

Bekostiging van gemeenten

De gemeente is een steeds belangrijkere partij voor de eerstelijnszorg. Enerzijds doordat de gemeente als co-financier voor zorg- en welzijnstaken voor de eerstelijnszorg fungeert, anderzijds doordat bijvoorbeeld preventiebeleid invloed heeft op de gezondheidszorgketen. Daarom is het van belang om te weten hoe gemeenten eigenlijk aan hun geld komen. De Eerstelijns zocht het uit.

De gemeente heeft vier bronnen van inkomsten. Het overgrote deel komt van de Rijksoverheid. Gemeenten ontvangen een algemene uitkering die op basis van een verdeelsleutel met zestig indicatoren per gemeente wordt vastgesteld. Daarmee wordt circa vijftig procent van de jaarlijkse inkomsten gerealiseerd. Dit zogenaamde maatstaven-systeem wordt jaarlijks onderhouden en waar nodig aangepast (vergelijkbaar met het risicovereveningssysteem in de Zorgverzekeringswet). De gemeenten hebben volledige beleidsvrijheid bij de verdeling van deze inkomsten. Door aanpalende wet- en regelgeving kan er echter wel enige sturing ontstaan.

satie- en integratie-uitkering vormen samen het grootste deel van de inkomsten van gemeenten.

Er is een meerjarenbegroting die beïnvloed kan worden door aanpassing van de maatstaven (maximaal vijf procent mutatie per jaar) en de algemene belastinginkomsten van de Rijksoverheid, die fluctueren door de economie. De uitkering aan de gemeenten loopt op en af met de inkomsten van het Rijk. In de praktijk legt de Rijksoverheid soms nog een extra korting op, wat in strijd is met de afspraken. Voor gemeenten met een robuuste meerjarenbegroting is dit uitermate frustrerend.

door bijvoorbeeld verkeerd uitgekakte grondspeculaties. Dan krijgt de gemeente een artikel 12 status en wordt zij onder curatele gesteld. Alle andere gemeenten betalen hieraan mee. In 2016 hadden tien gemeenten (2,5 procent) een artikel 12 status.

Aanspraak en beleid

Een belangrijk verschil in de rol van gemeenten als publiekrechtelijk instituut en de zorgverzekeraars als privaatrechtelijke organisatie wordt veroorzaakt door het verschil in aanspraak en beleid. Bij een aanspraak heeft iedereen die aan bepaalde vastgestelde criteria voldoet recht op een vergoeding in geld of natura (vergelijkbaar met Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg). Gemeenten kunnen in theorie binnen de gestelde kaders zelf het beleid bepalen. Toch wordt die speelruimte beperkt doordat 'de maatschappij' te grote verschillen niet accepteert. Verschillen in infrastructurele keuzes – komt er wel of geen sportveld of randweg – worden over het algemeen wel geaccepteerd. Maar bij persoonsgebonden beleid is de speelruimte een stuk smaller. Dat wordt versterkt doordat de landelijke politiek zich er (vaak ten onrechte) mee gaat bemoeien als individuele gevallen in de publiciteit komen. Dat was bijvoorbeeld het geval bij de discussie over de toekenning van huishoudelijke hulp. Dit is in strijd met de bestuurlijke principes en spelregels voor een doelmatige besteding van belastinggeld: beslissen, betalen en genieten zo veel mogelijk in één hand.

Bij zorgverzekeraars is binnen de Zorg-

*Door de decentralisaties wordt
een regionale populatiebekostiging van zorg en welzijn
steeds logischer*

Naast de algemene uitkering is er een decentralisatie- en integratie-uitkering die zo'n 34 procent van de inkomsten oplevert. Dit is een doeluitkering die moet worden uitgegeven aan specifieke doelen. De gemeenten hebben hierin weinig beleidsvrijheid. Het onderscheid tussen de algemene- en de specifieke uitkering komt voort uit de wens van de Rijksoverheid om voor bepaalde uitgaven de verschillen tussen burgers te beperken. Denk aan onderwijs, huisvesting, beschut werk¹ of gezondheidszorg. De algemene uitkering en de decentrali-

De lokale (doel)belastingen zoals OZB, honden- of afvalstoffenbelasting, levert ongeveer de resterende zestien procent aan inkomsten op. Ook hier moet de gemeente de directe relatie tussen inkomsten en uitgaven handhaven². Daarnaast mogen de verschillen tussen gemeenten niet dusdanig worden dat dit invloed krijgt op het vestigingsgedrag van burgers. Dat wordt bewaakt en gestuurd met benchmarks.

Tot slot kan een gemeente meerdere jaren een negatieve exploitatie hebben,



verzekeringwet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz) nauwelijks of geen speelruimte en kan de verzekerde indien nodig zelfs via de juridische weg een vergoeding of behandeling afdwingen. De Rijksoverheid kan door aanpassing van het pakket invloed uitoefenen op deze privaatrechtelijke zorgverzekeringen.

Zorgverzekeraars en gemeenten

Het lastige van deze bekostigingsverschillen is dat op gemeentelijk niveau de verschillende geldstromen rondom een burger/patiënt of groep integreren

en/of effect op elkaar hebben³. Gezamenlijk optreden of afstemmen is dan geboden, maar wordt bemoeilijkt doordat gemeenten er voor alle ingeschreven burgers zijn en de zorgverzekeraars alleen voor de eigen verzekerden. Door de decentralisatie en de grote toename van persoonsgebonden uitgaven bij gemeenten, worden deze vraagstukken uitvergroot. Als gevolg daarvan maken landelijke afspraken plaats voor regionale sturing. In 2016 bedroegen de gemeentenuitgaven per inwoner circa € 3300 per jaar. Ter vergelijking: in 2010 was dit nog circa € 1100 en in de Zvw en Wlz zijn de gemiddelde kosten ongeveer € 5500. Inmiddels ontstaan er steeds meer convenanten tussen zorgverzekeraars en (grote) gemeenten, waardoor de afstemming verder verbeterd kan worden. Op de langere termijn biedt populatiebekostiging of integratie van geldstromen perspectief⁴.

Schaalgrootte

Ook de verschillen in schaalgrootte leveren soms problemen op. Kleine gemeenten zijn te kwetsbaar voor grote risico's. De gekozen regionale sturing⁵ sluit dan niet meer aan bij het democratische proces. Bijvoorbeeld in inter-regionaal overleg, waar wethouders van kleine gemeenten wel door hun gemeenteraad ter verantwoording worden geroepen, maar nauwelijks invloed hebben op de regionale besluitvorming. Daarbij speelt ook de over het algemene matige kwaliteit van de lokale rekenkamers een rol. Door de toename van het gemeentefonds met 300 procent sinds 2010, is echter een robuuste decentrale controle noodzakelijk. Daarnaast heeft een te kleine schaal invloed op het kennisniveau dat nodig is om tot weloverwogen besluiten te komen. Dit wordt versterkt door de nieuwe lokale verhoudingen tussen burgers, coöperaties, maatschappelijke organisaties en ge-

meenten, waarbij alle partijen zich nog positioneren en ontwikkelen. Eerder is al gepleit voor een standaard voor welzijnszorg, analoog aan zorgstandaarden⁶. De invloed op het kennisniveau dat vereist is voor weloverwogen besluiten wordt verder versterkt door de exponentiele groei van persoonsgebonden uitkeringen, die veel meer maatwerk vereisen en een hogere emotionele betrokkenheid veroorzaken.

Voor grote eerstelijnsorganisaties als zorggroepen en psychologen die meerdere gemeenten bestrijken, is het maken van afspraken of contracteren van jeugdzorg veel bureaucratischer geworden. Regionale samenwerking en gemeentelijke herindeling bieden perspectief voor het schaalprobleem, maar gaan langzaam. Het aantal gemeenten neemt geleidelijk af (1997: 572; 2016: 388).

Tot slot

De bekostiging van gemeenten op basis van de maatstavensystematiek, de risicoverevening in de Zorgverzekeringswet en de bekostiging van de langdurige zorg kennen overeenkomsten en verschillen. Door de decentralisaties wordt een regionale populatiebekostiging van zorg en welzijn in de toekomst steeds logischer. <<

Tekst:

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

Foto: Thinkstock

¹ Beschut werk is een onderdeel van de participatiewet voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt UWV 2016

² jurisprudentie hondenbelasting Hoge Raad 2016

³ Dreigende chaos vanwege verschillende ordeningssysteem De Eerstelijns februari 2014

⁴ In 2017 zal de Eerstelijns een discussiestuk voor het huidige zorgstelsel presenteren, dat naar verwachting bij de verkiezingen van 2021 een actueel onderwerp zal zijn.

⁵ Wat is een regio? De Eerstelijns januari 2017

⁶ Een landelijke welzijnsstandaard biedt houvast voor alle partijen De Eerstelijns november 2015