

Vergaderjaar 2004–2005

**26 631**

## **Modernisering AWBZ**

**Nr. 138**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 mei 2005

Op 7 april 2004 heb ik in een plenair debat (Handelingen der kamer II, vergaderjaar 2003–2004, nr. 64, blz. 4210–4211) toegezegd aan de Kamer een onderzoek te doen naar de oorzaken van de groei van de uitgaven in de gehandicaptenzorg (GZ) en in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In deze brief breng ik u op de hoogte van de uitkomsten van het door het bureau Hoeksma, Homans & Menting (HHM) uitgevoerde onderzoek (zie bijlage)<sup>1</sup>.

#### **Resultaten onderzoek en verklaring stijging uitgaven GZ**

Het onderzoek voor de GZ is gebaseerd op de macro-uitgavencijfers van het CTG/ZAio voor de GZ-sector, waarna er een verdiepend onderzoek heeft plaatsgevonden bij resp. 8 en 20 zorgkantoren en GZ-zorgaanbieders, verdeeld over de verschillende deelsectoren (exclusief SPD'en). Het onderzoek heeft voor de GZ betrekking op de periode 2000 tot 2004, waarbij 2000 als startjaar is gekozen, omdat in dat jaar de wachtlijstaanpak begon. Het rapport geeft aan dat in totaal het budget voor de gehandicaptenzorg in de periode 2000–2004 is gestegen met bijna € 1,27 mld., dat is een procentuele stijging van ruim 41% of 10% per jaar. De stijging per jaar wordt weergegeven in onderstaande tabel 1.

**Tabel 1: Stijging gehandicaptenzorg jaarlijks/periode 2000–2004 (excl. SPD'en), bron: CTG/ZAio**

Bedragen x 1 mln. euro	2000	2001	2002	2003	2004
Budget GZ (exclusief kapitaalslasten)	3 076	3 434	3 889	4 213	4 345
Mutatie		+ 358	+ 455	+ 325	+ 131
% Mutatie		11,6%	13,3%	8,3%	3,1%

De stijging is dus in de eerste twee jaar van de wachtlijstaanpak het sterkst geweest.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

In de eerste jaren is vooral het inhaaleffect van de wachtlijsten zichtbaar, waarna een geleidelijke afvlakking van de stijging optreedt.

Uit het onderzoek komt naar voren, dat de stijging vooral is geconcentreerd in de deelsectoren van aanbieders voor verstandelijk gehandicapten en semimurale zorgaanbieders (gezinsvervangende tehuizen en dagcentra). Bijna 90% van de stijging van het budget in de periode 2000–2003 gaat naar deze deelsectoren. De resterende 10% is naar de deelsectoren van aanbieders voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren, zintuiglijk gehandicapten en de grote woonvormen voor lichamelijke gehandicapten gegaan.

Samenvattend worden de volgende ontwikkelingen, in volgorde van grootte, ter verklaring voor de uitgavenstijging in de gehandicaptensector genoemd:

- loon- en prijsstijging, deze veroorzaakte van 2001–2003 ruim 40% van de stijging;
- uitbreiding intra- en semimurale capaciteit resp. uitbreiding productieafspraken: vooral bij de VG-instellingen (vooral zorgintensieve plaatsen, zoals SGLVG-plaatsen) en LVG-jeugd-instellingen wordt een uitbreiding van capaciteit/productie en toename van de zorgzwaarte geconstateerd. Ook is de capaciteit en productie van dagverblijven toegenomen;
- inzet wachtlijstmiddelen; in de periode 2000–2003 heeft de wachtlijstaanpak extra zorgaanbod gerealiseerd voor 12 000 à 14 000 wachtlijstcliënten; uit het stijgen van het gemiddelde bedrag per cliënt komt daarnaast ook een toename van de zorgzwaarte naar voren. Binnen de wachtlijstaanpak neemt vooral de vraag naar kleinschalige woonvoorzieningen en extramurale zorg toe;
- uitbreiding dagbesteding in VG-instellingen, zowel in uren per dag als aantal cliënten.

Wat de besteding van de uitgaven betreft, blijkt in de gehandicaptenzorg 70 à 75% te worden besteed aan personele kosten, 15 à 20% aan overige kosten en de rest aan toevoeging aan de reserve aanvaardbare kosten (RAK). Uit het onderzoek komt verder naar voren, dat in 2003 en 2004 slechts van een bescheiden aantal nieuw toegelaten aanbieders sprake is. Deze spelen dan ook geen verklarende rol bij het verklaren van de stijging van de uitgaven in de GZ-sector.

Aan de in het onderzoek betrokken zorgkantoren is gevraagd, wat zij voor ontwikkeling verwachten ten aanzien van 2005. Uitgaande van ongewijzigd beleid wordt door hen een gestage groei van de uitgaven verwacht, onder invloed van het wegwerken van de wachtlijsten, de groei van kleinschalige woonvoorzieningen, de uitbreiding van SGLVG-plaatsen en de toenemende vraag naar extramurale zorg. Ten aanzien van de ontwikkeling in de indicatiestelling valt op, dat melding wordt gemaakt van een uitbreiding van de groep jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap.

### **Resultaten onderzoek en verklaring stijging uitgaven GGZ**

Evenals het onderzoek voor de GZ is het onderzoek gebaseerd op de macro-uitgavencijfers van het Ctg/ZAio, waarna er een verdiepend onderzoek heeft plaatsgevonden bij resp. 8 zorgkantoren en 13 GGZ-aanbieders. Om de stijging in 2004 in juist perspectief te kunnen plaatsen is voor de GGZ een analyse gemaakt van de jaren 2002 tot en met 2004. 2002 is als startjaar gekozen omdat dit het laatste jaar was waarin de GGZ een budgetplafond kende.

In totaal zijn de kosten van de GGZ sinds 2002 met € 479 mln gestegen (zie tabel 1). De stijging van 2002 naar 2003 bedraagt in totaal € 314 mln en de stijging van 2003 naar 2004 in totaal € 165 mln.

De grootste stijging vond dus plaats van 2002 naar 2003. Deze forse stijging is voornamelijk het gevolg van een inhaaleffect van de wachtlijsten omdat er vanaf 2003 in de GGZ geen budgetplafond meer gold.

**Tabel 2. Ontwikkeling budget in de GGZ (exclusief kapitaalslasten), bron: CTG/ZAio**

Bedragen x 1 mln. euro	2002	2003	2004
Budget GGZ (exclusief kapitaalslasten)	2 511	2 825	2 990
Mutatie		+ 314	+ 165
% Mutatie		12,5%	5,8%

De analyse laat zien dat de stijgingen in 2003 en 2004 voornamelijk het gevolg zijn, in volgorde van grootte, van:

- een toename in de ambulante contacten: bij de hulpverlening aan volwassenen stijgt het aantal geholpen cliënten maar ook het aantal contacten per cliënt. 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.
- loon- en prijsstijging;
- een toename in zorgzwaarte. Uit de interviews met de zorgkantoren blijkt dat de toename in de zorgzwaarte (klinisch) vooral komt doordat door ambulantisering/ extramuralisering een relatief zware categorie achter blijft in de intramurale aanbieders. Daarnaast wordt aangegeven dat cliënten in het verleden te laag waren ingeschaald.

Voor 2004 hebben de bovengenoemde ontwikkelingen zich doorgezet in de GGZ. Daarnaast is er sprake van een verdere toename van het aantal plaatsen RIBW, een verdere toename van het aantal uren dienstverlening & preventie en een toename van het aantal dagen deeltijdbehandeling.

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.

Uit het onderzoek komt verder naar voren dat in 2003 en 2004 nieuw toegelaten aanbieders geen relevante rol spelen in de verklaring van de stijging van de kosten in de GGZ.

Aan de zorgkantoren is eveneens gevraagd wat zij verwachten ten aanzien van 2005. Het beeld is dat bij ongewijzigd beleid (ten tijde van het onderzoek te typeren als «open eind financiering») 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.

## **Conclusies n.a.v. het onderzoek**

In het onderzoek wordt tevens vooruitgeblikt naar de verwachte uitgavenontwikkeling in het huidige jaar 2005 voor beide sectoren, GGZ en GZ. Er wordt gesteld dat er, zonder maatregelen ter beheersing van de uitgaven, nog een verdere stijging van uitgaven kan worden verwacht. Ten opzichte van eerdere jaren is er evenwel sprake van een afvlakking in de groei. De stijging wordt naast eerder genoemde ontwikkelingen voornamelijk veroorzaakt door de aanwezigheid van bestaande wachtlijsten, een latente vraag naar zorg en een stijging van de zorgwaarde van cliënten. Op basis van deze onderzoekresultaten acht ik de ingezette maatregelen ter beheersing van de uitgaven in de AWBZ, zoals opgenomen in het convenant met de brancheorganisaties van aanbieders van AWBZ-zorg voor de jaren 2005–2007 op zijn plaats.

Daarnaast laat het onderzoek ook zien dat het lastig is om tot een eenduidige interpretatie te komen van de omvang van de factoren die uitgavenontwikkeling beïnvloeden. Met de invoering van de AZR en de functiegerichte bekostiging komt beter samenhangende informatie over instellingen en de uitgaven in de zorg tot stand. Ook wordt zo een beter inzicht verkregen in de doelmatige inzet van de beschikbare middelen. Op deze wijze en met het instellen van de financiële contracteerruimte AWBZ 2005, voorkom ik dat door forse stijgingen in de productieafspraken de totale uitgaven aan de AWBZ in 2005 maar ook in daaropvolgende jaren onder druk komen te staan.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
C. I. J. M. Ross-van Dorp