relatief veel gemeenten in Groningen en Drenthe het geval is, brengt een objectief verdeelmodel substantiële financiële risico's met zich mee.

In dit rapport is getracht een verklaring te geven voor de relatief hoge bedragen voor jeugdzorg en de grote verschillen in de gemiddelde bedragen per jeugdige voor de gemeenten in de provincies Drenthe en Groningen. Nagegaan is welke factoren in de literatuur zijn genoemd als verklaring voor een hoger zorggebruik. Met behulp van deze in de literatuur genoemde factoren is nagegaan in hoeverre deze factoren de hoge bedragen en de grote verschillen tussen de gemeenten in Drenthe en Groningen kunnen verklaren. Om verschillen beter te kunnen duiden is een controleregio (de gemeenten in de provincie Noord-Holland, exclusief Amsterdam-Amstelland en Zaanstreek) in de analyse betrokken.

5.1 Verklarende factoren

Welke factoren verklaren de afwijkende prevalentie cijfers van zorggebruik in Groningen en Drenthe ten opzichte van een controleregio? Hoe zouden deze factoren meegewogen kunnen worden in het objectieve verdeelmodel, zodat er meer evenwichtig wordt toebedeeld?

In de literatuur is een groot aantal risicokenmerken van de bevolking genoemd die de kans op jeugdproblematiek verhogen en een mogelijke verklaring zijn voor de verschillen in regionaal zorggebruik. De meest in de literatuur voorkomende risicofactoren zijn: gezinnen met uitkering (werkloosheid, bijstand, Wajong); (jeugd)werkloosheid; eenoudergezinnen; tienermoeders; opleidingsniveau kind; opleidingsniveau ouders; en verstandelijke of lichamelijke beperkingen. Deze factoren zijn voor de analyses in dit onderzoek onderverdeeld in kind-, ouder- en gezinsfactoren. Gegevens over de uit de literatuur bekende risicofactoren zijn verzameld uit de database Statline van het CBS, de Landelijke jeugdmonitor en Kinderen in Tel 2012. Niet voor alle risicofactoren zijn gegevens op gemeenteniveau beschikbaar. Daarnaast zijn geen uniforme gegevens beschikbaar over de vraag naar jeugdzorg. In een verklaringsmodel zou dat de basis moeten zijn van de analyses. Op dit moment zijn per gemeente geen uniforme gegevens beschikbaar die de behoefte aan jeugdzorg meten.

Op basis van de literatuur en de beschikbaarheid van gegevens zijn de volgende verklarende factoren meegenomen in de analyses. Bij de zogenoemde sociaal-economische factoren gaat het om: het percentage kinderen met kans op armoede en het percentage bijstandsgesinnen. Bij de ouder- en gezinsfactoren gaat het om: het percentage eenoudergezinnen; het percentage gezinnen met 3 of

meer kinderen; het percentage tienermoeders; en het percentage ouders met een lage opleiding. En bij de kindfactoren gaat het om: het percentage gehandicapte kinderen; het percentage niet-westerse allochtonen jonger dan 20 jaar; het percentage vmbo leerlingen leerweg basis/kader (lage opleiding); en het percentage voortijdig schoolverlaters (vsv'ers).

In dit onderzoek is naar factoren gezocht die de verschillen in de gemiddelde zorgkosten per jeugdige en tevens het zorggebruik kunnen verklaren. Daarnaast is nagegaan welke factoren samenhangen met het zorggebruik in gemeenten in de provincies Groningen en Drenthe ten opzichte van de gemeenten in controleregio Noord-Holland (exclusief Amsterdam-Amstelland en Zaanstreek-Waterland). Bij zorggebruik gaat het om het aantal 0-17 jarigen dat gebruik heeft gemaakt van jeugdzorg.

Verklarende factoren zorgkosten

De kindfactoren leveren in de regio Groningen-Drenthe en in de regio Noord-Holland de grootste bijdrage aan het verklaren van de gemiddelde zorgkosten per jeugdige. In beide regio's is het percentage gehandicapte kinderen een belangrijke verklarende factor. In beide regio's is in veel gemeenten het percentage gehandicapte kinderen (aanzienlijk) hoger dan het landelijk gemiddelde (Tierolf en Oudenampsen 2013). Sociaal-economische factoren en ouder-gezinsfactoren blijken in Groningen en Drenthe een relatief grotere bijdrage te leveren aan het verklaren van de gemiddelde zorgkosten per jeugdige dan in de regio Noord-Holland. Over het algemeen blijken sociaal-economische factoren en het percentage gehandicapte kinderen zwaarder mee te wegen in het verklaren van de gemiddelde zorgkosten per jeugdige in Groningen en Drenthe dan in Noord-Holland.

Verklarende factoren zorggebruik

Wanneer wordt gekeken naar het zorggebruik dan leveren in Groningen en Drenthe sociaal-economische factoren en ouder-gezinsfactoren een grotere bijdrage aan het verklaren van het zorggebruik dan in de regio Noord-Holland. De verklaringskracht van de modellen is voor Groningen en Drenthe (bijna) dubbel zo groot als voor de regio Noord-Holland. Het percentage bijstandsgezinnen en het percentage eenoudergezinnen blijken vooral een belangrijke significante bijdrage te leveren aan het verklaren van het zorggebruik in de regio Groningen-Drenthe. Het percentage gehandicapte kinderen blijkt voor zorggebruik geen significante verklaring te vormen. Dat is gezien de lage percentages kinderen die gehandicapt zijn (1 tot maximaal 3,7% in de gemeente Pekela) niet verbazingwekkend. In de regio Noord-Holland blijkt het vooral het percentage niet-westerse allochtonen te zijn dat een bijdrage levert aan het verklaren van het zorggebruik. In de provincies Drenthe en Groningen is het percentage jeugdigen van niet-westerse herkomst relatief laag, terwijl dit percentage in de Noord-Holland hoger ligt. In de provincies Drenthe en Groningen verklaart het percentage niet-westerse allochtonen het zorggebruik evenmin in de gemeenten waar dit percentage hoger ligt.

Consequenties voor verdeelmodel

Een objectief verdeelmodel waarin het percentage niet-westerse allochtonen is opgenomen als indicator voor zorggebruik pakt voor de gemeenten in Drenthe en Groningen negatief uit. Sociaal-economische achterstand hangt in sterke mate samen met het zorggebruik van jeugdigen in Drenthe en Groningen. Deze achterstand doet zich in deze provincies vooral voor onder autochtone

bewoners. Voor Groningen en Drenthe zou het evenwichtiger zijn om in het objectieve verdeelmodel geen parameter niet-westerse allochtonen op te nemen, maar parameters gericht op sociaal-economische achterstand (bijvoorbeeld het percentage bijstandsgezinnen en eenoudergezinnen). In deze parameters zijn de niet-westerse allochtonen overigens eveneens vertegenwoordigd wanneer zij tot categorie bewoners behoren met een sociaal-economische achterstand.

5.2 Budgetrisico's gemeenten

Welke budgetrisico's brengt het huidige verdeelmodel met zich mee voor de gemeenten in de provincies Groningen en Drenthe voor 2015 en verder?

Vanaf 2016 wordt geleidelijk overgegaan op een budget dat wordt vastgesteld op basis van een objectief verdeelmodel. Dat model wordt momenteel ontwikkeld door Cebeon. Er zal gebruik worden gemaakt van informatie over gemeentelijke kenmerken die de verschillen tussen gemeenten in uitgaven aan jeugdzorg verklaren. Op dit moment ontbreekt informatie over welke gemeentekennmerken dat exact zullen zijn. Tevens is nog niet exact bekend over welk macrobudget gemeenten in 2015 kunnen beschikken. Het budget van 2015 is voorlopig vastgesteld op basis van jeugdzorggegevens uit het peiljaar 2012. Het uiteindelijke budget wordt vastgesteld in de meicirculaire van 2014. Daarvoor zal gebruik worden gemaakt van een objectief verdeelmodel (Cebeon).

De modellen die in ons rapport zijn doorgerekend geven inzicht in verschillende scenario's die vanaf 2015 mogelijk zijn. Er wordt op basis van de beschikbare gegevens, bij onveranderd beleid, inzicht verschaft in het beschikbare budget voor jeugdzorg in de periode 2012-2018. De gemeentelijke budgetten zijn berekend op basis van macro-uitgaven. Het daadwerkelijk zorggebruik van jeugdigen kan afwijken van gegevens die voor het vaststellen van de budgetten zijn gebruikt en derhalve leiden tot uitgaven die hiervan verschillen. Of de rekenmodellen recht doen aan de situatie in de (gemeentelijke) praktijk, blijft door het ontbreken van cruciale informatie onduidelijk. De gepresenteerde bedragen zijn een benadering. De voor de komende jaren weergegeven trends geven wel inzicht in de risico's die gemeenten in Groningen en Drenthe lopen met de decentralisatie van de jeugdzorg.

Bezuinigingen

In 2015 vindt een bezuiniging op het macrobudget voor jeugdzorg plaats van 3,5%. Naast deze landelijke korting is tevens een (eenmalige) korting voor de AWBZ (functies begeleiding en verzorging) aangekondigd. Naar verwachting ligt dit percentage voor Groningen en Drenthe tussen de 20 en 25%. Voor de gemeenten in Drenthe en Groningen die doorgaans een groter aandeel AWBZ hebben dan landelijk, betekent dit dat zij deze korting hoe dan ook meer dan gemiddeld gaan voelen. Daarnaast heeft deze korting op de AWBZ effect op de macrobudgetten voor 2016 en 2017 die met respectievelijk 5% en 4% in mindering worden gebracht.

Het verschil in budget tussen 2014 en 2017 is een afname op het macrobudget voor gemeenten in Drenthe en Groningen van ruim 15%. Dit is nog zonder de korting voor de AWBZ gefinancierde jeugdzorg.

Risico's verdeelmodel

Vanaf 2016 worden de middelen volgens een objectief verdeelmodel verdeeld. Als dit verdeelmodel voor Drenthe en Groningen overeenkomt met het landelijk gemiddelde bedrag per jeugdige, is er vanaf 2016 naast de korting van 5% tevens sprake van een extra korting. Voor de provincie Groningen betekent dit een afname van 43% tussen het budget per jeugdige in 2014 en 2018. De afname in het totale budget in Groningen is van € 166 miljoen in 2014 naar € 95 miljoen in 2018. In Drenthe neemt het budget per jeugdige met 27% af. Voor het totale budget betekent dit een daling van € 125 miljoen in 2014 naar € 91 miljoen in 2018. Deze fors lagere budgetten pakken voor de gemeenten geheel verschillend uit, afhankelijk van de hoogte van de gemiddelde zorgkosten per jeugdige waarmee zij te maken hebben.

In Drenthe geldt voor vijf gemeenten dat ze (fors) boven het gemiddelde zorgbudget van € 983,- per jeugdige liggen en in Groningen geldt dit zelfs voor 21 van de 23 gemeenten. Voor gemeenten waar relatief veel gezinnen wonen met risicokenmerken zijn de risico's groter. In gemeenten waar sprake is van een sterke cumulatie van kenmerken van gezinnen, jeugdigen en ouders die tot problemen bij jeugdigen leiden en derhalve tot zorggebruik zijn de financiële risico's het grootst.

Voor gemeenten die tot 2015 een relatief hoog gemiddeld bedrag aan jeugdzorg besteden pakt de herverdeling op grond van een evenredig verdeelmodel (zeer) ongunstig uit. Voor enkele gemeenten zal dit betekenen dat het bedrag dat zij voor jeugdzorg krijgen meer dan gehalveerd wordt. Voor gemeenten die tot 2015 een relatief laag gemiddelde bedrag aan jeugdzorg besteden pakt de herverdeling op grond van een evenredig verdeelmodel geheel anders uit. Deze gemeenten krijgen meer te besteden aan jeugdzorg. Het bedrag kan oplopen tot een stijging van het budget met meer dan een derde.

Daarnaast dient rekening te worden gehouden met de mogelijkheid dat bij de invoering van het objectieve verdeelmodel wordt uitgegaan van de gemeentegrootte. De verwachting is dat kleine gemeenten op basis van het voorlopige historische budget per jeugdige een lager budget krijgen dan grotere gemeenten. Bij diverse kleine gemeenten in Drenthe en vrijwel alle gemeenten in Groningen zijn de huidige vastgestelde budgetten per jeugdige hoger dan het landelijk gemiddelde en zijn de sociaal-economische factoren die het zorggebruik verklaren ook sterker aanwezig dan landelijk.

5.3 Ten slotte

Veel gemeenten in Groningen en Drenthe lopen met de decentralisatie van de jeugdzorg grote risico's. Door de bevolkingssamenstelling hebben deze gemeenten te maken met een hoog zorggebruik en hoge zorgkosten voor jeugdigen. De samenstelling van de bevolking is door gemeenten niet of nauwelijks te beïnvloeden. Het duurt vele jaren om sociale achterstanden te veranderen, als het al mogelijk is. Onder de huidige economische omstandigheden als gevolg van een financiële crisis lijkt dit voor gemeenten in de regio Groningen en Drenthe geen realistische doelstelling. Wanneer het rijk met de verdeelsleutel voor de budgetten van de jeugdzorg onvoldoende tot geen rekening houdt met de regionale omstandigheden en de bevolkingssamenstelling van deze regio kan dit tot ernstige financiële problemen leiden in een groot aantal gemeenten. Om de kosten te drukken kunnen gemeenten kiezen voor een andere invulling van de

zorg voor jeugdigen. De vraag is of de continuïteit en kwaliteit van de zorg in dat geval nog wel kan worden gegarandeerd en de vastgelegde afspraken kunnen worden nagekomen. Ook kan de veiligheid van kinderen, een belangrijk uitgangspunt in de geïndiceerde jeugdzorg, door (te) lage budgetten in het geding komen.

LITERATUUR

Bruggink, J.W. (2009).

Ontwikkeling in (gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau. In: Bevolkingtrends: Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland, 57 (4), pag. 71-76.

Broer, J., J. Kuiper. (2013).

Gezondheidsprofiel Groningen. GGD, Groningen.

Busch, M.C.M., C. T. M. Schrijvers (2010).

Effecten van leefstijlinterventies gericht op lagere sociaaleconomische groepen. RIVM, Bilthoven.

CBS (2013).

Jaarrapport 2013. Landelijke Jeugdmonitor. Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen.

Coley, R., P. Chase-Landsdale (1998).

Adolescent pregnancy and parenthood: recent evidence and future directions. In: American Psychologist (53), p. 152-160.

CPB (2013).

Decentralisaties in het sociaal domein. Uitgevoerd op verzoek van de ministeries van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Financiën en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. CPB, Den Haag.

Cebeon en SCP (2013).

Bijstelling verdeling historische middelen jeugdzorg 2011. Cebeon en Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag/Amsterdam.

Gaag, van der. R., B. Speet (2010).

Verschillen tussen allochtone en autochtone cliënten, Bureau Jeugdzorg onderzoekt indicaties voor vrijwillige geïndiceerde jeugdzorg. In: JeugdenCo Kennis (4), p. 34-43.

Kunst, A.E., W.J. Meerding, N. Varenik, J.J. Polder, J.P. Mackenbach (2007).

Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland in 2003. Een verkenning van verschillen naar sociaaleconomische positie, samenlevingsvorm en land van herkomst. Bilthoven: RIVM, Erasmus MC.

Levine, J.A., C.R. Emery, H. Pollack (2007).

The well-being of children born to teen mothers. In: Journal of Marriage and Family, (69) p 105-122.

Loke, R., A. de Jong (2012).

Regionale verschillen in sterfte verklaard. Den Haag: CBS/PBL.

Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties (2013).

Gemeentefonds Meicirculaire 2013. Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008).

Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden. Den Haag.

Notenboom, A., M.M. van Asselt, G.J. Mazzola, L.L. von Meyenfeldt, R. Goudriaan (2009).

Analyse van het SCP-verdeelmodel voor de jeugdzorg. Onderzoek voor de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg. Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv, Den Haag.

O'Brien, R.M. (2007).

A caution regarding rules of thumb for variance inflation factors, *Quality & Quantity*, 41, 673-690.

OECD (2013).

Demographic change in the Netherlands: Strategies for labour markets in transition. OECD, Parijs.

SCP (2009).

De jeugd een zorg. Ramings- en verdeelmodel jeugdzorg 2007. Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag.

SCP (2010).

Actualisatie verdeelmodel jeugdzorg 2009. Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag.

SCP (2013a).

Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik. Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag.

SCP (2013b).

Groeit de jeugdzorg door? Het beroep op de voorzieningen: realisatie 2001-2011 en raming 2011-2017. Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag.

Sentse, M. (2010).

Bridging Contexts, The interplay between family, child, and peers in explaining problem behavior in early adolescence. Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.

Sociaal Plan Bureau Groningen (2013).

Groninger jeugdigen maken opvallend veel gebruik van jeugdzorg vergeleken met jeugdigen in heel Nederland. Is de Groningse jeugd zo problematisch?

<http://sociaalplanbureaugroningen.nl/jeugdzorg-groningen/#sthash.toKf4dD5.dpuf>

Tierolf, B., D. Oudenampsen (2013).

Kinderen met een handicap in Tel. Kerngegevens per provincie, gemeente en wijk. Verwey Jonker Instituut, Utrecht.

Vollebergh, W. (2010).

Psychische problemen. In: S. Van Dorselaer, E. Vermeulen, M. De Looze, S. De Roos, J. Verdurmen, T. Ter Borgt en W. Vollebergh (red), HBSC 2009: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland, p. 83-92, Utrecht.

Wardle, J., A. Steptoe (2003).

Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of epidemiology and community health*, vol. 57, 440 -443.

Wierdsma A., A. Kamperman (2011).

Contact met de jeugd-GGz is een zaak van culturele én sociaaleconomische verschillen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 11:857-863.

Vektis (2013).

Zorgthermometer: zorg in regio's. Vektis, Zeist.

BIJLAGE 1 METHODISCHE VERANTWOORDING

In dit onderzoek zijn uitsluitend gegevens meegenomen die beschikbaar zijn op gemeenteniveau. Om multi-collineariteit tegen te gaan zijn de verklarende factoren uitgedrukt in percentages ten opzichte van het totaal aantal inwoners per gemeente dan wel het totaal aantal gezinnen met kinderen. Voor het uitvoeren van de analyses zijn alle gegevens ook getransformeerd tot z-scores. Daarnaast is voor de multivariate regressie analyses getoetst op multi-collineariteit met behulp van de ‘variance-inflation factor’ (VIF). Er bestaat geen gouden standaard om te bepalen wanneer multi-collineariteit ernstig is. Over het algemeen wordt bij een VIF-score van 4 of hoger de resultaten als minder betrouwbaar geïnterpreteerd (O’Brien, 2007). In dat geval kunnen de verklarende factoren namelijk onderling sterk correleren waardoor het effect op de te verklaren factor arbitrair wordt. De VIF-score is genoteerd in de betreffende tabellen.

Het analysemodel

1. Op basis van de uit de literatuur geselecteerde verklarende factoren is de samenhang tussen de geselecteerde verklarende factoren en de gemiddelde zorgkosten per jeugdige onderzocht. Dit is gedaan met behulp van pearson correlatie analyses per regio. De correlatie analyses geven weer welke factoren waarschijnlijk samenhangen met de zorgkosten in de regio Groningen en Drenthe.
2. Met behulp van een factoranalyse is onderzocht in hoeverre de factoren die significant samenhangen met de gemiddelde zorgkosten per jeugdige samengevoegd kunnen worden tot een aantal uit de literatuur relevante risicodomeinen voor opvoed- en opgroeioproblemen, namelijk SES, gezin, kind en omgevingsfactor. Factoranalyse is een multivariate statistische techniek die voor een groot aantal geobserveerde variabelen of factoren een kleiner aantal achterliggende variabelen identificeert. Deze niet geobserveerde, achterliggende variabelen worden doorgaans factoren genoemd. Belangrijk is dat de achterliggende factoren bijna evenveel van de variatie verklaren als de geobserveerde variabelen. Factoranalyse wordt gebruikt voor data-reductie en om een beter inzicht te krijgen in de structuur van de dataset. Een bruikbare factoranalyse levert een relatief klein aantal factoren op die samen een groot deel van de variantie, die in de oorspronkelijke variabelen aanwezig is, verklaren. Uit de factor analyse kwamen op statistische grond enkele factoren naar voren maar die factoren bleken niet eenduidig, niet interpreteerbaar en kwamen ook niet overeen met de vooraf verwachte drie factoren (SES factor, ouder-gezin factor en een kindfactor). Voor de regressie analyses is daarom gebruik gemaakt van de afzonderlijke verklarende factoren. Op basis van theoretische aannames zijn de afzonderlijke factoren ingedeeld in een van de drie risicodomeinen voor opvoed- en opgroei-ondersteuning. Dit betekent dat bijvoorbeeld, de afzonderlijke factoren, kinderen met kans op armoede en bijstandsgezinnen worden opgenomen in het SES regressiemodel.
3. Met behulp van lineaire regressie analyse is onderzocht in hoeverre de risicofactoren de gemiddelde zorgkosten per jeugdige kunnen verklaren. Een voordeel van lineariteit is dat het model bestendig is tegen provinciale of gemeentelijke herindelingen. De analyses worden op dezelfde manier uitgevoerd voor alle regio’s. Per regio zijn univariate regressie analyses uitgevoerd om de bijdrage van de afzonderlijke risicofactoren aan het verklaren van de

gemiddelde zorgkosten per jeugdige te achterhalen. Met behulp van multivariate regressieanalyses is vervolgens bepaald in hoeverre de afzonderlijke factoren gezamenlijk een bijdrage leveren aan het verklaren van de gemiddelde zorgkosten per jeugdige. Gezien het relatief kleine aantal gemeenten in Drenthe en Groningen zijn deze regio's samengevoegd, zodat een meer betrouwbaarder beeld ontstaat van de verklaringskracht van de multivariate regressiemodellen in vergelijking met Noord-Holland.

Op basis van de multivariate regressie analyses kan inzicht verkregen worden in de mate waarin sociaal-economische factoren, ouder- en gezinsfactoren en kindfactoren bijdragen aan het verklaren van de gemiddelde zorgkosten per jeugdige en het zorggebruik in de regio Groningen-Drenthe in vergelijking met de regio Noord-Holland. Het doel van de multivariate regressieanalyses is te achterhalen in welke mate de factoren bijdragen aan het verklaren van de gemiddelde zorgkosten per jeugdigen in de regio. Dit resultaat wordt uitgedrukt in statistische significantie ($<.05$) en het percentage verklaarde variantie (R^2). De uitkomst per factor wordt ook uitgedrukt in een coëfficiënt (β). De coëfficiënt is het relatieve gewicht van de factor. Hoe hoger het gewicht, hoe sterker de relatieve bijdrage van de factor aan het verklaren van de gemiddelde zorgkosten per jeugdige.

Dezelfde regressie analyses zijn uitgevoerd voor het verklaren van het zorggebruik per financieringsvorm (AWBZ, ZVW en Begroting).

BIJLAGE 2 OVERZICHT VERKLARENDE FACTOREN

Tabel 1 Overzicht van verklarende factoren die zijn opgenomen in de analyses

Risicofactoren	Beschrijving	Periode	Bron	Bewerking voor %
SES				
%kinderen in armoede	Percentage kinderen dat opgroeit in een meerpersoonshuishouden, waar binnen de ouder(s) een inkomen hebben tot 120% van het sociaal minimum.	2010	Kinderen in Tel 2012	-
%bijstandsgezinnen	Percentage gezinnen met kinderen die afhankelijk zijn van een bijstandsuitkering	2009	Landelijke Jeugdmonitor	totaal aantal huishoudens met kinderen in 2009
Ouder-Gezin				
%eenoudergezinnen	Percentage eenouderhuishoudens met thuiswonende kinderen	2012	CBS Statline	totaal aantal huishoudens met kinderen in 2012
%grote gezinnen	Percentage meerpersoonshuishoudens met meer dan 3 thuiswonende kinderen	2012	Landelijke Jeugdmonitor	totaal aantal huishoudens met kinderen in 2012
%tienermoeders	Percentage tienermoeders (15 t/m 19 jaar)	2012	Landelijke Jeugdmonitor	totaal aantal huishoudens met kinderen in 2012
%lage opleiding ouders	Percentage ouders met een lage opleiding is gebaseerd op de proxy-variabele: percentage achterstandsleerlingen met gewicht 1.20 ¹	2011	Landelijke Jeugdmonitor	-
Kind				
%gehandicapte kinderen	Percentage gehandicapte kinderen	2012	Kinderen met een handicap in Tel 2012	-
%niet-westerse allochtonen	Percentage niet-westerse allochtonen tot 20 jaar	2012	CBS Statline	totaal aantal kinderen tot 20 jaar
%vmbo b/k	Percentage leerlingen dat naar een vmbo leerweg basis/kader gaat	2010	Kinderen in Tel 2012	-
%vsv'ers	Percentage vsv'ers	2010	Kinderen in Tel 2012	-

¹Leerlingen van wie één van de ouders maximaal basisonderwijs of (voortgezet)speciaal onderwijs voor zeer moeilijk lerende kinderen ((v)so-zmlk) heeft gehad en de ander maximaal dezelfde opleiding heeft gevolgd óf het lager of voorbereidend beroepsonderwijs (lbo/vbo), praktijkonderwijs of voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (vmbo) basis- of kaderberoepsgerichte leerweg heeft doorlopen óf maximaal twee jaar onderwijs in een andere schoolopleiding in het voortgezet onderwijs aansluitend op het basisonderwijs heeft gevolgd, bijvoorbeeld lts, ambachtsschool of huishoudschool.

BIJLAGE 3 RESULTATEN REGRESSIEMODELLEN

Tabel 2 Univariate en Multivariate lineaire regressie modellen voor het gemiddelde jeugdzorgbudget per jeugdige

Risicofactoren	Regio															
	Gr (n = 23)				Dr (n = 12)				NH* (n = 38)				Gr-Dr (n = 35)			
	Univariate		Multivariate		Univariate		Multivariate		Univariate		Multivariate		Univariate		Multivariate	
	β	r^2	β	r^2	β	r^2	β	r^2	β	r^2	β	r^2	β	r^2	β	r^2
Model 1: SES¹												.50				.63
%kinderen in armoede	.80	.64			.69	.47			.70	.49	.50			.78	.61	.88
%bijstandsgezinnen	.42	.17			.77	.59			.67	.45	.22			.52	.27	-.13
Model 2: Ouder-Gezin¹												.27				.59
%eenoudergezinnen	.68	.46			.85	.73			.40	.16	.15			.73	.53	.48
%grote gezinnen	-.67	.44			-.34	.12			-.36	.13	-.05			-.57	.33	-.18
%tienermoeders	.30	.09			.74	.55			.34	.11	.25			.42	.18	.16
%lage opleiding ouders	.60	.36			.44	.19			.43	.18	.26			.57	.32	.11
Model 3: Kind¹												.64				.72
%gehandicapte kinderen	.75	.56			.85	.72			.74	.55	.51			.77	.59	.61
%niet westerse allochtonen	.51	.26			.77	.59			.44	.19	.08			.57	.32	.20
%leerlingen vmbo b/k	.32	.10			.23	.05			.46	.21	.30			.32	.10	.02
%vsv'ers	.57	.33			.67	.45			.45	.21	.20			.61	.37	.24

¹multi-collineariteit toets voor multivariate modellen: VIF-statistic <4 (voor beide regio's). Alleen voor model 1:SES, regio NH, VIF-statistic <5
*exclusief Amsterdam en Zaanstreek
Vetgedrukt: $p < 0.05$

Toelichting

De gemiddelde zorgkosten per jeugdige in Groningen-Drenthe wordt voor 63% verklaard door de SES factoren. De verklaarde variantie per factor kunnen niet bij elkaar opgeteld worden. Vetgedrukt levert significante bijdrage. Een negatieve β bij variabele %grote gezinnen betekent dat het om kleine gezinnen gaat.

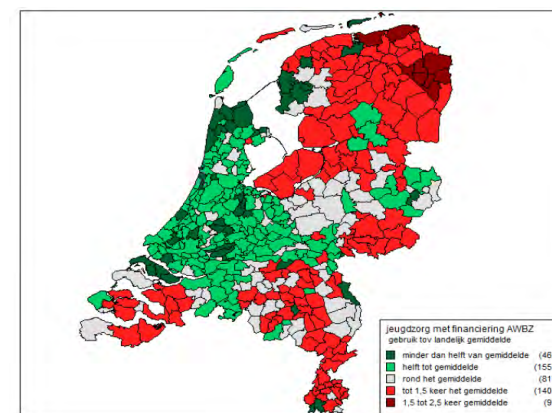
Tabel 3 Univariate lineaire regressie modellen voor zorggebruik per financieringsvorm naar regio

Risicofactoren	Zorggebruik per financieringsvorm											
	AWBZ				ZVW				Begroting			
	Gr (n = 23)		Dr (n = 12)		Gr (n = 23)		Dr (n = 12)		Gr (n = 23)		Dr (n = 12)	
	β	r^2	β	r^2	β	r^2	β	r^2	β	r^2	β	r^2
Model 1: SES												
%kinderen in armoede	.57	.32	.75	.57	.54	.29	.74	.55	.58	.33	.80	.63
%bijstandsgezinnen	.73	.53	.82	.66	.71	.51	.81	.66	.72	.52	.84	.71
Model 2: Ouder-Gezin												
%eenoudergezinnen	.73	.54	.84	.71	.72	.53	.86	.73	.76	.57	.81	.66
%grote gezinnen	-.36	.13	-.26	.07	-.35	.12	.18	.03	-.37	.14	-.20	.04
%tienermoeders	.36	.13	.80	.63	.34	.12	.80	.64	.34	.12	.81	.65
%lage opleiding ouders	.28	.08	.55	.30	.26	.07	.54	.29	.31	.10	.61	.38
Model 3: Kind												
%gehandicapte kinderen	.08	.01	.66	.43	.04	.00	.72	.51	.06	.00	.62	.39
%niet-westerse allochtonen	.63	.40	.73	.53	.63	.39	.76	.57	.64	.41	.70	.50
%leerlingen vmbo b/k	-.39	.15	.36	.13	-.42	.18	.33	.11	-.39	.15	.39	.15
%vsv'ers	.57	.33	.67	.45	.57	.32	.65	.42	.61	.38	.69	.48
<i>Vetgedrukt: p<0.05</i>												

Tabel 4 Regressiemodellen voor zorggebruik unieke cliënten, AWBZ financiering

Risicofactoren	NH* (n = 38)				Gr-Dr (n = 35)			
	Univariate		Multivariate		Univariate		Multivariate	
	β	r^2	β	r^2	β	r^2	β	r^2
Model 1: SES¹				.23				.51
%kinderen in armoede	.37	.13	-.25		.55	.31	.10	
%bijstandsgezinnen	.52	.26	.69		.71	.51	.65	
Model 2: Ouder-Gezin¹				.28				.57
%eenoudergezinnen	.33	.11	-.14		.69	.38	.89	
%grote gezinnen	-.41	.17	-.24		-.32	.10	.16	
%tienermoeders	.13	.02	.04		.41	.17	.23	
%lage opleiding ouders	.51	.26	.44		.31	.10	-.28	
Model 3: Kind¹				.49				.48
%gehandicapte kinderen	.45	.20	.10		.11	.01	.01	
%niet-westerse allochtonen	.67	.45	.68		.61	.37	.38	
%leerlingen vmbo b/k	.02	.00	.08		-.26	.07	-.30	
%vsv'ers	.46	.21	-.04		.55	.30	.31	

¹Multi-collineariteit toets voor multivariate modellen: VIF-statistic <4 (voor beide regio's)
 Alleen voor model 1: SES, regio NH, VIF-statistic <5
 * exclusief Amsterdam en Zaanstreek
 Vetgedrukt: $p < 0.05$



Figuur 1 gem. zorggebruik per gemeente, AWBZ financiering (CMO Groningen)

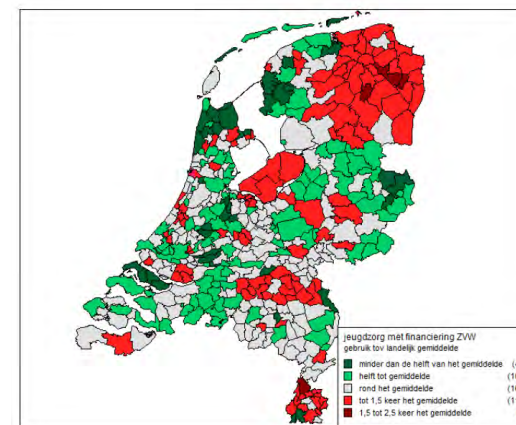
Toelichting

Het totale zorggebruik door AWBZ financiering in Groningen-Drenthe wordt voor 51% verklaard door de SES factoren. Factoren kunnen niet bij elkaar opgeteld worden. Vetgedrukt levert significante bijdrage. Een negatieve β bij %grote gezinnen betekent weer dat het om kleine gezinnen gaat.

Tabel 5 Regressiemodellen voor zorggebruik unieke cliënten, ZVW financiering

Risicofactoren	NH* (n = 38)				Gr-Dr (n = 35)			
	Univariate		Multivariate		Univariate		Multivariate	
	β	r^2	β	r^2	β	r^2	β	r^2
Model 1: SES¹				.15				.42
%kinderen in armoede	.25	.06	-.33		.47	.22	-.10	
%bijstandsgezinnen	.40	.16	.64		.65	.42	.65	
Model 2: Ouder-Gezin¹				.23				.47
%eenoudergezinnen	.26	.07	-.23		.62	.38	.83	
%grote gezinnen	-.39	.15	-.35		-.25	.06	.18	
%tienermoeders	.07	.01	-.01		.36	.13	.21	
%lage opleiding ouders	.44	.19	.36		.25	.06	-.28	
Model 3: Kind¹				.42				.43
%gehandicapte kinderen	.36	.13	.02		.01	.00	-.10	
%niet-westerse allochtonen	.63	.39	.71		.56	.31	.39	
%leerlingen vmbo b/k	-.04	.00	.05		-.28	.08	-.27	
%vsv'ers	.39	.15	-.11		.49	.24	.28	

¹Multi-collineariteit toets voor multivariate modellen: VIF-statistic <4 (voor beide regio's)
 Alleen voor model 1: SES, regio NH, VIF-statistic <5
 * exclusief Amsterdam en Zaanstreek
 Vetgedrukt: $p < 0.05$



Figuur 2 gem. zorggebruik per gemeente, ZVW financiering (CMO Groningen)

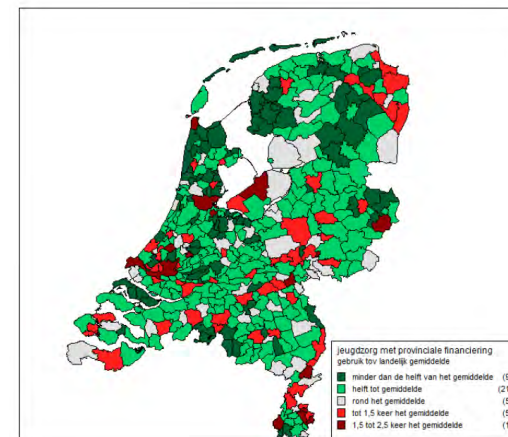
Toelichting

Het totale zorggebruik door ZVW financiering in Groningen-Drenthe wordt voor 42% verklaard door de SES factoren. Factoren kunnen niet bij elkaar opgeteld worden. Vetgedrukt levert significante bijdrage. Een negatieve β bij %grote gezinnen betekent weer dat het om kleine gezinnen gaat.

Tabel 6 Regressiemodellen voor zorggebruik unieke cliënten, Begroting financiering

Risicofactoren	NH* (n = 38)				Gr-Dr (n = 35)			
	Univariate		Multivariate		Univariate		Multivariate	
	β	r^2	β	r^2	β	r^2	β	r^2
Model 1: SES¹				.37				.52
%kinderen in armoede	.51	.26	-.15		.58	.33	.11	
%bijstandsgezinnen	.63	.40	.74		.72	.52	.64	
Model 2: Ouder-Gezin¹				.38				.60
%eenoudergezinnen	.43	.18	-.05		.72	.52	.91	
%grote gezinnen	-.48	.23	-.22		-.32	.10	.19	
%tienermoeders	.26	.07	.14		.40	.16	.20	
%lage opleiding ouders	.58	.34	.44		.35	.12	-.23	
Model 3: Kind¹				.56				.53
%gehandicapte kinderen	.50	.25	.08		.09	.01	-.03	
%niet-westerse allochtonen	.71	.51	.72		.62	.39	.35	
%leerlingen vmbo b/k	.08	.01	.16		-.27	.08	-.30	
%vsv'ers	.50	.25	.02		.60	.36	.40	

¹Multi-collineariteit toets voor multivariate modellen: VIF-statistic <4 (voor beide regio's).
Alleen voor model 1: SES, regio NH, VIF-statistic <5
* exclusief Amsterdam en Zaanstreek
Vetgedrukt: $p < 0.05$



Figuur 3 gem. zorggebruik per gemeente, Begroting financiering (CMO Groningen)

Toelichting

Het totale zorggebruik door Begroting financiering in Groningen-Drenthe wordt voor 51% verklaard door de SES factoren. Factoren kunnen niet bij elkaar opgeteld worden. Vetgedrukt levert significante bijdrage. Een negatieve β bij %grote gezinnen betekent weer dat het om kleine gezinnen gaat.

Tabel 7 Multivariate regressiemodellen voor zorggebruik unieke cliënten, naar financieringsvorm

Risicofactoren	Zorggebruik per financieringsvorm											
	AWBZ				ZVW				Begroting			
	NH (n = 38)		Gr-Dr (n=35)		NH (n = 38)		Gr-Dr (n=35)		NH (n = 38)		Gr-Dr (n=35)	
	β	r^2	β	r^2	β	r^2	β	r^2	β	r^2	β	r^2
Model¹		.49		.58		.46		.46		.55		.59
%bijstandsgezinnen	.06		.41		-.14		.40		.27		.40	
%eenoudergezinnen	-.22		.38		-.20		.27		-.17		.41	
%niet-westerse allochtonen	.78		.03		.88		.07		.63		.02	

¹Multi-collineariteit toets voor multivariate modellen: VIF-statistic <4 (voor beide regio's).

Vetgedrukt: $p < 0.05$

Toelichting

Het totale zorggebruik door AWBZ financiering in Groningen-Drenthe wordt voor 58% verklaard door de factoren in het model. Factoren kunnen niet bij elkaar opgeteld worden. Vetgedrukt levert significante bijdrage. Dit betekent bijvoorbeeld voor de regio Groningen-Drenthe dat het %bijstandsgezinnen een significante bijdrage levert aan het verklaren van het zorggebruik; de overige factoren in het model dragen hier niet extra aan bij.

