

Vergaderjaar 2008–2009

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 81

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 juni 2009

Dit is de eerste voortgangsrapportage invoering zorgzwaartebekostiging in 2009. De vorige rapportage dateert van 18 november 2008 (Kamerstuk 26 631, nr. 282). Over de vorige voortgangsrapportage heb ik met de vaste kamercommissie voor VWS op 20 november 2008 een algemeen overleg gevoerd. Op 29 januari 2009 heb ik de kamer – zoals toegezegd tijdens het algemeen overleg van 20 november (kamerstuk 26 631, nr. 288) – geïnformeerd over de transparante opbouw van de ZZP-tarieven (TK 2008–2009, 26 631, nr. 295). Ook heb ik u op 16 april 2009 het PWC-onderzoek toegestuurd over het onderscheid tussen de zogenoemde B- en de C-pakketten in de GGZ (TK 2008–2009, 26 631, nr. 312). Daarbij heb ik u geïnformeerd over mijn besluit om de herallocatie in 2009 voor de GGZ-instellingen op nul procent vast te stellen. Over de herallocatie GGZ in 2010 en latere jaren kom ik verderop in deze voortgangsrapportage nog terug. In aanvulling op de eerder verzonden brieven stuur ik u ter voorbereiding op het algemeen overleg van 30 juni aanstaande voorliggende voortgangsrapportage zorgzwaartebekostiging. Hierin schets ik het invoeringstraject en de financiële effecten voor instellingen. Verder besteed ik aandacht aan specifieke instellingen en cliënten, de bewaking van een zorgvuldige invoering, communicatie en transparantie en het zorgplan. Ook zal ik ingaan op eerder gedane toezeggingen.

De invoering van de zorgzwaartebekostiging is geen doel op zich, maar vormt voor mij een onderdeel van een groter geheel. In mijn brief van 12 juni 2009 over de nadere uitwerking van de toekomst van de AWBZ (Kamerstuk 30 597, nr. 73) heb ik aangegeven dat ik de invoering van de intramurale zorgzwaartebekostiging zie als een eerste stap op weg naar een meer persoonvolgende bekostiging. De cliënt en zijn wensen en behoeften moeten daarbij zoveel mogelijk centraal staan. Het uitgangspunt van de invoering van de zorgzwaartebekostiging is dat de beschikbare middelen op een andere en meer transparante manier worden verdeeld. Daarbij staan de kenmerken van de cliënt en zijn zorgzwaarte centraal en niet meer de kenmerken van de instelling.

De cliënten krijgen met de invoering van de zorgzwaartebekostiging duidelijker in beeld wat ze aan zorg mogen verwachten. Cliënt en zorgaanbieder maken bij de zorgplanbespreking afspraken over de invulling van de zorg die past bij de wensen van de cliënt en het geïndiceerde zorgzwaartepakket.

De invoering van de zorgzwaartebekostiging is een majeure operatie waaraan vele partijen in de afgelopen jaren hard hebben gewerkt. Dat geldt voor alle betrokken landelijke partijen, maar ook voor individuele instellingen, zorgkantoren en cliënten(vertegenwoordigers). Op basis van signalen die ik van hen ontvang, ben ik constant bezig om de ZZP's zo goed mogelijk te laten aansluiten op de zorgbehoefte van de cliënt. In de afgelopen jaren heeft dit geleid tot diverse verbeteringen. We zijn echter nog niet klaar; zo werk ik bijvoorbeeld – zowel in de gehandicaptenzorg als in de GGZ – aan een passende bekostiging voor de zorg aan kinderen en jeugdigen. Ook de ontwikkeling van een toekomstbestendige vertaling van de ZZP's naar zorg thuis vergt in de komende tijd nog nadere uitwerking.

Zowel zorgkantoren als zorginstellingen zijn bezig om zich voor te bereiden op de invoering van de zorgzwaartebekostiging. De invoering van de zorgzwaartebekostiging betekent niet alleen een verschuiving van budget, maar heeft ook gevolgen voor de bedrijfsvoering. Ik merk dat instellingen sinds de vorige voortgangsrapportage duidelijk meer aandacht besteden aan het voorlichten van cliënten en druk bezig zijn met het aanpassen van hun interne bedrijfsvoering.

De invoering van de zorgzwaartebekostiging lijkt soms een ingewikkelde, technische operatie, maar ik ben er van overtuigd dat we hiermee de cliënt weer centraal stellen in het denken over de langdurige zorg. Ik zal blijven monitoren of de doelstellingen van de zorgzwaartebekostiging ook bereikt worden.

1. Zorgvuldige invoering staat voorop

De invoering van de zorgzwaartebekostiging gebeurt zorgvuldig en geleidelijk. Alle betrokken partijen hebben zich gedurende een aantal jaren kunnen voorbereiden op de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Dat geldt zowel voor de voorbereiding op de financiële effecten van de invoering, als voor de voorbereiding op het vlak van de aanpassing van de bedrijfsvoering. De financiële effecten zullen stapsgewijs vanaf 2009 doorgevoerd worden. In 2009 zijn de financiële effecten van de invoering van de zorgzwaartebekostiging nog beperkt. In paragraaf 2 zal ik uitgebreid ingaan op de financiële effecten voor de instellingen.

Zorgvuldigheid is niet alleen vooraf bij de vormgeving belangrijk, maar ook tijdens de invoering. Monitoring zal landelijk met alle betrokken partijen onder andere plaatsvinden in de begeleidingscommissie invoering zorgzwaartebekostiging. Over de monitoring heb ik afspraken gemaakt met betrokken partijen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal toezien op de inkoop van intramurale zorg door de zorgkantoren en mij tijdig berichten indien daartoe aanleiding is. Het CIZ zal mij informeren over de ontwikkeling van de ZZP-indicaties.

Ook de cliëntenorganisaties bewaken de gevolgen van de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Ik heb een subsidie verstrekt voor het onderzoek dat cliëntenorganisaties gezamenlijk laten uitvoeren. Op het moment van het schrijven van deze voortgangsrapportage was er nog geen rapport beschikbaar.

2. Hoofdpijnen invoering, financiële effecten voor instellingen

Zorgkantoren en zorgaanbieders hebben in maart 2009 productieafspraken voor het jaar 2009 ingediend op grond van de «oude» bekostigingsregels en op basis van de zorgzwaartepakketten. De NZa heeft zowel een budget vastgesteld op grond van de «oude» bekostiging als een budget op basis van de ZZP's. Daarmee wordt voor iedere intramurale zorgaanbieder eenmalig het verschil tussen dat oude en het nieuwe ZZP-budget vastgesteld. Dit verschil wordt het herallocatiebedrag genoemd. Het herallocatiebedrag geeft inzicht in de totale op- of afbouw van het budget van de desbetreffende zorgaanbieder. Het herallocatietraject vindt geleidelijk plaats en is gestart in 2009.

Een groeier is een instelling waarbij het ZZP-budget hoger is dan het budget in de oude bekostigingsparameters. Een afbouwer is een instelling waarbij het ZZP-budget lager is dan het budget in oude bekostigingsparameters. De afbouw bedraagt in 2009 maximaal 2% van het budget in oude bekostigingsparameters voor de gehandicaptensector en de sector verpleging en verzorging. In overleg met GGZ Nederland heb ik besloten om in 2009 bij de GGZ instellingen nog niet te starten met het herallocatietraject (herallocatiepercentage van nul procent).

In 2010 is de afbouw maximaal 6% (de 2% in 2009 met daarbovenop 4% in 2010). In 2011 is de afbouw maximaal 13% (de 6% in 2010 met daarbovenop de 7% in 2011). Voor instellingen die meer dan 13% moeten afbouwen kan de zorgautoriteit een maatwerkregeling toepassen.

De mate waarin «groeiers» in 2009 en latere jaren kunnen groeien in budgetomvang is afhankelijk van de bedragen die beschikbaar komen uit de afbouw van de budgetten van instellingen die moeten afbouwen. De opbouw wordt bespoedigd doordat er extra middelen worden ingezet uit een deel van de één-procent margeregeling van de contracteerruimte¹. Daarmee kunnen de instellingen met relatief zware cliënten eerder de middelen ontvangen die passen bij de zorgzwaarte van de cliënt.

Herallocatie-effecten voor instellingen

In bijlage 1 zijn de herallocatiecijfers voor de drie sectoren weergegeven. Dit zijn voorlopige cijfers die ik van de NZa heb ontvangen. In het hiernavolgende worden de belangrijkste uitkomsten weergegeven. In de sector verpleging en verzorging en in de gehandicaptensector zijn er meer groeiers dan afbouwers. Dat heeft te maken met de extra middelen voor kwaliteitszorg die structureel aan de ZZP-budgetten zijn toegevoegd. In de GGZ is het aantal op- en afbouwers ongeveer gelijk. In de sector verpleging en verzorging komen in totaal 8 afbouwers (van de in totaal 489 instellingen) in aanmerking voor de maatwerkregeling doordat zij meer dan 13% afbouwen. Het totaal bedrag dat hiermee gemoeid is bedraagt ongeveer € 1,2 miljoen. In de sector verpleging en verzorging zijn er weinig grote uitschieters bij de herallocatie.

In de gehandicaptensector komen in totaal 16 afbouwers (van de in totaal 285 instellingen) in aanmerking voor de maatwerkregeling doordat zij meer dan 13% in budget achteruitgaan. In totaal is hiermee een bedrag gemoeid van € 4,6 miljoen.

In de GGZ zijn er 17 afbouwers (van de in totaal 107 instellingen) die meer dan 13% afbouwen en om die reden in aanmerking komen voor de maatwerkregeling. De totale omvang hiervan bedraagt € 1,8 miljoen. De mate van op- en afbouw is in de GGZ relatief groter dan in de andere sectoren. De mate van op- en afbouw in de GGZ is echter veel gelijkmatiger dan in eerdere rapportages nog werd voorzien. De invloed van de herallocatie op het totaal budget van de GGZ-instellingen wordt bovendien gedempt doordat de GGZ-instellingen (gemiddeld) het merendeel van hun omzet buiten de intramurale AWBZ-zorg genereren.

¹ Op basis van ervaringscijfers is bekend dat van de jaarlijkse bedragen die gecontracteerd worden ongeveer 1% niet tot besteding komt. Een deel (25%) daarvan zal worden ingezet voor de opbouw bij de zorgzwaartebekostiging.

Uitwerking maatwerkregeling

De instellingen die in aanmerking komen voor de maatwerkregeling vallen in 2010 en 2011 onder de dezelfde maximale afbouwpercentages als de overige instellingen (maximaal 6% in 2010 en maximaal 13% in 2011). De omvang van de benodigde middelen voor de maatwerkregeling zijn zeer gering, vergeleken met de omvang van het macrokader van elk van de sectoren. Om voor een vergoeding via de maatwerkregeling in aanmerking te komen is het noodzakelijk dat de instellingen een plan van aanpak maken voor de wijze waarop ze de exploitatie sluitend krijgen. Voor de grote groeiers die ook onder de maatwerkregeling vallen, is – in tegenstelling tot eerdere berichten – geen plan van aanpak noodzakelijk. Afhankelijk van het tempo waarin de groei in de sectoren gerealiseerd kan worden, kunnen zij of in 2009 of in 2010 al volledig toegroeien naar het bij de zorgwaarde van de cliënten passende budget.

3 Specifieke instellingen en cliënten

In paragraaf 2 zijn de hoofdlijnen van de invoering geschetst zoals deze gelden voor elk van de sectoren. In deze paragraaf worden een aantal specifieke accenten voor specifieke cliëntengroepen per sector besproken.

3.1 Verpleging en verzorging

Ademhalingsondersteuning

In het kader van de onderhoudsronde van de ZZP's in 2009 (ten behoeve van de bekostiging in 2010) is gebleken dat de ZZP-bekostiging voor cliënten die zijn aangewezen op chronische ademhalingsondersteuning onvoldoende is voor de zorg voor deze specifieke groep. Voor 2010 ontwikkelt de NZa een opslag bovenop de ZZP-tarieven. Ik heb daarvoor geld gereserveerd bij het verdelen van de beschikbare contracteerruimte. Voor 2011 en latere jaren werkt de NZa een regeling uit waarin recht wordt gedaan aan de individuele zorgbehoefte van cliënten met chronische ademhalingsondersteuning. De regeling voor ademhalingsondersteuning geldt ook voor cliënten in de gehandicaptenzorg. Totaal gaat het om ongeveer 300 cliënten die in een instelling verblijven en zijn aangewezen op chronische ademhalingsondersteuning.

Nieuwe beschrijving van ZZP VV9 (revalidatiezorg)

In verband met de overheveling van revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw per 1 januari 2012 (of zoveel eerder als zorgvuldig mogelijk is) is het noodzakelijk dat er binnen het zorgzwaartepakket voor de revalidatiezorg (ZZP VV9) een onderscheid wordt gemaakt tussen twee cliëntengroepen. Ik wil inzicht krijgen in de omvang van de betreffende cliëntengroepen om daarmee het correcte bedrag te kunnen bepalen dat overgeheveld wordt van AWBZ naar Zvw.

Naast de groep cliënten die voorafgaand aan de revalidatie nog geen behandeling in combinatie met verblijf ontving, wordt ook een groep cliënten onderscheiden die voorafgaand aan de revalidatie al een combinatie van behandeling met verblijf kreeg. De toegevoegde waarde van overheveling van de zorg naar de Zvw voor deze laatste groep is gering. Het gaat immers om cliënten die voorheen ook al zorg uit de AWBZ ontvingen en die geen zicht hebben op terugkeer naar de thuissituatie of eventueel een verzorgingshuis. In de nieuwe omschrijving van ZZP VV9 zijn beide cliëntengroepen omschreven. Over de wijze van goede registratie van het onderscheid tussen beide typen cliënten worden nog nadere afspraken gemaakt.

3.2 Geestelijke gezondheidszorg

Onderzoek onderscheid B- en C- cliënten en herallocatie percentages

Op 16 april 2009 heb ik u het PWC-rapport toegestuurd over het onderscheid tussen de B- en de C-ZZP's in de GGZ.

De hoofdconclusie van het rapport van PWC is dat het onderscheid tussen de B-pakketten (voortgezet verblijf, pakket inclusief behandeling) en de C-pakketten (pakketten zonder behandeling) op papier wel te maken valt, maar dat dit onderscheid in de praktijk niet eenvoudig is en niet altijd uniform wordt toegepast. GGZ-instellingen delen cliënten vaak in in een bepaald pakket waarbij geredeneerd wordt vanuit het aanbod («we zijn een behandelafdeling en daarom zijn het B-clieënten»). In de komende jaren is hier een forse omslag in denken wenselijk, zodat geredeneerd wordt vanuit de zorgvraag van de cliënt in plaats van uit het aanbod van de instelling. Daarbij helpt de indicatie in Ben C-pakketten om te bepalen om wat voor cliënten het gaat.

In de brief van 16 april 2009 heb ik aangegeven dat ik in overleg met GGZ Nederland heb besloten om de herallocatie in de GGZ in 2009 op nul procent te stellen omdat de indeling wellicht gevolgen zou hebben voor de herallocatie.

De NZa heeft nader onderzoek gedaan naar de productieafspraken 2009. Uit dat onderzoek trekt de NZa de conclusie dat – als het onderscheid tussen Ben C-clieënten al onduidelijk is – dat hetzelfde geldt voor het onderscheid in de huidige bekostiging. De indeling in B- en C-pakketten beïnvloedt de herallocatie niet, aldus de NZa. De NZa ziet dan ook geen reden om in de GGZ niet te starten met de herallocatie.

Na overleg met de Federatie Opvang, de RIBW alliantie, GGZ Nederland en de NZa heb ik besloten om ook voor de GGZ in 2010 de herallocatie op 6% en in 2011 op 13% te zetten. Er is bij nader inzien geen reden om de GGZ-instellingen anders te behandelen dan de instellingen in de overige sectoren. Het relatieve effect van de herallocatie voor de GGZ-instellingen is gemiddeld genomen zelfs minder groot dan in de andere sectoren omdat relatief veel omzet van de GGZ-instellingen buiten de AWBZ om (voor het grootste deel in de Zvw) worden gerealiseerd. Ik wil wel bewaken dat er – voor GGZ-instellingen die door cumulatie van maatregelen in meerdere bekostigingssystemen (Zvw, AWBZ, WMO) in financiële problemen komen en waarbij de continuïteit van zorg in het gevaar dreigt te komen – een goed vangnet komt.

Kinderen en jeugdigen GGZ

In de vorige voortgangsrapportage heb ik u gemeld dat de ZZP-bekostiging nog geen recht doet aan de specifieke zorgbehoefte voor de groep kinderen en jeugdigen in de GGZ. In 2009 zijn voor kinderen en jeugdigen dan ook geen productieafspraken in ZZP's gemaakt. Zoals eerder is aangekondigd vindt in 2009 onder verantwoordelijkheid van de NZa nader onderzoek plaats naar een toereikende bekostiging voor deze groep cliënten. Daarbij wordt ook bekeken of er aparte ZZP's worden ontwikkeld voor kinderen en jeugdigen of dat gekozen wordt voor een opslag in de bekostiging van de ZZP's voor kinderen en jeugdigen. In 2010 zal de bekostiging van kinderen en jeugdigen in de GGZ nog plaatsvinden volgens de «oude» bekostigingssystematiek. Voor de zorg aan kinderen en jeugdigen in de GGZ heeft de invoering van de zorgzwaartebekostiging daarmee in 2010 nog geen financieel effect.

3.3 Gehandicaptenzorg

Dagbesteding

De NZa werkt ten behoeve van de bekostiging in het jaar 2011 aan een «vouchersystematiek» voor de dagbesteding voor zowel de gehandicap-

tenzorg als de geestelijke gezondheidszorg. De doelstelling van het vouchersysteem is om optimale keuzevrijheid te creëren voor de cliënt bij de vraag waar hij de dagbesteding wil genieten. Met een vouchersysteem zal het mogelijk worden om het aantal dagdelen dat in de ZZP-indicatie is opgenomen te verdelen over meerdere aanbieders van dagbesteding. In 2010 is het nog niet mogelijk om de dagbesteding met vouchers per dagdeel bij diverse aanbieders in te kopen. Wel zal het zorgkantoor bij de zorgtoewijzing mogelijk maken dat – indien de cliënt de voorkeur heeft om de dagbesteding elders te genieten – de dagbesteding bij een andere aanbieder wordt ingekocht dan de aanbieder waar de cliënt woont. Ook kan de cliënt er voor kiezen om het gehele ZZP inclusief dagbesteding te genieten bij de aanbieder waar hij woont. Daarmee is optimale substitutie gewaarborgd. Overigens kunnen ook via onderaannemersconstructies maatwerkafspraken worden gemaakt over eventuele dagbesteding buiten de instelling.

De keuzevrijheid van de cliënt is gewaarborgd doordat hij bij het zorgkantoor kan aangeven dat hij de dagbesteding elders wil genieten. Hiermee wordt voorkomen dat de intramurale aanbieders de keuzevrijheid beperken door alleen arrangementen aan te bieden waarbij de cliënt de dagbesteding bij de eigen instelling geniet.

Extreme zorgzwaarte voor gehandicaptenzorg

Uitgangspunt bij de ontwikkeling van de zorgzwaartepakketten is geweest dat meer dan 95% van de cliënten in de cliëntprofielen van de ZZP's past. Voor cliënten die qua zorgzwaarte niet passen in het hoogste ZZP heeft de NZa voor de gehandicaptenzorg de beleidsregel «extreme zorgzwaarte» gecontinueerd en aangepast aan de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Daarmee kan ook de zorg voor extreem zware cliënten worden bekostigd. Voor de sectoren Verpleging en Verzorging en de GGZ heeft de NZa berekend dat het aantal cliënten dat daarvoor in aanmerking komt zo gering is dat ik heb besloten om daarvoor geen aparte regeling in het leven te roepen. De NZa kan in voorkomende gevallen via een discretionaire afwijkingsbevoegdheid in een oplossing voorzien.

In de beleidsregel «extreme zorgzwaarte» zoals die tot en met 2009 geldt, is een «verzwaringscriterium» opgenomen. Aanvragen voor een beroep op de regeling voor cliënten die weliswaar extreem zwaar zijn in hun zorgvraag, maar waarvan de zorg niet is toegenomen ten opzichte van 2004, werden afgewezen. Het beroep dat op de regeling extreme zorgzwaarte werd gedaan groeide in het verleden snel en om budgettaire redenen is besloten de regeling alleen open te stellen voor nieuwe cliënten of cliënten die ten opzichte van 2004 aantoonbaar zwaarder waren geworden in hun zorgvraag. Een rem op de bekostiging van extreme zorgzwaarte verhoudt zich niet met de invoering van persoonsvolgende zorgzwaartebekostiging. Met ingang van 2010 zal dit verzwaringscriterium vervallen en kan elke cliënt met een extreme zorgzwaarte die is geïndiceerd in het hoogste ZZP van een deelsector in aanmerking komen voor de regeling. De beschikbare middelen voor de regeling extreme zorgzwaarte nemen toe van ongeveer € 80 miljoen in 2009 tot ongeveer € 160 miljoen in 2010 en latere jaren.

Groot onderhoud 2010 en latere jaren

In 2009 is onderzoek verricht naar de zorg voor kinderen en jeugdigen in de gehandicaptensector en de omvang van de component behandeling. De resultaten van deze onderzoeken zijn nog niet verwerkt in de prijzen voor 2010. De reden daarvoor is dat de onderzoeksresultaten te laat bekend waren om goed de gevolgen daarvan te doordenken. Bovendien worden er nog andere onderzoeken uitgezet in de gehandicaptenzorg. Er is een onderzoek uitgezet naar de zorg voor meervoudig complex gehandicapten die vallen in ZZP VG5. Daarnaast hebben we ook signalen

gekregen van instellingen uit de gehandicaptensector dat de prijs van de ZZP's voor de zwaardere cliëntengroepen relatief te laag is, terwijl er ook ZZP's zijn waar de bekostiging mogelijk wat ruimer is dan nodig is. Ik heb de afweging gemaakt om niet meerdere keren achtereen de pakketten en de prijzen een beetje te wijzigen, maar in een grote onderhoudsronde voor de ZZP's in de gehandicaptensector die in het voorjaar van 2010 moet zijn afgerond, de resultaten van meerdere onderzoeken met elkaar te verbinden.

SGLVG-verblijfplaatsen

Per 1 juli 2009 wordt het landelijk aantal toegelaten plaatsen voor SGLVG-verblijf¹ niet langer aan een maximum verbonden. Ik zal de beleidsregels van de WTZi – waarin nu nog wel een landelijk maximum is opgenomen – wijzigen.

Begin juni 2009 lag er voor bijna 4000 plaatsen een aanvraag voor toelating SGLVG-verblijf bij het CIBG. Dit zijn geen nieuwe plaatsen en ook geen nieuwe cliënten. Deze cliënten werden voorheen ook al geholpen binnen de budgetten die daarvoor zowel landelijk als op instellingsniveau beschikbaar waren.

Rekening houdend met een geleidelijke invoering van de zorgzwaartebekostiging heb ik de NZa, aanvullend op mijn eerdere aanwijzing invoering zorgzwaartebekostiging van 31 oktober 2008, gevraagd om in 2009 vanaf 1 juli 2009, per nieuw toegelaten plaats een bedrag beschikbaar te stellen dat is gebaseerd op het verschil tussen de prijs van ZZP VG7 en VG6. Dit komt overeen met het bedrag dat ook structureel extra beschikbaar komt met de invoering van de zorgzwaartebekostiging voor een cliënt die past in ZZP VG7 en waarvoor de instelling een nieuwe toelating voor SGLVG-verblijf heeft gekregen.

In 2009 stel ik € 47 miljoen extra beschikbaar voor de bekostiging van nieuw toegelaten SGLVG-verblijfsplaatsen. Voor 2010 en latere jaren zijn geen aanvullende middelen nodig omdat budgettaire neutraliteit het uitgangspunt blijft. In 2010 en latere jaren zal de NZa de prijzen van de ZZP's binnen de sector gehandicaptenzorg aanpassen volgens de methode zoals die eerder is gehanteerd.

Kleinschalige woonvormen, ouderinitiatieven en Thomashuizen

Ik heb altijd veel aandacht gehad voor de effecten van de invoering van de zorgzwaartebekostiging voor kleinschalige woonvormen en in het bijzonder voor ouderinitiatieven en Thomashuizen. Ik bekijk in overleg met Per Saldo, Het Landelijk Steunpunt Wonen en de koepel van Thomashuizen onder welke randvoorwaarden toekomstbestendige kleinschalige wooninitiatieven mogelijk zijn. Ik zal daar in overleg met betrokken partijen ook onderzoek naar laten doen. Tijdens het Algemeen Overleg op 20 november 2008 heb ik aangegeven dat ik niet wil dat de continuïteit van bestaande initiatieven in gevaar komt. In veel van de ouderinitiatieven en de Thomashuizen wordt de zorg gefinancierd met behulp van pgb. Ik heb besloten het CVZ te verzoeken de overgangsregeling die geldt voor de bepaling van de hoogte van het pgb voor verblijfsgeïndiceerden met 2 jaar te verlengen (tot en met 31 december 2011). De budgetgarantie blijft daarbij op het niveau van 2009 (behoudens indexatie).

Met deze verlenging van de overgangsregeling creëer ik de ruimte om in overleg met betrokken partijen onderzoek te doen naar de randvoorwaarden voor toekomstbestendige kleinschalige woonvoorzieningen. Tevens kan ik in overleg met betrokken partijen zoals brancheorganisatie en patiënten/cliëntenorganisaties het concept «persoonsgebonden bekostiging» toekomstbestendig inrichten, zoals aangegeven in mijn brief over de nadere uitwerking van de toekomst AWBZ.

¹ SGLVG staat voor: sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt. Op deze plaatsen verblijven ook sterk gedragsgestoorde cliënten met een ernstige verstandelijke handicap.

3.4 Het ontvangen van verblijfsgeïndiceerde zorg thuis

Zoals ik al in mijn brief over de nadere uitwerking van de toekomst AWBZ heb aangegeven vind ik het belangrijk dat mensen zelf kunnen kiezen waar zij de zorg ontvangen. Cliënten met een verblijfsindicatie wil ik dan ook de mogelijkheid blijven bieden de zorg thuis te ontvangen. Dat kan in 2010 via een volledig pakket thuis, een persoonsgebonden budget of extramurale zorg in natura. Dit zijn belangrijke bouwsteen van persoonsvolgende bekostiging waarmee keuzevrijheid wordt gestimuleerd. Als een cliënt met een ZZP-indicatie kiest voor extramurale zorg dan wel een pgb, dan kunnen de zorgkantoren extramurale zorg inkopen, dan wel de hoogte van het pgb vaststellen, door het ZZP te vertalen in functies en klassen.

De verlenging van de – in de vorige paragraaf genoemde – overgangsregeling voor pgb-houders met een ZZP-indicatie geldt ook voor thuiswonende cliënten.

In 2010 zal de prijs van het volledig pakket thuis gekoppeld worden aan de ZZP-tarieven. Het pakket kan geleverd worden door instellingen met een toelating voor de functie verblijf. Via onderaannemerschap kunnen daarbij ook thuiszorg-aanbieders worden ingeschakeld. In 2010 zal verder onderzoek gedaan worden naar de plek van het volledig pakket thuis in de persoonsvolgende bekostiging.

4. Bewaking zorgvuldige invoering

Begeleidingscommissie

Om de invoering van de zorgzwaartebekostiging op macroniveau te bewaken heb ik een bestuurlijke begeleidingscommissie invoering zorgzwaartebekostiging ingesteld. In de begeleidingscommissie zitten vertegenwoordigers van de besturen/directies van cliëntenorganisaties, brancheorganisaties van zorgaanbieders, Zorgverzekeraars Nederland en van het ClZ, CVZ en NZa.

De begeleidingscommissie dient als bestuurlijk platform voor alle partijen die betrokken zijn bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging. De begeleidingscommissie heeft onder andere tot taak om tijdig majeure knelpunten bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging te signaleren en procesafspraken te maken over besluitvorming en communicatie. Bijvoorbeeld indien er signalen zijn dat cliënten worden geweerd door instellingen, wordt daarop actie ondernomen. Het aantal meldingen daarvan is overigens gering. Een belronde langs zorgkantoren levert het beeld op dat er soms signalen zijn dat er aanbieders zijn die cliënten met een licht ZZP niet wensen op te nemen, maar dat zorgkantoren en zorgaanbieders bij signalen dat er groepen cliënten geweerd worden, in overleg treden over passende oplossingen. De zorgkantoren hebben tot taak om voor iedere cliëntengroep voldoende zorg in te kopen, waaronder ook de lichtere cliëntengroepen of groepen die om andere redenen moeilijk plaatsbaar zijn. Zorgkantoren en zorgaanbieders maken hierover (productie-)afspraken. Ik zal blijven monitoren of de invoering van de zorgzwaartebekostiging leidt tot ongewenst weren van cliënten, waarmee ik uitvoering geef aan de motie-Leijten die mij daarom vraagt.

Toezicht NZa op zorgaanbieders en zorgkantoren

De NZa zal nauwlettend toezien op de invoering van de zorgzwaartebekostiging. De NZa zal daarbij zowel de rol van de zorgaanbieders als de rol van de zorgkantoren in de gaten houden en bewaken dat de productieafspraken op een goede wijze tot stand komen. De NZa zal mij regelmatig informeren over (eventuele) knelpunten bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Begin juli verwacht ik een monitorrapport over het eerste halfjaar van 2009.

Ondersteuning zorginstellingen

Ik heb sinds 2006 een helpdesk ingesteld waar instellingen met vragen over de invoering van de zorgzwaartebekostiging terecht kunnen. Daarnaast heb ik een aantal handleidingen via internet beschikbaar gesteld die instellingen kunnen helpen bij het aanpassen van de bedrijfsvoering op de zorgzwaartebekostiging. Ik heb handreikingen laten ontwikkelen voor het maken van een productenboek, kostprijsberekening, interne budgettering, formatieplanning, zorgplannen en communicatie met de cliënt. Ook heb ik een «ZZP-game» laten ontwikkelen.

Sinds mei 2008 is het voor instellingen mogelijk om op kosten van het ministerie van VWS een op maat gesneden advies te ontvangen van een neutrale adviseur. Dit is beschikbaar onder de noemer van «ZZP-support». ZZP-support duurt één dag. Een adviseur bezoekt een zorginstelling en spreekt met verschillende personen: de projectleider zorgzwaartebekostiging, een of meer leden van de Raad van Bestuur, de financieel manager, een of meer regio-/sectormanagers of -directeuren, de P&O-manager, vertegenwoordiger van de cliëntenraad, een communicatiemedewerker en een staf- of beleidsmedewerker. Aan het eind van de dag vindt een eindgesprek plaats, waarin bevindingen, conclusies en advies aan de orde komen. Dit wordt allemaal opgenomen in een rapportage die de instelling enkele dagen later ontvangt. Uit een evaluatie blijkt dat tot nu toe ongeveer een derde van alle zorgaanbieders hiervan gebruik heeft gemaakt en de bezoeken met een 7,8 waardeerden. Gedurende het jaar 2009 kunnen zorginstellingen nog gebruik maken van ZZP-support.

Begin juni zijn er 3 landelijke bijeenkomsten geweest waarbij de zorgaanbieders in workshops kennis en ervaringen op het gebied van de invoering van de zorgzwaartebekostiging hebben kunnen delen. Hierbij is ook aandacht besteed aan het concreet toepassen van de handreikingen die landelijk beschikbaar zijn gesteld. Vanwege de grote belangstelling worden eind juni en begin juli nog twee bijeenkomsten gehouden. Bij een van de workshops kan ook kennis gemaakt worden met de ZZP-game. De ZZP-game is een instrument waarbij onder andere met stellingen, introductiefilmpjes en het instellen van een aantal variabelen, discussie kan worden gevoerd over de vele aspecten van de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Tijdens de workshops leren de deelnemers om dergelijke discussies aan de hand van de ZZP-game intern te begeleiden. Het ZZP-game kan ook onder begeleiding binnen de zorginstellingen worden gespeeld als onderdeel van ZZP-support. Eerder heb ik u toegezegd deze ZZP-game ook aan u toe te zenden. Gezien het karakter van de game denk ik dat het wellicht een beter idee is als ik u de gelegenheid bied om – indien daaraan behoefte is – een interne discussie aan de hand van de ZZP-game bij zorgaanbieders bij te wonen, of – onder begeleiding van de ontwikkelaars van het spel – een aparte sessie met leden van de vaste kamercommissie voor VWS te organiseren.

ZZP-check

Om de vorderingen van de zorgaanbieders te volgen bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging, laat ik regelmatig de zogenoemde ZZP-check uitvoeren. Uit de 5e ZZP-check die in april 2009 is gehouden, blijkt dat instellingen in ieder geval voldoen aan de minimumvereiste die wordt gesteld bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging, namelijk dat instellingen in staat zijn om per cliënt de zorgzwaarte te registreren en het aantal dagen te registreren dat zorg wordt verleend aan de desbetreffende cliënten. Door de regelmatige meting zijn de vorderingen van de voorbereidingen van de zorgaanbieders op de invoering van de zorgzwaartebekostiging in de tijd goed te volgen. Op het gebied van voorlichting van cliënten blijkt uit de ZZP-check dat steeds meer instellingen daar actief

mee aan de slag gaan. De voornaamste knelpunten die zorgaanbieders nog voorzien, zijn de interne personeelsplanning (de wijze waarop met de inzet van personeel rekening gehouden wordt met de ZZP's van de cliënten) en het maken van een eigen kostprijsberekening.

Onderhoud aan de ZZP's

In 2009 heeft – net als in voorgaande jaren – onderhoud plaatsgevonden aan de ZZP's. Het gaat dan om de onderlinge afbakening en de omschrijving van de cliëntprofielen. In 2009 vindt het onderhoud nog plaats onder regie van het ministerie van VWS. In de jaren daarna zal het onderhoud plaats moeten vinden binnen de reguliere werkzaamheden van de bestaande onderhoudsorganisaties. De aanpassingen als gevolg van de onderhoudsronde 2009 (ten behoeve van het jaar 2010) zijn relatief beperkt gebleven. De pakketindeling is stabiel gebleken.

Relatie tussen kwaliteit van zorg en budget

In het voorgaande ben ik ingegaan op toezeggingen zoals ik die heb gedaan tijdens het AO van 20 november 2008. Over de koppeling tussen de kwaliteit van zorg en de mate van op- of afbouw van budget heb ik geen gegevens beschikbaar. In het AO van 20 november heb ik toegezegd daar nader onderzoek naar te doen. De kwaliteit van zorg wordt gemeten via de normen voor verantwoorde zorg. Daarvoor zijn vele indicatoren in overleg met het veld ontwikkeld. De score op de indicatoren wordt beïnvloed door vele externe, maar ook interne omgevingsvariabelen. De invloed van de invoering van de zorgzwaartebekostiging is daaruit niet te isoleren. Daarnaast zijn de gegevens over op- en afbouw van budget op een ander aggregatieniveau beschikbaar dan de kwaliteitsindicatoren. De kwaliteitsindicatoren zijn beschikbaar op locatieniveau, terwijl de gegevens over de op- of afbouw alleen op instellingsniveau beschikbaar zijn. Een instelling beschikt meestal over meerdere locaties. Er is in de oude bekostiging niet bekend welk bedrag een instelling ontvangt voor specifieke cliënten.

Ik wil mijn inspanningen bij het onderzoeken van geleverde kwaliteit meer richten op het jaarlijks – via de landelijke meetweek – meten van de score op de diverse kwaliteitsaspecten, dan me te richten op de geïsoleerde relatie tussen kwaliteit van zorg en budget.

5. Communicatie

Vanaf de start van het project zorgzwaartebekostiging begin 2006 is veel aandacht uitgegaan naar het geven van informatie over de invoering. Over de aard en omvang vindt afstemming plaats in reguliere werkoverleggen met vertegenwoordigers van de cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, ZN, CIZ, CVZ, NZa. Op verzoek van de begeleidingscommissie is daarnaast een aparte communicatiewerkgroep opgestart. Hieraan nemen de genoemde partijen deel, en ligt de focus op met elkaar delen van communicatieactiviteiten en het vinden van eventuele lacunes daarin. De nadruk is de eerste jaren van het project gelegd op communicatie aan zorginstellingen. Over de doelen van de verandering, over de inhoud van de pakketten en over het proces van invoering. Hierover is om te beginnen feitelijke informatie gegeven, onder andere via regionale bijeenkomsten, via de website www.zorgzwaartebekostiging.nl en via regelmatige nieuwsbrieven. Daarnaast worden instellingen in de praktijk ondersteund, via training-on-the-job (het programma ZZP-support), met handreikingen en «best practices» voor de bedrijfsvoering, en met de inzet van een helpdesk waar men terecht kan voor vragen en advies.

De afgelopen (en komende) periode is tevens gericht aandacht uitgegaan naar communicatie aan cliënt en cliëntenraad. Met de cliëntgids is er een goede basis gelegd voor de uitleg over ZZP's. Deze gidsen geven in «normale mensentaal» uitleg over de zorgzwaartepakketten, uitleg voor

wie het betreffende ZZP is bedoeld, de omvang van het ZZP in uren en de wijze waarop deze omvang moet worden geïnterpreteerd. Deze gidsen zijn ook toegankelijk gemaakt via de website www.zorgzwaartebekostiging.nl. Deze website biedt nu ook een ingang speciaal ingericht voor cliënten en hun informatiebehoefte.

Daarnaast is aan alle intramuraal verblijvende cliënten (en cliëntenraden) recent een brief uit mijn naam gestuurd. In deze brief leg ik uit wat zij als cliënt gaan merken van de zorgzwaartebekostiging. Dat de bekostiging persoonsvolgend is, in plaats van financiering naar plaats/plek. In de brief wordt ook de koppeling gemaakt met (de wettelijke verplichting van) het zorgplan. Het zorgplan zie ik als een belangrijke schakel in het verstevigen van de positie van de cliënt. De brief beantwoordt ook de belangrijkste veelvoorkomende vragen van cliënten, bijvoorbeeld over de gevolgen van een groter of kleiner instellingsbudget.

Ondanks de uitvoerige inspanningen op het gebied van communicatie krijg ik nog steeds veel signalen dat de invoering van de zorgzwaartebekostiging wordt uitgelegd als een vorm van bezuinigen. Ook in het overleg tussen zorgaanbieder en cliënt wordt dit door de zorgaanbieder soms als een argument genoemd om de hoeveelheid geboden zorg benedenwaarts aan te passen. De invoering van de zorgzwaartebekostiging komt daardoor in een negatief daglicht te staan.

Ik wil in het najaar van 2009 investeren in de voorlichting van cliënten en cliëntenvertegenwoordigers. Ik wil in regionale voorlichtingsbijeenkomsten cliëntenvertegenwoordigers informeren over de het traject van invoering van de zorgzwaartebekostiging en de gevolgen die dit heeft voor de cliënten. In de voorlichtingsbijeenkomsten wil ik tevens aandacht besteden aan de uitleg van de urenomvang zoals die in de beschrijvingen van de zorgzwaartepakketten is opgenomen omdat de urenomvang in de praktijk leidt tot veel discussie tussen zorgaanbieders en cliënten.

6. Transparantie met zo min mogelijk administratieve lasten

Declareren in dagen per ZZP

De persoonsvolgendheid van de bekostiging brengt met zich mee dat ook op persoonsniveau bekend moet zijn wat de zorgzwaarte van de betreffende cliënt is (uitgedrukt in ZZP's) en de hoeveelheid zorg die de betreffende cliënt krijgt (uitgedrukt in dagen zorg). De zorgaanbieder moet per cliënt het aantal geleverde dagen per ZZP kunnen verantwoorden. Het is voor de verantwoording richting VWS en NZa niet noodzakelijk en zelfs niet wenselijk uit oogpunt van bestrijding van bureaucratie dat per cliënt ook gedetailleerd de tijd en/of de kosten per cliënt worden geregistreerd en verantwoord. Ik wil onnodige administratieve lasten voorkomen.

Ik hoor regelmatig klachten over een toename van de administratieve lasten als gevolg van de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Wat betreft het jaar 2009 kan ik me daar wat bij voorstellen, omdat in 2009 feitelijk twee bekostigings-systemen tegelijkertijd «in de lucht» worden gehouden. Naast registratie van productie in de oude bekostiging, vindt in 2009 ook registratie plaats van ZZP's. In 2010 zullen de administratieve lasten weer afnemen doordat dan een volledige overstap is gemaakt naar zorgzwaartebekostiging.

Overigens staat er ook wel wat tegenover de tijdelijke toename van administratieve lasten; naar mijn idee is bij zorgaanbieders, zorgkantoren en landelijk veel meer inzicht ontstaan in de cliëntenpopulaties van de intramurale zorgaanbieders en de zorgbehoefte.

Met de invoering van de zorgzwaartebekostiging wordt het aantal rondes waarin productieafspraken worden gemaakt tussen zorgkantoren en zorgaanbieders teruggebracht van 3 rondes naar 2 rondes. Ook is de hele contracteercyclus vervroegd. De productieafspraken worden nu niet gemaakt in maart van het begrotingsjaar, maar in november vooraf-

gaande aan het jaar. Voor de interne bedrijfsvoering van de zorginstellingen betekent dit dat ze eerder duidelijkheid hebben over hun budget en eerder hun definitieve begroting kunnen opstellen. Dat draagt ook bij aan een vermindering van de lasten voor de instellingen.

In de tweede helft van 2009 bereiden zorgaanbieders zich voor op de declaratie op cliëntniveau. Met ingang van 1 januari 2010 zal de volledige inkoop, bekostiging en verantwoording van de intramurale zorg in ZZP-dagen plaatsvinden. De zorg zal dan door de instellingen op cliëntniveau worden gedeclareerd.

7. Invoering zorgplan

Als cliënten langdurig van zorg gebruik maken is het essentieel dat er een goede vertaling wordt gemaakt van het zorgzwaartepakket naar een concrete invulling van de zorgverlening. Daarom is op 25 maart 2009 de algemene maatregel van bestuur «Zorgplanbespreking AWBZ-zorg» in werking getreden. Aanbieders van langdurige zorg moeten op grond van dit besluit kort na aanvang van de zorgverlening een bespreking organiseren met de cliënt. De bedoeling van deze bespreking is dat de cliënt en zorgverlener (bijvoorbeeld de eerste verantwoordelijke verzorger) samen overleggen over de doelen van de zorgverlening en over de manier waarop die doelen concreet bereikt kunnen worden. Hierdoor wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning de cliënt precies gaat krijgen van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder legt de uitkomst van de bespreking vast in het zorgplan.

Hoewel de meerderheid van de zorgaanbieders aangeeft al met een zorgplan te werken, komen nu vaak het profiel van de patiënt en zijn perspectief nog nauwelijks aan bod. Veel zorgaanbieders betrekken de cliënt onvoldoende bij de invulling van het zorgplan. Bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging is dat wel nodig. Het besluit Zorgplanbespreking beoogt daarvoor een oplossing te bieden, door expliciet een aantal onderwerpen te benoemen waaraan in de bespreking aandacht moet worden besteed en die dus ook in het zorgplan terug te vinden zijn. De wijze waarop dat gebeurt is niet voorgeschreven.

Het besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg verbetert niet alleen de positie van de cliënt. Het zet ook vanuit de wetgever een basisnorm voor zorgaanbieders die te weinig aandacht besteden aan het gebruik van zorgplannen. Bovendien krijgt de IGZ als toezichthouder meer inzicht in de manier waarop zorgaanbieders met hun cliënten omgaan als het gaat om de invulling van het zorgplan. Om de administratieve lasten voor zorgaanbieders zo beperkt mogelijk te houden, geldt het besluit alleen voor cliënten die langer dan drie maanden AWBZ zorg ontvangen. In 2012 wordt een evaluatie uitgevoerd naar de effecten van het besluit. Inmiddels zijn cliëntenorganisaties volop bezig met het ontwikkelen van instrumenten om cliënten te ondersteunen bij het voeren van de bespreking over het zorgplan, wat aangeeft dat het onderwerp duidelijk leeft in de sector.

Tot slot

De invoering van de zorgzwaartebekostiging nadert een nieuwe fase waarbij ik samen met alle betrokken partijen wil bewaken dat de doelen die we met de nieuwe persoonsvolgende wijze van bekostigen willen bereiken, ook gerealiseerd gaan worden. Door alle betrokken partijen is hard gewerkt aan de vormgeving van de systematiek. Zoals bij de invoering van elk nieuw bekostigingssysteem zullen ook bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging op onderdelen nog bijsturing of aanpassing

noodzakelijk blijken. Ik ben van mening dat met alle maatregelen en voorzieningen die zijn getroffen een zorgvuldige en geleidelijke invoering van de zorgzwaartebekostiging is gewaarborgd, waarbij de continuïteit van de zorg voor cliënten niet in gevaar komt.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker

herallocatie in cijfers**V&V sector**

In de sector Verpleging en Verzorging is 81% van het aantal aanbieders een groeier. Zij krijgen er budget bij op basis van de ZZP's. De overige 19% van het aantal aanbieders is een afbouwer. Zij leveren vanaf 2009 budget in.

Het totale opbouwbedrag is hoger dan het totale afbouwbedrag doordat er extra middelen verpleeghuiszorg beschikbaar zijn. Deze middelen gaan naar de groeiers, waardoor de groei in één jaar kan worden afgerond.

Van het aantal afbouwers, heeft 76% een herallocatie van maximaal 6% van het huidige budget. Voor deze aanbieders is het herallocatietraject binnen twee jaar volledig afgerond.

Er zijn in totaal 8 aanbieders die een herallocatie hebben van meer dan 13% afbouw. Deze zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor de maatwerkregeling. Het totale bedrag dat hiermee gemoeid is, bedraagt € 1,2 miljoen. Dit is 0,016% van het totaal aan middelen dat in de sector omgaat.

V&V Aantal zorgaanbieders = 489

Afbouw	Groeï				Totaal	Cumulatief	
	Herallocatie%	Aantal aanbieders	Her- allocatie%	Aantal aanbieders			
0-2%	36	7%	0-2%	81	17%	0-2%	24%
2%-6%	35	7%	2%-6%	157	32%	2%-6%	39%
6%-13%	15	3%	6%-13%	119	24%	6%-13%	27%
13%-20%	7	1%	13%-20%	29	6%	13%-20%	7%
>20%	1	0%	>20%	9	2%	>20%	2%
AANTAL	94	19%	AANTAL	395	81%	Totaal	100%

Bron NZa: voorlopige cijfer peildatum 18 mei 2009

«Herallocatie in cijfers GHZ»

GHZ sector

In de sector gehandicaptenzorg is 66% van de aanbieders een groeier. Zij krijgen er budget bij op basis van de ZZP's. De overige zorgaanbieders zijn afbouwers. Zij leveren budget in vanaf 2009. In totaal kan er meer opgebouwd worden dan dat er afgebouwd wordt, doordat er rekening is gehouden met de extra middelen kwaliteitszorg. Hierdoor kan de opbouw in twee jaar worden afgerond.

Van het aantal afbouwers, heeft 56% een herallocatie van maximaal 6%. Voor deze zorgaanbieders is het herallocatietraject binnen twee jaar volledig afgerond.

Er zijn 16 aanbieders met een herallocatie van meer dan 13% afbouw. Deze zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor de maatwerkregeling. Het totale bedrag dat hiermee gepaard gaat, is € 4,6 miljoen. Dit is 0,12% van het totaal aan middelen dat in de sector omgaat.

GHZ Aantal zorgaanbieders = 285

Aantal						285		
Afbouw						Groei	Totaal	Cumulatief
Herallocatie%	Aantal aanbieders	Herallocatie%	Aantal aanbieders	Herallocatie%	Aantal aanbieders	Herallocatie%		
0-2%	24	8%	0-2%	14	5%	0-2%	13%	
2%-6%	30	11%	2%-6%	51	18%	2%-6%	28%	
6%-13%	27	9%	6%-13%	53	19%	6%-13%	28%	
13%-20%	5	2%	13%-20%	31	11%	13%-20%	13%	
>20%	11	4%	>20%	39	14%	>20%	18%	
AANTAL	97	34%	AANTAL	188	66%	Totaal	100%	

Bron NZa: voorlopige cijfers peildatum 18 mei 2009

Bijlage

«Herallocatie in cijfers GGZ»

GGZ-sector

In de sector geestelijke gezondheidszorg is 52% van de zorgaanbieders een groeier. De overige aanbieders moeten budget afbouwen.

Van het aantal afbouwers, heeft 33% een herallocatie van maximaal 6%.

Er zijn 17 aanbieders met een herallocatie van meer dan 13% afbouw. Dit betekent dat voor ongeveer 1/3 van de afbouwers, bekeken moet worden of er maatwerk nodig is. Het totale bedrag dat hiermee gepaard gaat (€ 1,8 miljoen) is relatief gering, namelijk 0,19% van het totaal aan middelen dat in de sector omgaat.

GGZ Aantal zorgaanbieders = 107

Aantal	107						
Afbouw					Groei	Totaal	Cumulatief
Herallocatie%	Aantal aanbieders	Her- allocatie%	Aantal aanbieders			Her- allocatie%	
0-2%	3	3%	0-2%	10	9%	0-2%	12%
2%-6%	14	13%	2%-6%	17	16%	2%-6%	29%
6%-13%	17	16%	6%-13%	14	13%	6%-13%	29%
13%-20%	11	10%	13%-20%	10	9%	13%-20%	20%
>20%	6	6%	>20%	5	5%	>20%	10%
AANTAL	51	48%	AANTAL	56	52%	Totaal	100%

Bron NZa: voorlopige cijfers peildatum 18 mei 2009