



**HOEKSMa, HOMANS & MENTING**  
ORGANISATIEADVISEURS

THERMEN 1  
POSTBUS 262  
7500 AG ENSCHEDE  
T (053) 433 05 48  
F (053) 435 49 50  
INFO@HHM.NL  
WWW.HHM.NL

## **Verklarend Onderzoek Stijging Uitgaven GGZ en GZ**

Enschede, 4 november 2004  
SS/04/2666/kegg

mw. drs. S.J.M. Schutte  
ir. B.H. Hoeksma  
drs. P.F. Bakker

## Inhoudsopgave

1.	Inleiding .....	4
2.	Uitgaven GGZ .....	6
	2.1 Macro-analyse: verklaringen voor ontwikkelingen van de uitgaven GGZ op basis van CTG/ZAio-informatie .....	6
	2.1.1 Verschillen 2002-2003 .....	7
	2.1.2 Verschillen 2003-2004 .....	9
	2.1.3 Totaaloverzicht 2002-2004 .....	12
	2.1.4 Capaciteitsontwikkeling GGZ .....	12
	2.1.5 Aanvullende informatie.....	13
	2.2 Meso-analyse: verklaringen voor ontwikkelingen van de uitgaven GGZ volgens zorgkantoren .....	14
	2.3 Micro-analyse: verklaringen voor ontwikkelingen van de uitgaven GGZ op basis van onderzoek bij aanbieders .....	19
3.	Uitgaven GZ .....	25
	3.1 Macro-analyse: verklaringen voor ontwikkelingen van de uitgaven GZ op basis van CTG/ZAio-informatie.....	25
	3.1.1 Verschillen 2000-2001 .....	26
	3.1.2 Verschillen 2001-2002 .....	27
	3.1.3 Verschillen 2002-2003 .....	28
	3.1.4 Verschillen 2003-2004 .....	29
	3.1.5 Totaaloverzicht uitgavenontwikkeling 2000-2004 per deelsector .....	30
	3.1.6 Globale onderbouwing besteding van het toegenomen budget.....	31
	3.1.7 Aanvullende informatie.....	37
	3.2 Meso-analyse: verklaringen voor ontwikkelingen van de uitgaven GZ volgens zorgkantoren .....	39
	3.3 Micro-analyse: verklaringen voor ontwikkelingen van de uitgaven GZ op basis van onderzoek bij aanbieders .....	42
4.	Uitgaven PGB .....	50
5.	Samenvattende conclusies .....	52
	5.1 Doel en aanpak van het onderzoek .....	52
	5.2 Samenvattende conclusies over de stijging uitgaven GGZ .....	52
	5.3 Samenvattende conclusies over de stijging uitgaven GZ .....	54

**BIJLAGEN:**

- Bijlage 1: Brief Ministerie van VWS
- Bijlage 2a: Budgetuitkomsten 2003 GGZ-aanbieders
- Bijlage 2b: Budgetuitkomsten 2004 GGZ-aanbieders
- Bijlage 3: Budgetuitkomsten 2004 gehandicaptenzorg
- Bijlage 4: Frequentie-indeling GGZ/GZ aanbieders naar groei aanvaardbare kosten
- Bijlage 5: Tabellen GGZ
- Bijlage 6: Tabellen GZ
- Bijlage 7: Aankondigingsbrief aan geselecteerde aanbieders

## 1. Inleiding

In het AO op 7 april 2004 heeft de Staatssecretaris naar aanleiding van de brief over de beheerste selectieve groei gemeld een forse groei te zien in de zorguitgaven in de gehandicaptenzorg (GZ) en de GGZ. Zij heeft toegezegd onderzoek te doen naar de oorzaken van de groei in beide sectoren.

In opdracht van het Ministerie van VWS heeft bureau HHM dit onderzoek uitgevoerd in de periode juli tot en met september 2004. Doelstelling van het onderzoek was om verklaringen te vinden voor de stijging in de uitgaven in de GGZ en in de GZ. In de V&V is in de afgelopen jaren geen sprake geweest van een zodanige ontwikkeling van de zorguitgaven dat de opdrachtgever behoefte had aan verklarend onderzoek.

Nadere informatie over de achtergrond van dit onderzoek staat in bijlage 1 van deze rapportage (brief van het Ministerie van VWS, kenmerk: GVM/2494181; deze brief is toegestuurd aan de zorgkantoren en aanbieders die in het onderzoek zijn betrokken).

Voor de GGZ is de periode 2002-2004 onderzocht; voor de gehandicaptenzorg de periode 2000-2004. GGZ Nederland, de VGN, ZN en CVZ zijn op de hoogte van doel en aanpak van het onderzoek.

### VRAAGSTELLING

De onderzoeksvragen luiden als volgt:

1. Hoe kan de stijging van de zorguitgaven in de GGZ sinds 2003 en in de GZ vanaf 2000 worden verklaard?
2. Waar zijn de middelen in de GGZ en GZ voor ingezet?
  - a. Welk deel is toe te wijzen aan extra geholpen cliënten (inclusief PGB's)?
  - b. Welk deel is toe te wijzen aan zorgzwaarte?
  - c. Welk deel van de productie is toe te wijzen aan extra productie voor mensen die al in zorg zijn/waren?
  - d. Zijn er (en zo ja, wat zijn de) verschillen in zorgzwaarte tussen de mensen die nieuw in zorg zijn genomen en de mensen die in de afgelopen jaren extra zorg hebben ontvangen?
  - e. Hoe ziet de extra zorg eruit van de mensen die extra zorg hebben ontvangen; is dit meer van het zelfde product (bv meer uren) of een extra ander product?
  - f. In hoeverre is er sprake van substitutie tussen producten (bijvoorbeeld intramuraal/extramuraal) en welke gevolgen heeft dit voor de kosten?
  - g. In hoeverre wordt de uitgavenstijging verklaard door aspecten als kwaliteit (bijvoorbeeld meer handen aan het bed, ruimere kamers, kleinere groepen et cetera), opkomst van nieuwe zorgproducten, nieuwe toetreders en veranderingen in CAO's?
  - h. Specifiek voor de GZ: Hoe staan indicaties en geleverde zorg tegenover elkaar en welke trend is daarin zichtbaar?
3. Wat is de prognose voor de zorguitgaven in de GGZ en in de GZ, mede in het licht van de door de staatssecretaris aangekondigde maatregelen voor de AWBZ?

Het onderzoek bestond uit de volgende activiteiten:

1. Analyse van relevante landelijke gegevens; gezien het doel van het onderzoek was van belang dat landelijke gegevens zo compleet mogelijk waren; gezien de periode die moest worden onderzocht (tot en met 2004) was van belang dat landelijke gegevens ook zeer actueel waren.
2. Nader onderzoek bij 8 zorgkantoren (aan de hand van de concrete ontwikkelingen bij 64 aanbieders); deze zorgkantoren zijn gekozen door Nederland geografisch in vier gebieden te verdelen; per gebied zijn vervolgens twee zorgkantoren geselecteerd, waarbij de voorkeur uitging naar de wat grotere zorgkantoren omdat hier meer dan wel grotere gecontracteerde aanbieders zouden zijn; voor nadere informatie over de aanpak: zie paragraaf 2.2 en 3.2.
3. Nader onderzoek van 32 aanbieders die productieafspraken maken met één van bovenbedoelde zorgkantoren; daarbij is er op gelet dat er zowel aanbieders waren vertegenwoordigd die een stijgend budget hebben gehad als aanbieders met een dalend dan wel gelijkblijvend budget (voor zover aanwezig.); voor nadere informatie over de aanpak: zie paragraaf 2.3 en 3.3.

Veel landelijke gegevensbronnen voldeden niet aan de eis zoals ad 1 hierboven is gesteld. Bij de analyse van landelijke gegevens speelde de informatie waarover het CTG/ZAio beschikt daarom een cruciale rol omdat die gegevens landelijk compleet en actueel waren. Voor de GGZ was een CTG/ZAio-analyse van de kostenontwikkeling 2003-2004 al beschikbaar; op verzoek van en in overleg met bureau HHM is een identieke analyse voor de periode 2002-2003 gemaakt (zie bijlage 2). Voor de gehandicaptenzorg was eveneens een landelijke analyse voor de periode 2003-2004 beschikbaar (zie bijlage 3). Voor de gehandicaptenzorg waren daarnaast onderliggende cijfers voor de periode 2001-2003 beschikbaar die door bureau HHM zijn verwerkt en geïnterpreteerd in hoofdstuk 3 van deze rapportage.

Uit bovenstaande moge blijken dat het CTG/ZAio een grote bijdrage heeft geleverd aan hoofdstuk 2 en 3 van deze rapportage. De aanvullende analyses en beschikbaarstelling van aanvullende achtergrondinformatie zijn in een kort tijdsbestek door het CTG/ZAio uitgevoerd. Op deze plek willen de onderzoekers het CTG/ZAio dan ook graag bedanken voor hun bereidwillige medewerking aan dit onderzoek.

Eveneens wordt dank gezegd aan het CVZ voor de beschikbaarstelling van gegevens over het PGB (hoofdstuk 4).

## 2. Uitgaven GGZ

### 2.1 Macro-analyse: verklaringen voor ontwikkelingen van de uitgaven GGZ op basis van CTG/ZAio-informatie

#### INLEIDING

Zoals hiervoor reeds is aangegeven, wordt voor de GGZ de periode 2002-2004 onderzocht. Het budget aanvaardbare kosten in de GGZ is opgebouwd uit productieafspraken (inclusief de capaciteitscomponent) enerzijds en kapitaalslasten anderzijds. Het aandeel kapitaalslasten in het totale budget GGZ is redelijk constant gebleven, namelijk ongeveer 9,5% (bron: bijlage 3a bij CTG/ZAio 04-35a). Door het CTG/ZAio is dan ook aangegeven dat de kapitaalslasten een dusdanig stabiel patroon vertonen dat nader onderzoek naar die post als niet zinvol wordt gezien.

De budgetstijgingen in de GGZ worden voornamelijk verklaard door verschillen in de productieafspraken. Het CTG/ZAio heeft een analyse gemaakt van de verschillen tussen 2002–2003 en tussen 2003–2004. In bijlage 2 zijn deze analyses integraal opgenomen. Hieronder worden enkele hoofdpunten aangestipt. In onderstaande tabel wordt eerst de ontwikkeling van het budget exclusief kapitaalslasten getoond. Deze zag er in deze periode als volgt uit.

Bedragen x 1 mln. euro	2002	2003	2004
Budget GGZ (exclusief kapitaalslasten)	2.511	2.825	2.990
Mutatie		+ 314	+ 165

Tabel 1. Ontwikkeling budget in de GGZ (exclusief kapitaalslasten), bron: CTG/ZAio (III 04-10 Budgetuitkomsten 2003 GGZ-aanbieders en III 04-10 Budgetuitkomsten 2004 GGZ-aanbieders)

In totaal zijn de kosten van de GGZ in die periode gestegen met 479 mln. euro waarbinnen de stijging van 2002 naar 2003 in totaal 314 mln. euro bedraagt en de stijging van 2003 naar 2004 in totaal 165 mln. euro. De grootste stijging vond dus plaats van 2002 naar 2003.

Enkele opmerkingen:

- In 2002 gold in de GGZ een budgetplafond. Aanbieders werden afgerekend op productieafspraken tot een bepaald maximum. Bij eventuele overproductie kon geen nacalculatie plaatsvinden. Een uitzondering hierop betrof de wachtlijstgelden voor 2002: deze zijn wel via nacalculatie betaald, hetgeen inhoudt dat realisatie leidend was en niet de afspraken. Overigens is ook in de jaren tot en met 2002 sprake geweest van een stijging van budgetten in de GGZ.
- In 2003 gold geen budgetplafond meer; het 'boter bij de vis'-principe werd van kracht. Bij onderproductie werd gecorrigeerd; bij overproductie werd nagecalculeerd, mits gefiatteerd door het zorgkantoor.

- In 2004 zijn er momenteel alleen nog maar afspraken. Het jaar is immers nog lopende.

Voor een goede vergelijking tussen de jaren wordt evenwel steeds uitgegaan van de productieafspraken vóór nacalculatie. Aangenomen mag worden dat op macroniveau eventuele verschillen tussen afspraken en realisatie tegen elkaar wegvallen. Op het niveau van een individuele aanbieder zal dit naar alle waarschijnlijkheid in mindere mate het geval zijn. Aangenomen wordt dat dit nader zal blijken uit de microanalyses bij aanbieders.

### 2.1.1 Verschillen 2002-2003

Het verschil in productieafspraken 2002–2003 bedraagt 314 mln. euro (dus exclusief kapitaalslasten). De productie in de GGZ wordt uitgedrukt in zogenaamde productieparameters. Het volume per parameter maal het tarief voor de betreffende parameter resulteert in het budget. Budgettoenames kunnen als volgt worden veroorzaakt:

- het totale volume aan productieafspraken stijgt;
- het tarief per productieparameter stijgt (in de door het CTG/ZAio uitgevoerde analyses zijn deze constant verondersteld);
- het aandeel zwaardere productieparameters neemt toe ten opzichte van de lichtere productieparameters (met name bij intramurale en deeltijdzorg).

De totale toename van 314 mln. euro wordt voor het grootste deel verklaard door (zie overzicht 1 Budgetuitkomsten 2003 GGZ-aanbieders, CTG III 04-10):

Productie	Aandeel in verschil
1) Toename ambulante contacten	30%
2) Prijsindex	27%
3) Aanpassing in verband met budgetmaximum	17%
4) Toename verpleegdagen/verzorgingsdagen	10%
- waarvan zorgzwaarteververschil	(9%)
- waarvan hoeveelheidsverschil	(1%)
5) Toename uren dienstverlening en preventie	10%
6) Toename deeltijdbehandelingsdagen	2%
7) Overig	4%
<b>Totaal</b>	<b>100%</b>

Tabel 2. Aandeel productie-items in mutatie 2002-2003, bron: CTG/ZAio

#### AD 1 TOENAME AMBULANTE CONTACTEN

De belangrijkste verklaring van het verschil 2002-2003 zit derhalve in een toename van de ambulante contacten, namelijk 30% van het totaal van 314 mln. euro (te weten 95 mln. euro). De toename van de ambulante contacten voor volwassenen zorgt hier voor het grootste aandeel, namelijk 23% van het totaal van 314 mln. euro (zie onderstaande tabel).

<b>Toename ambulante contacten</b>	<b>Aandeel in verschil (van 314 mln. euro)</b>
Ambulant kinderen en jeugdigen	3%
Ambulant volwassenen	23%
Ambulant ouderen	1%
Ambulant verslavingszorg	2%
Ambulant forensisch	1%
<b>Totaal aandeel in verschil</b>	<b>30%</b>

Tabel 3. Aandeel ambulante contacten in mutatie 2002-2003, bron: CTG/ZAio

In de overzichten 3, 4 en 5 van de notitie Budgetuitkomsten 2003 GGZ-aanbieders (CTG III 04-10) worden deze verschillen nader geanalyseerd. Uit overzicht 3 blijkt dat binnen de ambulante contacten voor volwassenen het grootste deel wordt verklaard door nieuwe inschrijvingen (namelijk 17% van het totaal van 314 mln. euro) en een kleiner deel door toename van de contacten (namelijk 6% van het totaal van 314 mln. euro).

De gegevens van het CTG/ZAio geven tevens inzage in het aantal contacten per nieuwe inschrijving. Dit getal biedt een maat voor eventuele wijzigingen in zorgintensiteit. Deze blijkt in alle circuits van ambulante zorg licht te zijn toegenomen.

#### **AD 2 PRIJSINDEX**

Het bedrag voor de prijsindex bedraagt in de overgang van 2002 naar 2003 83,5 mln. euro (zie CTG III 04-10, Budgetuitkomsten GGZ 2003 GGZ-aanbieders). Dit verklaart voor 27% het totaal verschil van 314 mln. euro.

#### **AD 3 AANPASSING IN VERBAND MET PRODUCTIEMAXIMUM**

Een derde belangrijke verklaring betreft de aanpassing in verband met het budgetmaximum. In 2002 heeft een correctie moeten plaatsvinden, omdat er meer was afgesproken dan mogelijk was binnen het budgetplafond. In 2003 konden dergelijke productieafspraken volledig worden gehonoreerd.

#### **AD 4 TOENAME VAN PRODUCTIE IN VERPLEEG- EN VERZORGINGSDAGEN**

Een vierde belangrijke verklaring zit in de toename van productie in verpleegdagen en verzorgingsdagen, namelijk 10% van het totaal van 314 mln. euro (te weten 32,4 mln. euro). Hier is het mogelijk nader onderscheid te maken naar verschillen die worden veroorzaakt door stijging van het totale volume aan productieafspraken, het zogenaamde *hoeveelheidsverschil* en door relatieve toename van het aandeel zwaardere productieparameters ten opzichte van de lichtere productieparameters (een indicatie voor zorgzwaarte), het zogenaamde *prijs- of zorgzwaarteverшил*<sup>1</sup>.

Van het totaal van 32,4 mln. euro blijkt 28,6 mln. euro (9% van het totaal van 314 mln. euro) te worden veroorzaakt door het zorgzwaarteverшил en 3,8 mln. euro (1% van het totaal van 314 mln. euro) door een hoeveelheidsverschil.

<sup>1</sup> Nota Bene: het gaat hier dus nadrukkelijk niet om de effecten van de prijsindex.

Overzicht 2 van de notitie Budgetuitkomsten 2003 GGZ-aanbieders (CTG III 04-10) geeft nader inzicht in de onderliggende gegevens. Hier wordt volstaan met enkele opvallende zaken:

De budgetverschillen 2002-2003 zijn het grootst bij:

- dagen volwassenen en ouderen kortdurend, namelijk 16,2 mln. euro, waarvan het grootste deel (namelijk 10,5 mln. euro) een zorgzwaarteverschil betreft;
- dagen verslavingszorg, namelijk 6,7 mln. euro, waarvan het grootste deel (namelijk 4,2 mln. euro<sup>1</sup>) een hoeveelheidsverschil betreft;
- verzorgingsdagen beschermd wonen, namelijk 6 mln. euro, waarvan het grootste deel (namelijk 3,9 mln. euro) een hoeveelheidsverschil betreft.

#### **Ad 5 TOENAME AANTAL UREN DIENSTVERLENING EN PREVENTIE**

Een vijfde belangrijke verklaring is een toename van het aantal uren dienstverlening en preventie. Dit verklaart 10% (namelijk 30,2 mln. euro) van het totale verschil van 314 mln. euro.

#### **Ad 6 TOENAME DEELTIJDBEHANDELINGSDAGEN**

Als laatste verklarende factor wordt de toename van de productie in deeltijd genoemd. Dit verklaart overigens slechts een klein deel, namelijk 2% (5,9 mln. euro), van het totale verschil van 314 mln. euro. Voor het merendeel betreft het hier een hoeveelheidsverschil, namelijk 1,5% (4,7 mln. euro) van het totale verschil van 314 mln. euro. Het zorgzwaarteverschil verklaart 0,4% (1,2 mln. euro) van het totale verschil van 314 mln. euro.

#### **Ad 7 OVERIG**

Onder de post overig zijn enkele capaciteitsgegevens, individuele niet productiegebonden kosten en overige productiegebonden kosten vervat.

### **2.1.2 Verschillen 2003-2004**

Het verschil in productieafspraken 2003–2004 bedraagt 165 mln. euro (dus exclusief kapitaalslasten (dit is overigens ongeveer gelijk aan de stijging inclusief kapitaalslasten). Hierin is het effect van het prijsindexcijfer nog niet meegenomen. Dit bedrag was op het moment van verschijnen van de CTG/ZAio-analyses nog niet bekend.

Naast de productieafspraken was het in 2004 voor het eerst mogelijk om sector-overstijgende productie af te spreken (via de zogenaamde extramurale beleidsregel). Voor aanbieders in de GGZ was hier 3,9 mln. euro mee gemoeid. Dit is niet betrokken in de analyse van verschillen.

De toename van 165 mln. euro wordt voor het grootste deel verklaard door (zie overzicht 1 Budgetuitkomsten 2004 GGZ-aanbieders, CTG III 04-10):

<sup>1</sup> Er is eveneens sprake van negatieve mutaties. Dit verklaart waarom het hier genoemde hoeveelheidsverschil groter kan zijn dan het totale hoeveelheidsverschil.

Productie	Aandeel in verschil
1) Toename ambulante contacten	58%
2) Toename verpleegdagen/verzorgingsdagen	23%
- waarvan zorgzwaarteverschil	(11%)
- waarvan hoeveelheidsverschil	(12%)
3) Toename deeltijdbehandelingsdagen	7%
- waarvan zorgzwaarteverschil	(1%)
- waarvan hoeveelheidsverschil	(6%)
4) Toename uren dienstverlening en preventie	7%
5) Overig	5%

Tabel 4. Aandeel productie-items in mutatie 2003-2004, bron: CTG/ZAio

#### AD 1 TOENAME AMBULANTE CONTACTEN

Ook in het verschil 2003-2004 is een toename van de ambulante contacten de belangrijkste verklaring van het verschil. Het betreft 58% van het totaal van 165 mln. euro (te weten 96 mln. euro). De toename van de ambulante contacten voor volwassenen zorgt hier voor het grootste aandeel, namelijk 41% van het totaal van 165 mln. euro (zie onderstaande tabel).

Toename ambulante contacten	Aandeel in verschil (van 165 mln. euro)
Ambulant kinderen en jeugdigen	4%
Ambulant volwassenen	41%
Ambulant ouderen	4%
Ambulant verslavingszorg	6%
Ambulant forensisch	3%
<b>Totaal aandeel in verschil</b>	<b>58%</b>

Tabel 5. Aandeel ambulante contacten in mutatie 2003-2004, bron: CTG/ZAio

In overzichten 3, 4 en 5 van de notitie Budgetuitkomsten 2004 GGZ-aanbieders (CTG III 04-10) worden deze verschillen nader geanalyseerd. Ook hier blijkt dat binnen de ambulante contacten voor volwassenen het grootste deel wordt verklaard door nieuwe inschrijvingen (namelijk 25% van het totaal van 165 mln. euro) en een kleiner deel door toename van de contacten (namelijk 16% van het totaal van 165 mln. euro).

In 2004 was het voor het eerst mogelijk om telefonische en e-mailcontacten te schrijven. Over het geheel van de ambulante zorg was het aandeel van deze contacten ongeveer 8% van het totaal van 165 mln. euro.

Verder blijkt ook hier dat het aantal contacten per nieuwe inschrijving licht is toegenomen. Wanneer het aantal telefonische contacten per nieuwe inschrijving wordt meegewogen, wordt de stijging iets substantiëler. Zoals gezegd geeft dit een indicatie van de zorgintensiteit. Uitzondering hierop zijn de ambulante forensische contacten. Hier is het aantal contacten per nieuwe inschrijving gedaald.

**AD 2 TOENAME VAN PRODUCTIE IN VERPLEEG- EN VERZORGINGSDAGEN**

Een tweede belangrijke verklaring zit in de toename van productie in verpleeg- en verzorgingsdagen, namelijk 23% van het totaal van 165 mln. euro (te weten 38,6 mln. euro). Ook hier is wederom onderscheid gemaakt tussen het hoeveelheidsverschil (stijging van het totale volume aan productieafspraken) en het zorgwaartevverschil (relatieve toename van het aandeel zwaardere productieparameters ten opzichte van de lichtere productieparameters).

Van het totaal van 38,6 mln. euro blijkt 18,8 mln. euro (11% van het totaal van 165 mln. euro) te worden veroorzaakt door een zorgwaartevverschil en 19,8 mln. euro (12% van het totaal van 165 mln. euro) door een hoeveelheidsverschil. Overzicht 2 van de notitie Budgetuitkomsten 2004 GGZ-aanbieders (CTG III 04-10) geeft nader inzicht in de onderliggende gegevens. Hier wordt wederom volstaan met enkele opvallende zaken:

De budgetverschillen 2003-2004 zijn het grootst bij:

- dagen volwassenen en ouderen langdurend, namelijk 12,3 mln. euro, waarvan verreweg het grootste deel een prijsverschil betreft;
- verzorgingsdagen beschermd wonen, namelijk 10,0 mln. euro, waarvan het grootste deel een hoeveelheidsverschil betreft;
- dagen volwassenen en ouderen kortdurend, namelijk 7,4 mln. euro, waarvan het grootste deel een hoeveelheidsverschil betreft.

**AD 3 TOENAME DEELTIJDBEHANDELINGSDAGEN**

Een derde belangrijke verklaring zit in de toename van de productie in deeltijd genoemd. Dit verklaart 7% (11,7 mln. euro), van het totale verschil van 165 mln. euro. Voor het merendeel betreft het hier een hoeveelheidsverschil, namelijk 6% (10,2 mln. euro) van het totale verschil van 165 mln. euro. Het zorgwaartevverschil verklaart ongeveer 1% (1,5 mln. euro) van het totale verschil van 165 mln. euro.

**AD 4 TOENAME AANTAL UREN DIENSTVERLENING EN PREVENTIE**

Een vierde belangrijke verklaring is een toename van het aantal uren dienstverlening en preventie. Dit verklaart 7% (namelijk 11,6 mln. euro) van het totale verschil van 165 mln. euro. Het CTG/ZAio wijst er op dat er de laatste jaren sprake is geweest van een explosieve toename van het aantal uren dienstverlening en preventie die zich met name vanaf 2001 heeft voorgedaan (zie overzicht 6, Budgetuitkomsten 2004 GGZ-aanbieders, CTG III 04-10). "Aangezien preventie en dienstverlening los staat van zorgverlening aan cliënten en hiervoor dus ook geen indicatie voor zorg kan worden afgegeven is sinds de invoering van de modernisering preventie en dienstverlening formeel geen onderdeel meer van de aanspraken binnen de AWBZ". In de microanalyses bij aanbieders zal derhalve nader aandacht worden besteed aan dit onderdeel.

### 2.1.3 Totaaloverzicht 2002-2004

Wanneer de resultaten van de voorgaande paragrafen worden samengevoegd ziet het beeld er als volgt uit. De totale mutatie van 2002 naar 2004 bedroeg 479 mln. euro (314 plus 165 mln. euro).

Productie	Mutatie budget (x mln. euro)	Aandeel in verschil
1) Toename ambulante contacten	191	40%
- waarvan contacten cliënten	(70,7)	(15%)
- waarvan nieuwe inschrijvingen	(120,3)	(25%)
2) Prijsindex (exclusief bedrag 2004)	83,5	17%
3) Aanpassing in verband met budgetmaximum	54	11%
4) Toename verpleegdagen/verzorgingsdagen	71	15%
- waarvan zorgzwaarteververschil	(47,4)	(10%)
- waarvan hoeveelheidsverschil	(23,6)	(5%)
5) Toename uren dienstverlening en preventie	41,8	9%
3) Toename deeltijdbehandelingsdagen	17,6	4%
- waarvan zorgzwaarteververschil	(2,7)	(1%)
- waarvan hoeveelheidsverschil	(14,9)	(3%)
7) Overig	20,1	4%
<b>Totaal</b>	<b>479</b>	<b>100%</b>

Tabel 6. Aandeel productie-items in mutatie 2002-2003, bron: CTG/ZAio

### 2.1.4 Capaciteitsontwikkeling GGZ

Hierboven is inzichtelijk gemaakt welke de belangrijkste verklaringen van de kostenstijgingen zijn. Getoond is dat een groot deel van de stijging van de uitgaven verband houdt met een toename van het volume aan productieafspraken. Hieronder worden ter nadere illustratie nog enkele capaciteitsproductiegegevens getoond (bron: jaarverslag CTG 2003).

Toelatingen en productieafspraken psychiatrie	2001	2002*	2003
Totaal aantal toegelaten aanbieders	87	139	139
Totaal toegelaten bedden	25.786	27.041	27.405
Waarvan in productie	21.087	22.516	21.947
Totaal deeltijdplaatsen in productie	5.118	5.908	0
Totaal toegelaten deeltijdplaatsen	3.527	4.114	0

Tabel 7. Toelatingen en productieafspraken psychiatrie, bron: CTG/ZAio (\* vanaf 2002 inclusief psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ))

<b>Toelatingen en productieafspraken RIBW's</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Totaal aantal toegelaten aanbieders	40	40	41
Toegelaten plaatsen:			
- bezette plaatsen	6.124	6.410	6.760
- gesubstitueerde plaatsen	929	1.186	1.229
Totaal toegelaten plaatsen	7.053	7.596	7.989

Tabel 8. Toelatingen en productieafspraken RIBW, bron: CTG/ZAio

<b>Productieafspraken ambulante GGZ</b>	<b>2001 afspraken</b>	<b>2001 werkelijk</b>	<b>2002* afspraken</b>	<b>2002 werkelijk</b>	<b>2003 afspraken</b>	<b>2003 werkelijk</b>	<b>2004 afspraken</b>
Totaal aantal contacten <sup>1</sup>	4.511.697	4.539.184	5.340.622	5.021.849	5.470.551	5.682.938	6.545.938
Totaal aantal nieuwe inschrijvingen	329.676	328.201	365.068	326.762	362.787	360.757	385.024
Aantal contacten per nieuwe inschrijving	13,7	13,8	14,6	15,4	15,1	15,8	17,0
Uren dienstverlening/ Preventie	795.547	946.817	1.052.965	1.311.232	1.150.378	1.599.384	1.717.924

Tabel 9. Productieafspraken ambulante GGZ, bron: CTG/ZAio, Jaarverslag 2003 en Budget 2004 GGZ aanbieders (\* vanaf 2002 inclusief psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ))

<b>Productieafspraken intramurale en deeltijd GGZ</b>	<b>2001 afspraken</b>	<b>2001 werkelijk</b>	<b>2002* afspraken</b>	<b>2002 werkelijk</b>	<b>2003 afspraken</b>	<b>2003 werkelijk</b>	<b>2004 afspraken</b>
Verpleegdagen	7.300.119	7.280.168	7.674.791	7.302.922	7.603.352	7.604.549	7.684.337
Totaal deeltijd-behandelingen	1.255.027	1.296.330	1.474.410	1.364.627	1.510.582	1.434.287	1.586.036
Totaal eerste opnames (klinisch en deeltijd)	41.808	51.522	55.700	53.005	57.404	58.082	58.230

Tabel 10. Productieafspraken intramurale en deeltijd GGZ, bron: CTG/ZAio, Jaarverslag 2003 en Budget 2004 GGZ aanbieders (\* vanaf 2002 inclusief psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ))

## 2.1.5 Aanvullende informatie

### INLEIDING

Naast hetgeen hierboven is weergegeven, zijn nog enkele andere gegevensbronnen bestudeerd op hun bruikbaarheid voor een verdere aanvulling, inkleuring en/of onderbouwing van de macro-analyse.

<sup>1</sup> Exclusief nieuwe inschrijving en toeslag contact buiten de aanbieder.

Onder meer zijn bestudeerd de bij het Bouwcollege beschikbare gegevens. Deze documenten boden geen *aanvullende* inzichten voor de analyses.<sup>1</sup>

#### **NIEUWE TOELATINGEN**

Tot slot is in het kader van de macro-analyse gekeken in welke mate er sprake is van nieuwe toelatingen. Deze gegevens zijn aangeleverd door CTG/ZAio. Er zijn verschillende categorieën van nieuwe toelatingen te onderscheiden:

- volledig nieuwe aanbieders/rechtspersonen;
- bestaande aanbieders die hun functie verblijf uitbreiden dan wel die zich gaan richten op nieuwe functies (zowel binnen als buiten de regio).

Voor zover deze nieuw toegelaten aanbieders nog zijn te koppelen aan verblijf of sector, zijn de kosten die hiermee zijn gemoeid onderdeel van de macro-analyse van de GGZ. De exacte omvang van de tweede categorie, zoals hierboven vermeld, is voor wat betreft uitbreidingen binnen de regio niet eenvoudig te achterhalen, omdat het onderscheid met de 'oude productie' lastig te maken is.

Voor wat betreft de eerste categorie is er in de GGZ feitelijk sprake geweest van 1 volledig nieuwe toelating (overige toelatingen betroffen fusies en afsplitsingen van bestaande organisaties). Hiermee was een bedrag gemoeid van 0,6 miljoen euro. Zoals vermeld maakt dit bedrag onderdeel uit van de macro-analyse.

Daarnaast zijn er nieuwe toelatingen geweest voor AWBZ-brede extramurale dienstverlening. Deze toelatingen zijn niet meer te koppelen aan een doelgroep/sector. Derhalve is niet meer te achterhalen in welke mate er zorg wordt geleverd ten behoeve van de GGZ en de GZ. Aangezien de totale productie voor wat betreft de extramurale dienstverlening vooralsnog gering is, mag worden verondersteld dat het bedrag dat hierin is gemoeid met de GGZ en GZ marginaal is.

## **2.2 Meso-analyse: verklaringen voor ontwikkelingen van de uitgaven GGZ volgens zorgkantoren**

### **INLEIDING**

Ten behoeve van het onderhavige onderzoek is Nederland geografisch in vier gebieden ingedeeld (door het maken van een 'kruis' in de kaart).

Per gebied zijn door bureau HHM twee zorgkantoren geselecteerd waarbij de voorkeur uitging naar de wat grotere zorgkantoren (meer/grotere gecontracteerde aanbieders). Ten opzichte van de eerste keuze van de onderzoekers heeft slechts één zorgkantoor volledig afgezien van deelname.

<sup>1</sup> De 'Monitoring gebouwkwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg' van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen" uit juli 2004 laat *wel* zien dat 8% van de woongebouwen in de intramurale GGZ ruim onvoldoende scoort op de minimale functionele kwaliteitseisen die aan een gebouw worden gesteld. Het aanpakken van deze 'categorie rood' situaties zal zeer waarschijnlijk kostengevolgen (kapitaalslasten) hebben voor de (nabije) toekomst.

Reden hiervoor was dat de medewerkers waarmee gesproken zou moeten worden, nog niet lang genoeg werkzaam waren binnen het zorgkantoor om de ontwikkelingen in het verleden goed te kunnen overzien. Voor dit zorgkantoor is een ander zorgkantoor benaderd. Daarnaast was er één zorgkantoor die alleen voor de GGZ af zag van deelname om dezelfde reden als hierboven genoemd. Hiervoor is eveneens een ander zorgkantoor gekozen.

Bij de zorgkantoren is gesproken met de accountmanagers GGZ in de periode eind juni-juli. De gesprekken zijn gevoerd aan de hand van de concrete ontwikkelingen bij aanbieders waarmee zij productieafspraken maken. In totaal betroffen dit 32 aanbieders (er is informatie over meer aanbieders omdat soms spontaan aanbieders ter sprake kwamen die buiten de selectie vallen). Deze aanbieders zijn grotendeels door het CTG/ZAio in overleg met bureau HHM geselecteerd waarbij is gekeken naar voldoende variatie in omvang en type aanbieder.

Verder is er zorg voor gedragen dat er een redelijke afspiegeling was van aanbieders waarbij het budget is gedaald, is gelijk gebleven en is gestegen. In de verdiepende slag bij aanbieders (zie paragraaf 2.3) zal de aandacht wat meer worden geconcentreerd op de wat grotere aanbieders met een relatief grote stijging.

Bijlage 4 laat een frequentieverdeling zien van de absolute groei van aanbiedersbudgetten, waarbij onderscheid is gemaakt naar de verschillende deelsectoren. Deze frequentieverdeling is door het CTG/ZAio op verzoek van en in overleg met bureau HHM gemaakt.

Met de accountmanagers van de zorgkantoren is voor de geselecteerde aanbieders doorgelopen wat de verklaring is voor de ontwikkeling van de kosten van de betreffende aanbieders. Tevens is nagevraagd wat de verwachtingen zijn voor 2004 en 2005.

Daarnaast is geïnformeerd in hoeverre de zorgkantoren zicht hebben dan wel controle uitoefenen op de kwaliteit van de registratie van de productieparameters door de aanbieders.

#### **VERKLARING KOSTENSTIJGINGEN**

Hieronder wordt in tabelvorm weergegeven wat de belangrijkste verklaringen zijn voor kostenstijgingen in de GGZ zoals aangegeven door zorgkantoren. Tevens wordt weergegeven door hoeveel zorgkantoren de betreffende verklaring is genoemd.

Hierbij moet worden opgemerkt dat steeds 'open' en niet gestuurd, is gevraagd op basis van de casuïstiek van aanbieders. Daarbij is gebruik gemaakt van informatie die grotendeels door het CTG/ZAio maar ook door de zorgkantoren zelf is aangeleverd.

<b>Verklaring kostenstijging</b>	<b>Toelichting</b>	<b>Genoemd door N zorgkantoren</b>
Toename zorgzwaarte klinisch	Het beeld is dat door ambulantisering/extra-muralisering een relatief zware categorie achter blijft in de intramurale aanbieders (inclusief RIBW's). Daarnaast wordt aangegeven dat cliënten in het verleden te laag waren ingeschaald (zie ook betere registratie). Bij een aantal zorgkantoren is dit overigens een belangrijk onderdeel van de materiële controle (zie verder).	8
Wegwerken wachtlijsten	Verschillende zorgkantoren geven aan dat het inkoopbeleid van zorgkantoren werd gestuurd door het wegwerken van de wachtlijsten. Dit was ook de opdracht. Het zorgkantoor heeft immers zorgplicht. In diverse zorgkantorregio's is de productie flink gestegen, was er sprake van capaciteitsuitbreidingen en zijn daardoor meer cliënten geholpen. Dit leidt tot grotere uitgaven. Eén zorgkantoor geeft aan dat het effect hiervan wel aanwezig was maar dat de opheffing van het budgetplafond een belangrijker verklaring was voor de gestegen uitgaven (zie hierna).	8
Financiering overproductie/opheffen budgetplafond	Door het vanaf 2003 geldende 'boter bij de vis principe' werd (eventuele) overproductie die onder budgetregime niet werd betaald, nu wel gefinancierd. Verder zijn aanbieders als gevolg hiervan beter gaan registreren (zie verder).	6
Toename aantal ambulante contacten	Zie wachtlijsten en financiering overproductie.	6
Toename preventie & dienstverlening	Genoemd worden onder meer de vermaatschappelijking van zorg, waardoor aanbieders zich meer extern gaan richten, het wegvallen van de zogenaamde snijvlakmiddelen, die nu worden meegenomen onder preventie & dienstverlening. Tot slot wordt aangegeven dat ook dit item samenhangt met een betere registratie.	6
Capaciteitsuitbreiding en toename aantal verpleegdagen	Op diverse plaatsen is er sprake geweest van uitbreiding van klinische capaciteit. Dit betreft veelal dure capaciteit. Genoemd zijn onder meer extra crisisbedden, klinische plaatsen voor dubbel diagnose/verslaafden, autisten, kinderen & jeugd en volwassenen en ouderen, logeerplaatsen, RIBW-plaatsen. Ook dit heeft veelal weer een aanzuigende werking.	5
Toename aantal AWBZ-aanbieders MO/verslavingszorg	Aanbieders voor MO en verslavingszorg kunnen sinds 1 april 2003 worden toegelaten als AWBZ-aanbieder (voor AB of OB). Dit speelt evenwel met name in 2004. Daarnaast bieden 'reguliere' GGZ-aanbieders in toenemende mate AWBZ-zorg binnen de MO-aanbieders. De financiering verschuift hiermee voor een deel dus van gemeentelijke (of justitiële) gelden naar de AWBZ. Daar staat het wegvallen van de AWBZ-subsidieregeling begeleiding in de MO tegenover.	5
Toename aantal PGB's	Er zijn aanbieders die zich toeleggen op PGB-houders. Daarnaast is het aantal PGB-houders enorm toegenomen (bijvoorbeeld voor kinderen en jeugd, autisten en cliënten)	4

Verklaring kostenstijging	Toelichting	Genoemd door N zorgkantoren
	met adhd). In paragraaf 2.3 zal blijken dat dit bij de onderzochte aanbieders niet of nauwelijks een rol speelt. Voor de GGZ gaat het op macro-niveau tot 1 april 2003 om een relatief klein bedrag (na 1 april is het bedrag dat is gemoeid met PGB niet meer te koppelen aan een AWBZ-sector).	
Beleid meer en korter ambulant/minder lang opnemen/onderbezetting klinisch	Cliënten worden meer ambulant geholpen. Als ze worden opgenomen, worden ze veelal korter opgenomen. Gevolg is dat cliënten veelal vaker moeten worden opgenomen; dat sprake is van onderbezetting van bedden, waarvoor wel kapitaalslasten moeten worden betaald en dat er meer crisisopvang nodig is.	3
Betere registratie	Mede als gevolg van het 'boter bij de vis principe' en vanuit de notie van transparantie is er een grotere prikkel om goed te registreren. Dit betreft zowel het volume van zorg als de zwaarte van de zorg (vanaf 2003 hebben diverse herijkingen van zorgzwaarte plaatsgevonden).	3
Ruimere RIO-indicaties	Het beeld bestaat dat het vrij gemakkelijk is om een indicatie voor de GGZ te krijgen. Door één van die twee zorgkantoren is overigens aangegeven dat men denkt dat momenteel scherper wordt geïndiceerd. Er wordt niet snel terugverwezen naar de 1 <sup>e</sup> lijn.	2
Toename telefonische Contacten	Sinds 2004 kunnen telefonische contacten worden geregistreerd (door geen van de zorgkantoren is gemeld dat er sprake is van een relevante groei van het aantal email-contacten). Bij no-show vond voorheen geen contact plaats en kan nu een telefonisch contact worden gehouden.	2
Kwaliteitsimpuls	Mede ten gevolge van het rapport 'Een keten van lege zondagen' is een kwaliteitsimpuls gegeven: meer en beter opgeleide directe hulpverleners en het verlenen van zorg conform indicatie.	1
Latente vraag aangeboord/snellere verwijzing huisartsen	Mede ten gevolge van het wegwerken van wachtlijsten en het opheffen van het budgetplafond wordt een latente vraag manifest. Huisartsen verwijzen nu meer en sneller. Vanuit concurrentieoverwegingen streven GGZ-aanbieders er ook naar om via huisartsen mensen binnen de poort te krijgen.	1

Tabel 11. Verklaring kostenstijging GGZ volgens zorgkantoren

#### MATERIËLE CONTROLE

Zoals aangegeven is tevens gevraagd in hoeverre de zorgkantoren zicht hebben dan wel controle uitoefenen op de kwaliteit van de registratie van de productieparameters door de aanbieders.

Bij twee zorgkantoren is een dergelijke controle een aandachtspunt (er is onder meer aandacht voor toegenomen zorgzwaarte, de juiste registratie van bedden-op-recept, ontwikkeling van een protocol om de productie met de cliëntgroepen te vergelijken et cetera), maar leidt dit vooralsnog niet tot concrete bevindingen dan wel acties binnen aanbieders.

Men ziet ook problemen met betrekking tot de deskundigheid om echt de diepte in te gaan en is er veelal te weinig tijd om een grote steekproef van dossiers te nemen.

Bij in totaal 6 zorgkantoren is er sprake van een controle die heeft geleid tot enkele concrete bevindingen dan wel acties binnen aanbieders. In dit verband wordt verreweg het vaakste genoemd: 'nader onderzoek naar de zorgzwaarte'. Dit is in totaal door 5 zorgkantoren aangegeven. Twee zorgkantoren laten hier een extern of onafhankelijk bureau naar kijken. Een ander zorgkantoor vergelijkt de aanbieders op dit punt met de landelijke cijfers van het CTG/ZAio. Overige zaken die zijn genoemd, zijn:

- nader onderzoek formatie (budget moet zich vertalen in meer zorg);
- nader onderzoek gericht op telefonische contacten;
- het eisen van een projectregistratie (welke mensen, middelen en doelstelling) om preventie & dienstverlening te mogen scoren;
- dossieronderzoek naar de aanwezigheid van indicatiebesluiten;
- onderhandelingen om 'winst' niet in RAK te stoppen, maar aan te wenden voor extra zorg;
- het niet meer vergoeden van no-show.

Daarnaast is aan de zorgkantoren gevraagd in hoeverre er bij de materiële controle bewust is gekeken naar preventie & dienstverlening.

Dit blijkt bij 3 zorgkantoren het geval te zijn. Twee zorgkantoren stellen de eis dat er sprake moet zijn van een projectregistratie (zie ook hierboven).

Bij 1 zorgkantoor is het aantal uren dat aanbieders mogen scoren op preventie & dienstverlening ingeperkt.

#### **VERWACHTINGEN 2004-2005**

Tot slot is aan zorgkantoren gevraagd wat de verwachtingen voor de toekomst zijn ten aanzien van de kostenstijgingen in de GGZ.

- Binnen 1 zorgkantoor wordt aangegeven dat het beeld is dat het budget in 2004 feitelijk hoger zal zijn dan in 2003. Voor het budget van 2005 zal gelden dat deze gelijk is aan het budget 2004, tenzij met harde cijfers kan worden onderbouwd dat meer nodig is. Een en ander mede in het kader van de overheveling naar het 2<sup>e</sup> compartiment.
- Een ander zorgkantoor geeft aan dat het aantal AWBZ-toelatingen verder zal toenemen, met name in de MO.
- Drie zorgkantoren geven aan dat de uitgaven gestaag zullen blijven stijgen. Genoemd worden onder meer:
  - de open eind financiering;
  - zorgkantoren hebben zorgplicht;
  - er zullen nieuwe aanbieders komen;
  - huisartsen staan onder druk en verwijzen snel door;
  - Riagg's laten cliënten makkelijk binnen (geen terugverwijzing naar de 1<sup>e</sup> lijn);
  - door afname wachtlijst, komt de verborgen vraag naar buiten;
  - (maar ook;) wachtlijsten nemen nauwelijks af;
  - het volume van zorg zal zich stabiliseren, maar de zorgzwaarte en de kwaliteit intramuraal zullen toenemen;

- ruimere indicaties (voor zorgkantoren is moeilijk controleerbaar in hoeverre deze terecht zijn);
- na-ijl effect van gehonoreerde bouw aanvragen - leidt pas na realisatie van de voorziening tot stijging productie;
- er worden geen lagere tarieven dan maximum afgesproken (bij nieuwe aanbieders wel);
- controle geleverde zorg is een probleem;
- verder zal de extramurale sector toenemen, maar deze zal grotendeels worden overgeheveld naar WMO en basisverzekering (tegengesteld effect).
- Twee zorgkantoren wijzen ten slotte op de kostenverhoging ten gevolge van de mogelijkheid van het scoren van telefonische contacten.

### **2.3 Micro-analyse: verklaringen voor ontwikkelingen van de uitgaven GGZ op basis van onderzoek bij aanbieders**

#### **INLEIDING**

In de micro-analyse zijn 13 GGZ-aanbieders in het onderzoek betrokken geweest.

Doel was om van elke aanbieder het navolgende in kaart te brengen ten aanzien van de vergelijking van 2002 met 2003:

- Welke veranderingen hebben zich voorgedaan in de wijze waarop de aanbieder haar inkomsten genereert (via CTG/ZAio-parameters)?
- Welke veranderingen hebben er plaatsgevonden bij de volgende drie bestedingen van aanbieders:
  - de Reserve Aandvaardbare Kosten (RAK);
  - de totale formatie in fte;
  - de personele kosten per fte.
- Welke veranderingen hebben zich voorgedaan in de geleverde zorg?

Bij de vraag naar veranderingen in de geleverde zorg zijn de belangrijkste deelvragen: wat zijn de veranderingen in het aantal geholpen cliënten en wat zijn de veranderingen in de geleverde zorg per cliënt (een rechtstreeks antwoord op de vraag of er voor de nieuwe cliënten andersoortige zorg wordt geboden is veelal niet te verkrijgen, maar indirect ontstaat er wel een beeld van via de verandering in de geleverde zorg per cliënt)?

Voor deze micro-analyse zijn de volgende bronnen geraadpleegd:

- Budgetformulieren verkregen van CTG/ZAio van de betreffende aanbieder.
- Jaarverslagen van de betreffende aanbieder (plus, indien voorradig, aanvullende cijfers over het aantal cliënten).
- Interviews met functionarissen van de betreffende aanbieder (managers zorg, directieleden, head's en/of controllers).

De interviews zijn vooral bedoeld geweest om 'het verhaal achter de cijfers' in beeld te brengen. Tevens zijn de interviews benut om eventueel ontbrekend kwantitatief materiaal aan te vullen.

In totaal zijn in de GGZ 13 aanbieders onderzocht, waarvan 11 met een budget dat is gestegen in de onderzoeksperiode, 1 met een gelijkblijvend budget en 1 met een budget dat is gedaald. De selectie bevatte in totaal 3 aanbieders voor verslavingszorg, 1 PAAZ, 5 GGZ-brede aanbieders, 2 aanbieders voor K&J en 2 RIBW's.

Omdat de geselecteerde aanbieders soms onderdeel uitmaken van een groter verband van aanbieders sluiten budgetformulieren en jaarverslagen niet altijd 1-op-1 op elkaar aan.

In dat geval is voor wat betreft de jaarverslagen uitgegaan van de totale aanbieder/koepel en voor wat betreft de budgetformulieren van de geselecteerde aanbieder.

In de interviews is nader getracht om deze aansluiting te bewerkstelligen. In een enkel geval was hiervoor een aannameslag door de onderzoekers noodzakelijk. Ondanks het feit dat er niet altijd sprake is van deze aansluiting, laten de cijfers wel enige ontwikkelingen zien.

#### **KWANTITATIEVE RESULTATEN EN PROFIELEN VAN AANBIEDERS**

In bijlage 5 zijn de relevante kwantitatieve gegevens per aanbieder weergegeven (N.B. Op de genoemde bedragen in de bijlage is geen prijscorrectie toegepast). Ten einde dit materiaal beter te kunnen 'doorzien' zijn die gegevens bewerkt tot een profiel per aanbieder. Daarbij wordt transparant in welke mate en met welke variatie ontwikkelingen zich in de praktijk voordoen. Daartoe was wel een versimpeling nodig: namelijk per onderzocht item is vastgesteld of er sprake was een stijging (↑), een gelijkblijvend niveau (-) of een daling (↓). Een en ander wordt weergegeven in onderstaande tabel 12.

Bij het maken van deze tabel is, naast gebruikmaking van de eerder genoemde bijlagen, eveneens gebruik gemaakt van de informatie die is voortgekomen uit de interviewronde bij de aanbieders. Bij veranderingen in de uitgaven van de aanbieder zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd.

Er wordt bij de RAK gesproken van een stijging of daling in het geval de mutatie meer is dan 8% (over de gehele onderzoeksperiode) van de gehele budgetmutatie. Er wordt bij de personeelsformatie in fte gesproken van een mutatie indien deze meer dan 2% (over de gehele onderzoeksperiode) bedraagt. Bij de personeelskosten per fte is sprake van een stijging of daling indien deze meer dan 5% (over de gehele onderzoeksperiode) bedraagt.

De gegevens van de verslavingszorg zijn vervat onder 'volwassenen'.

## Verklarend Onderzoek Stijging Uitgaven GGZ en GZ

	GGZ.1	GGZ.2	GGZ.3	GGZ.4	GGZ.5	GGZ.6	GGZ.7	GGZ.8	GGZ.9	GGZ.10	GGZ.11	GGZ.12	GGZ.13
<b>Budget 2002 (in mln €)<sup>1</sup></b>	80-90	30-40	30-40	0-10	20-30	70-80	0-10	50-60	0-10	10-20	70-80	0-10	0-10
<b>% verandering in 2003 t.o.v. 2002 (voor prijscorrectie)</b>	15%	11%	9%	17%	11%	3%	99%	18%	7%	6%	8%	10%	-43%
<b>Inkomstenmutatie (CTG/ZAio)</b>													
- uit ambulante parameters	↑	↑	↑	-	↑	↑	↑	↑	↓	-	-	-	↓
- uit deeltijdparameters	-	↑	↑	-	↑	↓	-	↑	-	-	-	-	-
- uit intramurale parameters	↑	-	↑	↑	-	-	↑	↑	↑	-	↑	↑	↓
- dienstverlening en preventie	-	↑	↑	-	-	↑	↑	-	-	-	-	-	-
- zorgvernieuwing / zorg op maat <sup>2</sup>	-	↑	↓	↓	↓	↓	-	-	-	-	-	-	-
- casemanagement <sup>2</sup>	-	-	↓	-	-	↓	-	-	-	-	-	-	-
- BZW/ PZT <sup>2</sup>	-	-	-	↑	-	-	-	-	↑	-	↑	-	-
- overig <sup>2</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Uitgavenmutatie</b>													
- RAK	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↑	↑	-	↓	?	N.v.t.
- fte	-	↑	-	↑	↑	↑	↑	↑	?	↑	↑	↑	N.v.t.
- personele kosten / fte	↑	↑	-	-	-	↑	↑	-	?	↑	↑	-	N.v.t.

<sup>1</sup> Het budget is weergegeven met een bandbreedte om herkenbaarheid van in het onderzoek betrokken aanbieders te voorkomen.

<sup>2</sup> Deze posten zijn bij de macro-analyse onder "overig" meegenomen.

	GGZ.1	GGZ.2	GGZ.3	GGZ.4	GGZ.5	GGZ.6	GGZ.7	GGZ.8	GGZ.9	GGZ.10	GGZ.11	GGZ.12	GGZ.13
<b>Budget 2002 (in mln €)</b>	80-90	30-40	30-40	0-10	20-30	70-80	0-10	50-60	0-10	10-20	70-80	0-10	0-10
<b>% verandering in 2003 t.o.v. 2002 (voor prijscorrectie)</b>	15%	11%	9%	17%	11%	3%	99%	18%	7%	6%	8%	10%	-43%
<b>Mutaties in geleverde zorg</b>													
- aantal ambulante cliënten, kinderen & jeugd	-	↓	-	-	↑	↓	-	↓	-	↓	-	-	-
- aantal contacten per ambulante cliënt, kinderen & jeugd	↑	↑	↓	-	-	↑	-	↑	-	↑	-	-	-
- zorgzwaarte per contact, kinderen & jeugd	↑	↑	↑	-	↓	↓	-	↑	-	↓	-	-	-
- aantal ambulante volwassen cliënten	↑	↓	-	-	↑	-	↑	-	-	↓	-	-	↓
- aantal contacten per volwassen cliënt	-	↑	↑	-	-	↑	↑	↑	↓	↑	-	-	↑
- zorgzwaarte per contact, volwassen cliënten	-	-	-	-	↓	↓	↓	-	↓	-	-	-	↑
- aantal ambulante oudere cliënten	-	-	↑	-	-	-	-	↑	-	-	-	-	-
- aantal contacten per ambulante oudere cliënt	-	-	-	-	-	↑	-	-	-	-	-	-	-
- zorgzwaarte per contact, oudere cliënten	-	-	↑	-	-	-	-	↓	-	-	-	-	-
- aantal dagdelen deeltijd	-	↑	↑	-	↑	↓	↑	↑	↑	-	-	-	-
- zorgzwaarte per cliënt per dagdeel	-	-	-	-	-	-	↓	↑	-	-	-	-	-
- aantal intramurale cliënten	-	↑	-	↑	-	-	↓	↑	↑	↓	-	-	↑
- aantal intramurale dagen per cliënt (verblijfsduur)	↓	↓	↑	-	-	-	↑	↓	↓	↑	-	-	↓
- zorgzwaarte per dag	↑	-	-	↑	-	-	-	↑	-	-	↑	↑	-

Tabel 12. Profielen van GGZ-aanbieders, vergelijking 2002-2003 (stijging (↑), een gelijkblijvend niveau (-) of een daling (↓))

Tabel 12 laat zien dat er sprake is van een gevarieerd beeld als aanbieders onderling worden vergeleken. Uiteraard moet ook rekening worden gehouden met de relatieve en absolute veranderingen bij de betreffende aanbieders. Maar er tekenen zich ook hoofdlijnen af:

- De inkomsten van de aanbieders nemen toe via de reguliere ambulante, deeltijd en intramurale CTG/ZAio-parameters; inkomsten via zorgvernieuwing/zorg-op-maat en casemanagement dalen.
- Bij de geïntegreerde GGZ-aanbieders en bij aanbieders voor verslavingszorg stijgen de inkomsten van dienstverlening & preventie.
- Bij een meerderheid van de aanbieders stijgt de RAK, maar ook het aantal fte; in wat mindere mate zijn er stijgingen van de loonkosten per fte.
- Bij kinderen ambulant: slechts één aanbieder die substantieel meer kinderen heeft geholpen; wel trend naar meer contacten per kind en per contact een zwaardere zorgvorm.
- Bij volwassenen ambulant: wisselend beeld wat betreft aantal geholpen cliënten; trend naar meer contacten per cliënt maar die per contact lichter zijn.
- Beperkte stijging van het aantal dagdelen deeltijd.
- Meer intramurale cliënten die relatief korter in zorg blijven maar met een stijgende zorgzwaarte per dag. Overigens komt onder de onderzochte aanbieders ook voor dat de zorgzwaarte per intramurale dag substantieel stijgt terwijl er geen substantiële stijging is van het totaal aantal fte.

#### BESTEDING MUTATIE BUDGET

Tevens is voor het totaal van de aanbieders in de micro-analyse gezamenlijk op basis van de jaarverslagen in kaart gebracht op welke wijze het de toename van het wettelijk budget aanvaardbare kosten is besteed.

<b>Mutatie Wettelijk Budget Aanvaardbare kosten</b>	<b>53 mln €</b>
Waarvan toegevoegd aan de RAK	30%
Waarvan besteed aan personele kosten	56%
Waarvan besteed aan overige kosten	14%

*Tabel 13. Besteding Mutatie Budget 2002 – 2003 GGZ*

#### OVERIG

De gehouden interviews hebben bijgedragen aan de eerder in deze paragraaf gepresenteerde informatie (en eveneens bevestiging van de trends die ook in de macro-analyse zijn aangeduid). In de interviews zijn soms zeer specifieke situaties toegelicht, die zich echter soms niet lenen voor veralgemenisering. Door de onderzoekers zijn de interviews gefilterd op wel te veralgemeniseren informatie die **door de aanbieders** is aangedragen:

- Het wegvallen van het productieplafond in de GGZ heeft geleid tot kostenstijgingen. Eén van de gevolgen is dat aanbieders aangeven beter te zijn gaan registreren. Dit leidt veelal tot een verschuiving van cliënten naar een hogere zorgzwaarte. De cijfers laten dit veelal ook zien.

- Vanaf 2003 is er een sterke toename van de bewustwording bij aanbieders om adequaat te registreren.
- In het algemeen blijken aantallen cliënten in zorg moeilijk kwantificeerbaar. De registratie in CTG/ZAio-parameters biedt niet altijd zicht op wat er werkelijk gebeurt. Via CTG/ZAio-parameters als 'eerste opnames' en 'nieuwe inschrijvingen' zijn er mogelijkheden om aantallen cliënten in zorg qua aantallen indirect te benaderen.
- Het is vrijwel onmogelijk om vanuit de bestaande registraties rechtstreeks inzicht te krijgen in de vraag of de zorg die aan nieuwe cliënten wordt geleverd anders is dan die aan oude cliënten wordt geleverd.
- Er worden binnen de onderzochte aanbieders niet of nauwelijks inkomsten gegenereerd via cliënten met een PGB.
- Stijging van de zorgzwaarte per intramurale dag is mede het gevolg van het feit dat lichtere cliënten zo veel mogelijk ambulant worden geholpen.
- Wachtlijstgelden zijn gebruikt voor extra productie, maar dit leidt in het algemeen niet tot kortere wachtlijsten; of anders gezegd: door toename van de productie wordt een deel van de latente vraag naar GGZ manifest.
- Vier aanbieders geven expliciet aan dat zij hebben geïnvesteerd in minder intramurale cliënten op één kamer; een vijfde aanbieder heeft daarvoor plannen in 2004/2005.
- Zes aanbieders geven aan bewust te hebben geïnvesteerd in het aantrekken van hoger opgeleide hulpverleners dan wel in deskundigheidsbevordering van hun huidige hulpverleners.
- Stijgingen van de personeelskosten per fte worden gezien als effecten van wijzigingen in de CAO/effecten van de FWG ("CAO kosten stijgen sterker dan de stijging van de tarieven").
- Eén aanbieder geeft aan op grote schaal in de automatisering te investeren, mede in verband met de invoering van een elektronisch cliëntendossier.
- Er zijn grote verschillen tussen aanbieders voor wat betreft hun Reserve Aanvaardbare Kosten. Ongeveer tweederde geeft aan te streven naar een RAK als percentage van het Budget Aanvaardbare Kosten van tussen de 5 en 8% om te kunnen deelnemen aan het Waarborgfonds. Ongeveer een derde zit boven of ruim boven de 8%.
- Aanbieders geven aan dat steunstichtingen een marginale rol spelen in de financiële gang van zaken in de GGZ.
- Door aanbieders zijn de navolgende zorgvormen genoemd die (mogelijk) in opkomst komen (gebaseerd op plannen die zij maken): zorg voor autisten, infant psychiatrie (voor kinderen tot 3 jaar), SPV'ers in de huisartspraktijk, casemanagers in de verslavingszorg, internettherapie, intensivering samenwerking met verpleeg- en verzorgingstehuis, preventie-activiteiten via internet, (meer) activiteiten in relatie tot het speciaal onderwijs.
- Prognoses voor de toekomst worden sterk afhankelijk gemaakt van het landelijk beleid. Veel aanbieders verwachten wederom een budgetplafond. Zonder een dergelijk plafond verwachten de meeste aanbieders dat de kosten voorsnog zullen blijven stijgen ("vraag is er genoeg"). Hierbij worden met name de ambulante zorg en de zorgvernieuwing genoemd.

### 3. Uitgaven GZ

#### 3.1 Macro-analyse: verklaringen voor ontwikkelingen van de uitgaven GZ op basis van CTG/ZAio-informatie

##### INLEIDING

Voor de gehandicaptenzorg (GZ) wordt de uitgavenstijging in de periode 2000-2004 onderzocht. De ontwikkeling van het budget aanvaardbare kosten in de GZ in deze periode is weergegeven in onderstaande tabel. Voor zover mogelijk is de ontwikkeling per deelsector weergegeven (CTG/ZAio: Overzicht totale aanvaardbare kosten 1999 – 2003; CTG III 04-12 (bijlage 3d bij CTG 04-35a); documenten t.b.v. Zorgnota 2005):

Bedragen x 1 mln. euro	2000	2001	2002	2003	2004 <sup>1</sup>
Deelsector					
VG	1.826	2.025	2.278	2.416	
JLVG	131	151	173	192	
ZG visueel	36	42	46	51	
ZG auditief	44	53	69	84	
LG <sup>2</sup>	49	54	55	58	
GVT/DVO	989	1.110	1.268	1.413	
<b>Totaal</b>	<b>3.076</b>	<b>3.434</b>	<b>3.889</b>	<b>4.213</b>	<b>4.345</b>

Tabel 14. Ontwikkeling GZ-budget, bron: CTG/ZAio (excl. budget SPD'en)

In totaal is het GZ-budget aanvaardbare kosten in de periode 2000–2004 gestegen met bijna 1,27 mld. euro. De stijging per jaar is als volgt:

Periode	Mutatie GZ-budget (1 mln. euro)	% Mutatie
2000-2001	358	11,6%
2001-2002	455	13,3%
2002-2003	325	8,3%
2003-2004	131	3,1%
<b>2000-2004</b>	<b>1.269</b>	<b>41,2%</b>

Tabel 15. Jaarlijkse groei GZ- budget, bron: CTG/ZAio

De toename van het (absolute) budget aanvaardbare kosten concentreert zich met name op de deelsectoren aanbieders voor verstandelijk gehandicapten (VG) en de semi-murale aanbieders (GVT/DVO). Bijna 90% van de stijging van het budget in de periode 2000–2003 komt voor rekening van deze deelsectoren.

<sup>1</sup> Onderverdeling 2004 nog niet bekend.

<sup>2</sup> Betreft de voorzieningencentra incl. Het Dorp.

De overige 10% gaat naar (in volgorde van afnemend aandeel) de JLVG, de ZG-auditief, de ZG-visueel en de LG (grote woonvormen). In relatieve zin is de stijging voor de deelsector ZG-auditief het grootst; daar verdubbelt het budget.

Enkele opmerkingen:

- Door het CTG/ZAio is aangegeven dat de kapitaalslasten een dusdanig stabiel patroon vertonen dat nader onderzoek naar die post als niet zinvol wordt gezien.
- In 2004 zijn er momenteel alleen nog maar afspraken. Het jaar is immers nog lopende.
- De budgetten voor de SPD'en zijn niet opgenomen in het overzicht ontwikkeling van het budget aanvaardbare kosten in de GZ. Ook in de navolgende overzichten blijft de SPD buiten beschouwing.

In de volgende paragrafen wordt per jaar per deelsector weergegeven wat de belangrijkste verklaringen zijn voor de toename van het GZ-budget aanvaardbare kosten. De gepresenteerde gegevens zijn ontleend aan de overzichten van de budgetontwikkeling en de productieafspraken die het CTG/ZAio samenstelt ten behoeve van de zorgnota's. Daarnaast is gebruik gemaakt van de CTG/ZAio-rapportages inzake de besteding wachtlijstmiddelen en dagbestedingmiddelen.

De vergelijking tussen de jaren is telkens gebaseerd op de productieafspraken na voorlopige nacalculatie 2003. Aangenomen mag worden dat op macroniveau eventuele verschillen tussen afspraken en realisatie tegen elkaar wegvallen. Op het niveau van een individuele aanbieder zal dit naar alle waarschijnlijkheid in mindere mate het geval zijn.

De wijze van presentatie van de gegevens in tabellen is mede gestuurd door de vorm waarin gegevens bij CTG/ZAio beschikbaar zijn. Dit betekent dat bepaalde onderscheidingen die in de GGZ wel mogelijk waren hier niet kunnen worden gemaakt en vice versa.

### 3.1.1 Verschillen 2000-2001

Het verschil in het GZ-budget aanvaardbare kosten 2000–2001 bedraagt 358 mln. euro. Het aandeel nominale loon/prijsontwikkeling is 146 mln. euro (40,7%).

Over de uitgavengroei van 2000 naar 2001 is maar in beperkte mate CTG/ZAio-materiaal voorhanden. Binnen de VG is 14,5 mln. euro (4% van 358 mln.) beschikbaar gesteld voor verlichting van de werkdruk (Jaarverslag CTG 2000). Daarnaast is 38,7 mln. euro (10,8%) besteed aan het wegwerken van wachtlijsten intramuraal (VG, LJV en LG, waarbij de VG ruim 90% van het budget aanvaardbare kosten voor haar rekening neemt); 58,8 mln. euro (16,4%) aan wachtlijsten semi-muraal en 5 mln. (1,4%) aan wachtlijsten zintuiglijk gehandicapten (Jaarverslag CTG 2003). Gegevens over de overige 26,7% ontbreken.

### 3.1.2 Verschillen 2001-2002

Van 2001 naar 2002 is het GZ-budget met 455 mln. euro toegenomen. In de onderstaande tabel is per deelsector weergegeven waardoor de mutatie in het budget wordt verklaard.

	VG		JLVG		ZG visueel		ZG auditief		LG		GVT/DVO		Totaal	
	mln.	%	mln.	%	mln.	%	mln.	%	mln.	%	mln.	%	mln.	%
Loon/prijs	95,3	41,4	7,7	35,8	1,9	51,4	3,4	20,9	2,1	175	54,5	37,2	164,9	39,3
Wachlijsten	21,4	9,3	4,3	20,0	1,6	43,2	9,5	58,3	0,3	25,0	63,0	43,0	100,1	23,9
Capaciteit	62,6	27,2	4,8	22,3			2,9	17,8	0,5	41,7	21,3 <sup>1</sup>	14,5	92,1	21,9
Van Rijn gelden en werkdruk	14,6	6,3	2,8	13,0			0,3	1,8	0,3	25,0	5,7	3,9	23,7	5,6
Kwaliteitsverbetering	18	7,8											18	4,3
Dagbesteding	12,8	5,6											12,8	3,0
Productieafspraken	7,1	3,1	1,0	4,7			-0,1	-0,6	0,1	8,3			8,1	1,9
Bouw	1,5	0,7	0,8	3,7	0,2	5,4			0,2	16,7	1,5	1,0	4,2	1,0
Inkoopkorting	-2,9	-1,3			-0,1	-2,7					-1,6	-1,1	-4,6	-1,1
ZOM	-2,5	-1,1			0,2	5,4	0,1	0,6	-2,2	-183,3			-4,4	-1,0
Kleinschaligheid	1,2	0,5											1,2	0,3
KSWV	0,7	0,3											0,7	0,2
Overig	0,6	0,3	0,1	0,5	-0,1	-2,7	0,2	1,2	-0,1	-8,3	2,2	1,5	2,9	0,7
<b>Totaal<sup>2</sup></b>	<b>230,4</b>	<b>100</b>	<b>21,5</b>	<b>100</b>	<b>3,7</b>	<b>100</b>	<b>16,3</b>	<b>100</b>	<b>1,2</b>	<b>100</b>	<b>146,6</b>	<b>100</b>	<b>419,7</b>	<b>100</b>

Tabel 16. Overzicht verklaringen stijging GZ-budget 2001-2002, bron: CTG/ZAio

Van de toename van het budget met 455 mln. euro is 420 mln. euro te herleiden<sup>3</sup> uit de CTG/ZAio-overzichten budgetontwikkeling van de deelsectoren. Uit tabel 16 blijkt dat:

- De loon-/prijsindexering de voornaamste verklaring voor het verschil 2001-2002 is (39,3% van 419,7 mln. euro).
- Circa 24% van het verschil is ingezet in het kader van het wegwerken van de wachtlijsten (beleidsregel wachtlijstmiddelen). De 100,1 mln. euro die is uitgegeven bevat eveneens de middelen die in het kader van de hardheidsclausule voor verstandelijk gehandicapten zijn toegekend (voor 2001 circa 15 mln. euro).

<sup>1</sup> Betreft mutatie capaciteit en productieafspraken.

<sup>2</sup> Bedragen kunnen enigszins afwijken van die uit tabel 9 en 10, omdat in delen van het gehanteerde CTG/ZAio bronmateriaal nacalculaties niet waren verwerkt.

<sup>3</sup> Dit heeft te maken met verschillende tijdstippen waarop dergelijke overzichten worden gegenereerd. Voor de gegevens over de kosten van de GZ is uitgegaan van de meest actuele gegevens.

- De uitbreidingen en aanpassingen van de capaciteit bijna 22% van het verschil verklaren (hieronder vallen ook de toeslagen voor SGLVG<sup>1</sup>-plaatsen e.d.).
- In het kader van het aanpakken van de knelpunten in de arbeidsmarkt (Van Rijn gelden) en het verlichten van de werkdruk in de intramurale aanbieders is een bedrag van 23,7 mln. euro ingezet (5,6% van 419,7 mln. euro).
- In het kader van kwaliteitsverbetering zijn middelen beschikbaar gesteld bedoeld voor verkleining van de groeps grootte in de intramurale aanbieders voor verstandelijk gehandicapten. Deze middelen verklaren 4,3% van het verschil.
- Voor de intensivering van de dagbesteding voor mensen met een ernstige verstandelijke handicap (beleidsregel extra dagbesteding) zijn eveneens middelen ingezet. Deze middelen verklaren 3,0% van het verschil 2001-2002.
- De rest (2%) van het verschil 2001-2002 hangt samen met: extra productieafspraken; uitgaven voor bouw; een daling van de voor ZOM (zorg op maat) ingezette middelen; een inkoopkorting; kleinschaligheid (beleidsregel deconcentratie); KSWV (beleidsregel kleinschalige woonvoorzieningen) en overig.

### 3.1.3 Verschillen 2002-2003

Van 2002 naar 2003 is het GZ-budget met 325 mln. euro toegenomen. In de onderstaande tabel is per deelsector weergegeven waardoor de mutatie in het budget wordt verklaard.

	VG		JLVG		ZG visueel		ZG auditief		LG		GVT/DVO		Totaal	
	mln.	%	mln.	%	mln.	%	mln.	%	mln.	%	mln.	%	mln.	%
Loon/prijs	81,1	56,4	6,6	37,9	1,7	29,8	2,5	17,7	1,9	79,2	47,8	33,4	141,6	43,4
Wachlijsten	31,1	21,6	5,8	33,3	4,4	77,2	11,8	83,7			55,3	38,6	108,4	33,2
Capaciteit	41,4	28,8	5,2	29,9					1,9	79,2	50,4 <sup>2</sup>	35,2	98,9	30,3
Productieafspraken	3,5	2,4	0,6	3,4	-0,5	-8,8	-0,5	-3,5	0,3	12,5			3,4	1,0
Kleinschaligheid	0,7	0,5											0,7	0,2
ZOM	-2,2	-1,5			0,2	3,5			-0,9	-37,5			-2,9	-0,9
Bouw	1,4	1,0	0,2	1,1	0,1	1,8	0,7	5,0			-0,5	-0,3	1,9	0,6
KSWV	5,3	3,7	0,5	2,9	0,2	3,5							6	1,8
Ombuigingsbijdrage	-17,4	-12,1	-1,4	-8,0	-0,3	-5,3	-0,5	-3,5	-0,4	-16,7	-10,1	-7,1	-30,1	-9,2
Overig	-1,1	-0,8	-0,1	-0,6	-0,1	-1,8	0,1	0,7	-0,4	-16,7	0,3	0,2	-1,3	-0,4
<b>Totaal<sup>3</sup></b>	<b>143,8</b>	<b>100</b>	<b>17,4</b>	<b>100</b>	<b>5,7</b>	<b>100</b>	<b>14,1</b>	<b>100</b>	<b>2,4</b>	<b>100</b>	<b>143,2</b>	<b>100</b>	<b>326,6</b>	<b>100</b>

Tabel 17. Overzicht verklaringen stijging GZ-budget 2002-2003, bron: CTG/ZAio

<sup>1</sup> SGLVG: Sterk Gedraggestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten.

<sup>2</sup> Betreft mutatie capaciteit en productieafspraken.

<sup>3</sup> Bedragen kunnen enigszins afwijken van die uit tabel 9 en 10, omdat in delen van het gehanteerde CTG/ZAio bronmateriaal nacalculaties niet waren verwerkt.

Van de toename van het budget met 325 mln. euro is 326,6 mln. euro te herleiden uit de CTG/ZAio-overzichten budgetontwikkeling van de deelsectoren. Voor een toelichting op de 'noemers' waaronder de extra middelen zijn uitgegeven wordt verwezen naar paragraaf 3.1.3. De ombuigingsbijdrage betreft een algemene efficiencykorting van 0,8%.

### 3.1.4 Verschillen 2003-2004

Van 2003 naar 2004 zal het GZ-budget naar verwachting met 131 mln. euro toenemen. Het beschikbare CTG/ZAio-materiaal kan – op dit moment – in beperkte mate aangeven waar deze stijging van het budget door wordt veroorzaakt. In de onderstaande tabel is per deelsector weergegeven waar de mutatie in het budget mee samenhangt.

	VG		JLVG		ZG vis + aud		LG		GVT/DVO		extramuraal		totaal	
	mln.	%	mln.	%	mln.	%	mln.	%	mln.	%	mln.	%	mln.	%
Loon/prijs	-		-		-		-		-		-		-	
Capaciteit	33,8	64,8	1,9	67,9			-2,3	92,0	4,1 <sup>1</sup>	-0,5			37,5	74,7
Productieafspraken	18,4	35,2	0,9	32,1	2,9	-3,3	-0,2	8,0			911,7	100	933,7	1860,0
ZOM					1,5	-1,7							1,5	3,0
Wijziging registratie-systematiek <sup>2</sup>					-18,7	21,0							-18,7	-37,3
Beleidsregelwijziging (overheveling naar extramuraal)					-74,9	84,1			-828,9	100,5			-903,8	-1800,4
Overig					0,1	-0,1			-0,1	0,0			0	0,0
<b>Totaal<sup>3</sup></b>	<b>52,2</b>	<b>100</b>	<b>2,8</b>	<b>100</b>	<b>-89,1</b>	<b>100</b>	<b>-2,5</b>	<b>100</b>	<b>-824,9</b>	<b>100</b>	<b>911,7</b>	<b>100</b>	<b>50,2</b>	<b>100</b>

Tabel 18. Overzicht verklaringen stijging GZ-budget 2003-2004, bron: CTG/ZAio

Van de verwachte toename van het budget met 131 mln. euro is 50,2 mln. euro te herleiden uit de CTG/ZAio-overzichten budgetontwikkeling van de deelsectoren. Wat met name opvalt is de overheveling van productie uit de deelsectoren naar de (functiegerichte) beleidsregel extramuraal zorg. Zo wordt een groot deel van de productie in de semi-murale zorg in 2004 bekostigd via de beleidsregel extramuraal zorg. Dit betreft dus geen wijziging van werkwijze, maar een aanpassing van de wijze van registratie. Een deel van de zorg-opmaat productie en de productie uit wachtlijstmiddelen wordt in 2004 eveneens meegenomen onder deze beleidsregel extramuraal zorg.

<sup>1</sup> Betreft mutatie capaciteit en productieafspraken.

<sup>2</sup> Een aantal kostenposten (o.a. kapitaalslasten) van de afzonderlijke deelsectoren, is samengevoegd in een algemene tabel voor de gehele gehandicaptenzorg.

<sup>3</sup> Bedragen kunnen enigszins afwijken van die uit tabel 9 en 10, omdat in delen van het gehanteerde CTG/ZAio bronmateriaal nacalculaties niet waren verwerkt.

Er zijn productieafspraken extramuraal zorg gemaakt voor een bedrag van 911,7 mln. euro (inclusief een niet bekend bedrag aan kapitaalslasten die eveneens onder de nacalculerbare kapitaalslasten vallen en dus dubbel meegerekend zijn)<sup>1</sup>. (Bron CTG III 04-12). Voor een toelichting op de 'noemers' waaronder de extra middelen zijn uitgegeven zie paragraaf 3.1.3.

### 3.1.5 Totaaloverzicht uitgavenontwikkeling 2000-2004 per deelsector

In onderstaande tabel zijn de resultaten uit de voorgaande paragrafen samengevoegd. Op basis van de CTG/ZAio-overzichten budgetontwikkeling is van 1.057 mln. euro achterhaald op grond van welke titel dit extra budget is toegekend. De titels waaronder de overige 212 mln. euro (1.269 – 1.057 mln.) zijn toegekend kunnen niet uit het beschikbare materiaal worden afgeleid. Dit heeft te maken met de beperkingen van het materiaal zoals benoemd in paragraaf 3.1.1 en 3.1.4.

	VG		JLVG		ZG vis + aud		LG		GVT/DVO		extramuraal	
	mln.	%	mln.	%	mln.	%	mln.	%	mln.	%	mln.	%
Loon/prijs	263,1	46,9	20,5	37,8	13,3	-32,8	6,3	165,8	149,2	-34,5		
Capaciteit	137,8	24,6	11,9	21,9	2,9	-7,2	0,1	2,6	75,8 <sup>2</sup>	-17,5		
Kwaliteitsverbetering/kleinschaligheid/dagbesteding/KSWV	38,7	6,9	0,5	0,9	0,2	-0,5						
Wachtlijsten	84,3	15,0	16,5	30,4	32,3	-79,8	0,7	18,4	174,1	-40,3		
ZOM	-4,7	-0,8			2,0	-4,9	-3,1	-81,6				
Van Rijn gelden en werkdruk	29,1	5,2	2,8	5,2	0,3	-0,7	0,3	7,9	5,7	-1,3		
Productie afspraken	29,0	5,2	2,5	4,6	1,8	-4,4	0,2	5,3			911,7	100
Bouw	2,9	0,5	1,0	1,8	1,0	-2,5	0,2	5,3	1,0	-0,2		
Wijziging registratie-systematiek					-18,7	46,2						
Ombuigingsbijdrage en inkoopkorting	-20,3	-3,6	-1,4	-2,6	-0,9	2,2	-0,4	-10,5	-11,7	2,7		
Beleidsregelwijziging (overheveling naar extramuraal)					-74,9	184,9			-828,9	191,7		
Overig	0,5	0,1			0,2	-0,5	-0,5	-13,2	2,4	-0,6		
<b>Totaal</b>	<b>560,4</b>	<b>100</b>	<b>54,3</b>	<b>100</b>	<b>-40,5</b>	<b>100</b>	<b>3,8</b>	<b>100</b>	<b>-432,4</b>	<b>100</b>	<b>911,7</b>	<b>100</b>

Tabel 19. Totaaloverzicht uitgavenontwikkeling 2000-2004, bron: CTG/ZAio

<sup>1</sup> Deze dubbeltelling wordt bij de nacalculatie weer gecorrigeerd.

<sup>2</sup> Betreft mutatie capaciteit en productieafspraken.

### 3.1.6 Globale onderbouwing besteding van het toegenomen budget

Van een groot deel van het toegenomen budget kan uit CTG/ZAio-overzichten worden nagegaan wat het resultaat is geweest van het inzetten van deze middelen. Dat geldt voor de wachtlijstmiddelen, de productiecapaciteit-/afspraken en de dagbestedingmiddelen.

#### WACHTLIJSTEN

Het CTG/ZAio verricht jaarlijks een nacalculatie op de wachtlijstmiddelen. In het jaarverslag CTG 2003 is een overzicht gegeven van de aangewende wachtlijstmiddelen en het aantal cliënten dat daarmee geholpen is; zie onderstaande tabel (cijfers 2003 aangepast o.b.v. CTG notitie III 04-12 Budgetuitkomsten 2004 Gehandicaptenzorg).

	Wachtlijstmiddelen (bedragen * 1 mln. euro)				Aantallen cliënten			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Intra	10,6	49,3	72,6	120,4	733	2.493	4.009	3.795
Semi	17,8	76,6	139,8	203,9	2.433	6.197	12.232	8.821
Zintuiglijk gehandicapten	4,4	9,4	22,3	40,9	nb	nb	nb	nb
<b>Totaal</b>	<b>32,8</b>	<b>135,3</b>	<b>234,7</b>	<b>365,2</b>	<b>3.166</b>	<b>8.690</b>	<b>16.241</b>	<b>12.616</b>

Tabel 20. Wachtlijstmiddelen/aantal geholpen cliënten op de wachtlijst, bron CTG/ZAio (nb = niet bekend)

In genoemde notitie geeft het CTG/ZAio aan dat de daling in 2003 van het aantal geholpen cliënten verband houdt met de wijziging van het Besluit Zorgaanspraken per 1 april 2003. Vanaf die datum hoefden dagverblijven niet langer een beroep te doen op de wachtlijstmiddelen maar konden ze onbeperkt reguliere productieafspraken maken. De stijging in de omvang van de middelen wordt verklaard door de toename in de zorgzwaarte de afgelopen jaren.

In onderstaande tabel is weergegeven in welke budgetcategorieën de van de wachtlijst geholpen cliënten vallen. In 2000 bedroeg het gemiddelde budget voor een wachtlijstcliënt €17.705,-; in 2003 was dat bedrag opgelopen tot €19.185,- (alle bedragen prijspeil 2000). Dit is een indicator voor een toename van de zorgzwaarte.

N.B. de aantallen cliënten in tabel 20 stemmen niet overeen met die in tabel 21. Dit hangt samen met het gebruik van CTG/ZAio-bronmateriaal dat op verschillende momenten is gepubliceerd. In latere versies worden soms namelijk nog correcties aangebracht op grond van nacalculaties.

Deelsector	Budgetcategorie		Bedrag op jaarbasis	Aantal cliënten	
			prijspeil 2000 (euro's)	2000	2003
VG					
Wonen	BZW(min)	I	2.360	216	1081
	BZW(max)	II	4.719	237	1105
	IBZW	III	7.034	221	1390
	GVT	Vb	23.324	324	2428
Dagbesteding	DVO	IV	11.753	700	2141
Wonen + dagbesteding					
	DVO+BZW(min)	IVa	14.067	7	27
	DVO+BZW(max)	IVb	16.427	12	130
	DVO+IBZW/KDV	V	18.787	242	945
	KDV+BZW(min)	Va	21.101	23	90
	KDV+BZW(max)	Vc	23.460	5	50
	KDV+IBZW	VI	25.820	2	111
	DVO+GVT/VG	VII	35.032	260	1398
	inst. voor JLVG	VIII	35.168	200	1226
LG					
Dagbesteding	activiteitencentra		18.659	184	1032
Wonen	GVT-lg		34.034	98	869
	grote woonv.-lg		46.830	16	25
	GVT-zg		24.024	81	388
<b>Totaal</b>				<b>2.828</b>	<b>14.436</b>

Tabel 21. Aantallen geholpen wachtlijstcliënten per budgetcategorie, bron: CTG/ZAio (jaarverslagen 2000, 2003)

#### CAPACITEIT/PRODUCTIEAFSPRAKEN

Het CTG jaarverslag 2003 kan eveneens enig licht werpen op de (gerealiseerde) capaciteitsuitbreiding bij de verschillende deelsectoren. In de onderstaande tabellen zijn de verschillen tussen 2000 en 2003 weergegeven. Uit deze tabellen kan indirect worden afgeleid of de budgetmutaties voor capaciteit en productieafspraken met name een hoeveelheidsverschil of een zorgzwaarteverschil betreffen. Een directe berekening is helaas niet mogelijk vanwege de structuur van de data in de GZ.

#### AANBIEDERS VOOR AUDITIEF GEHANDICAPTEN

Omschrijving	2000	2003
Aantal aanbieders	6	11
Toegelaten capaciteit	918	972
Totale bezetting intramurale zorg		
- aantallen	619,9	602,2
- percentage	68,0	62,0

Tabel 22. Capaciteit en bezetting ZG auditief, bron: CTG/ZAio 2003

Omschrijving	2000	2003
Aantal behandelingscontacten aan huis	11.046	14.545
Aantal behandelingscontacten semi-intern	21.591	2.645
Aantal behandelingscontacten paramed. semi-intern	8.863	5.433
Dagen begeleid zelfstandig wonen	2.555	8.799
Dagdelen dagopvang semi-intern	39.860	51.415
Aantal diagnose trajecten 1 <sup>e</sup> fase	3.474	489
Aantal diagnose trajecten 2 <sup>e</sup> fase	531	573
Aantal diagnose trajecten 3 <sup>e</sup> fase	99	167
Dagdelen groepsbehandeling semi-intern licht	45.049	14.770
Dagdelen groepsbehandeling semi-intern zwaar	32.021	43.382
Aantal eenheidshalfuren reistarief	13.300	18.806

Tabel 23. Productiegegevens dag- en ambulante zorg ZG auditief, bron: CTG/ZAio 2003

Op grond van de gegevens in de bovenstaande twee tabellen kan worden geconcludeerd dat voor de deelsector ZG auditief er in de periode 2000-2003 sprake is geweest van een toename van de intramurale capaciteit en een afname van de productie. De toename van het budget voor capaciteit en productie betreft dus met name een zorgzwaarteverdich.

#### AANBIEDERS VOOR VISUEEL GEHANDICAPTEN

Omschrijving	2000	2003
Aantal aanbieders	6	6
Toegelaten capaciteit	560	568
<i>Totaal bezette plaatsen</i>		
- aantallen	257,4	258,7
- percentage waarvan:	46,0	46,0
10 jaar of ouder normaal begaafd	38,9	20,5
Jonger dan 10 jaar normaal begaafd	11,0	9,0
Meervoudig gehandicapt	207,5	229,2
Aantal gewogen cliëntcontacten	199.595	203.571

Tabel 24. Capaciteit en bezetting ZG visueel, bron: CTG/ZAio 2003

De deelsector ZG visueel laat een lichte toename intramurale capaciteit en bezetting zien. Er is sprake van een verschuiving van bezette plaatsen voor normaal begaafden naar meervoudig gehandicapt (zorgverzwaring). Verder is het aantal gewogen cliëntcontacten toegenomen. In deze deelsector is dus zowel sprake van een hoeveelheidsverschil als een zorgzwaarteverdich.

## AANBIEDERS VOOR VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN

Toegelaten capaciteit VG	2000	2003 <sup>1</sup>
Regulier	33.960	31.235
Observatie	140	129
SGLVG-behandeling	161	222
SGLVG-verblijf	301	3.874
Forensisch/TBS	64	72
PIJ	n.v.t.	6
MFC	12	48
Totale bezetting	100 %	100,1%
Totaal toegelaten capaciteit	34.638	35.586

Tabel 25. Capaciteit en bezetting VG, bron: CTG/ZAio 2003

Wat bij de VG met name opvalt, is de verschuiving van reguliere capaciteit naar SGLVG-plaatsen (dit kan worden opgevat als een indicator voor zorgverzwaring/kwaliteitsverbetering). Voor SGLVG-plaatsen geldt een toeslag op de reguliere tarieven (voor een SGLVG behandelplaats circa € 53.000,- per jaar en voor een SGLVG verblijfplaats circa € 38.000,- per jaar).

Uit onderstaande tabel is af te leiden dat ook bij de bezetting van de reguliere productiecapaciteit een lichte zorgverzwaring is opgetreden.

Omschrijving	% (2000)	% (2003)
<i>50 jaar en ouder</i>		
Mensen LVG	1,4	1,6
Mensen MVG	13,9	12,4
Mensen EVG	5,1	7,5
Mensen ZEVG	7,3	8,2
<i>20 - 50 jaar</i>		
Mensen LVG	3,8	3,9
Mensen MVG	28,8	25,0
Mensen EVG	13,2	13,6
Mensen ZEVG	14,5	14,9
<i>Jonger dan 20 jaar</i>		
<u>Groepsgrootte 6-8</u>		
Mensen LVG	0,6	0,7
Mensen MVG	3,3	3,5

<sup>1</sup> Cijfers over 2003 betreffen momentopname (medio 2004), definitieve cijfers zijn pas na afhandeling van de nacalculatie bekend.

Omschrijving	% (2000)	% (2003)
Mensen EVG	4,0	4,3
Mensen ZEVG	1,3	1,5
<i>Jonger dan 20 jaar</i>		
<u>Groepsgrootte 9-12</u>		
Mensen LVG	0,1	0,1
Mensen MVG	0,8	0,8
Mensen EVG	1,0	0,9
Mensen ZEVG	0,5	0,7

Tabel 26. Verdeling bezetting reguliere plaatsen VG, bron: CTG/ZAio 2003

Binnen de VG is weliswaar sprake van een toename van de totale capaciteit, maar dit betreft een uitbreiding van de 'zorgintensieve' plaatsen. Voor deze deelsector betreft de budgetmutatie voor capaciteit en productieafspraken dus met name een zorgzwaarteverdich.

*AANBIEDERS VOOR JEUGDIGE LICHT VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN*

Omschrijving	2000	2003
Aantal toegelaten aanbieders	23	23
Capaciteit		
- regulier	1.917	2.098
- achtervang	326	355
- achtervang besloten opvang	31	92
<b>Totaal toegelaten capaciteit</b>	<b>2.274</b>	<b>2.545</b>
Bezetting		
- gedragsgestoorden	1.367	1.677
- achtervang	326	352
- achtervang besloten opvang	31	92
- overig	565	430
Totale bezetting		
- aantallen	2.289	2.551
- percentage	101	100
waarvan		
- kort verblijf	15	15
- MFC	0	33

Tabel 27. Capaciteit en bezetting JLVG, bron: CTG/ZAio 2003

Ook in de JLVG is sprake een toename van (zwaardere) capaciteit en aantallen cliënten (die bovendien zwaardere zorg ontvangen). In deze deelsector is dus zowel sprake van een hoeveelheidsverschil als een zorgzwaarteverdich.

*LG (VOORZIENINGCENTRA EN HET DORP)*

Omschrijving	2000	2003
Aantal toegelaten aanbieders	4	4
Capaciteit - toegelaten plaatsen	770	819
Bezetting		
- regulier	261.611	292.001
- substitutie <sup>1</sup>	19.445	n.v.t.
Totale bezetting		
- aantallen	281.056	292.001
- percentage	100	98

*Tabel 28. Capaciteit en bezetting LG, bron: CTG/ZAio 2003*

In de periode 2000-2003 is er binnen de LG sprake geweest van capaciteitsuitbreiding. De bezettingsgraad is nagenoeg ongewijzigd. Hier is met name een hoeveelheidsverschil aan de orde.

*DAGVERBLIJVEN*

Jaar	Totaal toegelaten capaciteit	Aantal dagen	
		Aanwezigheidsdagen	Waarvan: MCG
2000	18.231	4.750.423	1.125.390
2003 <sup>2</sup>	19.641	5.189.847	1.221.864

*Tabel 29. Capaciteit dagverblijven, bron CTG/ZAio*

Ook voor dagverblijven is er sprake van een toename van de toegelaten capaciteit en aanwezigheidsdagen. De stijging van het aantal aanwezigheidsdagen voor MCG (meervoudig complex gehandicapten) kan eveneens als een indicator voor zorgverzwaring/kwaliteitsverbetering worden opgevat. Voor MCG-cliënten ontvangen aanbieders een toeslag. Aangezien de stijging van het aantal MCG-dagen gelijke tred houdt met de stijging van het totale aantal aanwezigheidsdagen, betreft de budgetmutatie voor capaciteit en productieafspraken voor de dagverblijven met name een hoeveelheidsverschil.

<sup>1</sup> Substitutieplaatsen zijn per 1 januari 2002 opgegaan in de zorg-op-maat-regeling

<sup>2</sup> Cijfers over 2003 betreffen momentopname (medio 2004), definitieve cijfers zijn pas na afhandeling van de nacalculatie bekend.

**GEZINSVERVANGENDE TEHUIZEN**

Jaar	Totaal toegelaten capaciteit	Bezetting			
		Bezettings-dagen	Fulltime thuiszitter	Dagen vrije marge	50 jaar en ouder
2000	20.249	7.384.354	3.405	12.420	2.135.784
2003 <sup>1</sup>	21.335	7.753.404	3.384	12.944	2.413.141

Tabel 30. Capaciteit gezinsvervangende tehuizen, bron CTG/ZAio

Voor de gezinsvervangende tehuizen kan eenzelfde beeld worden geschetst voor wat betreft de toegelaten capaciteit en de bezettingsdagen: deze zijn toegenomen. Over mogelijke zorgverzwaring kan op grond van deze gegevens niets worden gezegd.

**DAGBESTEDINGSMIDDELEN**

Het CTG/ZAio heeft in de notitie 'Dagbestedingsmiddelen 1999 tot en met 2002' (CTG III 02-16b) verslag gedaan van de mate van besteding van de extra middelen voor dagbesteding. Deze middelen waren in eerste instantie ingezet voor de verruiming van dagbesteding voor de (zeer) ernstig verstandelijk gehandicapten. Het CTG/ZAio concludeert dat in 2002 t.o.v. 2000:

- De groep mensen met een verstandelijke handicap meer uren per dag dagbesteding ontvangen.
- Het aantal uren dagbesteding per dag voor de groep (zeer) ernstig verstandelijk gehandicapten is gelijk gebleven, maar het aantal cliënten dat dagbesteding ontvangt, is wel toegenomen.

**3.1.7 Aanvullende informatie**
**INLEIDING**

Naast hetgeen hierboven is weergegeven, zijn nog enkele andere gegevensbronnen bestudeerd op hun bruikbaarheid voor een verdere aanvulling, inkleuring en/of onderbouwing van de macro-analyse. Onder meer zijn bestudeerd de bij het Bouwcollege beschikbare gegevens, de jaarrapportages en de kernmonitor 1996 – 2003 zoals die zijn gemaakt op basis van het ZRS. Deze documenten boden geen *aanvullende* inzichten voor de analyses.<sup>2</sup> Verder is gekeken naar het onderzoek 'Andere mensen, andere wensen' dat wordt uitgevoerd in opdracht van CVZ.

---

<sup>1</sup> Cijfers over 2003 betreffen momentopname (medio 2004), definitieve cijfers zijn pas na afhandeling van de nacalculatie bekend.

<sup>2</sup> De 'Monitoring gebouwkwaliteit in de gehandicaptenzorg' van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen uit medio 2003 laat *wel* zien dat 10% van de woongebouwen in de intramurale GZ ruim onvoldoende scoort op de minimale functionele kwaliteitseisen die aan een gebouw worden gesteld. Het aanpakken van deze 'categorie rood' situaties zal zeer waarschijnlijk kostengevolgen (kapitaalslasten) hebben voor de (nabije) toekomst.

### **GEGEVENS INDICATIESTELLING LCIG EN CIZ**

Aanvullend is informatie ingewonnen bij indicatiestellers vanuit het LCIG. Het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG) is in 2001 opgericht om de indicatiestelling te regelen voor de hele gehandicaptenzorg die betaald wordt uit de AWBZ, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Vanaf 1 april 2003 worden de indicaties voor gehandicaptenzorg afgegeven onder verantwoordelijkheid van de RIO's.

Tevens is gesproken met een landelijk beleidsmedewerker bij het CIZ. Het CIZ is direct betrokken bij de uitvoering van de indicatiestelling gehandicaptenzorg en is gevraagd om vanuit het perspectief van de indicatiestelling de ontwikkelingen in de zorgzwaarte aan te geven.

Uit deze interviews komt naar voren dat er van een zorgverzwaring over de breedte in de loop van de jaren geen sprake is.

Wel blijkt dat zich een uitbreiding van bepaalde aanvragers heeft voorgedaan. Genoemd worden jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en bijkomende psychosociale problemen. Hierbij is, naast de functies verblijf en activerende begeleiding, tevens veelal een verzoek om behandeling aan de orde. Ook voor andere groepen cliënten geldt dat er (in combinatie met andere functies) een toename is van vraag naar behandeling (bijv. t.g.v. gedragstoornissen).

Daarnaast wordt in de interviews aangegeven dat de invoering van de nieuwe indicatiesystematiek (functiegerichte indicatiestelling) en de druk om werkvoorraden bij indicatiestelling weg te werken er, in combinatie, voor kan hebben gezorgd dat indicaties omvangrijker zijn geworden dan het volume aan zorg bij de bestaande parameters. Hierbij speelde tevens mee dat het vervolg van de keten (aanbieders) nog immer in producttermen werd gefinancierd. De verwachting was dat een functiegerichte (her)indicatie, minimaal de continuering van de huidige zorg mogelijk zou moeten maken. Dit zorgde voor een druk op de indicatiestelling. Overigens wordt hierbij aangetekend dat hiervan in 2004 geen sprake meer is, gezien nadere richtlijnen ('gebruikelijke zorg') en een kritischer houding bij indicatiestelling.

Het aantal aanvragen is de afgelopen jaren gestegen. Dit is mede ingegeven door de maatschappelijke ontwikkeling en veranderende regelgeving. De nadruk lag op vraagsturing waar zowel cliënten als indicatiestellers naar hebben gehandeld.

Een en ander lijkt te worden gestaafd door het hierboven vermelde onderzoek. Ook dit onderzoek bevat aanwijzingen dat het aantal cliënten dat indicaties heeft aangevraagd in de onderzoeksperiode is gegroeid. Verder zijn er aanwijzingen dat een deel van deze stijging te maken heeft met het invoeren van nieuwe doelgroepen voor indicatie, zoals licht verstandelijk gehandicapten.

### **NIEUWE TOELATINGEN**

Tot slot is ook voor de GZ gekeken in welke mate er sprake is van nieuwe toelatingen. Deze gegevens zijn aangeleverd door CTG/ZAio (zie paragraaf 2.1.5 voor nadere toelichting).

Voor zover deze nieuw toegelaten aanbieders nog zijn te koppelen aan verblijf of sector, zijn de kosten die hiermee zijn gemoeid onderdeel van de macro-analyse van de GZ. In de GZ zijn in totaal 8 volledig nieuwe aanbieders toegelaten en zijn 10 aanbieders in een nieuwe regio gestart (aanbieders die binnen de regio zijn uitgebreid, zijn niet apart uit te splitsen). Voor de aanbieders die in 2003 zijn toegelaten, was hiermee een bedrag gemoeid van 11,8 miljoen euro (bedrag 2003, bedrag 2004 niet te achterhalen); dit betrof alleen semimurale aanbieders. Voor de aanbieders die in 2004 zijn gestart, ging het in totaal om een bedrag van 5,9 miljoen euro (bedrag 2004, waarbij het bedrag van 1 aanbieder nog niet is toegewezen).

Dit betreft zowel aanbieders met als zonder verblijf (de aanbieders zonder verblijf zijn bestaande aanbieders met een uitbreiding naar een nieuwe regio). Zoals vermeld maken deze bedragen onderdeel uit van de macro-analyse.

Daarnaast zijn er nieuwe toelatingen geweest voor AWBZ-brede extramurale dienstverlening. Deze toelatingen zijn niet meer te koppelen aan een doelgroep/sector. Derhalve is niet meer te achterhalen in welke mate er zorg wordt geleverd ten behoeve van de GGZ en de GZ. Aangezien de totale productie extramurale dienstverlening vooralsnog gering is, mag worden verondersteld dat het bedrag dat hierin is gemoeid met de GGZ en GZ marginaal.

### **3.2 Meso-analyse: verklaringen voor ontwikkelingen van de uitgaven GZ volgens zorgkantoren**

#### **INLEIDING**

Op vergelijkbare wijze als in de GGZ (zie paragraaf 2.2) is voor de GZ onderzoek gedaan onder zorgkantoren. Zoals aangegeven heeft ten opzichte van de eerste keuze van de onderzoekers slechts één zorgkantoor volledig afgezien van deelname. Reden hiervoor was dat de medewerkers waarmee gesproken zou moeten worden, nog niet lang genoeg werkzaam waren binnen het zorgkantoor om de ontwikkelingen in het verleden goed te kunnen overzien. Voor dit zorgkantoor is een ander zorgkantoor benaderd. Voor de GZ is met één extra zorgkantoor gesproken teneinde voldoende GZ-aanbieders in de steekproef te krijgen (de informatie van dit zorgkantoor wordt meegenomen bij de analyse van de aanbieders, niet in dit hoofdstuk).

Bij de zorgkantoren is gesproken met de accountmanagers GZ. De gesprekken zijn gevoerd aan de hand van de concrete ontwikkelingen bij aanbieders waarmee zij productieafspraken maken. In totaal betrof dit 32 GZ- aanbieders (er is informatie over meer aanbieders omdat soms spontaan aanbieders ter sprake kwamen die buiten de selectie vallen). Deze aanbieders zijn grotendeels door het CTG/ZAio in overleg met bureau HHM geselecteerd waarbij is gekeken naar voldoende variatie in omvang en type aanbieder. Verder is er zorg voor gedragen dat er een redelijke afspiegeling was van aanbieders waarbij het budget is gedaald, is gelijk gebleven en is gestegen.

Bijlage 4 laat een frequentieverdeling zien van de absolute groei van aanbiedersbudgetten, waarbij onderscheid is gemaakt naar de verschillende deelsectoren. Deze frequentieverdeling is door het CTG/ZAio op verzoek van en in overleg met bureau HHM gemaakt.

Met de accountmanagers van de zorgkantoren is voor de geselecteerde aanbieders doorgelopen wat de verklaring is voor de ontwikkeling van de kosten van de betreffende aanbieders. Tevens is nagevraagd wat de verwachtingen zijn voor 2004 en 2005.

Daarnaast is geïnformeerd in hoeverre de zorgkantoren zicht hebben dan wel controle uitoefenen op de kwaliteit van de registratie van de productieparameters door de aanbieders.

#### VERKLARING KOSTENSTIJGINGEN GZ

In de tabel hieronder wordt weergegeven wat volgens de zorgkantoren de belangrijkste verklaringen zijn in de GZ.

Verklaring kostenstijging	Toelichting	Genoemd door N zorgkantoren
Extra honorering bepaalde cliëntengroepen zoals SGLVG	Regeling in het kader van de aanpak wachtlijsten. Voor SGLVG-cliënten kunnen aanbieders een toeslag aanvragen. De betreffende cliënten dienen hiervoor een indicatie te hebben. De toegelaten capaciteit van de aanbieder wordt aangepast (regulier omgezet in SGLVG-plaats).	8
Toename zorgzwaarte/ruimere indicering	Ten tijde van het budgetplafond was de zorg voor 'zware' cliënten beperkt vanwege de beperkt beschikbare middelen. Deze cliëntencategorie kan via een (her)indicatie aanspraak maken op zwaardere zorg. Deze ontwikkeling heeft raakvlakken met honorering van bepaalde cliëntengroepen (zoals SGLVG, MCG, MFC, SGEVG). Daarnaast bestaat bij zorgkantoren het vermoeden dat het LCIG aanvankelijk ruimer indiceerde (dit vermoeden kon niet met cijfers worden gestaafd).	8
Wegwerken wachtlijsten vanaf medio 2000 (loslaten budgetplafond)	Zorgkantoren kunnen o.b.v. CTG-beleidsregel wachtlijstmiddelen PVB's verstrekken voor individueel toegesneden zorg aan gehandicapten die op de wachtlijst staan. Doel: wegwerken wachtlijsten en zorgvernieuwing. Hiertoe zijn extra productieafspraken gemaakt, gebaseerd op de zorgindicatie van de cliënt en de aan de indicatie gekoppelde budgetbedragen.	8
Aanboren latente vraag/nieuwe doelgroepen	Door vergroot, verbreed en vernieuwd aanbod (o.a. als gevolg van zorg op maat) wordt een latente vraag manifest. Bijvoorbeeld voor ouders met jonge VG kinderen. Nieuwe doelgroep: JLVG.	5
Regeling Kleinschalige woonvoorziening	Vanaf medio 2002 is de CTG-beleidsregel huisvestingskosten kleinschalige woonvoorzieningen ingevoerd. Op basis van deze regeling zijn normbedragen beschikbaar voor huisvestingskosten	4

Verklaring kostenstijging	Toelichting	Genoemd door N zorgkantoren
	<p>voor kleinschalige woonvoorzieningen (zowel nieuw als bestaand). Voorheen werden deze kosten op basis van werkelijke kosten bepaald.</p> <p>Voor bestaande huisvesting leidt dit in de regel tot hogere kosten met dezelfde cliëntenpopulatie.</p>	
Hardheidsclausule	In de beleidsregel wachtlijstmiddelen is de mogelijkheid opgenomen om in zeer bijzondere gevallen (voor specifieke cliënten) hogere budgetten toe te kennen.	4
Verschuiving naar AWBZ	Onder meer omdat diverse voorliggende voorzieningen geen wachtlijstmiddelen kennen, wordt makkelijker verwezen naar de AWBZ (jeugdzorg, onderwijs, LVG-problematiek, etc)	1

Tabel 31. Verklaring kostenstijging GZ volgens zorgkantoren

De wijze waarop het zorgkantoor de materiele controle uitvoert, varieert. In sommige gevallen gebeurt het beperkt (aanwezigheid indicatiebesluit). In andere gevallen zeer grondig (o.a. controle op zorgzwaarte laten uitvoeren door een onafhankelijk bureau). Men tracht veelal elk jaar een bepaald aspect specifiek uit te diepen.

In het kader van de controle beoordelen zorgkantoren in sommige gevallen ook kwartaalrapportages over de productie van de aanbieders, monitoren de wachtlijst en gaan na waaraan de extra middelen zijn besteed (leidt meer budget ook tot meer zorg?).

#### VERWACHTINGEN 2004-2005

De verwachting van zorgkantoren is dat het functiegericht indiceren en (met name) bekostigen zal leiden tot een grote kostenstijging. Daar merken de zorgkantoren nu al het een en ander van vanwege de invoering van de beleidsregel extramurale zorg.

Verder wordt verwacht dat de zorguitgaven gestaag zullen groeien. Onder meer vanwege:

- de zorgplicht van de zorgkantoren; het wegwerken (en binnen de Treeknormen brengen) van de wachtlijsten blijft actueel;
- de regeling kleinschalige woonvoorzieningen;
- de SGLVG-regeling;
- de toename van de vraag naar extramurale zorg.

Ter beperking van de kostenstijging hanteren de zorgkantoren de stelregel budget 2004 = budget 2003 tenzij met harde cijfers kan worden onderbouwd dat meer nodig is.

Een zorgkantoor geeft aan dat aanbieders momenteel overproductie proberen te voorkomen omdat er geen zekerheid bestaat of de extra productie ook wordt betaald.

### 3.3 Micro-analyse: verklaringen voor ontwikkelingen van de uitgaven GZ op basis van onderzoek bij aanbieders

#### INLEIDING

Op vergelijkbare wijze als in de GGZ (zie voor nadere toelichting paragraaf 2.3) heeft onderzoek plaatsgevonden onder aanbieders. In totaal zijn 20 aanbieders onderzocht. Doel was om van elke aanbieder het volgende in kaart te brengen ten aanzien van de periode 2000-2003:

- Welke veranderingen hebben zich voorgedaan in de wijze waarop de aanbieder haar inkomsten genereert (via CTG/ZAio-parameters)?
- Welke veranderingen hebben er plaats gevonden bij de volgende drie bestedingen van aanbieders:
  - de Reserve Aandvaardbare Kosten (RAK);
  - de totale formatie in fte, en;
  - de personele kosten per fte?
- Welke veranderingen hebben zich voorgedaan in de geleverde zorg?

Bij de vraag naar veranderingen in de geleverde zorg zijn de belangrijkste deelvragen: wat zijn de veranderingen in het aantal geholpen cliënten en wat zijn de veranderingen in de geleverde zorg per cliënt (een rechtstreeks antwoord op de vraag of er voor de nieuwe cliënten anderssoortige zorg wordt geboden is veelal niet rechtstreeks te verkrijgen maar indirect ontstaat er wel een beeld van via de verandering in de geleverde zorg per cliënt)?

Voor deze micro-analyse zijn de volgende bronnen geraadpleegd:

- CTG/ZAio-rekenstaten van de betreffende aanbieder over de jaren 2000 tot en met 2003;
- jaarverslagen van de betreffende aanbieder (plus, indien voorradig, aanvullende cijfers over het aantal cliënten) over dezelfde periode;
- interviews met functionarissen van de betreffende aanbieders (managers zorg, directieleden, head's en/of controllers).

De interviews zijn vooral bedoeld geweest om het 'het verhaal achter de cijfers' in beeld te brengen. Tevens zijn de interviews benut om eventueel ontbrekend kwantitatief materiaal aan te vullen.

In totaal zijn in de GZ 20 aanbieders onderzocht, nl. 10 aanbieders voor intramurale verstandelijk gehandicaptenzorg, 5 aanbieders voor semimurale zorg, 3 aanbieders voor zintuiglijk gehandicaptenzorg (waarvan 2 auditief en 1 visueel), 1 aanbieder voor lg en 1 aanbieder voor jlv. De selectie bevatte hiermee 15 aanbieders met een stijgend budget, 4 met een gelijkblijvend budget en 1 met een budget dat is gedaald.

In totaal 4 intramurale VG-aanbieders, 2 semimurale aanbieders en 1 ZG-aanbieder hebben afgezien van deelname aan het interview. Als redenen werden meestal aangegeven tijdgebrek en andere prioriteiten. Het kwantitatieve materiaal van deze aanbieders is wel meegenomen. Nadere interpretatie en verificatie van deze gegevens is hiermee achterwege gebleven.

Omdat de geselecteerde aanbieders soms onderdeel uitmaken van een groter verband van aanbieders, sluiten rekenstaten en jaarverslagen in een aantal gevallen niet 1-op-1 op elkaar aan. In die situaties is voor wat betreft de jaarverslagen uitgegaan van de totale aanbieder/koepel en voor wat betreft de rekenstaten van de geselecteerde aanbieder. In de interviews is nader getracht om deze aansluiting te bewerkstelligen. In een enkel geval was hiervoor een aannameslag door de onderzoekers noodzakelijk. Ondanks het feit dat er niet altijd sprake is van deze aansluiting, laten de cijfers wel enige ontwikkelingen zien.

#### **KWANTITATIEVE RESULTATEN EN PROFIELEN VAN AANBIEDERS**

In bijlage 6 zijn de relevante kwantitatieve gegevens per aanbieder weergegeven. Op de genoemde bedragen in de bijlage is geen prijscorrectie toegepast) Ten einde dit materiaal beter te kunnen 'doorzien' zijn de gegevens bewerkt tot een profiel per aanbieder. Daarbij wordt transparant in welke mate en met welke variatie ontwikkelingen zich in de praktijk voordoen. Daartoe was wel een versimpeling nodig: namelijk per onderzocht item is vastgesteld of er sprake was een stijging (↑), een gelijkblijvend niveau (-) of een daling (↓). Een en ander wordt weergegeven in onderstaande tabellen 32 tot en met 34.

Bij het maken van deze tabellen is, naast gebruikmaking van de eerder genoemde bijlagen, eveneens gebruik gemaakt van de informatie die is voortgekomen uit de interview-ronde bij de aanbieders. Bij veranderingen in de uitgaven van de aanbieder zijn deels andere uitgangspunten gehanteerd dan in de GGZ. De periode van onderzoek is immers langer. Deels worden dezelfde uitgangspunten gehanteerd: Een inkomstenmutatie wordt als zodanig gezien als deze meer dan 15% (over de gehele onderzoeksperiode) van het verschil in budget verklaart. Er wordt bij de RAK gesproken van een stijging of daling in het geval de mutatie meer is dan 8% (over de gehele onderzoeksperiode) van de gehele budgetmutatie. Er wordt bij de personeelsformatie in fte gesproken van een mutatie indien deze meer dan 2% (over de gehele onderzoeksperiode) bedraagt. Bij de personeelskosten per fte is sprake van een stijging of daling indien deze meer dan 15 % (over de gehele onderzoeksperiode) bedraagt.

	LG.1	JLVG.1	VG.1	VG.2a	VG.2b	VG.3	VG.4	VG.5a	VG.5b	VG.6a	VG.7a	VG.8
<b>Budget 2000 in mln euro<sup>1</sup></b>	20-30	10-20	20-30	30-40	40-50	30-40	10-20	20-30	10-20	0-10	10-20	20-30
<b>% verandering budget 2003 t.o.v. 2000</b>	12%	19%	38%	30%	23%	24%	56%	52%	-15%	17%	69%	24%
<b>Mutatie inkomsten (CTG/ZAio)</b>												
- intramurale parameters:	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↑	↑	↑
- normatieve loonkosten v.w.b. reguliere dagen / capaciteit	-	-	↑	↑	↑	↑	↑	-	-	↑	↑	↑
- normatieve loonkosten v.w.b. dagen / capaciteit SGLVG	-	-	↑	↑	↑	↑	↑	-	-	-	-	-
- kosten zorg op maat	↑	↑	-	-	-	↑	↑	-	-	-	↑	↑
- wachtlijstmiddelen	-	-	-	-	-	↑	-	-	-	-	-	-
- overig	-	-	-	-	-	-	-	↑	↓	-	-	-
<b>Mutatie uitgaven (jvs)</b>												
- RAK	↓	-	↑	-	-	↑	↑	-	-	-	↑	↑
- kosten deconcentratie (frictiekosten)	-	-	↑	↑	-	?	?	-	-	-	-	-
- fte	↑	↑	↑	↑	-	-	↑	↑	-	-	↑	-
- personele kosten / fte	-	↑	↑	↑	-	-	↑	-	-	↑	↑	-

<sup>1</sup> Het budget is in deze en volgende tabellen weergegeven met een bandbreedte om herkenbaarheid van in het onderzoek betrokken aanbieders te voorkomen.

	LG.1	JLVG.1	VG.1	VG.2a	VG.2b	VG.3	VG.4	VG.5a	VG.5b	VG.6a	VG.7a	VG.8
Budget 2000 in mln euro	20-30	10-20	20-30	30-40	40-50	30-40	10-20	20-30	10-20	0-10	10-20	20-30
<b>% verandering budget 2003 t.o.v. 2000</b>	12%	19%	38%	30%	23%	24%	56%	52%	-15%	17%	69%	24%
<b>Zorg</b>												
- aantal cliënten / erkende plaatsen intramuraal	↓	-	-	-	-	↓	↑	-	↓	-	↑	↑
- zorgzwaarte reguliere cliënten (excl. SGLVG)	↑	↑	↑	-	↑	-	-	↑	-	-	↓	-
- aantal SGLVG – toeslagen			↑	↑	↑	↑	↑	↑	-	↑	↑	↑
- zorgzwaarte per SGLVG – cliënt			↑	↑	↑	?	?	↑	-	↑	-	?
- aantal plaatsen KSWV			↑	-	-	-	-	-	-	-	-	↑
- aantal cliënten semi-muraal en extramuraal (incl. eventuele substitutie via intramurale plaatsen)			↑	?	-	?	?	-	-	-	↑	?

Tabel 32. Aanbieders GZ, intramurale VG, vergelijking 2000-2003 (stijging (↑), een gelijkblijvend niveau (-) of een daling (↓))

	Semi.1	Semi.2a	Semi.3a	Semi.4	Semi.5
<b>Budget 2000 in mln euro</b>	0-5	10-15	0-5	10-15	0-5
<b>% verandering budget 2003 t.o.v. 2000</b>	81%	39%	20%	78%	63%
<b>Mutatie inkomsten (CTG/ZAio)</b>					
- DVO parameters <sup>1</sup>	-	-	-	-	-
- GVT parameters <sup>1</sup>	-	-	↑	-	↑
- KDV parameters <sup>1</sup>	-	↑	-	-	-
- wachtlijstmiddelen	↑	↑	-	↑	↑
- zorg op maat parameters	-	↑	↓	↑	-
- huisvestingskosten KSWV (kleinschalige woonvormen)	↑	-	↑	-	↑
<b>Mutatie uitgaven (jvs)</b>					
- RAK	-	↑	-	↑	-
- fte	↑	↑	↑	↑	↑
- personele kosten / fte	↑	↑	↑	↑	↑
<b>Zorg</b>					
- zorgzwaarte per client (v.w.b. wachtlijstmiddelen)	-	↑	n.v.t	↓	-
- aantal cliënten (cliëntjaren)	↑	↑	↑	↑	↑

Tabel 33. Aanbieders GZ, semi-muraal, vergelijking 2000-2003

<sup>1</sup> Voor nadere informatie zie tabel 10 in bijlage 6.

	ZG.1	ZG.2	ZG.3
<b>Budget 2000 in mln euro</b>	5-10	0-5	10-15
<b>% verandering budget 2003 t.o.v. 2000</b>	42%	34%	97%
<b>Mutatie inkomsten (CTG/ZAio)</b>			
- intramurale parameters	-	↑	-
- parameters dag- en ambulante behandeling	↑	↑	-
- wachtlijstmiddelen	↑	↑	↑
- zorg op maat	-	-	↑
<b>Mutatie uitgaven (jvs)</b>			
- RAK	↑	?	↑
- fte	-	↑	↑
- personele kosten / fte	↑	-	-
<b>Zorg</b>			
- aantal cliënten intramuraal	-	-	-
- zorgzwaarte per intramurale client	?	-	-
- aantal ambulante en semimurale contacten	↑	↑	↑

Tabel 34. Aanbieders GZ, ZG, vergelijking 2000-2003

Bovenstaande tabellen laten een gevarieerd beeld zien, maar er tekenen zich enkele hoofdlijnen af:

#### **INTRAMURAAL: LG/JLVG/VG**

- In de VG wordt de budgetmutatie bij de meerderheid van de aanbieders verklaard door een stijging van de normatieve loonkosten voor reguliere capaciteit.
- Voor ongeveer de helft van de aanbieders is de toename van SGLVG-capaciteit een verklaring van de stijging.
- Voor een wat kleiner deel van de aanbieders is de zorg op maat een belangrijke factor. Dit geldt eveneens voor de onderzochte aanbieders LG en JLVG.
- Bij de meerderheid is het aantal fte gestegen. In mindere mate zijn de personele kosten per fte en de RAK toegenomen.
- In termen van geleverde zorg is er ofwel zorg geboden aan meer cliënten ofwel meer zorg geboden aan bestaande cliënten (zorgzwaarte). In de onderzochte aanbieder voor LG is meer zorg geboden aan minder cliënten. In de onderzochte aanbieder voor JLVG is meer zorg geboden aan bestaande cliënten.
- Voor wat betreft SGLVG is het aantal cliënten toegenomen. Voor zover bekend, is dit veelal ook vertaald naar de geleverde zorg per SGLVG-cliënt.

**SEMI-MURAAL: GVT/DVO**

- De belangrijkste verklaring voor de toename van budgetten betreft de wachtlijstmiddelen en de huisvestingskosten KSWV.
- In vrijwel alle aanbieders is het aantal fte toegenomen alsmede de kosten per fte. In de aanbieder met een afnemend aantal fte, ging het om een bezuiniging in de overheadfuncties.
- Het aantal cliënten in zorg is gestegen.

**ZG**

- In de ZG hebben met name de parameters dag- en ambulante behandeling en de wachtlijstmiddelen gezorgd voor de stijging in budgetten.
- Dit vertaalt zich voor wat betreft geleverde zorg in aantallen ambulante contacten.
- Bij twee van de drie onderzochte aanbieders is de RAK toegenomen. Overigens ligt in twee van de drie onderzochte ZG-aanbieders de RAK (positie, niet mutatie) substantieel hoger dan in de overige onderzochte aanbieders, namelijk op 20% van het totale vermogen.
- Bij twee van de drie onderzochte aanbieders is het aantal fte toegenomen.

In het hoofdstuk samenvattende conclusies worden de over-all conclusies ten aanzien van de verklarende factoren voor de kostenstijging samengevat.

**BESTEDING MUTATIE BUDGET**

Tevens is voor het totaal van alle aanbieders in de micro-analyse gezamenlijk op basis van de jaarverslagen in kaart gebracht op welke wijze het de toename van het wettelijk budget aanvaardbare kosten is besteed.

<b>Mutatie Wettelijk Budget Aanvaardbare kosten</b>	<b>306 mln. euro</b>
Waarvan toegevoegd aan de RAK	9%
Waarvan besteed aan personele kosten	70%
Waarvan besteed aan overige kosten	21%

*Tabel 35. Besteding Mutatie Budget 2000 – 2003 GZ totaal (N = 18 aanbieders)*

Een vergelijkbaar overzicht kan worden gegenereerd voor de instellingen voor intramurale VG en voor semi-murale zorg.

<b>Mutatie Wettelijk Budget Aanvaardbare kosten</b>	<b>174 mln. euro</b>
Waarvan toegevoegd aan de RAK	9%
Waarvan besteed aan personele kosten	69%
Waarvan besteed aan overige kosten	22%

*Tabel 36. Besteding Mutatie Budget 2000 – 2003 GZ VG (Verstandelijk Gehandicapten) (N = 8 aanbieders)*

De resultaten uit bovenstaande tabel worden sterk gedomineerd door de cijfers van één instelling. Als deze instelling buiten beschouwing wordt gelaten zijn de percentages 15%, 67% respectievelijk 18%.

<b>Mutatie Wettelijk Budget Aanvaardbare kosten</b>	<b>88 mln. euro</b>
Waarvan toegevoegd aan de RAK	9%
Waarvan besteed aan personele kosten	75%
Waarvan besteed aan overige kosten	16%

*Tabel 37. Besteding Mutatie Budget 2000 – 2003 GZ semimuraal (N = 5 aanbieders)*

### OVERIG

De gehouden interviews hebben bijgedragen aan de eerder in deze paragraaf gepresenteerde informatie (en eveneens bevestiging van de trends die ook in de macro-analyse zijn aangeduid). In de interviews zijn soms zeer specifieke situaties toegelicht, die zich echter soms niet lenen voor veralgemenisering. Door de onderzoekers zijn de interviews gefilterd op wel te veralgemeniseren informatie die door de aanbieders is aangedragen:

- Diverse aanbieders geven aan via diverse zorg-op-maat-projecten veelal meer en meer op maat gesneden zorg te zijn gaan bieden voor bestaande cliënten. Over het algemeen valt op dat het voor aanbieders veelal lastig aan te geven hoeveel cliënten nu precies hiermee worden geholpen en in welke omvang dit plaatsvindt.
- Hierover wordt ook aangegeven dat dit het gevolg is van de ontwikkelingen zoals deze zijn ingezet: men moest meer tegemoet te komen aan de individuele wensen van de cliënt. Aanbieders en zorgkantoor kregen de ruimte om hiermee aan de slag te gaan.
- Decentralisatie en groepsverkleiningen vaak genoemd als verklaring voor toegenomen kosten in de VG.
- Enkele aanbieders geven aan te streven naar een hogere RAK omdat zij van mening zijn dat de risico's voor aanbieders toenemen. In dit verband worden percentages genoemd van 8 tot 15% als richtlijn.
- Enkele aanbieders geven aan kritischer in de gaten te houden of indicaties dan wel registraties sporen met de feitelijke situatie van cliënten, vanwege het loslaten van het budgetplafond.
- Het PGB wordt door een aantal aanbieders genoemd als bron van inkomst (in tegenstelling tot in de GGZ).
- Prognoses voor de toekomst worden evenals in de GGZ sterk afhankelijk gemaakt van het landelijk beleid. Veel aanbieders verwachten wederom een budgetplafond. Zonder een dergelijk plafond verwachten de meeste aanbieders dat de kosten vooralsnog zullen blijven stijgen. Over het algemeen wordt aangegeven dat er voldoende vraag is. Verder wordt opgemerkt dat het feit dat aanbieders cliënten van de wachtlijst konden helpen, nieuwe vragen schiep: een latente vraag is kennelijk aangeboord. Deze vragen concentreren zich met name op het semimurale (wonen en dagbesteding) en ambulante (ZG) aanbod.

#### 4. Uitgaven PGB

De informatie in hoofdstuk 2 en 3 heeft betrekking op de macrobudgetten, exclusief het PGB. In dit hoofdstuk wordt daarom aanvullende informatie gegeven over de uitgaven aan het PGB.

Van belang is dat per 1 april 2003 het PGB nieuwe stijl is ingevoerd. Tot die tijd waren er 3 verschillende PGB-regelingen<sup>1</sup>, namelijk voor:

- verpleging en verzorging;
- verstandelijk gehandicaptenzorg;
- geestelijke gezondheidszorg.

Deze worden samengevoegd onder de term 'PGB-oude stijl'.

In het PGB nieuwe stijl is het niet meer mogelijk een onderscheid te maken tussen de diverse deelsectoren in de AWBZ. Budgetten worden toegekend op basis van de AWBZ-brede functies.

Omdat de bestedingsdoelen in de oude regelingen uiteen liepen, is het riskant om het totaal budget voor het PGB nieuwe stijl te extrapoleren naar de deelsectoren. De vraag is ook of het in het licht van de opdracht relevant is om te doen.

Tabel 38 bevat een overzicht van het budget dat is gemoeid met het PGB. Het door CVZ geraamde toe te kennen bedrag voor 2004 is 889 mln. euro.

Omvang budgetten (x 1 mln. euro)	PGB os: V&V	PGB os: VG	PGB os: GGZ	PGB ns	Totaal	Index
2000	103,9	56,5	0,0	n.v.t.	160,4	100
2001	142,2	104,5	2,3	n.v.t.	249,0	155
2002	243,9	156,3	13,3	n.v.t.	413,5	258
2003	290,9	191,8	40,6	130,0	653,3	407
2004				889,0	889,0	554

Tabel 38. Gerealiseerde bedragen PGB (in mln. euro), (2004: eigen raming CVZ, waarin verwachte groei is verdisconteerd, bron: CVZorgcijfers 1998-2003 en kernmonitor PGB)

Ten opzichte van het jaar 2000 is de verwachting dat in 2004 de werkelijke uitgaven aan het PGB meer dan het vijfvoudige zullen bedragen. Hieronder wordt een overzicht gegeven van het aantal budgethouders.

<sup>1</sup> Daarnaast bestond er een experimentele regeling voor lichamelijk gehandicapten, waar in 3 zorgkantorregio's gebruik van kon worden gemaakt. In totaal ging het slechts om ongeveer 100 budgethouders. Hiermee was 0,6 mln. euro gemoeid in 2001, 2,3 mln. euro in 2002 en 1,2 mln. euro in 2003 (bron: CVZ).

Aantal budgethouders	PGB os: V&V	PGB os: VG	PGB os: GGZ	PGB ns	Totaal	Index
2000	16.300	6.200	140	n.v.t.	22.600	100
2001	26.800	9.200	610	n.v.t.	36.600	162
2002	34.500	11.200	2.200	n.v.t.	48.000	212
2003	24.600	11.000	2.400	24.600	62.600	277
2004	16.700	9.200	900	36.500	63.300	280

Tabel 39. Aantal budgethouders 2000, 2001, 2002, 2003 (stand eind december) en 2004 (per 1 mei) PGB, bron: CVZ

Ook hier is het mogelijk nader onderscheid te maken naar verschillen die worden veroorzaakt door stijging van het totale volume aan PGB's, het zogenaamde *hoeveelheidsverschil* en door relatieve toename van het aandeel zwaardere (hogere) PGB's ten opzichte van de lichtere (lagere) PGB's (een indicatie voor zorgzwaarte), het zogenaamde *zorgzwaarteververschil*. Uitgaande van een gemiddeld prijs-index effect van 17% over 4 jaren, is het beeld als volgt:

Budgetmutatie PGB	In absolute bedragen	In %
Mutatie is 889 - 160,4	728,6 mln euro	100%
- waarvan prijsindex-effect	76,4 mln euro	10%
- waarvan zorgzwaarteververschil	363,4 mln euro	50%
- waarvan hoeveelheidsverschil	288,8 mln euro	40%

Tabel 40. Verklaring budgetmutatie PGB 2000-2004

## 5. Samenvattende conclusies

### 5.1 Doel en aanpak van het onderzoek

Doel van dit onderzoek was om de stijging van de uitgaven in de GGZ (2002-2004) en de gehandicaptenzorg (2000-2004) te verklaren. Daarbij is één van de belangrijkste invalshoeken geweest of er meer cliënten zijn geholpen en/of dat per cliënt meer zorg is geleverd.

Daartoe is via drie invalshoeken informatie ingewonnen en geanalyseerd:

1. analyse van relevante landelijke gegevens;
2. nader onderzoek bij 8 zorgkantoren (aan de hand van de concrete ontwikkelingen bij 64 aanbieders);
3. nader onderzoek van 32 aanbieders die productieafspraken maken met één van bovenbedoelde zorgkantoren; daarbij is er op gelet dat er zowel aanbieders waren vertegenwoordigd die een stijgend budget hebben gehad als aanbieders met een dalend dan wel gelijkblijvend budget.

Gezien het doel van het onderzoek was van belang dat landelijke gegevens zo compleet mogelijk waren; gezien de periode die moest worden onderzocht (tot en met 2004) was van belang dat landelijke gegevens ook zeer actueel waren. De gegevens waarover het CTG/ZAio beschikt bleken daartoe de beste invalshoek. Onderzoek naar de verklaringen voor de kostenstijging zijn vanuit CTG/ZAio-gegevens uiteraard alleen mogelijk vanuit de parameters die worden onderscheiden. Bewerking van de gegevens ter beantwoording van de onderzoeksvragen heeft zowel CTG/ZAio als bureau HHM de nodige inspanning gekost.

Bij het onderzoek onder de zorgkantoren is nagegaan welke verklaringen zij geven voor de kostenstijgingen.

Bij de 32 aanbieders is nagegaan hoe hun inkomsten zich in de onderzoeksperiode hebben ontwikkeld, hoe hun uitgaven en formatie zich op hoofdlijnen hebben ontwikkeld en wat daar voor productie aan zorg tegenover heeft gestaan. Vooral op dat laatste punt hebben de onderzoekers vooral een maximale inspanning moeten leveren om actuele gegevens te krijgen over cliëntenstromen (aantallen geholpen cliënten, nieuwe instroom, gemiddelde verblijfsduur, etc.).

Met functionarissen van de 32 aanbieders zijn interviews gehouden om na te gaan welke verklaringen zij geven voor de kostenveranderingen in hun organisatie.

### 5.2 Samenvattende conclusies over de stijging uitgaven GGZ

In 2002 bedroeg het budget in de GGZ (inclusief verslavingszorg; exclusief kapitaalslasten) 2.511 mln. euro. In 2003 was dit met 314 mln. euro gestegen hetgeen na correctie voor loon- en prijsindex een stijging betekent van 10 %. In 2002 gold een budgetplafond; vanaf 2003 gold geen budgetplafond meer.

Er is onderzoek gedaan op basis van deze macro-cijfers, maar daarnaast heeft een uitgebreide gegevensverzameling plaats gevonden bij 8 zorgkantoren en een verdiepend onderzoek bij 13 GGZ-aanbieders. Wanneer deze invalshoeken worden gecombineerd kunnen de verklaringen voor de stijging van de kosten in de genoemde periode voor de GGZ als volgt worden samengevat (in volgorde van verklaring van de stijging van de kosten):

Er is sprake van toename van de productie in de ambulante GGZ:

- Bij de hulpverlening aan volwassenen stijgt het aantal geholpen cliënten maar ook het aantal contacten per cliënt terwijl de zorgzwaarte per contact daalt.
- Bij de hulpverlening aan kinderen neemt het aantal contacten per kind en de zorgzwaarte van een contact toe maar is er geen substantiële stijging van het aantal geholpen kinderen.
- Bij de ouderen zijn er geen substantiële veranderingen.

Er is sprake van een toename van de klinische productie hetgeen zich vooral als volgt uit:

- Bij de RIBW's is er een aanzienlijke toename van het aantal plaatsen.
- In de intramurale GGZ daalt de gemiddelde verblijfsduur per cliënt licht terwijl de zorgzwaarte per dag zeer aanzienlijk stijgt. Vooral het laatste verschijnsel heeft voor een belangrijk deel te maken met het feit dat het vanaf 2003 voor aanbieders bijzonder relevant is om die intramurale zorgzwaarte te expliciteren omdat dat direct doorwerkt in de inkomsten van de aanbieder.

Er is sprake van een substantiële toename van het aantal uren dienstverlening & preventie (van 2002 naar 2003 met 22 % gestegen).

Nieuw toegelaten aanbieders spelen geen relevante rol in de verklaring van de stijging van de kosten in de GGZ.

De zorgkantoren geven aan dat hun controlerende rol zich vooral richt of zou moeten richten op de registratie van de zorgzwaarte per intramurale dag en op de invulling van de uren voor dienstverlening & preventie.

In het onderzoek is ook op hoofdlijnen gekeken naar veranderingen in de uitgaven van de aanbieders. In het algemeen kan voor de periode 2002-2003 worden geconstateerd dat alle drie navolgende posten stijgen (geordend in volgorde van de mate van stijging): de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK), de totale formatie en de personeelskosten per fte. Wat betreft de personeelskosten per fte is gekeken naar stijgingen hoger dan de prijsindex.

Voor 2004 zullen zeer waarschijnlijk bepaalde ontwikkelingen doorzetten:

- verdere toename ambulante productie (via toename aantal cliënten maar ook meer contacten per cliënt);
- verdere toename aantal plaatsen RIBW;
- verdere toename van de zorgzwaarte per intramurale dag;
- verdere toename aantal uren dienstverlening & preventie;

- toename aantal dagen deeltijdbehandeling (van 2002 naar 2003 was dit een beperkte stijging).

Ten slotte is de verwachting ten aanzien van 2005 dat bij ongewijzigd beleid (ten tijde van het onderzoek te typeren als 'open eind financiering') dat de kosten/uitgaven in de AWBZ blijven doorstijgen. Argumenten daarvoor zijn: pogingen tot wegwerken van wachtlijsten maakt de latente vraag naar GGZ manifest; neiging van huisartsen om meer naar de GGZ te gaan verwijzen; stijging van het aantal toegelaten aanbieders (in het bijzonder in de Maatschappelijke Opvang) en investering in de kwaliteitsverbetering van de intramurale GGZ.

### 5.3 Samenvattende conclusies over de stijging uitgaven GZ

In 2000 bedroeg het budget in de Gehandicaptenzorg 3.076 mln. euro. In 2003 was dit met 1.137 mln. euro gestegen hetgeen na correctie voor loon- en prijsindex een stijging betekent van ruim 30%.

Op vergelijkbare wijze als in de GGZ is in de gehandicaptenzorg onderzocht wat de verklaringen zijn voor kostenstijgingen. De periode van onderzoek was langer, namelijk 2000-2004. Allereerst heeft een analyse op macroniveau plaatsgevonden aan de hand van CTG/ZAio materiaal. Vervolgens heeft nader onderzoek plaatsgevonden bij een aantal zorgkantoren aan de hand van casuïstiek van 32 aanbieders. Tot slot heeft verdiepend onderzoek plaatsgevonden bij 20 aanbieders. Dit laatste vond plaats aan de hand van kwantitatief materiaal (rekenstaten en jaarverslagen) en kwalitatief materiaal (jaarverslagen en interviews met managers zorg, directieleden, head's en/of controllers).

Er zijn 5 deelsectoren beschreven namelijk de VG, de JLVG, de ZG, de LG (grote intramurale woonvormen) en de GVT's/DVO's. Hieronder wordt weergegeven wat het algemene beeld per subsector is.

#### **AANBIEDERS VOOR VERSTANDELIJK GEHANDICAPTENZORG (INTRAMURAAL)**

De totale budgetstijging bedroeg 590 mln euro (gegevens tot en met 2003; dit betreft 52% van de totale budgetstijging in de GZ). Bijna 52% van dit bedrag wordt verklaard door loon- en prijsstijgingen. Het resterende bedrag wordt verklaard door toename van de capaciteit (21%), waaronder SGLVG-plaatsen. Verder is bijna 17% uitgegeven aan wachtlijstgelden. Bijna 8% is besteed aan kwaliteitsverbeteringen/kleinschaligheid et cetera. De resterende 2% bevatten diverse posten. Uit de micro-analyse blijken de toename van de capaciteit van SGLVG-plaatsen (gesubstitueerd met reguliere plaatsen) en een verzwaring van de zorg aan reguliere cliënten (verschuiving naar zwaardere de parameters alsmede besteding zorg op maatgelden aan bestaande cliënten) de belangrijkste verklaringen. Bij de meerderheid van de onderzochte aanbieders in de micro-analyse is het aantal fte gestegen. In mindere mate zijn de personele kosten per fte en de RAK toegenomen.

De onderzochte intramurale VG-aanbieders blijken gezamenlijk 69% van de mutatie van het wettelijk budget aanvaardbare kosten te hebben besteed aan personele kosten; 22% is besteed aan overige kosten en 9% is besteed aan de toevoeging van de RAK.

#### **SEMI-MURALE AANBIEDERS: GVT/DVO**

De totale budgetstijging bedroeg 424 mln. euro (gegevens tot en met 2003; dit betreft 37% van de totale budgetstijging in de GZ). Ongeveer 38% van dit bedrag wordt verklaard door loon- en prijsstijgingen. Het resterende bedrag wordt met name verklaard door wachtlijstgelden (44%) en uitbreiding van reguliere capaciteit en productieafspraken (18%). In 2004 is er sprake van een grote overheveling naar de extramurale beleidsregel. Uit de micro-analyse blijkt dat in vrijwel alle aanbieders het aantal fte is toegenomen alsmede de kosten per fte. In alle onderzochte aanbieders is het aantal cliënten in zorg gestegen. De onderzochte semi-murale aanbieders blijken gezamenlijk 75% van de mutatie van het wettelijk budget aanvaardbare kosten te hebben besteed aan personele kosten; 16% is besteed aan overige kosten en 9% is besteed aan de toevoeging van de RAK.

#### **AANBIEDERS VOOR JEUGDIGE LICHT VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN**

De totale budgetstijging bedroeg 61 mln. euro (gegevens tot en met 2003; dit betreft 5% van de totale budgetstijging in de GZ). In totaal wordt 40% verklaard door loon- en prijsstijgingen. Het resterende bedrag wordt met name verklaard door een toename van capaciteit en productieafspraken (23%) alsmede de wachtlijstmiddelen (32%).

#### **AANBIEDERS VOOR ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTEN**

De totale budgetstijging bedroeg 55 mln. euro (gegevens tot en met 2003; dit betreft 5% van de totale budgetstijging in de GZ). In 2004 is er sprake van een grote overheveling naar de extramurale beleidsregel. In totaal 27% van het bedrag van 55 mln. euro wordt veroorzaakt door loon- en prijsstijgingen. Daarnaast is bijna 67% uitgegeven aan wachtlijstgelden en 6% aan uitbreiding reguliere capaciteit.

De budgetstijging in de auditieve sector is relatief veel groter dan in de visuele sector. De toenames worden met name veroorzaakt door wachtlijstgelden. Dit is vrijwel volledig vertaald in ambulante productie. Daarnaast blijkt uit de micro-analyse dat de Rak is toegenomen en dat het aantal fte is toegenomen.

#### **AANBIEDERS VOOR LICHAAMELIJK GEHANDICAPTEN (VOORZIENINGCENTRA)**

De totale budgetstijging bedroeg 9 mln. euro (gegevens tot en met 2003; dit betreft 1% van de totale budgetstijging in de GZ). Procentueel gezien wordt dit bedrag volledig verklaard door loon- en prijsstijgingen. Daarbij dient wel te worden opgemerkt dat de uitgaven voor ZOM met 49% dalen tegenover een stijging van 44% van de capaciteit en productieafspraken.

De verwachtingen voor de toekomst bij een open eind financiering zijn dat de eerste jaren de kosten van de gehandicaptenzorg zullen stijgen. Aangegeven wordt dat er voldoende vraag is en dat het wegwerken van wachtlijsten een latente vraag heeft. Deze vraag concentreert zich met name op het semi-murale (wonen en dagbesteding) en ambulante aanbod.



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Deelnemende organisaties verklarend onderzoek stijging uitgaven GGZ & GZ

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
GVM/2494181	Martijn Sanders	070 3405561	JUNI 2004

Onderwerp Bijlage(n) Uw brief  
Onderzoek stijging uitgaven GGZ & GZ

Op 5 april jl. heeft de staatssecretaris de Tweede Kamer bij brief geïnformeerd over de ontwikkeling van productieafspraken in de verschillende AWBZ sectoren (TK 2003-2004, 26631, nr. 83). In die brief geeft de staatssecretaris aan dat uit voorlopige informatie van het CTG/ZAio is gebleken dat de totaal gecontracteerde omzet in de AWBZ voor het jaar 2004 nu al volledig de in de begroting geraamde middelen opsoupeert. Ervaring uit voorgaande jaren leert dat in de loop van het jaar nog aanvullend voor enkele honderden miljoenen wordt bijgecontracteerd. Dat zou, nog los van de structurele doorwerking van overschrijdingen uit het vorige jaar, daardoor tot zeer forse overschrijdingen in 2004 leiden.

De voortdurende dreiging van overschrijdingen nopen tot meerdere beheersingsmaatregelen. De staatssecretaris streeft ernaar om de toedeling van middelen zo doelmatig mogelijk te laten zijn, door te kiezen voor een beheerste selectieve groei. Beheerst omdat er in ieder geval vanaf 2005 binnen de afgesproken ramingen moet worden gebleven. Selectief omdat daar waar partijen hun verantwoordelijkheid nemen zij niet de negatieve gevolgen moeten ondervinden van onbeheersbaarheid elders en omdat de ruimte die in sommige sectoren mogelijk ontstaat, benut kan worden om knelpunten elders op te lossen. Groei omdat de afspraken die voor 1 maart 2004 zijn gemaakt, worden aanvaard en om dat daar waar daadwerkelijk zorg behoefte is die zorg ook geleverd moet kunnen worden.

In de brief heeft de staatssecretaris aangekondigd een aanwijzing aan het CTG/ZAio te sturen om op die manier binnen het voor 2004 geldende kader voor de AWBZ te blijven.

Op 7 april jl. heeft er in de Tweede Kamer een algemeen overleg (AO) plaatsgevonden n.a.v. de brief over de beheerste selectieve groei. De staatssecretaris heeft daar gemeld een forse groei te zien in de zorguitgaven bij stabiele groepen als de gehandicaptenzorg (GZ) en de GGZ. De staatssecretaris heeft toegezegd onderzoek te doen naar de oorzaken van de groei in beide sectoren. Na de zomer zullen de resultaten van het onderzoek aan de Tweede Kamer worden gepresenteerd.

VWS heeft het bureau Hoeksma, Homans & Menting (HHM) bereid gevonden een verklarend onderzoek naar de stijging in de uitgaven in de GGZ en in de gehandicaptenzorg (GZ) uit te voeren. Door **HHM** zal u worden benaderd met het verzoek mee te werken.

Als projectleiders zullen optreden ir. B.H. Hoeksma en mw. drs. S.J.M. Schutte.

Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG  
Telefoon (070) 340 79 11  
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend  
richten aan het postadres  
met vermelding van de  
datum en het kenmerk van deze brief.

Internetadres:  
[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

2

Kenmerk

GVM/24941 81

Via deze brief verzoek ik u uw volledige medewerking te verlenen aan dit onderzoek zodat het mogelijk is na de zomer verklaringen te presenteren voor de stijging van de uitgaven in de GGZ en de GZ.

Mocht u naar aanleiding van deze brief of over het onderzoek vragen hebben dan kunt u contact opnemen met drs. M.R.Th.W. Sanders (070-3405561) van de directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang (GVM).

Met vriendelijke groet,

**de Directeur-Generaal Maatschappelijke Zorg,**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M.P. van Gastel', is written over a large, light-colored, textured rectangular area. The signature is fluid and cursive.  
drs. M.P. van Gastel

III 04-10



Budgetuitkomsten 2003 GGZ-instellingen

**BUDGET 2003**

Het budget 2003 (exclusief loon- en materiële kostenindex) laat een toename zien van € 238,0 miljoen. Deze toename wordt veroorzaakt door hogere productieafspraken (208,2 miljoen) en een toename van de zorgwaarde van verpleeg- en verzorgingsdagen en van deeltijdbehandelingen (29,8 miljoen). In onderstaande overzichten 1, 2 en 3 wordt de toename gespecificeerd.

In overzicht 4 wordt de ontwikkeling weergegeven van het aantal ambulante contacten per nieuwe inschrijvingen. Voor alle categorieën neemt het aantal contacten per nieuwe inschrijving toe. In overzicht 5 wordt een specificatie van de mutatie ambulante contacten gegeven, gericht op de mutatie contacten cliënten en nieuwe inschrijvingen.

In 2002 was het budgetmaximum van kracht. Dat hield in dat de budgetten van de GGZ-instellingen gemaximeerd waren. Overschrijdingen van het budgetmaximum, als gevolg van productieafspraken, werden neerwaarts gecorrigeerd onder de post 'aanpassing i.v.m. met productiemaximum'. Deze 'aanpassing i.v.m. productiemaximum' bedroeg in 2002 - € 56,3 miljoen. In 2003 is het budgetmaximum opgeheven. De productieafspraken zijn volledig gehonoreerd en de post 'aanpassing i.v.m. met productiemaximum' is hierdoor komen te vervallen.

Budget 2002 (stand 31-12-2002)	2.510,7
Mutatie	238,0
Budget 2003 (op kasbasis)	2.748,7
Doorwerking 2004	-7,2
Prijsindex (loon+materieel)	83,5
Budget 2003 (stand 31-12-2003)	2.825,0

III 04-10

## Specificatie budgettoename 2003 (x 1 miljoen)

	Budgetverschil	Productieafpraak	
		2003	2002
Productie			
verpleegdagen/deeltijdbeh./verzorgingsdagen	38,3	1.180,7	1.142,4
eerste opnames	2,0	41,5	39,5
zorgvernieuwing	-8,0	82,1	90,1
ambulant kinderen en jeugdigen	10,3	83,7	73,4
ambulant volwassenen	71,2	462,8	391,6
ambulant ouderen	3,1	56,1	53,0
ambulant verslavingszorg	7,1	27,0	19,9
ambulant forensisch	3,3	17,4	14,1
uren dienstverlening en preventie	30,2	94,0	63,8
overige productiegebonden kosten	29,4	179,1	149,7
subtotaal productie	186,9	2.224,4	2.037,5
Capaciteitsgegevens			
bezette bedden	-6,9	397,2	404,1
bezette plaatsen beschermd wonen	2,0	55,0	53,0
opleidingskosten	0,5	13,8	13,3
energiekst, onroerend goedbel. milieuheffing	0,8	46,2	45,4
subtotaal capaciteitsgegevens	-3,6	512,2	515,8
Overige individuele kosten			
individuele prijsafpraak	---	---	---
individuele productiegebonden kosten <sup>1</sup>	54,0	-2,0	-56,0
individuele niet productiegebonden kosten	0,7	14,1	13,4
subtotaal overige individuele kosten	54,7	12,1	-42,6
Totaal	<b>238,0</b>	<b>2.748,7</b>	<b>2.510,7</b>

<sup>1</sup> waarvan in 2002 aanpassing i.v.m. productiemaximum -56,3

## Overzicht 2: Toename productiekosten klinisch en deeltijd, uitgesplitst in zorgzwaarte en volume. (x 1 miljoen)

Verpleeg-/verzorgingsdagen / deeltijdbehandelingen	Budgetverschil	Prijsverschil (zorgzwaarte)	Hoeveelheids- verschil
dagen verslavingszorg	6,7	2,5	4,2
dagen kinderen en jeugdigen	4,6	2,9	1,7
logeerdagen kinderen en jeugdigen <sup>1</sup>	1,5	0	1,5
dagen volwassenen en ouderen (kortdurend)	16,2	10,5	5,7
dagen volwassenen en ouderen (langdurend)	-5,4	9,6	-15,0
dagen herstellingsoord (V1.4) <sup>1</sup>	-0,1	0	-0,1
dagen forensisch (FPA)	-2,2	0,2	-2,4
dagen forensisch (FPK)	5,2	0,8	4,4
dagen klinisch intensieve behandeling <sup>1</sup>	-0,1	0	-0,1
verzorgingsdagen beschermd wonen	6,0	2,1	3,9
deeltijd verslavingszorg	1,3	0,1	1,2

III 04-10

deeltijd kinderen en jeugd	2,3	0	2,3
deeltijd volwassenen en ouderen (kortdurend)	2,5	1,0	1,5
deeltijd volwassenen en ouderen (langdurend)	0,2	0,1	0,1
deeltijd forensisch <sup>1</sup>	-0,4	0	-0,4
<b>totaal</b>	<b>38,3</b>	<b>29,8</b>	<b>8,5</b>

<sup>1</sup> Individueel product met ongewijzigde prijs

Overzicht 3: Toename productiekosten ambulante contacten, uitgesplitst in mutatie contacten cliënten en volume (uitsplitsing m.b.v. de % verdeling uit overzicht 5).  
(x 1 miljoen)

	Budgetverschil	Contacten cliënten	Nieuwe inschrijvingen
ambulant kinderen en jeugdigen	10,3	8,3	2,0
ambulant volwassenen	71,2	17,8	53,4
ambulant ouderen	3,1	2,8	0,3
ambulant verslavingszorg	7,1	1,6	5,5
ambulant forensisch	3,3	1,2	2,1

Overzicht 4: Aantal contacten<sup>2</sup> per nieuwe inschrijving

	% Mutatie	Productieafspraken	
		2003	2002
ambulant kinderen en jeugdigen	7,62%	12,71	11,81
ambulant volwassenen	3,31%	16,85	16,31
ambulant ouderen	5,19%	11,14	10,59
ambulant verslavingszorg	6,09%	10,28	9,69
ambulant forensisch	7,91%	21,96	20,35

<sup>2</sup> Exclusief nieuwe inschrijving en toeslag contact buiten de instelling

Overzicht 5: Specificatie mutatie ambulante contacten <sup>1</sup>

	Mutatie contacten	Mutatie contacten als gevolg van:			
		Mutatie contacten cliënten		Mutatie nieuwe inschrijvingen	
ambulant kinderen en jeugd	57.030	46.051	81%	10.979	19%
ambulant volwassenen	572.821	144.643	25%	428.178	75%
ambulant ouderen	24.635	22.474	91%	2.161	9%
ambulant verslavingszorg	69.876	15.104	22%	54.772	78%
ambulant forensisch	25.995	9.124	35%	16.871	65%

<sup>1</sup> Verschil tussen productieafspraken 2003 en 2002 (exclusief nieuwe inschrijving en toeslag contact buiten de instelling)

J-W. Bijker  
ybas/27 mei 2004  
w:\kmr3\ggz\hbm berekening\2003-jbyr.doc



## INLEIDING

De elektronische budgetformulieren 2004 van GGZ zijn verwerkt. Door de ingediende formulieren samen te voegen ontstaat een 'totaal GGZ-formulier' waarin de productieafspraken en de gerealiseerde productie van de gehele GGZ-sector worden getoond ([bijlage 1](#)). De productieafspraken en de gerealiseerde productie worden tevens in de vorm van een grafiek getoond ([bijlage 2](#)). Het verschil tussen het budget 2004 vóór productieafspraken (=budget 2003) en het budget 2004 na productieafspraken wordt hierna verder geanalyseerd.

## BUDGET 2004

Het budget 2004 laat een toename zien van € 164,9 miljoen. Deze toename wordt veroorzaakt door hogere productieafspraken (144,6 miljoen) en een toename van de zorgzwaarte van verpleeg- en verzorgingsdagen en van deeltijdbehandelingen (20,3 miljoen). In onderstaande overzichten 1, 2 en 3 wordt de toename gespecificeerd. Daarnaast wordt door vijf GGZ-instellingen sectoroverstijgende productie afgesproken (productie op het gebied van gehandicaptenzorg en verpleging&verzorging) voor een totaalbedrag van € 4 miljoen. Overigens wordt het grootste gedeelte van dit bedrag aangevraagd door één instelling.

Voor de sectoroverstijgende productie kan een lagere prijs worden afgesproken. Deze mogelijkheid wordt ook geboden voor de reguliere ambulante GGZ-productie. Hiervan hebben vier instellingen gebruik gemaakt. De individuele prijsafpraak (korting op de beleidsregelwaarde) bedraagt -/€ 1,7 miljoen. In overzicht 4 wordt de ontwikkeling weergegeven van het aantal ambulante contacten per nieuwe inschrijvingen. Met uitzondering van de forensische psychiatrie neemt het aantal contacten per nieuwe inschrijving toe. In overzicht 5 wordt een specificatie van de mutatie ambulante contacten gegeven, gericht op de mutatie contacten cliënten en nieuwe inschrijvingen.

Voor 2004 bestaat voor het eerst de mogelijkheid om telefonische of e-mailcontacten af te spreken. Daarvan is voor een totaalbedrag van € 12,7 miljoen gebruik gemaakt. Binnen het macrokader was daarvoor ruimte in verband met het beëindigen van 2% margeregeling van € 13 miljoen. In bijlage 1 kunt u het bedrag per circuit terugvinden.

Opvallend is verder de ontwikkeling de laatste jaren van de productie op het gebied van preventie en dienstverlening. Aangezien preventie en dienstverlening los staat van zorgverlening aan cliënten en hiervoor dus ook geen indicatie voor zorg kan worden afgegeven is sinds de invoering van de modernisering preventie en dienstverlening formeel geen onderdeel meer van de aanspraken binnen de AWBZ. In de praktijk blijkt vooral de laatste jaren sprake te zijn van een explosieve toename van de productie, zoals blijkt uit de uren opstelling over de periode 1996-2004 in overzicht 6.

Slechts drie GGZ-instellingen doen een beroep op de nacalculatie van dure geneesmiddelen. De nacalculatie op dure geneesmiddelen bedraagt € 32.592.

III 04-10

COLLEGE TARIEVEN  
GEZONDHEIDSZORG

Overzicht 1: Specificatie budgettoename 2004 (x 1 miljoen)

	Budgetverschil	Productieafspraken	
		2004	2003
<b>Productie</b>			
verpleegdagen/deeltijdbeh./verzorgingsdagen	50,3	1.268,9	1.218,6
eerste opnames	0,9	43,7	42,8
zorgvernieuwing	-4,6	77,7	82,3
ambulant kinderen en jeugdigen	6,5	92,9	86,4
ambulant volwassenen	67,7	544,8	477,1
ambulant ouderen	7,4	65,2	57,8
ambulant verslavingszorg	9,8	37,7	27,9
ambulant forensisch	4,6	22,5	17,9
uren dienstverlening en preventie	11,6	108,5	96,9
overige productiegebonden kosten	10,2	194,7	184,5
<b>subtotaal productie</b>	<b>164,4</b>	<b>2.456,6</b>	<b>2.292,2</b>
<b>Capaciteitsgegevens</b>			
bezette bedden	-2,5	407,2	409,7
bezette plaatsen beschermd wonen	4,0	60,6	56,6
opleidingskosten	0,4	15,0	14,6
energiekst, onroerend goedbel. milieuheffing	0,5	47,5	47,0
<b>subtotaal capaciteitsgegevens</b>	<b>2,4</b>	<b>530,3</b>	<b>527,9</b>
<b>Overige individuele kosten</b>			
individuele prijsafspraken	-1,7	-1,7	0
individuele productiegebonden kosten	-0,2	-5,9	-5,7
individuele niet productiegebonden kosten	0	10,6	10,6
<b>subtotaal overige individuele kosten</b>	<b>-1,9</b>	<b>3,0</b>	<b>4,9</b>
<b>Totaal (exclusief sectoroverstijgende productie)</b>	<b>164,9</b>	<b>2.989,9</b>	<b>2.825,0</b>

Overzicht 2: Toename productiekosten klinisch en deeltijd, uitgesplitst in zorgwaarde en volume. (x 1 miljoen)

Verpleeg-/verzorgingsdagen / deeltijdbehandelingen	Budgetverschil	Prijsverschil (zorgwaarde)	Hoeveelheidsverschil
dagen verslavingszorg	2,8	1,3	1,5
dagen kinderen en jeugdigen	0,1	0,7	-0,6
logeerdagen kinderen en jeugdigen <sup>1</sup>	1,3	0	1,3
dagen volwassenen en ouderen (kortdurend)	7,4	3	4,4
dagen volwassenen en ouderen (langdurend)	12,3	10,6	1,7
dagen herstellingsoord (V1.4) <sup>1</sup>	-0,7	0	-0,7
dagen forensisch (FPA)	0,8	0,1	0,7
dagen forensisch (FPK)	4,5	0,1	4,4
dagen klinisch intensieve behandeling <sup>1</sup>	0,1	0	0,1
verzorgingsdagen beschermd wonen	10,0	3,0	7,0
deeltijd verslavingszorg	5,0	-0,3	5,3

III 04-10

 COLLEGE TARIJEVEN  
GEZONDHEIDSZORG

deeltijd kinderen en jeugd	1,8	0,4	1,4
deeltijd volwassenen en ouderen (kortdurend)	6,6	1,5	5,1
deeltijd volwassenen en ouderen (langdurend)	-1,2	-0,1	-1,1
deeltijd forensisch <sup>1</sup>	-0,5	0	-0,5
<b>totaal</b>	<b>50,3</b>	<b>20,3</b>	<b>30,0</b>

<sup>1</sup> Individueel product met ongewijzigde prijs

 Overzicht 3: Toename productiekosten ambulante contacten, uitgesplitst in mutatie contacten cliënten en volume.  
(x 1 miljoen)

	Budgetverschil	Contacten cliënten	Nieuwe inschrijvingen
ambulant kinderen en jeugdigen	6,5	2,1	4,4
ambulant volwassenen	67,7	27,1	40,6
ambulant ouderen	7,4	7,4	0
ambulant verslavingszorg	9,8	5,6	4,2
ambulant forensisch	4,6	-3,2	7,8

 Overzicht 4: Aantal contacten<sup>2</sup> per nieuwe inschrijving

	% Mutatie	Productieafspraken	
		2004	2003
ambulant kinderen en jeugdigen	1,42%	12,90	12,72
telefonisch behandeling/begeleidingscontact kinderen en jeugd.		0,46	
ambulant volwassenen	3,38%	17,42	16,85
telefonisch behandeling/begeleidingscontact volwassenen		0,72	
ambulant ouderen	10,95%	12,36	11,14
telefonisch behandeling/begeleidingscontact ouderen		0,67	
ambulant verslavingszorg	15,47%	11,87	10,28
telefonisch behandeling/begeleidingscontact verslavingszorg		0,89	
ambulant forensisch	-9,43%	19,89	21,96
telefonisch behandeling/begeleidingscontact forensisch		1,07	

<sup>2</sup> Exclusief nieuwe inschrijving en toeslag contact buiten de instelling

 Overzicht 5: Specificatie mutatie ambulante contacten <sup>1</sup>

	Mutatie contacten	Mutatie contacten als gevolg van:			
		Mutatie contacten cliënten		Mutatie nieuwe inschrijvingen	
ambulant kinderen en jeugd	29.579	9.618	33%	19.961	67%
ambulant volwassenen	407.187	161.302	40%	245.885	60%
ambulant ouderen	49.768	49.556	100%	212	0%
ambulant verslavingszorg	81.975	46.385	57%	35.590	43%
ambulant forensisch	21.936	-15.280	-70%	37.216	170%

<sup>1</sup> Verschil tussen productieafspraken 2004 en 2003 (exclusief nieuwe inschrijving, toeslag contact buiten de instelling en telefonisch behandeling/begeleidingscontact)

III 04-10

COLLEGE TARIJEVEN  
GEZONDHEIDSZORG

Overzicht 6: Uren dienstverlening en preventie (x 1.000 uur)

Jaar	Afspraak	Realisatie
1996	624	niet bekend
1997	633	niet bekend
1998	621	niet bekend
1999	635	niet bekend
	676	714
	796	947
	1.053	1.311
	1.520	1.600
	1.718	niet bekend

**Vraag:** Geeft de nota u aanleiding tot opmerkingen?

Bijlagen: 2

J-W. Bijker

ybas/27 mei 2004

w:\oeni\g&o\wvs leveringen\2004-06-juni\ctg-veragdering-juni2004\kamer iii-toelichting ggz zorgnota juni 2004.doc

Bijlage 3d bij CTG 04-35a

III 04-12

COLLEGE TARIEVEN  
GEZONDHEIDSZORG

Budgetuitkomsten 2004 Gehandicaptenzorg

## 1. INLEIDING

In 2003 is gestart met de Modernisering van de AWBZ. Vanaf 1 januari 2004 is het voor alle AWBZ-instellingen mogelijk geworden om extramurale producten uit alle AWBZ-sectoren te leveren. In reactie hierop heeft het CTG een aantal beleidsregels per 1 januari aangepast en/of laten vervallen.

In deze rapportage worden de wijzigingen en de hieraan gerelateerde bevindingen naar aanleiding van de ingediende productieafspraken 2004 voor u uiteengezet.

Achtereenvolgens zullen daarbij aan bod komen de wachtlijstmiddelen en de hierbij behorende hardheidsclausules, de nacalculatie op de reguliere productie, de zorg-op-maat-regeling en de productieafspraken extramurale zorg. Tot slot zullen deze veranderingen in een overzicht met betrekking tot de macrokosten worden samengevat.

## 2. WACHTLIJSTMIDDELEN

Ten behoeve van de bestrijding van de wachtlijsten is vanaf 2000 extra geld ter beschikking gesteld. Instellingen konden via de Beleidsregel wachtlijstmiddelen 2003 vorig jaar voor het laatst aanvullende productieafspraken maken. Vanaf 1 januari loopt de bekostiging via de Beleidsregel extramurale zorg. Voor cliënten waaraan de functie 'verblijf' is gekoppeld, kan in samenspraak met het zorgkantoor een toelatingswijzing worden aangevraagd. In het kader van continuering van de zorg is voor 2004 nog wel rekening gehouden met hardheidsclausules die niet gedekt kunnen worden door de bestaande toeslagen voor bijzondere zorgzwaartes (bijvoorbeeld de SGLVG-toeslag).

Ieder jaar presenteren wij u de cijfers met betrekking tot de gerealiseerde productie wachtlijstmiddelen. Naast de gerealiseerde wachtlijstmiddelen 2003 treft u hieronder eveneens een overzicht aan van de ontwikkeling van deze beleidsregel, zoals die vanaf 2000, heeft plaatsgevonden.

### 2.1. NACALCULATIE WACHTLIJSTMIDDELEN 2003

Tegelijk met de productieafspraken voor 2004 dienden de instellingen aan te geven welke van de extra productieafspraken in het jaar 2003 werkelijk zijn gerealiseerd. Uiteindelijk hebben 326 instellingen wachtlijstmiddelen aangevraagd voor een bedrag van € 374 miljoen. Onderstaande tabel geeft de splitsing naar sectoren weer.

Tabel 1. gerealiseerde wachtlijstmiddelen 2003

Wachtlijstmiddelen	Realisatie 2003
Intramuraal	120.358.870
Semi-muraal	203.883.086
Zintuiglijk	40.938.756
SPD's	8.795.997
Totaal	<b>373.976.709</b>

In figuur 1 van [bijlage 1](#) is de omvang van de wachtlijstmiddelen weergegeven. Daar waar in het eerste jaar, 2000, € 33,5 miljoen aan de wachtlijstproblematiek werd besteed, is de omvang elk jaar flink toegenomen, tot aan de genoemde € 374 miljoen in 2003.

De gerealiseerde wachtlijstmiddelen 2003 zijn ingezet om 14.911 cliënten van de wachtlijst te helpen. In [bijlage 2](#) treft u een onderverdeling aan van het aantal cliënten per budgetcategorie. Figuur 2 van bijlage 1, laat een daling zien in het totaal aantal geholpen cliënten ten opzichte van 2002. In 2002 werden nog 18.691 cliënten van de wachtlijst geholpen, met een totaal aan wachtlijstmiddelen van € 241,9 miljoen.

De afname in het aantal cliënten wordt veroorzaakt doordat instellingen zonder 'verblijf' (voorheen: dagverblijven) in 2003 onbeperkt reguliere dagen hebben kunnen afspreken en hiertoe wachtlijstmiddelen hebben omgezet in reguliere zorgafspraken. De stijging in de omvang van de middelen wordt verklaard door de toename in de zorgzwaarte de afgelopen jaren.

In figuur 1 van [bijlage 3](#) is het aantal cliënten van de wachtlijst per categorie wachtlijstmiddelen opgenomen, zoals dit zich de afgelopen drie jaar ontwikkeld heeft.

## 2.2 TOEPASSING HARDHEIDSCLAUSULES

Evenals in voorgaande jaren hadden de instellingen en de zorgkantoren de mogelijkheid om een beroep te doen op een hardheidsclausule. Deze hardheidsclausule houdt in dat in zeer bijzondere gevallen het bedrag dat is gekoppeld aan de zwaardere budgetcategorieën verhoogd kan worden.

De omvang van het totaal aan hardheidsclausule bedroeg in 2002 €25,5 miljoen. Voor 2003 is dit bedrag toegenomen tot €38,5 miljoen.

Tabel 2. realisatie hardheidsclausule 2002-2003

Hardheidsclausule	Realisatie 2002	Realisatie 2003
<b>Semi-muraal</b>		
Hardheidsclausule VI	447.985	10.876
Hardheidsclausule VII	4.824.631	17.374.980
Hardheidsclausule VIII	1.585.327	9.886.830
<b>Intramuraal</b>		
Hardheidsclausule VI	7.954	580.409
Hardheidsclausule VII	10.343.106	7.527.046
Hardheidsclausule VIII	8.271.600	3.029.658
Voorzieningencentra	0	79.639
<b>Totaal</b>	<b>25.480.603</b>	<b>38.489.438</b>

De Beleidsregel wachtlijstmiddelen 2003 is zoals gezegd per 31 december 2003 opgeheven. Voor de hardheidsclausule is in het kader van continuering van de zorg in 2004 een overgangsregeling getroffen. Instellingen konden bij de productieafspraken 2004 een hardheidsclausule afspreken voor die cliënten die zij reeds in 2003 in zorg hadden en waarop de bestaande toeslagen voor bijzondere zorgzwaartes niet van toepassing zijn. Het maximaal af te spreken bedrag aan hardheidsclausule is gemaximeerd door het, in 2003 voor de cliënt afgesproken, jaarbasisbedrag. Uit de ingediende productieafspraken is gebleken dat instellingen voor 2004 €26,0 miljoen aan hardheidsclausule hebben aangevraagd. Figuur 2 van bijlage 3 laat het verloop van het totaal aan hardheidsclausule zien. De splitsing naar sectoren, zoals tabel 2 dat voor 2003 laat zien, is voor 2004 niet mogelijk.

Het niet continueren van de Beleidsregel wachtlijstmiddelen 2003 zou leiden tot het vervallen van, in totaal, €348 miljoen uit de budgetten. Echter instellingen kunnen deze afspraken omzetten naar reguliere afspraken (extra- en intramuraal).

## 3. NACALCULATIE REGULIERE PRODUCTIE 2003

Bij de afhandeling van de voorlopige nacalculatie 2003 vindt een beoordeling plaats van de aanvaardbare meerkosten. Daarbij wordt naast de werkelijk gerealiseerde wachtlijstmiddelen, gekeken naar de (werkelijk gerealiseerde) reguliere productie in 2003. De nacalculatieregeling houdt in dat een instelling, alvorens een beroep te kunnen doen op de wachtlijstmiddelen, eerst de afgesproken reguliere productiecapaciteit volledig dient te benutten.

De niet gerealiseerde reguliere productie wordt verrekend met de ingecalculerde wachtlijstmiddelen.

De nacalculatie van de onderproductie in de reguliere productieafspraken over 2003 leidt tot een correctie op het budget van de instellingen tot een bedrag van +/- € 13.665.822. In 2002 bedroeg de correctie +/- € 12.521.011. Verdeeld over de sectoren zijn de afgelopen twee jaar de volgende bedragen op de budgetten gecorrigeerd:

Tabel 3.nacalculatie reguliere productie 2002 en 2003

Reguliere productie	Correctie productie 2002	Correctie productie 2003
Intramuraal	7.767.464	8.408.920
Semi-muraal	4.303.978	5.221.185
Zintuiglijk	449.569	35.717
<b>Totaal</b>	<b>12.521.011</b>	<b>13.665.822</b>

#### 4. ZORG-OP-MAAT-REGELING

Sinds 1999 bestaat de Beleidsregel zorg-op-maat. Deze beleidsregel geeft de instellingen de mogelijkheid om hun nieuwe en/of bestaande cliënten deelverstrekkingen aan te bieden. Hierdoor kunnen voor hetzelfde budget meer cliënten geholpen worden. De invoering van de Modernisering AWBZ, het verder doorvoeren van het 'boter bij de vis'-principe en het overhevelen van de gelden behorende bij twee CVZ-subsidieregelingen naar de WVG hebben tot de noodzaak geleid om de Beleidsregel zorg-op-maat per 2004 aan te passen en sterk te reduceren. Tevens zijn per 1 januari ook nog eens als gevolg van de Modernisering AWBZ de substitutieplaatsen, waarmee een deel van de zorg-op-maat werd gefinancierd, uit de toelatingen van instellingen vervallen. Het totaal aantal substitutieplaatsen is in 2003 2.059. Echter van dit aantal is een onbekend aantal nog vóór 1 april 2003 afgegeven voor instellingen zonder 'verblijf'.

Voor 2004 heeft de nieuwe, tijdelijke, beleidsregel het uitgangspunt dat een instelling de geleverde (zorg-op-maat)-zorg zoveel mogelijk onderbrengt bij de bestaande beleidsregels, of te wel onder de verblijfsfunctie of onder de extramurale zorgproducten. Daarbij is een tijdelijke compensatiemogelijkheid toegevoegd voor instellingen die de afgelopen jaren zorg-op-maat-gelden en/of substitutieplaatsen hebben ingezet voor meerzorg. Voor 2005 is dit niet meer mogelijk. Het beleid is erop gericht om voorzover mogelijk alternatieven in de vorm van nieuwe productieparameters te ontwikkelen. Het technisch overleg hierover zal in een breder MAWBZ-kader binnenkort starten.

Naast de eventuele opname van meerzorg onder zorg-op-maat, mogen alleen projecten die reeds in 2003 liepen, mits zij dus niet onder de intra- of extramurale productie kunnen worden gebracht, in 2004 onder de zorg-op-maat worden geschaard. De kosten van een project in 2004 mogen daarbij niet het bedrag van 2003, op jaarbasis, overschrijden. In 2004 zijn 470 zorg-op-maat-sjablonen ingediend en door het secretariaat geanalyseerd. In totaal is voor € 95 miljoen aan zorg-op-maat aangevraagd, waarvan voorlopig € 65 miljoen daadwerkelijk nog eenmalig als zorg-op-maat is toegekend. Voor de overige € 30 miljoen ingediende projecten geldt dat dit projecten zijn die of onder de reguliere beleidsregels geschaard kunnen worden, of die pas in 2004 zijn opgestart of betrekking hebben op niet AWBZ-geïndiceerde zorg. Beide laatste categorieën worden niet gehonoreerd. Hieronder een overzicht.

Tabel 4. redenen afwijzen zorg-op-maat-projecten 2004

Reden	Bedrag	Percentage
Past onder beleidsregels verblijf en extramuraal	12.819.516	42%
Nieuw opgezette projecten 2004	6.226.537	21%
Niet AWBZ-geïndiceerde zorg	11.210.139	37%
<b>Totaal afgewezen</b>	<b>30.256.192</b>	<b>100%</b>

Het totaal aan afgesproken zorg-op-maat-activiteiten bedroeg in 2003 nog € 395 miljoen. In 2004 is dat gedaald tot ongeveer € 65 miljoen. Dit betekent dat de instellingen € 330 miljoen onder de intra- en extramurale productie hebben weten te brengen.

Volgens afspraak zullen de zorg-op-maat-projecten, op basis van de ingediende sjablonen, inhoudelijk nader bestudeerd en besproken worden met de VGN en ZN

## 5. PRODUCTIEAFSPRAKEN EXTRAMURALE ZORG EN DE FUNCTIE 'VERLIJF'

Het afschaffen van de Beleidsregel wachtlijstmiddelen 2003, het aanpassen van de zorg-op-maat-regeling en het verdwijnen van substitutieplaatsen heeft, zoals genoemd, geleid tot het feit dat instellingen bij de productieafspraken 2004 deze zorg onder de intra- en extramurale beleidsregels dienen af te spreken.

Voor 2004 is ruim € 900 miljoen aan extramurale zorgproducten afgesproken. In deze € 900 miljoen zit een niet bekend bedrag aan kapitaalslasten, die eveneens onder de nacalculerbare kapitaalslasten vallen. Via de nacalculatie zal deze dubbele bekostiging ongedaan gemaakt worden. Tabel 5 geeft een overzicht van de productieafspraken in de extramurale zorg. Opvallend is dat voor € 464,8 miljoen afgesproken is aan Prestaties dagactiviteit. Dit is onder andere het gevolg van de wijziging dat de dagverblijven voor gehandicapten in 2004 hun totaal aan zorgafspraken via de Beleidsregel Extramurale zorg dienen te laten lopen. In 2003 bedroeg het budget loon en materieel van deze instellingen ongeveer € 420 miljoen, inclusief zorg-op-maat.

Tabel 5. Productieafspraken extramurale zorg (x miljoen euro)

<b>Prestaties</b>	<b>Totaal productieafpraak 2004</b>
Prestaties gekoppeld aan de functie HV	7,4
Prestaties gekoppeld aan de functie PV	14,3
Prestaties gekoppeld aan de functie VP	10,2
Prestaties gekoppeld aan de functie OB	216,5
Prestaties gekoppeld aan de functie AB	64,5
Prestaties gekoppeld aan de functie BH	17,3
Prestaties gekoppeld aan OB, AB, BH	38,9
Prestaties dagactiviteit	464,8
Prestaties overig	0,2
Vervoerskosten	77,6
<b>Totaal</b>	<b>911,7</b>

Logeeropvang en crisisopvang zijn voorbeelden van zorg-op-maat-projecten die vanaf 1 januari onder de intramurale afspraken dienen te worden opgenomen. Dit geldt eveneens voor de categorieën wachtlijstmiddelen die de functie 'verblijf' behelzen. Hieronder is een overzicht opgenomen, die de productieafpraak 2003 afzet tegen de productieafpraak 2004.

Tabel 6. Verblijfsafspraken 2003-2004

<b>Sector</b>	<b>Totaal aantal plaatsen</b>		<b>Totaal aantal afgesproken dagen</b>	
	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Intramuraal vg	38.135	38.729	13.683.240	13.899.362
Intramuraal lg	819	780	292.001	275.987
Intramuraal zg*	861	910	314.271	332.145
GVT-en	21.335	21.088	7.753.404	7.531.921

\* aantal plaatsen weergegeven in bezette bedden

Ondanks het verdwijnen van de substitutieplaatsen uit de toelating laat intramuraal, onder invloed van de wijzigingen zorg-op-maat en wachtlijstmiddelen, een stijging in de intramurale productieafspraken zien. Deze wijziging in capaciteit betekent een stijging van de macrokosten ten opzichte van 2003 van € 176 miljoen.

## 6. MACROGEVOLGEN

Ten opzichte van 2003 hebben de beleidswijzigingen geleid tot een stijging van ongeveer 2,8% van de macrokosten. In 2003 bedroegen de totale kosten binnen de gehandicaptenzorg nog € 4,22 miljard, 2004 laat € 4,34 miljard zien.

III 04-12

COLLEGE TARIJEVEN  
GEZONDHEIDSZORG

Tot slot is in onderstaande tabel een overzicht gegeven van de van de beleidsregels zoals deze in 2003 van toepassing waren en de vigerende beleidsregels. De kostengevolgen zijn per (beleids)wijziging uiteengezet.

Tabel 7. Macrogevolgen productieafspraken 2004 (in miljoenen €)

Beleidsregels	Budget 2003	Budget 2004
Beleidsregel wachtlijstmiddelen 2003, incl. hardheidsclausule	374	26
Beleidsregel zorg-op-maat	395	65
Budget dagverblijven 2003*, conform beleidsregels 2003	373	-
Nacalculatie gerealiseerde productie	-14	-
Afspraken 2004 extramurale zorg		+ 911
Capaciteitswijzigingen 2004		+ 176
Zorgzwaarte, voorlopige budgetmutaties etcetera		+ 70
<b>Totale stijging macrobudget 2004</b>		<b>+ 120</b>

\* inclusief vervoerskosten, exclusief zorg-op-maat en kapitaalslasten

Bijlagen: 3

drs. E.G.M. Leupen

ybas/masr/25 mei 2004

w:\oeni\g&o\vws leveringen\2004-06-juni\ctg-veragdering-juni2004\kamer iii gehandica toelichting zorgnota juni 2004.doc



frequentieverdeling van GGZ en GZ instellingen naar de groei van de aanvaardbare kosten

### Inleiding

In het navolgende wordt een overzicht gegeven van de groei van de aanvaardbare kosten van de instellingen in GGZ en GZ sector.

Het overzicht heeft voor de GGZ betrekking op een periode van 2002-2004, voor de GZ-sector is de periode 2000-2003. De groei van de aanvaardbare kosten wordt niet per instelling gepresenteerd. Wel wordt een frequentieverdeling gegeven waarbij de instellingen in klassen worden ingedeeld.

Bij de frequentieverdeling wordt een klasse-grootte gehanteerd van 2 miljoen euro met uitzondering van de extramurale zorg, daar is de klasse-grootte 1 miljoen. .

De frequentieverdeling wordt gepresenteerd voor de GGZ-sector als geheel.

Voor de GZ-sector is een frequentieverdeling per subsector mogelijk, dat wil zeggen voor de verstandelijk gehandicapten, de jeugd licht verstandelijk gehandicapten en de semi-murale instellingen.

Het aantal instellingen in de categorie zintuiglijk en lichamelijk gehandicapten is te klein om een frequentieverdeling te produceren. Daar wordt volstaan met een beschrijving.

Met de GGZ en GZ-instellingen wordt bedoeld op instellingen die in 2002 tot en met 2004 respectievelijk in 2000 tot en met 2003 als entiteit actief zijn (geweest).

### GGZ

De groei van de aanvaardbare kosten van de GGZ-instellingen bedroeg in de periode 2002-2004 in totaal bijna een 0,5 miljard euro.

De aanvaardbare kosten van de GGZ instellingen bedroeg in 2002 bijna 2,8 miljard en in 2004 bijna 3,3 miljard.

Gemiddeld genomen bedroeg de groei van de aanvaardbare kosten per instelling ruim 3 miljoen voor de 155 GGZ-instellingen, een groei van ruim 17 procent in drie jaar.

De frequentieverdeling van het aantal instellingen op basis van een frequentiebandbreedte van 2 miljoen groei per instelling in deze periode ziet er als volgt uit:

Groei aanvaardbare kosten in miljoenen	Aantal GGZ-instellingen
< 0	13
0 – 2	79
2 – 4	18
4 – 6	17
6 – 8	11
8 -10	6
> 10	11

## Gehandicaptensector

### *Verstandelijk gehandicapten*

De groei van de aanvaardbare kosten van de instellingen in de verstandelijk gehandicapten sector bedroeg in de periode 2000-2003 in totaal bijna een 0,57 miljard euro.

De aanvaardbare kosten van de instellingen in de verstandelijk gehandicapten sector bedroeg in 2000 bijna 1,78 miljard en in 2003 zo'n 2,35 miljard.

Gemiddeld genomen bedroeg de groei van de aanvaardbare kosten per VG instelling 4,3 miljoen voor de 132 VG-instellingen, een groei van bijna 32 procent in 4 jaar.

De frequentieverdeling van het aantal VG-instellingen op basis van een frequentiebandbreedte van 2 miljoen euro groei per instelling in deze periode ziet er als volgt uit:

Groei aanvaardbare kosten	Aantal VG-instellingen
< 0	2
0 – 2	43
2 – 4	26
4 – 6	21
6 – 8	20
8 -10	13
> 10	7

### *Jeugdig licht verstandelijk gehandicapten*

De groei van de aanvaardbare kosten van de instellingen in de jeugdig licht verstandelijk gehandicapten sector bedroeg in de periode 2000-2003 in totaal bijna een 0,05 miljard euro.

De aanvaardbare kosten van de instellingen in de jeugdig licht verstandelijk gehandicapten sector bedroeg in 2000 bijna 0,12 miljard en in 2003 zo'n 0,17 miljard.

Gemiddeld genomen bedroeg de groei van de aanvaardbare kosten per JLVG instelling 2,5 miljoen voor de 21 JVLG-instellingen, een groei van 43 procent in 4 jaar.

De frequentieverdeling van het aantal JLVG-instellingen op basis van een frequentiebandbreedte van 2 miljoen euro groei per instelling in deze periode ziet er als volgt uit:

	Aantal JLVG instellingen
< 0	1
0 – 2	8
2 – 4	7
4 – 6	5

### *Lichamelijk gehandicapten*

De groei van de aanvaardbare kosten van de instellingen voor lichamelijk gehandicapten bedroeg in de periode 2000-2003 in totaal bijna 15 miljoen euro.

**Bijlage 4.** Frequentie-indeling GGZ/GZ aanbieders naar groei aanvaardbare kosten

De aanvaardbare kosten van de instellingen in de lichamelijk gehandicapten sector bedroeg in 2000 bijna 49 miljoen en in 2003 bijna 58 miljoen.

Gemiddeld genomen bedroeg de groei van de aanvaardbare kosten per instelling voor lichamelijk gehandicapten 2 miljoen, een groei van 17 procent voor de 4 instellingen voor lichamelijk gehandicapten in 4 jaar.

*Zintuiglijk gehandicapten*

De groei van de aanvaardbare kosten van de instellingen voor visueel gehandicapten bedroeg in de periode 2000-2003 in totaal bijna 15 miljoen euro.

De aanvaardbare kosten van de instellingen in de visueel gehandicapten sector bedroeg in 2000 ruim 36 miljoen en in 2003 ruim 51 miljoen.

Gemiddeld genomen bedroeg de groei van de aanvaardbare kosten per instelling voor visueel gehandicapten 2,5 miljoen, een groei van 41 procent voor de 6 instellingen voor visueel gehandicapten in 4 jaar.

De groei van de aanvaardbare kosten van de instellingen voor auditief gehandicapten bedroeg in de periode 2000-2003 in totaal bijna 38 miljoen euro.

De aanvaardbare kosten van de instellingen in de auditief gehandicapten sector bedroeg in 2000 ruim 45 miljoen en in 2003 bijna ruim 84 miljoen.

Gemiddeld genomen bedroeg de groei van de aanvaardbare kosten per instelling voor auditief gehandicapten 6,5 miljoen, een groei van 74 procent voor de 5 instellingen voor auditief gehandicapten in 4 jaar. Daarbij is gecorrigeerd voor 6 nieuwe instellingen sinds 2002 die tezamen 5,5 miljoen aan aanvaardbare kosten vertegenwoordigen.

*Semi-murale instellingen*

De groei van de aanvaardbare kosten van de semi-murale instellingen bedroeg in de periode 2000-2003 in totaal ruim 0,42 miljard euro.

De aanvaardbare kosten van de semi-murale instellingen in 2000 bijna 0,99 miljard en in 2003 zo'n 1,41 miljard.

Gemiddeld genomen bedroeg de groei van de aanvaardbare kosten per semi-murale instelling 2,1 miljoen voor de 196 semi-murale instellingen, een groei van 43 procent in 4 jaar.

De frequentieverdeling van het aantal semi-murale instellingen op basis van een frequentiebandbreedte van 1 miljoen euro groei per instelling in deze periode ziet er als volgt uit:

Groei aanvaardbare kosten in miljoenen	Aantal semi-murale instellingen
< 0	3
0 - 1	94
1 - 2	33
2 - 3	21
3 - 4	22
> 4	23



**MUTATIE BUDGET AANVAARDBARE KOSTEN PERIODE 2002-2003 EN VERKLARING DAARVAN**

	GGZ 1	GGZ 2	GGZ 3	GGZ 4	GGZ 5	GGZ 6	GGZ 7	GGZ 8	GGZ 9	GGZ 10	GGZ 11	GGZ 12	GGZ 13
Mutatie Aanvaardbare Kosten (CTG) (in mln. €)	10,1	4,2	2,3	1,3	4,3	4,6	3,4	6,3	1,8	2,6	5,3	0,8	-0,2
Mutatie Productiegebonden kosten (excl. Capaciteitskosten), basis voor berekening (in mln. €)	8,9	3,3	1,9	0,6	2,2	1,7	3,4	6,3	0,2	0,8	6,5	0,3	-0,15
In percentages	15,1%	11,3%	8,7%	16,8%	10,7%	3,1%	98,6%	18,2%	6,5%	5,8%	8,3%	9,5%	-43,4%
Mutatie gecorrigeerd voor loon-prijnsindex (± 3%) (in mln. €)	7,1	2,4	1,2	0,5	1,6	0	3,3	5,2	0,1	0,4	4,9	0,2	-0,14

<b>Aandeel in mutatie</b>													
Intramuraal: dagen volwassenen en ouderen	31%	5,5%	75%			38%		11,7%			43%		78%
- veroorzaakt door toename aantal dagen	(-2,4%) (-2.272)	(-2,7%) (-778)	(54,7%) (9.762)			(10,3%) (1.809)		(-4,5%) (- 2.572)			(-4,7%) (-3.353)		(78%) (-815)
- veroorzaakt door zorgzwaarteverhuiving	(32,9%)	(8,1%)	(20,1%)			(27,8%)		(16,2%)			(47,3%)		0%
Intramuraal: dagen kinderen					5,9%	5,1%				93%			
- veroorzaakt door toename aantal dagen					(0,3%) (32)	(4,7%) (441)				(106,7%) (4.587)			
- veroorzaakt door zorgzwaarteverhuiving					(5,6%)	(0,4%)				(-13,9%)			
Intramuraal: verzorgingsdagen BW	1%			54%				8,6%				94%	
- veroorzaakt door toename aantal dagen				(-0,5%) (-69)				(8,6%) (1.191)				(74,4%) (6.019)	
- veroorzaakt door zorgzwaarteverhuiving				(54,4 %)				(0%)				(19,1%)	

**Bijlage 5. Tabellen GGZ**

	GGZ 1	GGZ 2	GGZ 3	GGZ 4	GGZ 5	GGZ 6	GGZ 7	GGZ 8	GGZ 9	GGZ 10	GGZ 11	GGZ 12	GGZ 13
Intramuraal: dagen forensisch	2,3%							8,6%					
- veroorzaakt door toename aantal dagen								(8,6%) (18.162)					
Intramuraal: dagen verslavingszorg							48%		73%				
- veroorzaakt door toename aantal dagen							(44,6%) (10.932)		(47,8%) (1.852)				
- veroorzaakt door zorgzwaarteverhuiving							3,5%		(24,9%)				
Intramuraal: dagen klinisch intensief									20,4%		1,7%		
- veroorzaakt door toename aantal dagen									(21,3%) (2.192)				
- veroorzaakt door zorgzwaarteverhuiving									-0,9%				
Extramuraal: deeltijd volwassenen en ouderen	2,1%	10,4%	6,9%	-	3,8%	- 13,8%		23,5%			7,9%		
- veroorzaakt door toename aantal dagdelen		10% 2.032	6,4% 1.193			(-13,8% ) (-2.059)		(17,1%) (14.545)			(5,2%) (3.404)		
- veroorzaakt door zorgzwaarteverhuiving		0,4%	0,5%			(0%)		6,1%			(2,7%)		
Extramuraal: deeltijd kinderen					11,5%	8,9%							
- veroorzaakt door toename aantal dagdelen					(11,3%) (1.341)	(8,9% ) (867)							
- veroorzaakt door zorgzwaarteverhuiving					(0,2%)	(0%)							

**Bijlage 5. Tabellen GGZ**

	GGZ 1	GGZ 2	GGZ 3	GGZ 4	GGZ 5	GGZ 6	GGZ 7	GGZ 8	GGZ 9	GGZ 10	GGZ 11	GGZ 12	GGZ 13
Extramuraal: deeltijd verslavingszorg							7,9%						
- veroorzaakt door toename aantal dagdelen							(9,2%) (2.466)						
- veroorzaakt door zorgzwaarteverhuiving							(-1,3%)						
Mutatie aantal eerste opnames (klinisch en deeltijd)	133	93	20	--	16	16	-34	289	116	-117	82		3
Ambulant: kinderen en jeugd	9,7%	0,7%	- 4,7%		60%	-16,3%		-0,3%		11,5%			
- veroorzaakt door toename aantal contacten	6,2% 4.765				98,8% 16.038	1,9% 240		(-4,7%) (-3.642)		(29,7%) (1.611)			
- mutatie aantal contacten per nieuwe inschrijving <sup>1</sup>	2,4				1,9	2,1		4,5		(9,2)			
- mutatie aantal nieuwe inschrijvingen	64				651	-243		-326		(-430)			
- veroorzaakt door zorgzwaarteverhuiving	3,5%				- 39,2%	- 18,2%		(4,3%)		(-18,2%)			
Ambulant: volwassenen	38%	14,8%	32%		42%	44,6%		25,8%		-7,7%	9,3%		24%
- veroorzaakt door toename aantal contacten	(31%) (27.074)	(19,5%) (7.373)	(27,5%) (5.555)		73,1% 12.166	91,3% 16.574		(21,3%) (16.751)		(-7,3%) (-579)	(3,4%) (2.668)		(28,3%) (-375)
- mutatie aantal contacten per nieuwe inschrijving <sup>1</sup>	(1,3)	(5,2)	(2,0)		1,4	2,2		2,1		(6,0)	(1,3)		10,7
- mutatie aantal nieuwe inschrijvingen	427	-767	-89		642	-337		201		(-360)	(-326)		-58
- veroorzaakt door zorgzwaarteverhuiving	(7%)	(-4,7%)	(4,8%)		- 31,2%	-46,8%		4,5%		(-0,4%)	(5,9%)		(-4,3%)

<sup>1</sup> Exclusief inschrijving en toeslag buiten aanbieder.

**Bijlage 5. Tabellen GGZ**

	GGZ 1	GGZ 2	GGZ 3	GGZ 4	GGZ 5	GGZ 6	GGZ 7	GGZ 8	GGZ 9	GGZ 10	GGZ 11	GGZ 12	GGZ 13
Ambulant: ouderen		1,3%	20%			21,1%		4,1%			2,8%		
- veroorzaakt door toename aantal contacten			(13%) (3.158)			30,8% 7.622					(2,1%) (1.982)		
- mutatie aantal contacten per nieuwe inschrijving			(0,6)			3,0					(1,4)		
- mutatie aantal nieuwe inschrijvingen			132			9					(-73)		
- veroorzaakt door zorgzwaarteverhuiving			(6,9%)			-8,7%					(0,7%)		
Ambulant: forensisch					11%								
- veroorzaakt door toename aantal contacten					14,7% 1.610								
- mutatie aantal contacten per nieuwe inschrijving					3,2								
- mutatie aantal nieuwe inschrijvingen					79								
- veroorzaakt door zorgzwaarteverhuiving					- 3,7%								
Ambulant: verslavingszorg							25,4%		- 68%				
- veroorzaakt door toename aantal contacten							(27,9%) 9.991		-33,4% -1.229				
- mutatie aantal contacten per nieuwe inschrijving							5,6		-2				
- mutatie aantal nieuwe inschrijvingen							145		183				
- veroorzaakt door zorgzwaarteverhuiving							(-2,5%)		-34,7%				
Dienstverlening en preventie	1,8%	20%	20%		7,4%	21,2%	10,3%	7,4%	4,4%		6,5%		
- in aantal uren	(3.808)	(9.593)	(5.430)		2.593	5.652	5.600	9.630	281		5.929		

**Bijlage 5.** Tabellen GGZ

	GGZ 1	GGZ 2	GGZ 3	GGZ 4	GGZ 5	GGZ 6	GGZ 7	GGZ 8	GGZ 9	GGZ 10	GGZ 11	GGZ 12	GGZ 13
Eerste opnames	1,6%	2,8%	1,4%		0,6%	2,4%	-0,2%	4,2%	9,2%		1,5%		-2%
Kosten zorgvernieuwing/zorg-opmaat	6,4%	44%	- 38%	- 58%	- 42,7%	-30,3%	8,5%	2,5%	-2,4%	-2,0%	3,5%		
Casemanagement			- 12%			-16,2%					4,0%		
PZT						43%			31,4%	5,2%			
BZW	7%			104%					32,3%		20,5%	6,5%	
Overig													
	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>			<b>100%</b>

Tabel 1. Mutatie in Budget Aanvaardbare Kosten periode 2002 - 2003 en verklaring daarvan (Bron: budgetformulieren).

**RELEVANTE GEGEVENS UIT HET JAARVERSLAG**

In onderstaande tabel is de ontwikkeling in kaart gebracht van de inkomsten, kosten en reservevorming bij aanbieders.

	GGZ 1		GGZ 2		GGZ 3		GGZ 4		GGZ 5		GGZ 6	
Mutatie budget aanvaardbare kosten (in mln €)	13,3	13,2%	4,3	10,7%	2,3	7,1%	1,3	22,1%	5,9	24,9%	4,4	5,5%
<i>Mutatie uitgaven</i>												
Mutatie personeelskosten (in mln €)	6,7	8,5%	4,8	14,3%	1,5	6,1%	0,5	21,5%	2,8	13,7%	4,6	7,2%
Mutatie andere kosten (in mln €)	1,3	4,6%	0,4	4,5%	- 0,2	- 3,3%	0,8	36,5%	0,8	21,3%	0,5	2,5%
<i>Mutatie formatie</i>												
Mutatie gemiddelde personeelskosten (in €)	3.436	7,8%	4.498	9,5%	1.404	3,2%	869	2,3%	359	0,8%	2.360	5,6%
Gemiddeld absolute niveau personeelskosten in 2002 (in €)	44.003		47.183		43.255		37.641		44.502		42.360	
Gemiddeld absolute niveau personeelskosten in 2003 (in €)	47.439		51.681		44.659		38.510		44.860		44.720	
<i>Getotaliseerd resultaat (in mln €)</i>	4,3		1,6		0,9		0,7		3,9		0,7	
<i>Reservevorming</i>												
Absolute positie RAK 2002 (in mln €)	0,4		1,7		1,7		0,3		0,9		4,6	
Toe-/afname RAK (in mln €)	4,6		1,1		1,0		0,5		3,6		0,9	
Absolute positie RAK 2003 (in mln €)	5,1		2,9		2,7		0,8		4,5		5,5	
Toe-/afname overige reserves/voorzieningen (in mln €)	2,4		0,6		0,1		0,5		0		-0,5	

Tabel 2. ontwikkeling inkomsten, kosten en reservevorming 2000-2003  
(Bron: jaarverslagen aanbieders)

**Bijlage 5.** Tabellen GGZ

	GGZ 7	GGZ 8	GGZ 9	GGZ 10	GGZ 11	GGZ 12
Mutatie budget aanvaardbare kosten (in mln €)	3,5 51,1%	7,6 12,9%	1,0 24,4%	2,0 10,9%	6,5 8,3 %	0,8 12,6 %
<i>Mutatie uitgaven</i>						
Mutatie personeelskosten (in mln €)	3,2 22,9%	0,6 1,3%	1,3 20,2%	3,2 16,4%	2,9 4,6 %	0,3 9,0 %
Mutatie andere kosten (in mln €)	0,8 24,3%	1,8 13,9%	0 0%	0,5 8,6%	1,4 6,9 %	0,2 8,8 %
<i>Mutatie formatie</i>						
	24 8,2%	44,5 4,7%	? ?%	27 6,1%	47 3,6%	8,4 9,9%
Gemiddeld absolute niveau personeelskosten in 2002 in €	41.925	48.513	?	41.571	32.584	41.959
Mutatie gemiddelde personeelskosten in €	5.735 13,7%	1.901 3,9%	? ?%	4.124 9,9%	2.028 6,2%	959 2,3%
Gemiddeld absolute niveau personeelskosten in 2003 in €	47.661	50.414	?	45.696	34.612	42.918
<i>Getotaliseerd resultaat (in mln €)</i>						
	0,4	1,8	0,8	0,09	-0,7	1,0
<i>Reservevorming</i>						
Absolute positie RAK 2002 (in mln €)	0,06	1,3	0,3	0,4	2,4	0,6
Toe-/afname RAK (in mln €)	0,02	1,9	0,6	-0,3	-1,2	0,7
Absolute positie RAK 2003 (in mln €)	0,08	3,1	0,9	0,1	1,2 <sup>1</sup>	1,3
Toe-/afname overige reserves/voorzieningen (in mln €)	-0,1	0,2	0	0,8	-0,8	0

Vervolg tabel 2. ontwikkeling inkomsten, kosten en reservevorming 2000-2003  
(Bron: jaarverslagen aanbieders)

<sup>1</sup> Uitgegaan van positie op 31-12-2002 i.p.v. 31-12-2003.

Van GGZ 13 zijn geen gegevens uit jaarverslagen voorhanden. Voor 2003 is er (nog) geen jaarverslag. Uit jaarverslag 2002 zijn de specifieke cijfers voor de aanbieder niet af te leiden. GGZ 13 heeft bovendien afgezien van deelname aan een interview.

**ZORGZWAARTE**

Procentuele mutatie in zorgzwaarte.

<b>Mutatie in %</b>	<b>GGZ 1</b>	<b>GGZ 2</b>	<b>GGZ 3</b>	<b>GGZ 4</b>	<b>GGZ 5</b>	<b>GGZ 6</b>	<b>GGZ 7</b>	<b>GGZ 8</b>	<b>GGZ 9</b>	<b>GGZ 10</b>	<b>GGZ 11</b>	<b>GGZ 12</b>	<b>GGZ 13</b>
Zorgzwaarte ambulante kinderen en jeugd	14,4%	28,2%	7,9%	-	-18,6%	-9,7%	-	24,5%	-	-6,7%	0,8%	-	-
Zorgzwaarte ambulante volwassenen	3,5%	-1,7%	1,3%	-	-11,8%	-6,9%	-6,5%	3,3%	-14,4%	-0,3%	3,9%	%	5,4%
Zorgzwaarte ambulante ouderen	-	-3,3%	13%	-	-	-11,5%	-	-9,9%	-	-	2,4%	-	-
Zorgzwaarte dagdelen deeltijd	0,9%	0,4%	0,6%	-	-	-	-6,8%	7,8%	-	-	4,1%	-	-
Zorgzwaarte dagen intramuraal	10,3%	2,6%	3,7%	14%	1,3%	1,6%	3,3%	12,6%	3,3%	-1,2%	11,9%	8,0%	0,1%

*Tabel 3. Mutatie zorgzwaarte*

**AANBIEDERS VAN INTRAMURALE VG-ZORG. MUTATIE BUDGET AANVAARDBARE KOSTEN PERIODE 2000-2003 EN VERKLARING DAARVAN**

	VG.1	VG.2a	VG.2b	VG.3	VG.4	VG.5a	VG.5b	VG.6a	VG.7a	VG.8
<i>Mutatie Budget Aanvaardbare Kosten (in mln €)</i>	9,4	9,2	11,4	8,2	11,0	11,4	-1,9	1,2	8,3	6,3
In percentages	38%	30%	23%	24%	56%	52%	-15%	17%	69%	24%
<i>Mutatie gecorrigeerd voor loon-prijsindex (± 13%) (in mln €)</i>	6,2	5,3	5,0	3,8	8,4	8,5	-3,6	0,2	6,7	2,9
<b>Aandeel in mutatie</b>										
Normatieve loonkosten	(66%)	(58%)	(79%)	(27%)	(62%)	(34%)	(-32%)	(93%)	(64%)	(55%)
■ Normatieve loonkosten v.w.b. reguliere dagen / capaciteit	27%	29%	45%	31%	36%	15%	-1%	63%	36%	49%
■ Normatieve loonkosten v.w.b. dagen / capaciteit SGLVG	35%	21%	17%	18%	27%	6%	14%	0%	13%	13%
■ Normatieve loonkosten v.w.b. intensivering dagbesteding		1%	1%	1%	-1%	1%	-7%	2%	2%	8%
■ Normatieve loonkosten overig	4%	7%	16%	-23%	0%	12%	-38%	28%	13%	-15%
Materiele kosten	17%	12%	11%	2%	14%	4%	-10%	9%	12%	3%
Kosten zorg-op-maat	9%	9%	2%	46%	24%	8%	8%	0%	16%	26%
Wachtlijstmiddelen		13%		20%			-6%	0%	8%	
Huisvestingskosten van KSWV	8%	6%						0%		4%
Voorlopige budgetmutatie		1%	6%			21%	-26%			
Overig	0%	2%	2%	4%	-1%	33%	-34%	-2%	1%	11%
	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>(-) 100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabel 1. Mutatie in Budget Aanvaardbare Kosten periode 2000 - 2003 en verklaring daarvan (Bron: rekenstaten).

	VG.1	VG.2a	VG.2b	VG.3	VG.4	VG.5a	VG.5b	VG.6a	VG.7a	VG.8
<i>Capaciteitswijzigingen</i>										
Toename aantal bedden	21	-3	-10	-20	101	2	-175	5	98	18
Toename aantal SGLVG	108	65	65	49	98	22	9	0	37	16
Totaal aantal plaatsen in KSWV	66	54	0	0	0	0	0	0	0	24
<i>Verschuiving zorgzwaarte</i>										
Aandeel LVG	n.v.t.	2%	4%	1%	-1%	n.v.t.	-2%	n.v.t.	3%	n.v.t.
Aandeel MVG	-1%	-3%	-17%	-4%	-7%	-18%	-4%	0%	10%	n.v.t.
Aandeel EVG	1%	-1%	10%	3%	1%	20%	15%	1%	-13%	n.v.t.
Aandeel ZEVG	0%	3%	2%	2%	7%	-1%	-10%	-1%	0%	0%

Tabel 2. Capaciteitswijzigingen en verschuivingen in zorgzwaarte periode 2000 t/m 2003 (Bron: rekenstaten)

**VG: RELEVANTE GEGEVENS UIT HET JAARVERSLAG**

	VG.1	VG.2	VG.3 <sup>1</sup>	VG.4	VG.5	VG.6	VG.7	VG.8 <sup>2</sup>
<b>Mutatie inkomsten 2003 - 2000</b>								
Mutatie budget aanvaardbare kosten (in mln. €)	9,8 41%	** 35%	8 23%	11,1 62%	** 36%	7,2 20%	33,0 45%	2,4 8%
<b>Mutatie uitgaven</b>								
Mutatie personeelskosten (in mln. €)	7,4 42%	** 37%	4,2 17%	6,8 55%	15,7 42%	5,6 21%	26,7 49%	3,4 15%
Mutatie andere kosten (in mln. €)	1,9 30%	** 41%	3,3 39%	2,4 54%	4,4 31%	1,6 18%	6,0 29%	-0,9 -11%
Mutatie formatie in loondienst	90 fte	**	13 fte	99 fte <sup>3</sup>	305 fte	-7 fte	451 fte	21 fte
Gemiddeld absolute niveau personeelskosten in 2000 in €	32.417	31.652	35.052	31.162 <sup>3</sup>	30.801	30.894	31.221	36.641
Mutatie gemiddelde personeelskosten in €	9.822 25%	4.932 16%	4.997 14%	4.808 <sup>3</sup> 15%	4.146 13%	5.428 18%	5.437 17%	3.692 10%
Gemiddeld absolute niveau personeelskosten in 2003 in €	40.591	36.584	40.049	35.970 <sup>3</sup>	34.947	36.322	36.658	40.333
<i>Getotaliseerd resultaat (in mln. €)</i>	0,9	9,1	2,2	10,2	1,5	0,5	4,9	1,2
<b>Reservevorming</b>								
Absolute positie RAK 2000 (in mln. €)	0,6	**	0,7	0,4	0,6	0,6	3,4	-1,9
Toe-/afname RAK (in mln. €)	1,0	2,8	1,6	6,0 <sup>6</sup>	1,6 <sup>7</sup>	0,5	4,2	-0,7
Absolute positie RAK 2003 (in mln. €)	1,6	**	2,4	6,4	2,2	1,1	7,6	-1,2
Toe-/afname overige reserves/voorzieningen (in mln. €)	0,4 <sup>4</sup>	19,9 <sup>5</sup>	1,3	-0,3 <sup>6</sup>	-0,1 <sup>7</sup>	-2,1	0,5	3,8

Tabel 3. Ontwikkeling inkomsten, kosten en reservevorming 2000-2003 (Bron: jaarverslagen aanbieders)

<sup>1</sup> Gegevens VG.3 zijn geëxtrapoleerd op basis van erkenningen.

<sup>2</sup> Gegevens VG.8 betreffen alleen mutatie 2002-2003.

<sup>3</sup> Formatie in fte en loonkosten 2003 VG.4 zijn onbekend.

<sup>4</sup> Geëxtrapoleerd op basis van personeelskosten.

<sup>5</sup> Waarvan 7,4 mln. euro voor groot onderhoud, reorganisatie en overig.

<sup>6</sup> Rak en reserves exclusief 2003; voorzieningen inclusief 2003.

<sup>7</sup> Gegevens 2000 onbekend.

**JLVG**

	<b>jlv.1</b>
Mutatie Budget Aanvaardbare Kosten (in mln €)	3,5
In percentages	19%
Mutatie gecorrigeerd voor loon-prijsindex ( $\pm 13\%$ ) (in mln €)	1,1
Aandeel in mutatie	
Normatieve loonkosten	(50%)
■ Achtervangfunctie/verpleegdagen ten behoeve van achtervangfunctie	59%
■ Toeslag achtervang besloten opvang/verpleegdagen besloten opvang	10%
■ Z-o-m waarvan omgezette bedden loon kosten (19 bedden omgezet)	-31%
■ Normatieve loonkosten overig	12%
Kosten zorg-op-maat	(46%)
■ ZOM ambulante begeleiding	33%
■ ZOM kort verblijf	15%
■ ZOM overig	-2%
Overig	4%
	<b>100%</b>

*Tabel 4. Mutatie in Budget Aanvaardbare Kosten periode 2000 - 2003 en verklaring daarvan (Bron: rekenstaten).*

	<b>jlv.1</b>
Capaciteitswijzigingen	
Mutatie erkende bedden	0
Mutatie erkende bedden achtervang	9
Mutatie erkende overige bedden	-9
Mutatie bedden achtervang besloten opvang	46

*Tabel 5. Capaciteitswijzigingen en verschuivingen in zorgzwaarte periode 2000 t/m 2003 (Bron: rekenstaten)*

	JLVG.1 <sup>1</sup>	
<i>Mutatie inkomsten 2003 – 2000</i>		
Mutatie budget aanvaardbare kosten (in mln €)	8 <sup>2</sup>	27%
<i>Mutatie uitgaven</i>		
Mutatie personeelskosten (in mln €)	5,2	20%
Mutatie andere kosten (in mln €)	3,4	51%
<i>Mutatie formatie</i>	** <sup>3</sup>	
Gemiddeld absolute niveau personeelskosten in 2000 in €	**	
Mutatie gemiddelde personeelskosten in €	**	
Gemiddeld absolute niveau personeelskosten in 2003 in €	**	
Getotaliseerd resultaat (in mln €)	1,5	
<i>Reservevorming</i>		
Absolute positie RAK 2000 in €	**	
Toe- / afname RAK	**	
Absolute positie RAK 2003 in €	**	
Toe- / afname overige reserves / voorzieningen	**	

Tabel 6. Ontwikkeling inkomsten, kosten en reservevorming 2000-2003 (Bron: jaarverslagen aanbieders)

<sup>1</sup> Gegevens hebben betrekking op de totale organisatie. Toelichting op balansposten en posten van de resultatenrekening ontbreken.

<sup>2</sup> Gegevens JLVG.1 hebben betrekking op totale organisatieonderdeel.

<sup>3</sup> Onbekend.

**LG**

	<b>LG.1</b>
<i>Mutatie Budget Aanvaardbare Kosten (in mln €)</i>	2,6
In percentages	12%
<i>Mutatie gecorrigeerd voor loon-prijsindex (<math>\pm 13\%</math>) (in mln €)</i>	-0,2
<b>Aandeel in mutatie</b>	
Normatieve loonkosten	(-495%)
■ Loonkosten normatief/(erkende) bedden vh. voorz. Centrum	86%
■ Loonkosten normatief/totaal verpleegdagen vh. voorz. Centrum	56%
■ ZOM waarvan omgezette bedden loonkosten	-691%
■ Normatieve loonkosten overig	54%
Loonkosten bestendig beleid en poliklinische activiteiten	-151%
Kosten zorg-op-maat	749%
■ ZOM dagbesteding	88%
■ ZOM Overige activiteiten	661%
Overig	-3%
	<b>100%</b>

*Tabel 7. Mutatie in Budget Aanvaardbare Kosten periode 2000 - 2003 en verklaring daarvan (Bron: rekenstaten).*

	<b>LG.1</b>
<i>Capaciteitswijzigingen</i>	
Mutatie (erkende) bedden van het voorzieningencentrum	27
Mutatie aantal < 20 uur ademhalingsondersteuning	6
Mutatie aantal 20-24 uur ademhalingsondersteuning	18

*Tabel 8. Capaciteitswijzigingen en verschuivingen in zorgzwaarte periode 2000 t/m 2003 (Bron: rekenstaten)*

<b>LG.1</b>	
<i>Mutatie inkomsten 2003 – 2000</i>	
Mutatie budget aanvaardbare kosten (in mln €)	22,1 32%
<i>Mutatie uitgaven</i>	
Mutatie personeelskosten (in mln €)	19,8 41%
Mutatie andere kosten (in mln €)	7,7 36%
<i>Mutatie formatie<sup>1</sup></i>	
	205 fte 13%
Gemiddeld absolute niveau personeelskosten in 2000 in €	32.554
Mutatie gemiddelde personeelskosten in €	4117 13%
Gemiddeld absolute niveau personeelskosten in 2003 in €	36.671
Getotaliseerd resultaat	-131.629
<i>Reservevorming<sup>1</sup></i>	
Absolute positie RAK 2000 (in mln €)	0,5
Toe-/afname RAK (in mln €)	-3,8
Absolute positie RAK 2003 (in mln €)	-3,4
Toe-/afname overige reserves/ voorzieningen (in mln €)	-2

Tabel 9. Ontwikkeling inkomsten, kosten en reservevorming 2000-2003 (Bron: jaarverslagen aanbieders)

<sup>1</sup> Tijdens de onderzoeksperiode heeft er een fusie plaatsgevonden. De gegevens zijn gebaseerd op de periode 2001-2003.

**AANBIEDERS VAN SEMIMURALE ZORG**

	Semi 1a	Semi 2a	Semi 3a	Semi 4	Semi 5
<i>Mutatie Budget Aanvaardbare Kosten (in mln €)</i>	2,4	4,9	0,7	9,5	0,9
In percentages	81%	39%	20%	78%	63%
<i>Mutatie gecorrigeerd voor loon-prijnsindex (<math>\pm 13\%</math>) (in mln €)</i>	2,0	3,3	0,3	7,9	0,7
<b>Aandeel in mutatie</b>					
Normatieve loonkosten	(10%)	(32%)	(67%)	-13%	(23%)
Normatieve loonkosten dvo/plaatsen dvo			-26%		
Normatieve loonkosten dvo/aanwezigheidsdagen dvo			35%		
Normatieve loonkosten kdv/aanwezigheidsdagen eigendom kdv		22%			
Normatieve loonkosten gvt vg/plaatsen excl. dep. Gvt vg	5%	-41%	20%		16%
Normatieve Loonkosten gvt vg/plaatsen dep gvt vgl		44%			
Normatieve loonkosten gvt vg/bezettingdagen excl dep gvt vg	5%		17%		7%
zom waarvan restant tlv budget loonkosten		14%	17%		
Normatieve loonkosten overig		-7%	4%		
Materiële kosten	-2%	4%	1%		
Kosten zorg-op-maat	(6%)	(-8%)	(-19%)	(83%)	(13%)
ZOM ambulante begeleiding	7%	-12%	-28%	2%	-2%
ZOM dagbesteding				31%	
ZOM kort verblijf	-	3%	0%	5%	12%
ZOM overige activiteiten	-1%	1%	9%	45%	3%
Wachttijstmiddelen	73%	69%	9%	42%	32%
Huisvestingskosten van KSWV	19%	0%	52%		35%
Overig	4%	3%	-10%	-12%	-3%
	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabel 10. Mutatie in Budget Aanvaardbare Kosten periode 2000 - 2003 en verklaring daarvan (Bron: rekenstaten).

	Semi 1a	Semi 2a	Semi 4	Semi 5
Toename Wachtlijstmiddelen (in mln €)	1,8	3,4	4,0	0,3
Besteed aan:				
Toename aantal cliënt(jar)en	90%	71%	136%	85%
Zorgzwaarte	-4%	19%	-55%	4%
Prijsindexeffect	14%	10%	19%	11%

*Tabel 11. Nadere analyse inzet wachtlijstmiddelen*

	semi 1 <sup>1</sup>		semi 2		semi 3		semi 4		semi 5	
<i>Mutatie inkomsten 2003 - 2000</i>										
Mutatie budget aanvaardbare kosten (in mln €)	37	52%	33	45%	7,9	25%	9,2	80%	0,9	65%
<i>Mutatie uitgaven</i>										
Mutatie personeelskosten (in mln €)	30,6	51%	26,7	49%	4,9	22%	6,9	84%	0,7	60%
Mutatie andere kosten (in mln €)	4,8	24%	6	29%	2,1	17%	2,0	51%	0,2	58%
<i>Mutatie formatie</i>										
	424 fte	23%	451 fte	27%	71 fte	10%	137		14,2	38%
Gemiddeld absolute niveau personeelskosten in 2000 in €	29.759		31.221		30.482		29.675		29.102	
Mutatie gemiddelde personeelskosten in €	6.514	22%	5.437	17%	3.752	12%	6.514	22%	5.348	18%
Gemiddeld absolute niveau personeelskosten in 2003 in €	36.273		36.658		34.234		36.189		34.450	
<i>Getotaliseerd resultaat (in mln €)</i>										
	9,3		4,9		-2,2		2,1		0,1	
<i>Reservevorming</i>										
Absolute positie RAK 2000 (in mln €)	6,3		3,4		1,8		0,5		0,8	
Toe-/afname RAK (in mln €)	2,9		4,2		-1,2		2,1		-0,02	
Absolute positie RAK 2003 (in mln €)	9,2		7,6		0,6		2,6		0,8	
Toe-/afname overige reserves/voorzieningen (in mln €)	1		0,5		-1,2		1,1		0,1	

Tabel 12. ontwikkeling inkomsten, kosten en reservevorming 2000-2003 (Bron: jaarverslagen aanbieders)

<sup>1</sup> De analyse richt zich alleen op semi-murale zorg. De totale organisatie is breder. Cijfers zijn geëxtrapoleerd.

**ZG**

	<b>ZGv.1</b>	<b>ZGa.2</b>	<b>ZGa.3</b>
<i>Mutatie Budget Aanvaardbare Kosten (in mln €)</i>	3,4	0,6	13,2
In percentages	42%	34%	97%
<i>Mutatie gecorrigeerd voor loon-prijsindex (<math>\pm 13\%</math>) (in mln €)</i>	2,3	0,4	11,5
<b>Aandeel in mutatie</b>			
Normatieve loonkosten	6%	(20%)	-1%
■ behandel functies / bezette plaatsen intramuraal		4%	
■ behandel functies / verpleegdagen st. horend mvg-en		9%	
■ normatieve loonkosten overig		7%	
Kosten zorg op maat	5%		16%
■ zom ambulante begeleiding			2%
■ zom overige activiteiten			14%
Kosten dag- en ambulante behandeling		19%	
Loonkosten dag- en ambulante behandeling	19%		
Wachlijstmiddelen	61%	55%	84%
Overig	9%	6%	1%
	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabel 13. Mutatie in Budget Aanvaardbare Kosten periode 2000 - 2003 en verklaring daarvan (Bron: rekenstaten).

	ZG.1 <sup>1</sup>	ZG.2 <sup>2</sup>	ZG.3 <sup>3</sup>
<i>Mutatie inkomsten 2003 – 2000</i>			
Mutatie budget aanvaardbare kosten (in mln €)	4,3 24%	2,9 7%	7,1 29%
<i>Mutatie uitgaven</i>			
Mutatie personeelskosten (in mln €)	2,5 18%	3,0 10%	1,4 8%
Mutatie andere kosten (in mln €)	0,7 14%	1,2 11%	1,7 19%
<i>Mutatie formatie</i>	4 1%	59,2 9%	59 14%
Gemiddeld absolute niveau personeelskosten in 2000 in €	36.938 <sup>4</sup>	41.158 <sup>5</sup>	40.751
Mutatie gemiddelde personeelskosten in €	6.196 17%	1.364 3%	-1.512 -4%
Gemiddeld absolute niveau personeelskosten in 2003 in €	43.134	42.522	39.239
<i>Getotaliseerd resultaat (in mln €)</i>			
	0,6	2,4	2,2
<i>Reservevorming</i>			
Absolute positie RAK 2000 (in mln €)	0,1 <sup>6</sup>	**	1,4
Toe-/afname RAK (in mln €)	1 <sup>6</sup>	**	0,6
Absolute positie RAK 2003 (in mln €)	1,1 <sup>6</sup>	**	2,1
Toe-/afname overige reserves/voorzieningen (in mln €)	1,7 <sup>6</sup>	**	0,5

Tabel 14. Ontwikkeling inkomsten, kosten en reservevorming 2000-2003 (Bron: jaarverslagen aanbieders)

<sup>1</sup> Organisatie is door fusie in 2001 ontstaan, gegevens voor periode 2001-2003 voor de hele stichting exclusief onderwijs.

<sup>2</sup> In 2003 heeft er een fusie plaatsgevonden, gegevens hebben betrekking op de hele stichting voor de periode 2002-2003.

<sup>3</sup> In 2002 heeft er een fusie plaatsgevonden, gegevens hebben betrekking op de hele stichting voor de periode 2002-2003.

<sup>4</sup> Heeft betrekking op 2001.

<sup>5</sup> Heeft betrekking op 2002.

<sup>6</sup> Mutatie periode 2002-2003.

Aan geadresseerde

ENSCHEDÉ	17 augustus 2004	BIJLAGE(N)	Brief VWS, kenmerk: GVM/2494181
ONS KENMERK	BH/04/1777/kegg	UW BRIEF	-
ONDERWERP	Onderzoek stijging uitgaven GGZ & GZ		

Geachte heer/mevrouw,

Via deze brief willen wij uw medewerking vragen aan een verklarend onderzoek naar de stijging van de kosten in de GGZ en de gehandicaptenzorg.

In bijgaande brief van het Ministerie van VWS (kenmerk: GVM/2494181) treft u de achtergrond aan van dit onderzoek, dat wordt uitgevoerd door bureau HHM.

Voor de GGZ wordt de periode 2002-2004 onderzocht; voor de gehandicaptenzorg de periode: 2000-2004. GGZ Nederland, de VGN en ZN zijn op de hoogte van het onderzoek.

Het onderzoek bestaat uit de volgende activiteiten:

1. analyse van landelijke gegevens;
2. nader onderzoek bij 8 zorgkantoren;
3. nader onderzoek van 32 aanbieders die productieafspraken maken met één van bovenbedoelde zorgkantoren.

Uw organisatie maakt deel uit van de steekproef ad 3. Bij de aanbieders ligt de nadruk op de volgende aspecten:

- ontwikkeling van het aantal cliënten;
- ontwikkeling van de zorgwaarde per cliënt;
- ontwikkeling van de formatie (in het bijzonder aangaande de directe zorgverleners);
- ontwikkeling personeelskosten (gerelateerd aan de formatie);
- ontwikkeling van de reserve-vorming.

Bij de gegevensverzameling zullen wij zoveel mogelijk gebruik maken van reeds beschikbare informatie (CTG-gegevens, jaarverslagen). Teneinde de geselecteerde aanbieders zo minimaal mogelijk te belasten zullen de aanbieders met vragen worden benaderd voor zover de antwoorden niet uit genoemde beschikbare informatie zijn te verkrijgen. Om die reden worden er dan ook geen gestandaardiseerde vragen voorgelegd maar wordt de betreffende organisatie binnenkort benaderd met specifieke vragen. Tevens is er ruimte voor de aanbieders om de specifieke ontwikkelingen bij hun organisatie nader toe te lichten.

Er wordt geen separate rapportage per aanbieder gemaakt. Over de uitkomsten van het onderzoek wordt anoniem gerapporteerd aan de opdrachtgever.

De komende weken nemen wij over bovenstaande telefonisch contact op met uw organisatie.

Met vriendelijke groet,

ir. B.H.Hoeksma  
mw. drs. S.J.M.Schutte