

Zorg en geld

Hoe onbetaalbaar is de verzorgingsstaat?

Mirjam de Rijk

Kostenbesparing was een belangrijk motief voor het decentraliseren van zorgtaken naar de gemeenten. De zorg dreigde 'onbetaalbaar' te worden, zo klonk het begin jaren tien van deze eeuw, en door de decentralisatie zou het goedkoper kunnen. Dreigende onbetaalbaarheid is een terugkerend thema in discussies over de zorg. Maar hoe reëel is die angst? En waarom werd er juist op de maatschappelijke ondersteuning bezuinigd? En hebben de decentralisaties de zorg inderdaad goedkoper gemaakt? In dit hoofdstuk wordt het discours rond de kosten van de zorg tegen het licht gehouden en wordt onderzocht of de financiële verwachtingen rond de decentralisatie van maatschappelijke ondersteuning en jeugd waargemaakt zijn.

Over de kosten van de zorg en de kostenstijgingen in de zorg bestaan veel mythes en misverstanden. Oprechte bezorgdheid en een ideologisch gedreven verkeerde voorstelling van zaken (vanuit het adagium 'hoe minder publieke uitgaven, hoe beter') zijn daarbij niet altijd van elkaar te onderscheiden. Daarom om te beginnen de cijfers. Hoe hebben de zorgkosten zich de afgelopen decennia ontwikkeld? De meest reële maat voor de kosten van de

zorg is hoeveel procent van het bbp, het bruto binnenlands product, we aan zorg besteden. Het bbp geeft weer hoeveel er in een jaar verdiend wordt. Wie de zorgkosten meet als percentage van het bbp, weet welk deel van de gezamenlijke welvaart aan zorg wordt besteed. Anders dan vaak wordt gedacht, namen de kosten van de zorg als percentage van het bbp in Nederland decennialang, van eind jaren zeventig tot 2002, niet of nauwelijks toe. De zorgkosten bedroegen in die periode steeds zo'n 9 tot 10 procent van het bbp. De grote kostenstijging deed zich pas in de tien jaar daarna voor, tot zo'n 13 procent van het bbp in 2013. De afgelopen jaren zijn de kosten, uitgedrukt in percentage van het bbp, iets gedaald^x (CBS I, Statline, 'Zorguitgaven; kerncijfers'). Het gaat in deze cijfers om de optelsom van alle zorg, dus zowel de *cure* als de *care*, zowel van thuiswonenden als van mensen in zorginstellingen, en zowel om kosten die mensen zelf rechtstreeks betalen als de uitgaven die via de zorgverzekeraars of de overheid lopen^x.

Terminologie

Dit hoofdstuk gaat vooral over (de financiering van) de Wmo en de jeugdzorg, dus niet over de Participatiewet (de vroegere bijstand). Bij de Wmo en de jeugdzorg gaat het vaak om langdurige zorg: zorg en ondersteuning die langjarig nodig zijn. Omdat de Wet langdurige zorg (Wlz) echter gaat over intramurale zorg, oftewel de zorg in tehuizen en andere instellingen, is het verwarrend om de term 'langdurige zorg en ondersteuning' te gebruiken voor dat wat onder de Wmo valt. Daarom wordt in dit hoofdstuk een paar keer de term *care* gebruikt om een duidelijk onderscheid te maken tussen de langdurige zorg en ondersteuning enerzijds, en de medische zorg (ziekenhuizen, ggz-instellingen, huisartsen), kortom de *cure*, anderzijds. De termen *cure* en *care* zijn een beetje in onbruik geraakt maar zijn soms, ondanks het Engels, wel verhelderend.

Kortom: de stijging van de zorgkosten is niet iets van alle tijden, maar vond in een specifiek tijdvak plaats, namelijk van 2002 tot 2013. Gezien de brede politieke en maatschappelijke bezorgdheid over de zorgkosten is het opmerkelijk dat er niet of nauwelijks onderzoek bestaat naar de oorzaken van de kostenstijging in de genoemde specifieke periode. In het algemeen wordt aangenomen dat de kortstondige toename begin jaren nul te maken had met het afschaffen van de budgettering van ziekenhuizen, het wegwerken van de wachtlijsten die waren ontstaan, kostte veel geld. Vanaf 2006 namen de kosten echter opnieuw sterk toe, en dat is precies het moment waarop het ziekenfonds werd afgeschaft en marktwerking het belangrijkste sturingsprincipe werd in de zorg. Het valt echter niet mee om te bepalen of het hier alleen om correlatie of ook om causaliteit gaat en, zoals gezegd, is de oorzaak van de kostenstijging eigenlijk niet onderzocht. Om misverstanden te voorkomen: dit hoofdstuk heeft geenszins als portee dat de kosten van de zorg vrijelijk op hun beloop gelaten moeten worden.

Efficiënt en effectief omgaan met geld is altijd van belang, en nog meer als het om de besteding van publiek geld gaat of om geld van mensen die door hun ziekte of hulpbehoevendheid in een afhankelijke positie verkeren. Maar een discussie over het goed en effectief inrichten van de zorg is een andere dan het defaitistische discours van 'onbetaalbaarheid'. En een discussie over kostentoe name krijgt een ander karakter als helder is dat het om een specifieke periode gaat en niet om een permanent natuurverschijnsel. Of het 'veel', 'te veel' of 'weinig' is om 13 procent van de welvaart aan zorg en gezondheid uit te geven, is een maatschappelijke afweging^{x1}.

Cijfermissers

Hoe heeft het beeld van onbetaalbaarheid kunnen ontstaan?

Het verkeerd gebruiken van cijfers speelt hierbij een belangrijke

rol. Dit gebeurt door politici en wetenschappers, door media en zorgverzekeraars. Zo worden de zorgkosten vaak niet uitgedrukt in percentage van het bbp maar in bedragen, die vervolgens niet worden gecorrigeerd voor inflatie en voor toename van de bevolking (tussen 2000 en 2010 groeide de Nederlandse bevolking bijvoorbeeld met ruim 700.000 zielen). Zou je hetzelfde doen met de kosten van onderwijs of brood, dan zouden ook die kosten de afgelopen jaren schrikbarend zijn gestegen, en in de toekomst de pan uit rijzen.

Het tweede belangrijke element in de beeldvorming over de onbetaalbaarheid van de zorg is de vergrijzing, en de veronderstelling dat vergrijzing de hoofdoorzaak is van de kostenstijging in de zorg. Aangezien de levensverwachting en het percentage ouderen de komende jaren nog flink zullen toenemen, is de logische conclusie dat ook de zorgkosten sterk zullen toenemen. Vergrijzing heeft echter beperkte invloed op de zorgkostenstijging, stelt het RIVM, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. In het eerste decennium van deze eeuw, dus de periode waarin de zorgkosten sterk stegen, was vergrijzing slechts verantwoordelijk voor een zevende van de kostenstijging. Het overgrote deel van de toename van de kosten kwam door meer medisch aanbod en medische mogelijkheden, door prijsstijgingen en door wat het RIVM korthedshalve 'beleid' noemt (RIVM 2010), bijvoorbeeld beleid rond het zorgstelsel. De invloed van vergrijzing op de kostenstijging zal in de toekomst wel enigszins toenemen doordat het percentage ouderen nog stijgt, maar 'heel veel zal dat niet schelen', stelt Johan Polder, hoofdeconoom van het RIVM.

Dat de stijgende levensverwachting slechts beperkte invloed heeft op de zorgkosten, komt doordat de zorgkosten gemiddeld genomen vooral in het laatste levensjaar zitten, waarbij het niet veel uitmaakt of dat laatste levensjaar rond de 70, rond de 80 of rond de 90 jaar valt. Mensen worden niet alleen ouder, velen van hen blijven ook langer gezond. Vereenvoudigd gezegd: als mensen gemiddeld 90 jaar worden en tussen hun 75^e en 90^e hulp en

ondersteuning nodig hebben (en tot hun 75^e niet) is dat niet duurer dan als mensen gemiddeld 80 jaar worden en tussen hun 65^e en 80^e hulp en ondersteuning nodig hebben. Bij de druk op de gezondheidszorg wordt vaak gedacht aan de babyboom van kort na de Tweede Wereldoorlog. Die zorgt vanaf 2025 inderdaad voor een piekje aan tachtig-plussers, maar die babyboom is slechts tijdelijk. Het onderscheid tussen vergrijzing en andere factoren die de zorgkosten opdrijven, is overigens niet altijd scherp te maken, stelt Polder van het RIVM. Een deel van de nieuwe behandelmethoden wordt immers juist ontwikkeld voor ouderen, en omgekeerd kunnen nieuwe behandelmethoden leiden tot een stijging van de levensverwachting. 'Een hartaanval is tegenwoordig vaak niet dodelijk en daardoor stijgt de levensverwachting, maar daarna zijn mensen wel de rest van hun leven hartpatiënt.'

Een ander misverstand over vergrijzing en zorgkosten is dat de financiële draagkracht van de samenleving afhankelijk is van de verhouding tussen het aantal werkenden ten opzichte van het aantal ouderen of zorgbehoevenden. Het financiële draagvlak van een samenleving wordt echter niet bepaald door het aantal werkenden, maar door hoeveel er geproduceerd wordt. In Nederland wordt relatief weinig gewerkt, maar Nederland is wel een van de rijkste landen ter wereld. Niet het aantal werkenden, maar het bbp bepaalt het financiële draagvlak. Een toename van het aantal 67-plussers ten opzichte van het aantal werkenden zegt daarom niks over de betaalbaarheid van de zorgkosten, mits de zorgkosten niet eenzijdig via werkenden bekostigd worden.

En daarmee zijn we bij een derde element dat sterk heeft bijgedragen aan het beeld van onbetaalbaarheid, en dat is de manier waarop de zorg gefinancierd wordt. De afgelopen jaren zijn steeds meer onderdelen van de zorg overgeheveld naar de zorgverzekeraars, waardoor de basispremie sterk steeg. In 2006 viel 48 procent van de zorgkosten onder de verzekeraars; inmiddels is dat 57 procent, en dat merken mensen via de verhoging van de basispre-

mie. Doordat de basispremie heel zichtbaar én niet inkomensafhankelijk is (afgezien van de zorgtoeslag voor minima), versterkt dit het beeld dat 'de zorgkosten de pan uit rijzen'. Een voorbeeld van die overheveling is de wijkverpleging, die voorheen onder de AWBZ viel en nu onder de zorgverzekeraars. Ook de verhoging van het eigen risico de afgelopen jaren wakkert het beeld van kostenstijging en dreigende onbetaalbaarheid aan.

Zoals gezegd, beslaan de zorgkosten een kleine 13 procent van het bbp. Zouden die kosten evenredig verdeeld worden, dan zou iedereen 13 procent van het inkomen kwijt zijn (bedrijven, vermogenden, werkenden, uitkeringsgerechtigden). Wie de discussies over de zorg echter een beetje volgt, hoort regelmatig dat een gemiddeld gezin ruim een vijfde van het inkomen aan zorg kwijt is – fors meer dan de 13 procent die je zou mogen verwachten. Dat komt door de manier waarop de zorgkosten gefinancierd worden. Naast de al genoemde basispremie gaat het daarbij vooral om de premies voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze worden bekostigd via de lonen (de Zvw-premie en de Wlz-premie). Anders dan bij het onderwijs, dat via de algemene belastingen wordt bekostigd, betalen bedrijven en vermogenden dus niet via de belastingen mee aan de zorg. De zorgpremies drukken bovendien vooral op de middeninkomens, want boven een jaarinkomen van ruim 33.000 euro hoeft er geen Wlz-premie meer betaald te worden en de premie voor de Zvw stopt boven een jaarinkomen van ruim 54.000 euro.

Alles bij elkaar verklaart dit waarom de spreekwoordelijke 'gezinnen' nu een vijfde (20 procent) van het inkomen aan zorg kwijt zijn, terwijl de zorgkosten slechts 13 procent van het nationaal inkomen beslaan. Zouden de zorgkosten op dezelfde manier betaald worden als de kosten van het onderwijs, dan zouden bedrijven en vermogenden veel meer meebetalen aan de zorg, en hoge inkomens zouden meer betalen dan middeninkomens.

Een filmpje van de SER (Sociaal-Economische Raad van werk-

gevers, werknemers en kroonleden) uit 2012, bedoeld om draagvlak te verkrijgen voor de zorgbezuinigingen, is een fraaie illustratie van alle mythes en misverstanden die er over de zorgkosten heersen. Het gaat in het filmpje over euro's die niet gecorrigeerd zijn voor inflatie en bevolkingstoename en stijging van het bbp. De vergrijzing wordt als monsterlijk kostenverhogend voorgesteld. En de zorgkosten worden eenzijdig aan 'gezinnen' toegeschreven. Die gezinnen zouden in de toekomst maar liefst de helft van hun inkomen kwijt zijn aan zorg, klinkt het dreigend in het filmpje (SER 2012). Ook de website van D66 heeft het over de helft van het inkomen: 'Zonder maatregelen betaalt een doorsnee gezin in 2040 bijna de helft van zijn inkomen aan zorg', zo staat op de startpagina van de standpunten over zorg en samenleving van .

Het Centraal Planbureau (CPB) gaat in zijn meest actuele studie over de toekomstige zorgkosten uit van 9 procent nu naar 15 procent van het bbp in 2040 (CPB 2016). Het gaat hierbij echter alleen om de collectief gefinancierde zorg (waar overigens ook de premies voor de zorgverzekeraars onder vallen, zie verderop). Vertaald naar de totale zorgkosten zoals gehanteerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), komt dit neer op een stijging naar 21 procent van het bbp in 2040. Dat is beduidend meer dan de huidige 13 procent, maar zeker niet 'de helft van het inkomen'. Uitgaande van de economische groei waarop diezelfde voorspellingen gebaseerd zijn, zijn we, na aftrek van die toenemende zorgkosten, in 2040 nog altijd veel rijker dan nu. Een van de belangrijke oorzaken van de toename van de zorgkosten is dat mensen naarmate ze rijker worden meer geld overhebben voor gezondheidszorg, stelt het CPB.

Naast deze elementen is er een ander aspect dat een belangrijke rol heeft gespeeld – en soms nog steeds speelt – bij het beeld over de Nederlandse zorgkosten. Jarenlang stelden beleidsmakers, politici, journalisten en ook wetenschappers dat de zorg in Nederland onevenredig duur zou zijn in internationaal perspectief. De

belangrijkste bron voor deze bewering was *Health at a glance*, een tweejaarlijkse benchmark van de OESO, de denktank van inmiddels 35 rijkere landen (OESO 2017). De OESO zette er steeds keurig bij dat de cijfers onbetrouwbaar waren omdat in landen met veel privaat georganiseerde zorg de kosten niet in de statistieken zitten en dat de mate van betrouwbaarheid van de statistieken sowieso sterk per land verschilt. Maar die nuance ging verloren. Een paar jaar geleden, toen de statistieken beter op orde waren, bleek dat de zorg in Nederland naar verhouding helemaal niet zo duur is. Nederland staat, gemeten in percentage van het bnp, op de achtste plaats en een aantal andere landen zit Nederland op de hielen. Wel zit Nederland boven het OESO-gemiddelde, maar dat is niet zo vreemd: tot de OESO behoren tegenwoordig ook landen als Indonesië, Turkije, India en Colombia. Rijke landen geven een hoger percentage van hun bbp uit aan gezondheidszorg; dat is min of meer een wetmatigheid.

De benchmark van de OESO wordt overigens ook vaak aangehaald als bewijs dat de zorg in Nederland sterk collectief gefinancierd zou zijn. Hierbij is het echter van belang om te weten dat de basispremies voor de zorgverzekeraars ook tot de collectief gefinancierde zorg gerekend worden. 'Collectief' betekent in dit geval niet 'naar draagkracht', maar zegt slechts dat er een wettelijke regeling aan ten grondslag ligt.

Bezuinigen

De sterke stijging van de zorgkosten vanaf 2002 en alle genoemde beelden die met name tussen 2010 en 2012 rond de zorgkosten ontstonden, legden de basis voor de bezuinigingsoperatie van de afgelopen jaren. Een brede ministeriële Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012) bereidde de bezuinigingen voor. In vijf jaar tijd werd er ruim 10 miljard bezuinigd, op een totaalbedrag aan zorgkosten van ongeveer 86 miljard.

BEZUINIGINGEN 2012-2017

2,9 miljard minder zorgtoeslag	
1,5 miljard verhoging eigen risico	
0,6 miljard beperken van tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten	
0,5 miljard minder geld voor jeugdzorg	
0,5 miljard minder geld voor 'persoonlijke verzorging'	
0,7 miljard minder geld voor huishoudelijke hulp	
0,6 miljard minder geld voor begeleiding van hulpbehoevende thuiswonenden	
0,5 miljard minder verzorgingstehuizen, langer thuis wonen	
1,2 miljard plafond voor uitgaven ziekenhuizen en ggz	
1,5 miljard diverse kleinere bezuinigingen	
10,5 miljard totaal ^{xii}	(DE RIJK 2016)

Een groot deel van de bezuinigingen had overigens geen gevolgen voor de totale kosten van de zorg, maar veranderde slechts wie die kosten betaalt. Van de zorgbezuinigingen werd 5 miljard gehaald door de kosten over te hevelen naar zieken en mensen met een laag inkomen: de verhoging van het eigen risico (1,5 miljard), beperking van de zorgtoeslag voor lage inkomens (2,9 miljard) en het verminderen van de tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten (0,6 miljard). Of dit vooral geleid heeft tot zorgmijding, tot het individueel dragen van de kosten of tot meer onbetaalde zorg door naasten, is onbekend. De andere 5,5 miljard aan bezuinigingen kwam voor twee derde terecht bij de *care*, en voor een derde bij de *cure*. Grootste klappers: de bezuinigingen op hulp en begeleiding (1,3 miljard), het sluiten van verzorgingstehuizen (0,5 miljard, het grootste deel van die sluitingen stamt al van vóór Rutte I) en de jeugdzorg (0,5 miljard).

De verdeling van de bezuiniging tussen *cure* en *care* (een derde

versus twee derde) is des te opmerkelijker omdat de stijging van de zorgkosten tussen 2002 en 2012 meer in de *cure* zat dan in de *care*. Dat de kortingen vooral bij de *care* terechtwamen, heeft te maken met een aantal factoren. Om te beginnen is de medische zorg sinds de stelselherziening van 2006 (waarbij het ziekenfonds werd opgeheven) vooral de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars, en het is lastig om grote bezuinigingen in te boeken als je er niet over gaat. Het idee was dat bij de medische zorg de markt voor kostenefficiëntie zou zorgen, niet de minister^{xiii}. Een tweede element dat meespeelde bij de toenmalige verdeling van de bezuinigingen is dat het gevoeliger ligt om te korten op alles wat gaat over 'de strijd op leven en dood' dan om verzorging en ondersteuning. Dit werd nog eens versterkt door het indertijd veel gehoorde narratief dat de Wmo vooral zou bestaan uit gratis huishoudelijke hulp voor mensen die dat best zelf kunnen betalen. En ten derde geeft Nederland, internationaal gesproken, relatief veel aan *care* uit.

Dat laatste blijkt onder meer uit de eerdergenoemde internationale vergelijking *Health at a glance* van de OESO. De kosten van de 'long term care', voor iedereen die gedurende lange tijd zorg en ondersteuning behoeft (in Nederlandse termen valt hier zowel de Wmo- als de Wlz-zorg onder), zijn, uitgedrukt in percentage van het bbp, in Nederland het hoogste van alle OESO-landen. De OESO is overigens de eerste om ook deze cijfers te nuanceren. Een aantal landen rapporteert namelijk alleen de kosten van de intramurale langdurige zorg. Ook zijn juist bij de langdurige zorg en ondersteuning de kosten van publieke stelsels zoals het Nederlandse veel beter in beeld dan van grotendeels private stelsels ('underreporting'), aldus *Health at a glance* (OESO 2017). En ten slotte hangen de gerapporteerde kosten sterk af van het wel of niet meerekenen van de woonkosten. Het percentage mensen dat mantelzorg krijgt, is in Nederland overigens ook relatief hoog, aldus de OESO.

Al met al zorgden genoemde drie elementen – de overheid voelde zich verantwoordelijker voor de kosten van de *care* dan van de *cure*, bezuinigen op de *cure* ligt gevoeliger, en de internationaal gezien hoge *care*-kosten – ervoor dat de bezuinigingen in sterke mate terecht kwamen bij de *care*. Lastiger is het om te verklaren waarom, binnen de *care*, vooral de Wmo en de jeugdzorg de afgelopen jaren geld moesten inleveren. Het belangrijkste inhoudelijke idee achter de zorghervorming is immers dat mensen langer zelfstandig en thuis zouden moeten blijven wonen. Wie dan juist bezuinigt op alles wat het thuis wonen ondersteunt, moet een bijzonder verhaal hebben. De totale korting van het Rijk op het Wmo-budget is zo'n 20 procent, op de jeugdzorg 15 procent.

Dat bijzondere verhaal is het decentraliseren naar de gemeenten. Gemeenten zouden, omdat zij 'dichtbij' zijn, maatwerk kunnen leveren en de gemeentelijke sociale wijkteams zouden veel goedkoper kunnen werken dan de voorheen specialistische en verkokerde zorg (zie hoofdstuk 2). Belangrijker dan 'dichtbij' en 'ontkokerd', als het om het bewerkstelligen van de bezuinigingen gaat, is echter een ander element van de zorghervorming: de verandering van *recht* naar *voorziening*. In de vroegere AWBZ, die de langdurige zorg en ondersteuning regelde, konden zorgbehoevenden aanspraak maken op een recht; in de nieuwe Wmo is de zorg en ondersteuning een zogeheten voorziening en betreft het daarmee een *gunst*. Dat geeft de gemeenten de ruimte om te bezuinigen: gemeenten mogen grotendeels zelf bepalen wat ze aanbieden en aan wie. Waar voorheen de behoefte of vraag bepaalde hoeveel er aan de AWBZ werd uitgegeven, is het vooraf vastgestelde budget nu leidend. Op grond van een uitgebreide enquête onder gemeenten over de financiering van het sociale domein (358 van de 390 gemeenten vulden de enquête in) constateert het ministerie van Binnenlandse Zaken dat 'het beschikbare budget de omvang van de lastenraming bepaalt' (BZK 2017).

Overigens kunnen gemeenten bij de Jeugdwet de vraag veel

lastiger aanpassen aan het budget dan bij de Wmo. Bij de Wmo is het de gemeente die bepaalt of iemand voor zorg in aanmerking komt; bij de jeugdzorg gebeurt dat voor het grootste deel door huisartsen en door justitie. Gemeenten hebben daardoor weinig invloed op de aard en de kosten van de jeugdzorg, maar stellen wel het budget ervoor vast. Een structuur die leidt tot wachtlijsten en tot tekorten bij zowel jeugdzorginstellingen als bij gemeenten.

Het combineren van een grootscheepse bezuiniging met een grote stelselverandering is bestuurlijk gezien een veelbeproefd recept. De bezuiniging kan dan gepresenteerd worden als een efficiencyslag die voortkomt uit een andere manier van organiseren; de stelselherziening. Bovendien hoeft degene die voorheen aan het stuur stond en tot de kortingen besloot de bezuinigingen niet zelf waar te maken.

De opstelling van gemeenten ten opzichte van de decentralisaties is steeds enigszins ambivalent geweest. Gemeenten zijn blij met de uitbreiding van het takenpakket, maar ze zijn niet blij met de bijbehorende bezuiniging. Waar de landelijke fracties van partijen sterk van mening verschillen over de wenselijkheid van verschil in voorzieningen tussen gemeenten (gemeenten mogen immers zelf bepalen wat ze aanbieden en aan wie), waren gemeentelijke fracties in de aanloop naar 2015 vrijwel raadsbreed enthousiast over de decentralisaties. Het 'blij dat wij er straks over gaan, wij doen het beter dan het Rijk' overheerste.

Eigen bijdragen

Naast de verandering van recht naar voorziening en dus gunst, biedt ook het vragen van eigen bijdragen gemeenten de mogelijkheid om de vraag naar hulp en ondersteuning te beperken. De eigen bijdragen die gemeenten in rekening mogen brengen, zijn veel hoger dan de eigen bijdragen van de vroegere AWBZ. De ei-

gen bijdragen voor maatwerkvoorzieningen zoals begeleiding of woningaanpassingen zijn weliswaar inkomensafhankelijk, maar kunnen oplopen tot zo'n 600 euro per maand.

Het fenomeen inkomensafhankelijke eigen bijdrage kent voor- en tegenstanders. Op het eerste gezicht lijkt het heel sociaal: wie meer verdient, betaalt een hogere bijdrage voor bijvoorbeeld een traplift of vervoer. Maar het kan ertoe leiden dat hogere inkomens het gevoel hebben dat de verzorgingsstaat er niet langer voor hen is ('Waarom heb ik dan mijn leven lang belasting betaald?'), of dat zij hun eigen zorg en ondersteuning inkopen, wat weer kan leiden tot segregatie in zorgvoorzieningen en zorgniveau. Begin 2016 kwam het blad *Binnenlands Bestuur* (2016) met een hard rapport over de effecten van de eigen bijdragen in de nieuwe Wmo. Van de hulp- en zorgbehoevenden maakt 25 procent geen gebruik van de gemeentelijke zorg en ondersteuning vanwege de hoge eigen bijdragen, aldus het onderzoek. Op aandringen van de Tweede Kamer liet het ministerie van vws vervolgonderzoek doen naar de eigen bijdragen en de 'zorgmijding' als gevolg daarvan (Zorgmarktadvies 2016).

Vooraf gehandicapten en chronisch zieken met een inkomen van net boven het minimum tot aan modaal blijken de eigen bijdragen als zeer onrechtvaardig en problematisch te ervaren. Ook hebben gemeenten te weinig zicht op zorgmijding als gevolg van de eigen bijdragen. Ze besteden bijvoorbeeld geen aandacht aan mensen die hun zorg plotseling stopzetten, concludeerde onderzoeksbureau Zorgmarktadvies. Het leidde ertoe dat in het regeerakkoord van Rutte III is afgesproken om vanaf 2019 de eigen bijdrage voor de maatwerkvoorzieningen in de Wmo terug te brengen tot maximaal 17,50 euro per maand. Ieder(in), de organisatie voor gehandicapten en chronisch zieken, is zeer blij met het afschaffen van de hoge inkomensafhankelijke eigen bijdragen. Want waarom zou een gehandicapte minder van het verworven inkomen mogen overhouden dan een gezond persoon, door de hoge eigen bijdrage?

Maar Ieder(in) is bang dat gemeenten voorzieningen die nu nog 'maatwerk' heten vanaf 2019 'algemene voorziening' gaan noemen, omdat ze daarvoor nog wel eigen bijdragen mogen vragen. De grens tussen die twee categorieën is niet hard vastgelegd. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) lobbyt tegen het kabinetsbesluit, omdat gemeenten bang zijn voor een toenemende vraag naar Wmo-zorg als de eigen bijdragen sterk verlaagd worden. Het Rijk compenseert de gemeenten wel voor de misgelopen inkomsten, maar niet voor de mogelijke extra zorgvraag die ontstaat.

Toereikend?

Alle gemeenten samen ontvangen jaarlijks zo'n 12,5 miljard euro voor de Wmo en de Jeugdwet^{xiv}. Een groot deel daarvan is nu nog specifiek benoemd als 'integratie-uitkering sociaal domein', maar vanaf 2019 maakt het deel uit van het algemene gemeentefonds (op een paar uitzonderingen na, zoals het geld voor begeleid wonen). Het huidige geld is overigens niet 'geormerkt', oftewel gemeenten mogen het ook nu al aan andere dingen besteden, als ze willen. Maar vanaf 2019 kunnen gemeenteraden bijvoorbeeld niet meer zien hoeveel hun gemeente voor het sociale domein krijgt.

De afgelopen jaren is er veel te doen geweest over de vraag of gemeenten het geld dat ze krijgen ook werkelijk uitgeven aan het sociale domein. Van de toen nog 13,8 miljard die gemeenten in 2015 kregen voor maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg bleef 1,2 miljard op de plank liggen, constateerde het CBS (2016). Uit hetzelfde onderzoek bleek dat gemeenten juist tekortkwamen op werk en inkomen (400 miljoen). Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) kwam later weliswaar op een kleiner bedrag van 360 miljoen (SCP 2016), maar het overschot maakte de financiële onderhandelingspositie van gemeenten ten opzichte van het Rijk

er niet sterker op. Volgens gemeenten had het overschot echter te maken met achterlopende cijfers, met de noodzaak reserves op te bouwen voor toekomstige tegenvallers en met de opbouwfase.

De aanvankelijke zuinigheid van gemeenten bij de implementatie van de decentralisaties heeft mogelijk ook te maken met aspecten die op zichzelf losstaan van de decentralisaties, maar in dezelfde periode speelden. In de jaren waarin de decentralisaties werden voorbereid, gingen gemeenten op grote schaal uit- en aanbesteden, in plaats van taken zelf uit te voeren of te financieren via subsidies. Aanbesteden betekent vaak dat de verantwoordelijkheid bij een andere gemeentelijke dienst komt te liggen (niet langer de afdeling sociaal of maatschappelijk, maar bij aanbestedingsjuristen) en de prijs speelt een grote rol bij het wel of niet winnen van een aanbesteding. Bovendien vond de voorbereiding van de decentralisaties plaats tijdens de economische crisis, met tegenvallende grondopbrengsten en kortingen op het gemeentefonds.

Van grote overschotten lijkt inmiddels geen sprake meer. Maar de belangrijkste conclusie na diverse onderzoeken van verschillende bureaus (Cebeon, AEF, SCP, Binnenlandse Zaken) is dat er weinig zicht is op hoeveel gemeenten precies uitgeven aan het sociale domein, en of het geld dat ze daarvoor krijgen van het Rijk afdoende is. 'Dat is een vraag die iedereen bezighoudt en waar niemand echt een antwoord op heeft', zegt beleidsadviseur Andries Kok van de VNG (geïnterviewd eind mei 2018). De belangrijkste oorzaak van het gebrek aan zicht is dat gemeenten hun begrotingen allemaal verschillend indelen en dat ze verschillende termen en definities hanteren voor wat wel of niet onder het sociale domein valt. Er bestaan 'oude' (van vóór 2015) en nieuwe gemeentelijke taken in het sociale domein, met algemeen en met specifiek geld. Het SCP waagt zich inmiddels dan ook niet meer aan algemene uitspraken over overschotten of tekorten, maar meldt wel dat in 2016 een vijfde van de gemeenten juist tekorten verwachtte (SCP 2017). Naarmate gemeenten integraler werken

en sociale wijkteams meer samenwerken met andere afdelingen van een gemeente – wat de bedoeling is van de decentralisaties – wordt het moeilijker met een schaarjtje te knippen of geld wel of niet aan het sociale domein besteed is. Zelfs de spreekwoordelijke gemeentelijke lantaarnpaal kan immers bijdragen aan meedoen, zelfstandigheid, participatie of andere doelen van sociaal beleid.

In de eerdergenoemde enquête door Binnenlandse Zaken geeft het gros van de gemeenten aan dat ‘budgetneutraliteit’, oftewel uitgeven aan het sociale domein wat het Rijk ervoor beschikbaar heeft gesteld, het uitgangspunt is (BZK 2017). Daarbij is de algemene tendens tot nu toe, zo blijkt uit onder meer onderzoek van Cebeon, dat veel gemeenten geld overhouden op de Wmo en juist tekortkomen op de Participatiewet en de Jeugdwet. Het budget voor de Participatiewet is door het Rijk expres krap begroot omdat het gemeenten moet prikkelen om het aantal uitkeringsgerechtigden te beperken (Cebeon 2017).

Een van de ideeën achter de decentralisaties is dat er lokaal maatwerk geleverd kan worden, oftewel dat het aanbod aangepast kan worden aan de bevolkingssamenstelling of de politieke keuzes van raad en college. Het zou dan ook interessant zijn om te weten in hoeverre het geld dat gemeenten uitgeven te relateren is aan de zorgbehoefte van de betreffende bevolking, aan de samenstelling van gemeenteraad of college van B&W, of aan de financiële mogelijkheden van de betreffende gemeente – bijvoorbeeld door veel ozb-inkomsten of grondverkoop. Daarnaast bestaat echter geen onderzoek. Het valt waarschijnlijk ook moeilijk te onderzoeken, gezien de eerdergenoemde verscheidenheid in afbakening van wat wel en niet tot het sociale domein of tot maatschappelijke ondersteuning wordt gerekend.

Ook de ‘outcome’, oftewel de vraag of de decentralisaties de zorg wel of niet verbeterd hebben, is moeilijk te meten. ‘Het ontbreekt aan landelijke uniforme maatstaven’ en het is ‘bijzonder lastig om uitspraken te doen over waar we staan en hoe het gaat met het so-

ciaal domein', constateert het SCP in de *Overall rapportage 2016*. 'Enige mate van uniformiteit zou helpen bij het komen tot kennisopbouw.' Toch durft het SCP wel iets te zeggen over de zogeheten outcome. 'De outcome-maten waarover we beschikken geven nog geen positief beeld', aldus de *Overall rapportage*. De participatie van mensen met ernstige lichamelijke beperkingen neemt af, en de emotionele eenzaamheid van mensen met een Wmo-voorziening is met bijna een derde toegenomen (SCP 2017: 36).

Arbeidsmarkt

Door de bezuinigingen in de zorg verdween een groot aantal banen. Het aantal mensen dat in de sector zorg en welzijn werkt, nam tussen 2012 en 2014 met 93.000 af en bleef daarna ongeveer gelijk (tot en met 2016; nieuwere cijfers zijn op het moment van schrijven nog niet bekend), zo blijkt uit de enquête beroepsbevolking (CBS 2, Open data, 2018). In de ouderenzorg verdwenen 46.000 arbeidsplaatsen; in welzijn, jeugdzorg en kinderopvang 33.000 (CBS 3, Statline, 'Zorg; werkgelegenheid, beroepen in zorg en welzijn'). Net als in een aantal andere sectoren gaat het ook in de zorg de laatste tijd veel over 'tekorten op de arbeidsmarkt'. In de berichtgeving daarover is echter meestal onduidelijk of het om tekorten gaat die te maken hebben met gebrek aan geld om personeel aan te nemen, of met openstaande vacatures waarvoor geen mensen te vinden zijn. Het aantal vacatures in zorg en welzijn is weliswaar zo'n 10.000 hoger dan twee jaar geleden, maar op een totaal van 1,35 miljoen werkenden in zorg en welzijn is dat een relatief klein aantal. De beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (v&vn) vroeg in een enquête aan haar leden hoe de zorg aantrekkelijker gemaakt kan worden om te werken. Drie maatregelen staan bovenaan bij de antwoorden: verhoog het salaris, schaf gebroken diensten af (waarbij ie-

mand 's ochtends een paar uur moet werken en aan het eind van de dag opnieuw), en garandeer mensen een zodanig aantal uren dat er van het werk te leven valt. Door kleine (oproep)contracten en flexwerk weten mensen niet of ze in een maand genoeg zullen verdienen (v&vn 2017). De onaantrekkelijke arbeidsvoorwaarden zijn deels een gevolg van het feit dat gemeenten een groot deel van de zorg en ondersteuning aanbesteden, waardoor organisaties sterk gericht zijn op kostenreductie. Ook het jobbeleid vanuit het Rijk – eerst flink bezuinigen en daarna juist weer 2 miljard per jaar beschikbaar stellen voor verpleeghuizen – heeft het vertrouwen in de zorg als werkplek geen goed gedaan. Overigens werd in mei 2018 een cao afgesloten voor onder meer de thuiszorg met belangrijke loonsverhogingen, vooral ook voor leerlingsalarissen en stagevergoedingen.

Bezuinigingen klaar?

In 2017 heeft het Rijk de laatste bezuinigingstranches doorgevoerd die verbonden waren aan de decentralisaties. In het Regeerakkoord van Rutte III staan geen nieuwe bezuinigingen op de *care*, nu op de valreep is afgezien van een bezuiniging van 100 miljoen op de wijkverpleging. In tegenstelling tot Rutte II concentreert het huidige kabinet zich wat de zorgkosten betreft juist op de medische zorg, door het afsluiten van akkoorden met onder meer de ziekenhuizen, de ggz, paramedici en huisartsen. Nu de Wmo en de jeugdzorg niet meer apart worden gefinancierd maar deel uitmaken van het gemeentefonds (afgezien van de eerdergenoemde onderdelen zoals begeleid wonen), is er voortaan niet meer sprake van 'hoeveel krijgen gemeenten van het Rijk voor de Wmo en de jeugdzorg?' maar van 'wat gebeurt er met het algemene gemeentefonds?' En dat ziet er voor gemeenten gunstig uit. De vng heeft in februari 2018 een Interbestuurlijk Programma afgesloten met

het Rijk waarin is afgesproken dat het gemeentefonds niet alleen meestijgt met de rijksuitgaven (de zogeheten 'trap op, trap af'-systematiek), maar ook dat de rijksuitgaven aan sociale zekerheid en zorg daarin voortaan stevig meetellen. (Voorheen telden alleen de rijksuitgaven minus die aan zorg en sociale zekerheid.) En dat is gunstig, legt Andries Kok van de VNG uit. 'Want je weet eigenlijk zeker dat die uitgaven niet snel omlaaggaan, dus dat gemeenten ook niet snel minder zullen krijgen.' Wel vreest de VNG de eerdergenoemde gevolgen van het afschaffen van hoge eigen bijdragen, en kost de nieuwe cao voor de thuiszorg de gemeenten volgens de VNG veel geld. Belangrijker is echter wat er de komende jaren in de rest van de zorg gebeurt: het beleid rond verpleeghuizen en zorginstellingen en in de *cure*, inclusief de ggz. Dat zal immers in hoge mate bepalen in hoeverre er straks veel extra hulpvragen op de gemeenten afkomen.