

Hans Ouwehand

bestuurder CIZ

WAT ZIT ER TUSSEN STAAT EN STAD?



*“Op dit moment
leiden de prikkels
in het systeem van
de zorg niet tot de
juiste beweging.”*



Een Amerikaanse hoogleraar sprak eens op een congres in Nederland. Het ging erover dat grote issues niet op rijksniveau moeten worden opgepakt, maar op het niveau van de lokale overheid. Hij putte uit het verleden en noemde voorbeelden als Genua en Florence. Hij schakelde naar actuelere voorbeelden als New York en Londen. Hij wist niet het aantal inwoners van Nederland, maar geconfronteerd met het juiste aantal was zijn reactie dat Nederland dan eigenlijk een stad was. Natuurlijk is Nederland geen stad, maar de schaal waarop wij werken binnen het sociaal domein doet de wenkbrauwen fronsen. En niet alleen van ingevlogen Amerikanen.

Herindeling

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het sociaal domein. Het ambitieuze plan van het vorige kabinet was om gemeenten te maken van minimaal 100.000 inwoners. Daar is niets van terecht gekomen. Het aantal gemeenten is slechts afgenomen van ruim 400 naar 355 met een gemiddelde van 44 duizend inwoners. Dit beleid was een randvoorwaarde voor de decentralisaties, maar voormalig Minister Plasterk hield het al snel voor gezien toen de weerstand groeide tegen deze top down benadering.

Het gevolg is dat er op dit moment slechts 32 gemeenten zijn met meer dan 100.000 inwoners. Er zijn zeer kleine gemeenten verantwoordelijk voor zware dossiers als jeugdzorg, zorg en participatie (met Vlieland en Rozendaal als uitschieters met minder dan 1.500 inwoners). Natuurlijk, er zijn samenwerkingsvormen gevonden, er wordt aan

allerlei regionale tafels overlegd, maar daarbij ontbreekt het aan twee zaken. Ten eerste een heldere visie ondersteund door de juiste prikkels. En ten tweede doorzettingsmacht en schaalgrootte.

Heldere visie, juiste prikkels

Om met het eerste punt te beginnen. Op dit moment leiden de prikkels in het systeem van de zorg niet tot de juiste beweging. Het is voor gemeenten financieel gunstig wanneer burgers in relatief dure voorzieningen als een verpleeghuis of een ziekenhuis verblijven. Dit verblijf wordt immers niet vanuit het gemeentelijke Wmo budget betaald, maar uit de Wlz of Zvw. Omgekeerd geldt dat de baten van gemeentelijke preventie niet bij de gemeente landen, maar bij de zorgverzekeraar of de staat. Het gevolg is dat er druk komt te staan op de duurste voorzieningen en dat er geen directe beloning is voor investeringen in preventie.

Als we een kijkje over de grens wagen, dan zien we dat het in Scandinavië anders is geregeld. Daar worden gemeenten beloofd voor investeringen in de gezondheid van hun burgers. Zij betalen een extra bijdrage aan de ziekenhuiszorg als hun burgers vaker of langer in het ziekenhuis verblijven. Gevolg is een extreem kort ziekenhuisverblijf van gemiddeld drie dagen (met de ambitie dit te verlagen naar twee). Dit leidt wel tot allerlei eerstelijnsvoorzieningen binnen de gemeenten, maar die zijn een stuk goedkoper dan de kosten van een ziekenhuisverblijf. De doelstelling van de gemeentelijke activiteiten en van samenwerkingsverbanden moet preventie zijn. En gemeenten moeten voor deze activiteiten wel de revenuen ontvangen.

Gemeenten kunnen meer dan ze denken

Ten aanzien van het tweede punt, de doorzettingsmacht en schaalgrootte,

“Gemeenten hoeven niet op Den Haag te wachten, maar kunnen zelf krachtigere en grotere samenwerkingsverbanden starten.”

“De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het sociaal domein. Het ambitieuze plan van het vorige kabinet was om gemeenten te maken van minimaal 100.000 inwoners. Daar is niets van terecht gekomen.”

moet er regie genomen worden. We moeten regio's vormen die op gestructureerde wijze aan preventie kunnen werken. Dan is het verstandig om aansluiting te zoeken bij bestaande zorgregio's of anders de indeling van de zorgkantoren. Het maakt eigenlijk niet zoveel uit, als de schaal maar drastisch wordt vergroot, er minder wordt gepraat, meer wordt gedaan en vanuit een eenduidige visie wordt gewerkt. Samenwerking met andere sectoren zoals de curatieve zorg, maar ook wonen en participatie, is van het grootste belang. De consensus is inmiddels dat de uitdagingen van de langdurige zorg niet binnen de sector zelf kunnen worden opgelost.

Er wordt soms teveel naar Den Haag gekeken, en gewezen op het mislukte initiatief van minister Plasterk. Of er wordt kritisch gereageerd als minister De Jonge met een initiatief komt. Maar gemeenten kunnen zelf meer dan ze denken. Het staat namelijk iedere rechtspersoon vrij om bevoegdheden te mandateren. In dat kader wijs ik op een precedent dat wellicht niet iedereen kent. De oorsprong van het CIZ (en de onafhankelijke indicatiestelling in de AWBZ in 2005) is niet gelegen in een wetwijziging. Deze wettelijke basis is pas in 2015, bij de inwerkingtreding van de WLZ, gelegd. In 2005 hebben de gemeenten bevoegdheden afgestaan aan de toen opgerichte

stichting CIZ. Daarvoor werd de indicatiestelling via RIO's en andere gemeentelijke en regionale instellingen verzorgd.

Dit laat zien dat gemeenten niet op Den Haag hoeven te wachten, maar zelf krachtigere en grotere samenwerkingsverbanden kunnen starten. Zo kan Den Haag zich focussen op het beter richten van de financiële prikkels en het belonen van investeringen in preventie. Dan gaan we – zeker als we de verbinding met andere sectoren als wonen, cure en participatie weten te leggen – eindelijk doen wat met de decentralisatie van het sociaal domein beoogd is. ◦

