

# Onderzoek Financiering Centrum Seksueel Geweld

Eindrapportage

20 november 2020

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Gupta Strategists

# Inhoudsopgave


**Over dit document ..... 2**

Aanleiding voor dit onderzoek ..... 2

Doelstelling ..... 2

Onderzoeksopzet ..... 2

**Samenvatting ..... 3**

**Inrichting van de hulpverlening aan slachtoffers seksueel geweld ..... 4**

De betrokkenheid van de casemanager bij acute opvang verschilt tussen regio's ..... 4

De locatie van de acute opvang verschilt tussen regio's ..... 6

De verpleegkundige betrokken bij acute opvang is meestal niet van het CSG ..... 6

De achtergrond van casemanagers verschilt en kan van invloed zijn op de regionale inkleuring van zorg ..... 7

**Organisatie van een regionaal centrum ..... 7**

Niet alle kosten van de hulp aan slachtoffers vallen binnen het CSG ..... 7

Regionale centra zijn netwerkorganisaties en ingebed in lokale structuren ..... 7

**De kosten van het CSG ..... 8**

Kosten van regionale centra ..... 9

Kosten van het landelijk bureau ..... 14

**De financiering van regionale centra ..... 15**

Regionale centra ontvangen veelal subsidie van meerdere centrumgemeenten ..... 15

De begroting van regionale centra komt niet op uniforme wijze tot stand ..... 15

Het verantwoordingsproces is relatief vergelijkbaar ..... 16

Begroting is meestal ook realisatie ..... 16

Er lijkt geen relatie tussen diepgang verantwoording en betaalbereidheid gemeente ..... 16

**De financiering van het landelijk centrum ..... 17**

**Aanbevelingen ..... 17**

**Appendix ..... 19**

# Over dit document

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het ministerie van Justitie en Veiligheid (J&V) heeft Gupta Strategists onderzoek gedaan naar de financiering van het Centrum Seksueel Geweld (CSG). Dit rapport beschrijft de conclusies van ons onderzoek.

## Aanleiding voor dit onderzoek

Het CSG beoogd toegankelijke multidisciplinaire zorg te bieden aan slachtoffers van seksueel geweld in heel Nederland. Dat gebeurt vanuit vijftien[1] regionale centra, zie Figuur 7 in de appendix. Het landelijke bureau ondersteunt de regionale centra. De hulp die het CSG biedt is onderdeel van het zorgaanbod van gemeenten. Het Rijk is verantwoordelijk voor de kaders waarbinnen adequate hulp aan slachtoffers van seksueel geweld mogelijk is.

De regionale centra bestaan nu allemaal tenminste drie jaar en hebben een fase van pionieren achter de rug. Met het beschikbare budget heeft elke regio de zorg lokaal ingericht, rekening houdend met de lokale structuren, netwerken en contacten. De regionale centra krijgen het steeds drukker; het aantal meldingen stijgt jaarlijks, zie Figuur 8 in de appendix.

Er is beperkt zicht op de wijze waarop begrotingen tot stand komen en de verantwoording van de kosten die regionale centra en het landelijk bureau maken voor deze hulpverlening. Beter zicht hierop maakt het mogelijk om goed geïnformeerd beleid te vormen op de bekostiging van het CSG. Daarom hebben de ministeries van VWS en J&V, samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) voorgesteld een onderzoek te starten. Het CSG heeft het belang van dit onderzoek onderschreven.

## Doelstelling

Dit onderzoek heeft tot doel om inzicht te geven in:

1. Hoe het landelijk bureau en de regionale centra komen tot **begrotingen** voor onder andere de (centrum)gemeenten.
2. De wijze waarop en aan wie het landelijk bureau en de regionale centra **verantwoording** afleggen, waarbij ook inzicht wordt verkregen in de regionale inkomsten en uitgaven van het landelijk bureau en de regionale centra.

## Onderzoeksopzet

Het onderzoek is gebaseerd op een combinatie van kwantitatief financieel onderzoek en interviews. We zijn gestart met verkennende interviews met het landelijk bureau, een regionaal centrum en enkele financiers. Vervolgens zijn bij alle regionale centra en het landelijk bureau gegevens opgevraagd over de jaren 2018-2019. Alle regionale centra hebben data aangeleverd voor dit onderzoek. Analyses zijn uitgevoerd om vast te stellen in welke mate het proces en de inhoud van begroting en verantwoording overeenkomen of juist verschillen. De gevonden verschillen zijn vervolgens besproken met het landelijk bureau en alle regionale centra.

[1] Soms wordt gesproken van zestien centra, maar in dit onderzoek zijn Groningen en Drenthe in overleg met het CSG samen weergegeven. Groningen en Drenthe hebben twee opvanglocaties (voor opvang op dag 0), maar de coördinatie is gezamenlijk. Ook Brabant-Oost gebruikt heeft twee opvanglocaties en er zijn enkele regio's die gebruik maken van secundaire locaties naast de hoofdlocatie. Daar is de coördinatie ook gedeeld, alleen is de uitvoering van zorg gecombineerd.

# Samenvatting

Het CSG heeft vijftien regionale centra die de acute en niet-acute zorg aan slachtoffers van seksueel geweld coördineren. Het landelijke bureau ondersteunt de regionale centra. De hulp die het CSG biedt is onderdeel van het zorgaanbod van gemeenten.

**Organisatie van de hulpverlening aan slachtoffers seksueel geweld verschilt tussen regio's**

Regionale centra werken volgens landelijke kwaliteitscriteria en richten het zorgproces lokaal in. Dat leidt ertoe dat de betrokkenheid van de casemanager bij de acute opvang (op dag 0) verschilt tussen regio's. Het type locatie voor acute opvang van slachtoffers verschilt. En de persoon die de acute opvang doet is niet automatisch ook degene die de nazorg vanaf dag 1 op zich neemt.

**Regionale centra zijn netwerkorganisaties**

De regionale centra zijn geen separate entiteiten, maar zoveel mogelijk ingebed in lokale structuren. Dit betekent dat binnen een regio de coördinator en de casemanagers niet noodzakelijk dezelfde werkgever hebben, de acute opvang op een locatie van een derde organisatie kan zijn en de financiële administratie bij een vierde organisatie kan zijn belegd.

**De kosten van het CSG variëren tussen regio's en daarvoor zijn meerdere oorzaken**

De totale kosten per regionaal centrum verschillen, maar in elke regio vormen personeelskosten het grootste deel van de totale kosten. We zien dat regionale centra in verschillende mate meeliften op de infrastructuur van andere organisaties. Dat verklaart een deel van het verschil in totale kosten per regio; sommige regio's betalen immers wel en anderen juist niet voor zaken als inzet van medisch personeel, gebruik van ruimtes en 24/7 bereikbaarheid. Kosten verschillen ook tussen regionale centra als je ze uitdrukt ten opzichte van hun productie. Daarvoor zijn ook meerdere oorzaken, waaronder dat in elke regio lokaal 24/7 bereikbaarheid georganiseerd is, terwijl het aantal slachtoffers verschilt tussen regio's. Om beter beeld te krijgen van de verschillen in personeelskosten is gekeken naar het totaal beschikbare personeel (uren) op basis van de begroting. Personele inzet afgezet tegen het totaal aantal slachtoffers loopt uiteen van 10 tot 70 uur per slachtoffer. Dit omvat zowel directe uren (besteedt aan het slachtoffer) als indirecte uren (besteedt aan coördinatie en beschikbaarheid). Ook totale personeelskosten afgezet tegen het totaal aantal personele uren loopt uiteen. De personeelskosten per uur (gemiddeld over alle functies) variëren van EUR 41/uur tot EUR 92/uur.

**De financiering is relatief uniform, al zijn ook daar verschillen**

Regionale centra hebben een groot werkgebied en ontvangen vaak subsidie van meerdere centrumgemeenten. De wijze waarop de begroting tot stand komt is niet uniform. Sommige regionale centra maken een begroting met de inzet en kosten die zij denken te moeten maken om het verwacht aantal slachtoffers te helpen. Andere regionale centra maken een begroting op basis van het budget dat de gemeente beschikbaar stelt. Het verantwoordingsproces is relatief vergelijkbaar. Overal maakt het regionale centrum jaarlijks een verslag over de realisatie. Meestal is de realisatie de begroting; bij hoger dan verwachte kosten, vullen de meeste gemeentes een tekort niet aan. De mate van diepgang van de gevraagde verantwoording lijkt niet samen te hangen met de betalingsbereidheid van gemeenten.

**Drie aanbevelingen van Gupta Strategists**

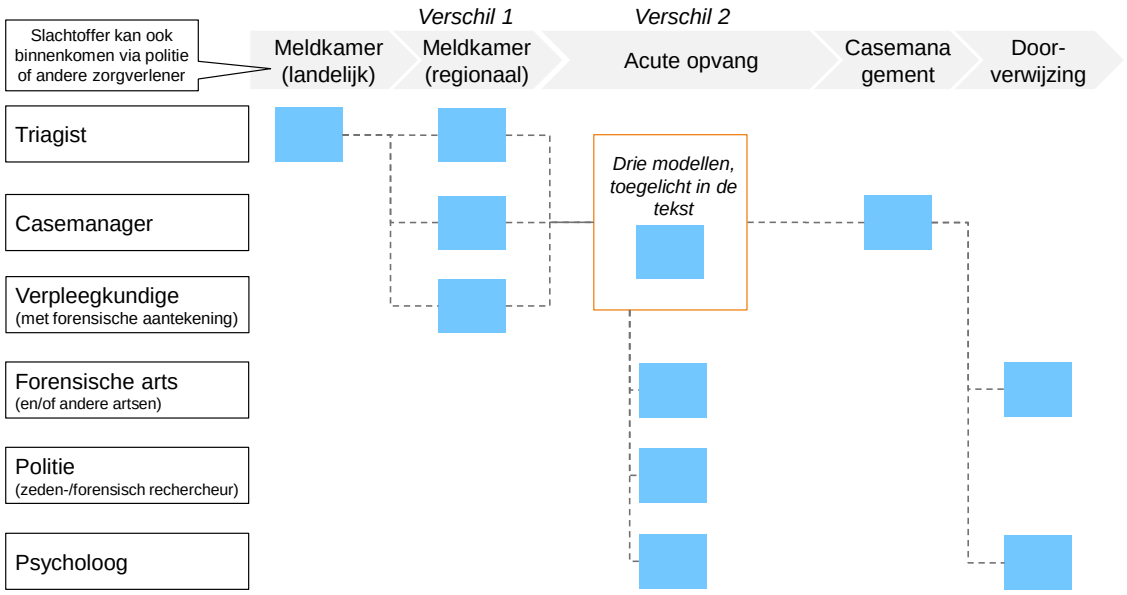
1. Uniformeer de wijze van begroten, met oog voor de lokale situatie. Stel uitgangspunten vast voor vaste kosten (bereikbaarheid en coördinatie) en variabele kosten (per slachtoffer).
2. Vergroot de continuïteit van zorg door de afhankelijkheid van goodwill te verminderen.
3. Overweeg alternatieve inkoopvormen.

# Inrichting van de hulpverlening aan slachtoffers seksueel geweld

Vijftien regionale centra coördineren de acute en niet-acute zorg aan slachtoffers van seksueel geweld. Zij werken volgens landelijke kwaliteitscriteria, maar hebben de vrijheid om het zorgproces lokaal in te richten. Dit is vooral van belang bij de acute opvang van slachtoffers, aangezien daarvoor 24/7 toegang tot zorg nodig is. Bij het interpreteren van regionale verschillen in de kosten van hulp die het CSG biedt, is het dan ook van belang oog te hebben voor de verschillen in de wijze waarop de hulp georganiseerd is.

## De betrokkenheid van de casemanager bij acute opvang verschilt tussen regio's

Elk slachtoffer dat zich meldt bij het CSG krijgt een eigen casemanager aangeboden; een vaste persoon die de noodzakelijke zorg organiseert en begeleiding biedt bij de nazorg (ook *watchful waiting* genoemd). De casemanager[2] is niet in alle regio's betrokken bij de opvang van acute slachtoffers op de dag waarop zij zich melden bij het CSG (dag 0). En in regio's waar de casemanager wel betrokken is op dag 0, is dat soms alleen tijdens kantooruren. **Figuur 1** schetst de verschillende varianten in het zorgproces op hoofdlijnen. De toelichting onder de figuur benoemt verschillen en nuances.




*Figuur 1: Diverse wijzen waarop regio's opvang van acute slachtoffers op dag 0 organiseren.*

Acute slachtoffers komen op veel verschillende manieren binnen bij het CSG, zo kunnen zij zichzelf melden via het landelijke telefoonnummer. Daarnaast kunnen ook de politie, andere zorgverleners of mensen in hun netwerk kunnen een melding maken. De melding kan direct bij het regionale centrum gedaan worden, of via het landelijke nummer. De triagist in de landelijke meldkamer stelt vast waar het slachtoffer is en of sprake is van een levensbedreigende situatie. Vervolgens brengt de triagist het slachtoffer in contact met de hulpverlening in de eigen regio. Daar ontstaat het **eerste verschil tussen regio's**.

In elf van de vijftien regio's heeft het slachtoffer contact met een regionale meldkamer die doorverwijst. Soms is het afhankelijk van dag en tijdstip: in meerdere regio's is bereikbaarheid

[2] Definitie van casemanager in dit rapport: de persoon die de nazorg vanaf dag 1 op zich neemt. Sommige regio's hanteren een andere naam, zoals nazorgconsulent. Ook gebruiken sommige regio's de term casemanager voor de (forensisch) verpleegkundige die op dag 0 de acute opvang doet, ook terwijl die niet betrokken is bij de nazorg.

tijdens kantooruren anders georganiseerd dan tijdens de avond-, nacht- en weekenduren[3]. De regionale meldkamer is vaak de receptie van een regionale organisatie die toch al een bereikbaarheidsdienst heeft, zoals Veilig Thuis, de GGD, de vrouwenopvang of de spoedeisende hulp (SEH) van het ziekenhuis. Er is wel een apart CSG-nummer, zodat de triagist kan zien dat iemand voor het CSG belt. De regionale meldkamer verwijst dan in zeven regio's door naar de SEH als acute opvang nodig is en daar is georganiseerd, en anders naar het CSG als die een bereikbaarheidsdienst heeft en nodig is. In alle gevallen is vervolgens het doel dat een bekwame professional zo snel mogelijk het slachtoffer opvangt, ondersteunt en begeleidt door het vervolgproces.

In vier van de vijftien regio's komt het slachtoffer direct in contact met een zorgverlener van het CSG[4]. Dit is de dienstdoend casemanager of verpleegkundige met forensische specialisatie c.q. aantekening. De dienstdoend casemanager of verpleegkundige informeert het slachtoffer over het belang van medische hulp en betrokkenheid van de politie en overlegt samen met het slachtoffer of dit gewenst is. Als de politie betrokken is en een forensisch medisch onderzoek indiceert dan organiseert de regio dat een forensisch arts (die medisch verantwoordelijk is), forensisch rechercheur en zedenrechercheur naar de opvanglocatie komen. De dienstdoend casemanager of verpleegkundige gaat zelf ook naar de opvanglocatie om het slachtoffer te ondersteunen.

Na het telefonisch contact met de regio is in veel gevallen acute opvang nodig. Daar ontstaat het **tweede verschil tussen regio's.** Er is in principe altijd een verpleegkundige met forensische specialisatie of aantekening op de acute opvanglocatie[5]. Deze persoon ondersteunt en begeleidt het slachtoffer, is aanwezig bij eventueel forensisch onderzoek (o.a. afname zedenkit) en assisteert eventueel bij het medisch onderzoek door een arts, vaak een arts infectieziekten, gynaecoloog of kinderarts. De medische zorg omvat o.a. (preventieve) behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen en lichamelijk letsel en de verstrekking van noodanticonceptie, zie ook Figuur 9 in de appendix.

In vier regio's zit de verpleegkundige in dezelfde poule als de casemanagers en is in principe geen overdracht nodig, want blijft hij of zij de casemanager die de nazorg doet[6]. In de overige elf regio's coördineert deze verpleegkundige de acute hulp op dag 0 en draagt het slachtoffer op dag 1 over aan een casemanager die de nazorg op zich neemt. Van deze elf regio's betreft het in zeven gevallen opvang op de SEH in het ziekenhuis. Als het slachtoffer geen acute medische zorg wenst en ook geen betrokkenheid van de politie gewenst is, dan neemt de casemanager op dag 1 telefonisch contact op voor de nazorg.

Op dag 1 gaat een periode van *watchful waiting* in, waarin de casemanager geregeld contact heeft met het slachtoffer en schakelt met eventuele hulpverleners en naasten. Tijdens deze periode bekijkt de casemanager of er uitdoving is van de acute stressreactie. Is dat niet het geval, dan

[3] In de meeste gevallen is de regionale meldkamer er alleen buiten kantooruren. Als de melding binnen kantooruren komt, gaat die direct naar de casemanager die 'de telefoon heeft'. Het omgekeerde komt ook voor, dat de meldkamer er juist is tijdens kantooruren, en alles buiten kantooruren direct naar de casemanager gaat.

[4] Vaak is er nog onderscheid tussen wel/geen kantooruren, bijvoorbeeld casemanagers tijdens kantooruren en forensische verpleegkundigen buiten kantooruren, of Veilig Thuis binnen kantooruren en (verpleegkundig) casemanagers buiten kantooruren.

[5] In enkele gevallen wordt deze rol ingevuld door een casemanager die niet altijd ook (forensisch) verpleegkundige is. In dat geval kan het slachtoffer nog steeds worden ondersteund en begeleid, maar hebben de anderen (politie en forensisch arts) iets meer medische handelingen zelf te doen.

[6] Deze regio's proberen het zo te organiseren dat de verpleegkundige die de acute opvang doet ook de casemanager blijft en geen overdracht nodig is. Dat lukt niet altijd. In één regio is naast de verpleegkundige óók de casemanager aanwezig en dus geen overdracht nodig.

verwijst de casemanager door naar de GGZ voor traumabehandeling ter preventie of behandeling van een post-traumatische stress-stoornis. Daarnaast heeft de casemanager ook een rol in het begeleiden en coördineren van aanvullende (medische) zorg, zoals het bezoeken van de soa-poli. Na vier weken *watchful waiting* sluit de casemanager de begeleiding af.

Samenvattend zijn er dus drie modellen voor de opvang op dag 0 en de nazorg:

1. Opvang op de SEH, door verpleegkundige van het ziekenhuis, overdracht aan casemanager voor de nazorg vanaf dag 1 (in 7 regio's);
2. Opvang buiten de SEH, verpleegkundige van buiten het ziekenhuis komt op dag 0, overdracht aan een casemanager vanaf dag 1 (in 4 regio's);
3. Opvang buiten de SEH, opvang op dag 0 en 1 door dezelfde casemanager (in 4 regio's).

## De locatie van de acute opvang verschilt tussen regio's

De meeste regio's maken gebruik van één vaste locatie voor de acute opvang op dag 0[7]. Wanneer het gebied te groot is (>1 uur reistijd) of er simpelweg te veel meldingen zijn voor één opvanglocatie, gebruiken zij twee locaties. Dit is soms een gelijkwaardige tweede hoofdlocatie en soms een secundaire locatie, die minder slachtoffers ontvangt. De beschrijving in deze paragraaf gaat uit van de primaire opvanglocatie.

De acute opvang op dag 0 is vaak in het ziekenhuis, maar niet automatisch op of via de spoedeisende hulp (SEH). In elf regio's is de acute opvanglocatie in het ziekenhuis of aangrenzend aan het ziekenhuis. In zeven van deze elf regio's is de opvang op of via de SEH georganiseerd, bij de rest is de opvang elders in of bij het ziekenhuis. Daarnaast zijn er zijn twee regio's waar de acute opvang op een GGD-locatie is en twee regio's waar dit in principe op een politielocatie gebeurt. Opvang in het ziekenhuis, maar niet op de SEH, en opvang op een GGD-locatie is vaak in een speciale 'CSG-kamer'. Opvang op een politielocatie is meestal in een forensische onderzoekskamer ('FMO-kamer').

## De verpleegkundige betrokken bij acute opvang is meestal niet van het CSG

Als de acute opvang via de SEH is georganiseerd (zeven regio's), is de casemanager over het algemeen niet betrokken op dag 0. De verpleegkundige die de acute opvang doet, werkt dan voor het ziekenhuis.[8]

Als de acute opvang niet op de SEH is, is altijd een verpleegkundige of casemanager van het CSG betrokken bij de acute opvang. Het CSG is formeel geen werkgever, maar de verpleegkundige of casemanager wordt dan wel betaald vanuit de CSG-begroting. Bij opvang buiten de SEH zijn nog twee varianten te onderscheiden:

- Opvang in het ziekenhuis, maar buiten de SEH (vier regio's), dan is de verpleegkundige of casemanager in drie van de vier regio's werkzaam via het CSG. Bij de andere regio is er een verpleegkundige van het ziekenhuis aanwezig.
- Opvang op een GGD-locatie (twee regio's) of op een politie-locatie (twee regio's) is altijd een (forensisch) verpleegkundige aanwezig die onderdeel is van de CSG begroting. Bij één

[7] Er zijn uitzonderingen, bijvoorbeeld voor kinderen die naar het ziekenhuis gaan of slachtoffers die niet naar de politie willen, dan kunnen zij ook naar een andere locatie.
[8] Er is wel een link tussen de SEH en het CSG. Het CSG leidt verpleegkundigen op om slachtoffers op te vangen. De SEH streeft ernaar om altijd een verpleegkundige met forensische aantekening vrij te kunnen plannen. Vaak lukt dat, maar als het (te) druk is op de SEH, is niet direct een verpleegkundige beschikbaar. De taak om het slachtoffer op te vangen komt dan bij de politie.

GGD-locatie en één politie-locatie voor acute opvang, is de verpleegkundige ook direct de casemanager[5].

### De achtergrond van casemanagers verschilt en kan van invloed zijn op de regionale inkleuring van zorg

Naast het verschil in de aanname van het slachtoffer op dag 0 en de inrichting van de zorg op dag 0, is er nog een **derde verschil tussen de regio's**, namelijk de achtergrond van de casemanager. Er is een landelijke kwaliteitskader en elke casemanager krijgt continue opleiding om de zorg geprotocolleerd te leveren. Binnen die norm vult elke casemanager de rol in op basis van zijn achtergrond, opleiding, werkhistorie, etc.

Globaal gezien hebben casemanagers een achtergrond in één van drie richtingen: maatschappelijk werk, psychologie of verpleegkunde. Wanneer we in iets meer detail kijken, vallen deze drie richtingen uiteen in een veelvoud aan smaken: GGD verpleegkundige (twee regio's), forensisch verpleegkundige (2x), maatschappelijk werker (2x), psycholoog (2x), veilig thuis consulent (1x), medisch maatschappelijk werker (1x), poh-GGZ (1x). In vier regio's hebben de casemanagers diverse achtergronden en/of zijn van verschillende organisaties, dus is niet eenduidig aan te geven wat hun achtergrond is.

## Organisatie van een regionaal centrum

Niet alleen de wijze waarop de hulpverlening is ingericht, maar ook de wijze waarop regionale centra zijn georganiseerd verschilt tussen regio's. Dit beïnvloedt de kosten die het CSG maakt en is dus ook van belang om mee te nemen in de analyse.

### Niet alle kosten van de hulp aan slachtoffers vallen binnen het CSG

Het CSG coördineert de zorg aan slachtoffers van seksueel geweld en geeft preventieve psychologische begeleiding in de eerste weken na het incident ter voorkoming van langdurig trauma. In de basis gaat het dan om de inzet van casemanagers en coördinatoren. Casemanagers begeleiden individuele slachtoffers. Coördinatoren organiseren de netwerkzorg en professionele samenwerkingsverbanden in hun eigen regio. Veel van de hulp die slachtoffers ontvangen wordt niet door het CSG geleverd en ook niet door het CSG betaald. Zo betaalt het CSG nooit voor de zorg door medisch specialisten en GGZ-professionals die binnen de Zorgverzekeringswet valt. Het CSG betaalt ook niet voor de inzet van forensisch artsen, gebruik van zedenkits en de inzet van forensisch rechercheurs en zedenrechercheurs.

### Regionale centra zijn netwerkorganisaties en ingebed in lokale structuren

De regionale centra zijn geen separate organisaties, maar zoveel mogelijk ingebed in lokale structuren. Het betekent dat binnen een regio de coördinator en de casemanagers niet noodzakelijk dezelfde werkgever hebben, de acute opvang op een locatie van een derde organisatie kan zijn en de financiële administratie bij een vierde organisatie kan zijn belegd.

Personeel is nooit direct in dienst van regionale centra, in plaats daarvan betaalt het CSG de 'host-organisatie' voor de inzet van deze medewerkers. Als voorbeeld: stel de casemanagers zijn van Veilig Thuis, de GGD en het ziekenhuis. Veilig Thuis is de aannemer voor de gemeente, in de zin dat zij de CSG-subsidie aanvragen. Dan betaalt Veilig Thuis haar eigen casemanagers en de GGD en het ziekenhuis factureren hun personele inzet aan Veilig Thuis.

Er zijn in de praktijk bijna net zoveel smaken als regionale centra en we schetsen een overzicht op hoofdlijnen. Dit doen we aan de hand van drie perspectieven. Ten eerste de werkgever van de coördinator, ten tweede de (fysieke) locatie van de nazorg en ten derde de uitvoerder van de financiële administratie.

**Waar is de coördinator in dienst?** In zeven regio's is de coördinator werkzaam bij de GGD (in twee gevallen is de GGD onderdeel van de gemeente), in drie regio's bij een ziekenhuis, in twee regio's bij de vrouwenopvang, in twee regio's bij de GGZ, en in één regio bij Veilig Thuis.

**Wat is de fysieke locatie van casemanagement vanaf dag 1[9]?** De gesprekken tussen slachtoffer en casemanager en de andere onderdelen van de zorg na dag 0 zijn soms telefonisch en soms op een fysieke locatie. Als netwerkorganisaties hebben de regionale centra meestal de beschikking over meerdere locaties, maar vaak is er toch één primaire plek aan te wijzen. Dit is meestal de locatie waar de coördinator zit en waar overleggen zijn. In vier regio's is dit de GGD, in twee regio's bij een ziekenhuis, in twee regio's is er een eigen CSG-locatie, in één regio is het bij Veilig Thuis en één regio de GGZ. Daarnaast zijn er vijf regio's waar deze locatie zo wisselend dat er geen primaire plek aan te wijzen is. Dat er een primaire plek is wil niet zeggen dat de nazorg altijd op deze plek plaatsvindt: casemanagers werken in sommige regio's zoveel mogelijk telefonisch.

**Wie doet de financiële administratie?** Coördinatoren doen de administratie van hun regio niet zelf, vaak is binnen een 'host-organisatie' een stukje van de boekhouding ingericht om inkomsten en uitgaven van het CSG te administreren. In vier regio's doet de GGD de administratie, in twee regio's de vrouwenopvang, in drie regio's de gemeente zelf, in twee regio's de GGZ, in twee regio's het ziekenhuis, in één de Veiligheidsregio en in één Veilig Thuis.

## De kosten van het CSG

We analyseerden de begrotingen en financiële verantwoordingen van alle regionale centra en het landelijk bureau over de jaren 2018 en 2019. Buiten scope zijn de kosten die geen onderdeel zijn van de begroting van het CSG. Waar we schrijven dat 'het CSG betaalt', bedoelen we de kosten die in de begroting van het CSG zitten.

De totale kosten van de regionale centra die in 2018 en 2019 operationeel waren stegen in die periode met 10% tot EUR 3,2 miljoen.[10] Op één centrum na (18% daling), stegen overal de kosten, tot maximaal 40%. Dat lijkt extreem, echter, op een kleine begroting kan de toevoeging van één fte casemanager of coördinator zo'n sprong in de kosten veroorzaken. De kosten van het landelijk bureau stegen in deze periode met ruim 40% tot EUR 305.000.

De conclusies in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de aanleveringen over 2019, aangezien deze completer en gedetailleerder waren. De basis van de kosten zijn de begrote kosten. Dit komt sterk overeen met de gerealiseerde kosten, omdat de verstrekte subsidies in principe vaste bedragen

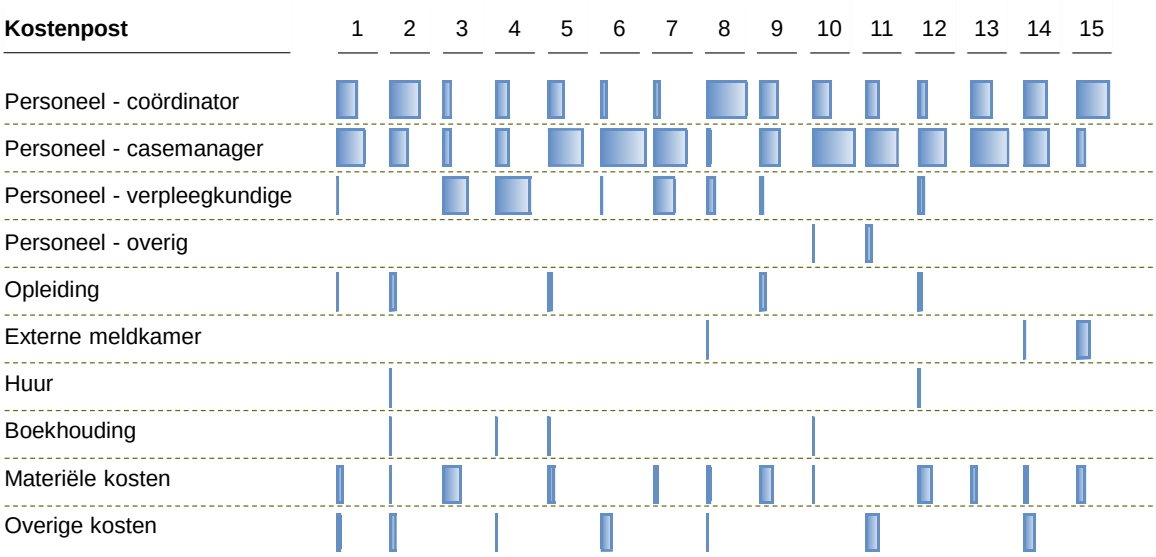
[9] De ontvangstruimte voor nazorggesprekken is niet noodzakelijkerwijs het kantoor van de organisatie die de casemanagers levert. Ter illustratie: in één voorbeeld levert een organisatie verantwoordelijk voor Vrouwenopvang de casemanagers, maar die gebruiken spreekkamers/ontvangstruimtes van andere organisaties om slachtoffers te spreken (of spreken ze telefonisch).
[10] Drie regio's hebben kosten 2018 niet compleet aangeleverd, o.a. omdat zij toen nog niet volledig operationeel waren, zij vallen hierbuiten.

zijn. We konden niet uitgaan van de realisatie omdat de uitsplitsing naar type kosten en uren meestal alleen op het niveau van de begroting beschikbaar was en niet voor de realisatie[11].

## Kosten van regionale centra

**Personeelskosten vormen het grootste deel van de totale kosten in elk regionaal centrum**

De kosten van de regionale centra variëren van EUR 116.000 tot EUR 552.000 per centrum. De verdeling van de totale kosten per regionaal centrum over verschillende kostenposten is opgenomen in Tabel 1. De optelsom van alle blauwe balkjes in één kolom vertegenwoordigt de totale kosten van die regio. In de tabel is goed zichtbaar dat sommige kostenposten in sommige regio's helemaal niet voorkomen of relatief klein zijn.[12] Dit is één van de oorzaken van het verschillende aandeel van kostenposten die wel overal voorkomen, zoals de kosten van de casemanager, in het regiototaal. Personeelskosten zijn overal de belangrijkste kostenpost: gemiddeld 80% van de totale kosten van het regionale centrum (range 66% tot 95%).




*Tabel 1 Verdeling van totale kosten 2019 per regionaal centra (#1 t/m #15, geanonimiseerd) naar kostenpost[13]*

**Regionale centra liften in verschillende mate mee op de infrastructuur van andere organisaties**

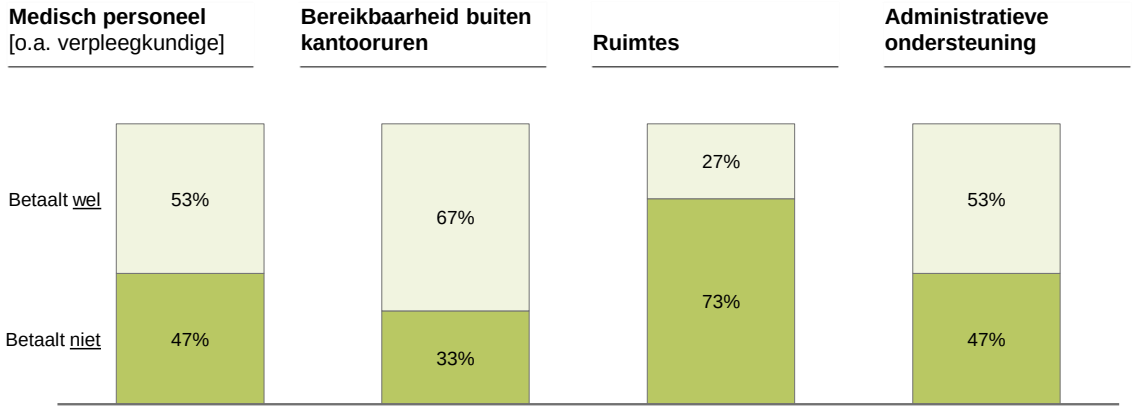
Het aandeel personeelskosten in de totale kosten per regionaal centrum wordt mede bepaald door de overige kosten die het centrum maakt. Regionale centra hebben elk eigen afspraken met netwerkorganisaties die (delen van) hun infrastructuur beschikbaar stellen voor het CSG. Voor vier belangrijke typen infrastructuur is vastgesteld welke afspraken er over vergoeding zijn gemaakt, zie Figuur 2. We constateren:

- **De helft van de regionale centra (47%) betaalt niet voor de inzet van verpleegkundigen en artsen op dag 0**. Als ze er wel voor betalen, is dat omdat een verpleegkundige alleen voor het CSG werkt of omdat het lokale ziekenhuis een vergoeding vraagt voor de inzet van

[11] In enkele gevallen was de uitsplitsing van kosten/uren niet beschikbaar in begroting 2019, alleen bij realisatie 2019 of begroting 2020. Daar is de verdeling kosten/uren teruggerekend naar begroting 2019.
[12] Tabel 1 en Figuur 2 komen niet volledig overeen, omdat kosten anders geboekt kunnen zijn. Bijvoorbeeld huur. Bij enkele regionale centra die daar wel voor betalen ("wel" in figuur 2), zijn die kosten bij personeelskosten meegeteld in tabel 1, omdat het expliciet onderdeel is van opslag overheadkosten, zonder dat vermeld is wel deel van die opslag voor huurkosten is.
[13] De kosten voor verpleegkundigen zijn apart weergegeven ('personeel - verpleegkundige') als het CSG in de begroting naast de casemanager ook apart kosten voor verpleegkundigen heeft opgenomen. Dit betreft veelal inzet op dag 0.

personeel. Ter illustratie van de impact hiervan: terwijl de helft van de centra hier niet voor betaalt, is er één regionaal centrum dat EUR 150.000 per jaar aan het ziekenhuis betaalt voor inzet van verpleegkundigen.

- **Eén op de drie regionale centra (33%) betaalt niet voor bereikbaarheid buiten kantooruren**, zij maken gratis gebruik van een bestaande meldkamer in de regio. De andere regionale centra betalen voor het gebruik van de regionale meldkamer of hebben een eigen dienstenstructuur (piketdiensten). Ter illustratie van de impact hiervan: terwijl een derde van de regionale centra niks betaalt, is er ook een regionaal centrum dat hier EUR 70.000 aan uitgeeft. En betalen de rest van de regionale centra minder dan EUR 10.000 per jaar voor het gebruik van een regionale meldkamer.
- **Driekwart van de regionale centra (73%) betaalt niet voor het gebruik van werkruimtes.** Als ze er wel voor betalen, is het meestal niet voor alle ruimtes maar voor enkele ruimtes en geen commerciële huur, maar bijvoorbeeld alleen kosten voor schoonmaak.
- **De helft van de regionale centra (47%) betaalt niet voor overheadkosten van de 'hostorganisatie'**, bijvoorbeeld voor gebruik van het computersysteem, de boekhouding, management, personeelszaken etc. Als ze wel betalen is het vaak een klein bedrag, bijvoorbeeld alleen voor het voeren van de boekhouding. Slechts één regionaal centrum heeft echt een vast percentage boven op de andere kosten gezet om de overheadkosten te dekken.[14] Ter illustratie van de impact hiervan: de meeste regionale centra gebruiken gratis het cliëntvolgsysteem van de 'hostorganisatie', terwijl één regionaal centrum hier jaarlijks EUR 60.000 aan besteedt.



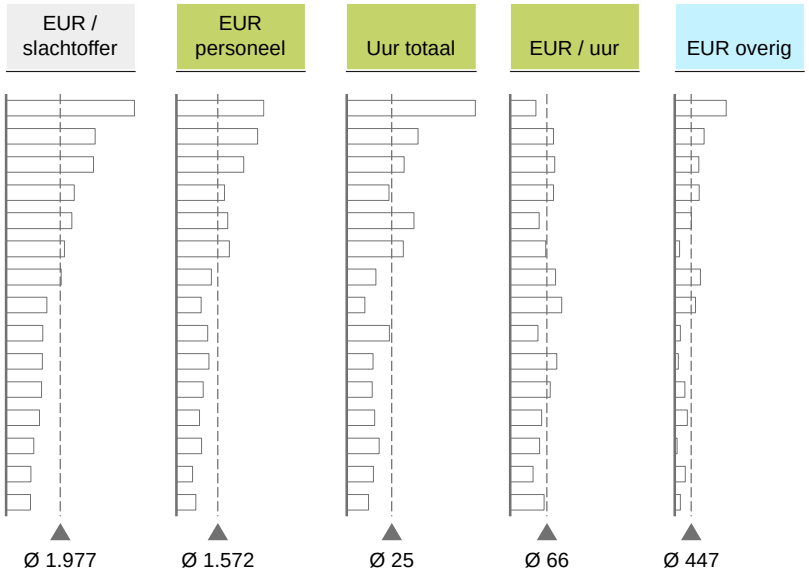

*Figuur 2: Afspraken tussen regionale centra en de netwerkorganisaties in de regio, situatie 2019. Deel van de regionale centra dat wel/niet betaalt voor gebruik van de infrastructuur van andere organisaties.*

**Kosten verschillen ook tussen regionale centra als je ze uitdrukt ten opzichte van hun productie**

De regionale centra verschillen in omvang en dat is een belangrijke oorzaak van het verschil in totale kosten per centrum. Om de totale kosten beter te vergelijken tussen de verschillende regio's, zijn de totale kosten afgezet tegen het totaal aantal acute slachtoffers dat in dat centrum is geholpen. We delen hier de totale kosten door het aantal acute slachtoffers, omdat acute slachtoffers veel meer tijd kosten dan niet-acute slachtoffers én omdat het aantal niet-acute slachtoffers nog sterker verschilt tussen regionale centra dan het aantal acute slachtoffers. Figuur

[14] In gevallen waarin de "hostorganisatie" een door de gemeente gefinancierde organisatie is, zoals de GGD of vrouwenopvang, is er soms bewust voor gekozen overheadkosten niet los in rekening te brengen bij de gemeente, omdat ze al gedekt zijn door de budgetten die de gemeente verstrekt aan de hostorganisatie. Als het CSG dan ook kosten voor overhead in rekening zou brengen, zou dat neerkomen op dubbele financiering.

3 toont de variatie in totale kosten ten opzichte van het aantal geholpen slachtoffers tussen de regionale centra. De kosten zijn uitgesplitst in personele kosten (groen) en overige kosten (blauw). De personele kosten zijn uitgesplitst in het totaal aantal uren en de gemiddelde kosten per uur.




*Figuur 3: Uitsplitsing van de kosten (2019) per regionaal centrum ten opzichte van het aantal slachtoffers in dat centrum.*

De getoonde variatie is besproken met regionale centra. Er zijn verklaringen voor uitschieters, ze hangen samen met de wijze waarop het CSG zaken lokaal heeft geregeld in de keten. Ter illustratie twee voorbeelden:

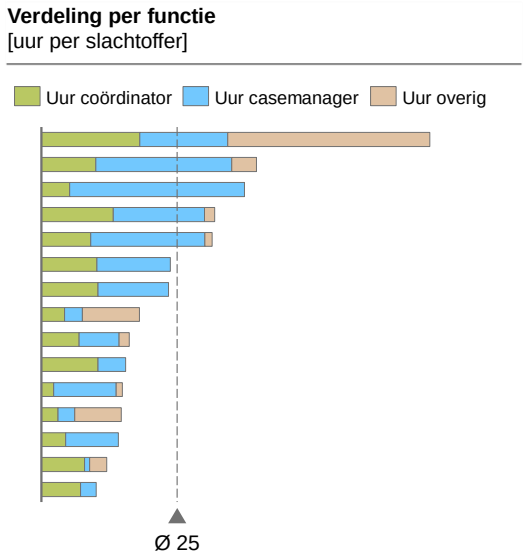
*Een regionaal centrum met relatief hoge kosten ten opzichte van het aantal slachtoffers.* Genoemde verklaringen voor de hoge totale kosten zijn:

- Het centrum betaalt het ziekenhuis voor de inzet van de verpleegkundige opvang op dag 0, zowel voor de bereikbaarheidsdienst als de daadwerkelijke ingezette uren.
- Het centrum betaalt voor medicatie en verbruiksartikelen, zoals de Hepatitis B vaccinatie en anticonceptie.
- De coördinator heeft relatief veel uren in relatie tot het aantal slachtoffers en zet deze uren in voor uitgebreide PR en ketenoverleg in de regio.
- De casemanagers hebben meer uren begroot dan nodig gehad voor het aantal slachtoffers, zodat ruimte was om zo nodig extra slachtoffers te zien.

*Een regionaal centrum met relatief lage kosten ten opzichte van het aantal slachtoffers.* Genoemde verklaringen voor de lager dan gemiddelde kosten zijn:

- De belangrijkste netwerkorganisatie, die ook de casemanagers levert, brengt weinig kosten in rekening. Het regionale centrum betaalt niet voor werkplekken van casemanagers (die telefonisch werken), cliëntvolgsysteem of computeruren. Ook voor de meldkamer van deze organisatie, betaalt het CSG niet.
- De kosten per uur van de casemanager en coördinator zijn laag. De grondslag is niet duidelijk, maar er zit in elk geval geen opslag voor overhead in en kosten voor vervanging bij vakantie of ziekte zijn niet doorbelast.
- Er zijn relatief weinig directe uren casemanager per slachtoffer opgenomen in de begroting.

**Het totaal beschikbare personeel (uren) ten opzichte van het aantal acute slachtoffers loopt uiteen**
Een andere manier om te kijken naar de personeelskosten is de hoeveelheid beschikbaar personeel. Hiervoor is gekeken naar het aantal personele uren dat beschikbaar is op basis van het aantal fte in de begroting, gecorrigeerd voor gemiddeld aantal uren vakantie, ziekte en opleiding. De beschikbare personele uren per regionaal centrum zijn afgezet tegen het aantal acute slachtoffers in elk centrum. Dat varieert bijna een factor zeven tussen regionale centra: van 10 tot 70 uur per acuut slachtoffer, zie ook Figuur 4.



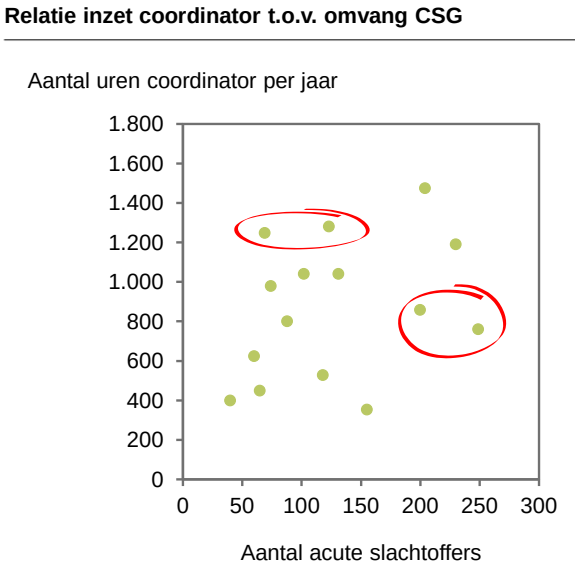

*Figuur 4: Verdeling van uren per slachtoffer naar vast/variabel en naar functie.*

Figuur 4 geeft een indruk in de variatie van de hoeveelheid personeel die per regionaal centrum beschikbaar is, maar dat wil niet zeggen dat de hoeveelheid directe uren (die 1-op-1 aan het slachtoffer zijn besteed) ook zoveel verschilt. De uren die zijn ingezet voor beschikbaarheid en de niet-slachtoffer-gebonden taken tellen immers ook mee in deze figuur. Op basis van de aangeleverde informatie was het voor de meeste regionale centra niet mogelijk om een onderscheid te maken tussen direct cliëntgebonden uren en indirecte uren. We kunnen daardoor niet inzichtelijk maken welk deel van de uren variabel is en dus meegroeit of krimpt met het aantal slachtoffers en welk deel van de uren vast is voor 24/7 beschikbaarheid van hulpverlening in de regio.

De getoonde variatie is besproken met regionale centra. Er zijn meerdere oorzaken voor de spreiding in totale uren ten opzichte van het aantal acute slachtoffers:

- Uren zijn niet altijd volledig binnen het CSG begroot**.** Dit omvat drie elementen:
    - Ten eerste maakt het veel verschil of de verpleegkundige van het ziekenhuis die de opvang op dag 0 doet door het CSG wordt betaald. Is dat niet het geval, dan is het aantal uren per slachtoffer automatisch al een stuk lager.
    - Ten tweede hebben in sommige regio's de casemanagers piketdiensten. Dat maakt de uren per slachtoffer hoger.
    - Ten derde worden casemanagers soms (deels) door een partij geleverd waarvan de uren niet (compleet) in de begroting van het CSG zijn gespecificeerd. Dan lijken de uren per slachtoffer laag, terwijl de totale kosten per uur (zie volgende paragraaf) juist hoog zijn.

- Het detailniveau dat regionale centra konden aanleveren verschilt. De ene regio houdt precies bij hoe de tijd besteed wordt op basis van tijdschrijven, terwijl andere regio's een hoog-over ureninschatting aanleverden. Mogelijk leidt dit tot onder- of overschatting van aantal beschikbare uren.
- De mix acute/niet-acute slachtoffers verschilt. We drukken de beschikbare uren uit ten opzichte van het aantal acute slachtoffers. De uren besteed aan niet-acute slachtoffers tellen daarin dus ook mee. Dit is besproken met alle regio's en de verwachting is dat dit resulteert in een overschatting van het aantal uren met ongeveer 15%. Casemanagers zijn relatief meer tijd kwijt aan de begeleiding van acute slachtoffers, in de regel wordt ~11 uur casemanagement per acuut slachtoffer genoemd en 2-3 uur per niet-acuut slachtoffer. Als een regio in verhouding tot andere regio's relatief nauwelijks niet-acute slachtoffers heeft, dan leidt dit in figuur 4 tot een relatief klein aantal uren ten opzichte van het aantal acute slachtoffers.
- De invulling van de overkoepelende coördinatietaken is niet uniform. In elk regionaal centrum is een coördinator actief. We zien dat de grootste regionale centra, gemeten in aantal acute slachtoffers per jaar, de meeste coördinatie-uren inzetten. Er zijn echter ook relatief kleine regio's, waarin de coördinator bijna net zoveel uren wordt ingezet. En er zijn grote regio's met weinig uren. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat sommige coördinatoren ook financiële taken uitvoeren en dat in sommige regio's meer budget beschikbaar is voor het opbouwen van het regionale zorgnetwerk. Figuur 5 illustreert de spreiding in de inzet van de coördinator tussen regio's.




*Figuur 5: De inzet van de coördinator (in uren, 2019) versus de omvang van het regionale centrum (in # acute slachtoffers, 2019)*

### De gemiddelde personeelskosten per uur lopen uiteen

Om meer beeld te krijgen bij de personeelskosten van regionale centra, zijn de personeelskosten afgezet tegen het aantal personele uren dat beschikbaar is op basis van het aantal fte in de begroting, gecorrigeerd voor gemiddeld aantal uren vakantie, ziekte en opleiding. Hier zijn alleen de personeelskosten meegeteld waarvan de personele uren zijn gespecificeerd. Als de meldkamer bijvoorbeeld wel een factuur stuurt maar de uren niet aanlevert, zijn deze kosten en uren niet meegenomen in deze analyse.

De spreiding in kosten per uur (gemiddelde kosten van alle functies) is bijna een factor twee; van EUR 41/uur tot EUR 92/uur. Ter illustratie: de kosten per fte coördinator variëren van EUR 55.000 tot EUR 145.000 per jaar.

De variatie is besproken met regionale centra en heeft meerdere oorzaken. Op basis van de aangeleverde informatie zijn de effecten van de verschillende oorzaken lastig te splitsen zijn. Genoemd zijn:

- De grondslag voor de berekening van de uurprijs verschilt tussen regio's. Sommige regio's gaan uit van bruto fte, inclusief verzuim, vakantie en scholing, en andere regio's van netto inzetbare uren. In dat laatste geval is in de meeste gevallen wel een opslag berekend voor kosten van vervanging. Op basis van de aangeleverde informatie was het niet mogelijk dit helemaal vergelijkbaar te maken. Ook gaan regio's verschillend om met de overheadkosten. Sommige regio's rapporteren sec personeelskosten en andere regio's verwerken in de uurprijs een opslag voor overheadkosten.
- De functiemix verschilt tussen regio's. De functies casemanager en coördinator worden ingevuld door mensen met verschillende achtergronden qua opleidingsniveau en ervarinsjaren.
- De CAO en inschaling verschilt tussen regio's. Aangezien de regionale centra zijn ondergebracht bij organisaties die verschillende Cao's hanteren is het aannemelijk te veronderstellen dat ook hierdoor verschillen in personeelskosten per uur ontstaan.

## Kosten van het landelijk bureau

De kosten van het landelijk bureau bedroegen EUR 215.000 in 2018 en EUR 305.000 in 2019. Tabel 2 toont de uitsplitsing naar de belangrijkste kostenposten. Met deze kosten voert het landelijk bureau de volgende taken uit: PR en communicatie, belangenbehartiging namens de regionale centra, de landelijke meldkamer, deskundigheidsbevordering, opstellen kwaliteitscriteria, borgen kwaliteit en bijhouden landelijke registratie. Daarnaast is er een chatfunctie waarmee slachtoffers, hun omgeving en zorgverleners laagdrempelig contact kunnen opnemen met het landelijk CSG.

| **Kostenpost** | **Kosten landelijk bureau** [x 1.000] |
|---|---|
| Personeel | 147 |
| Communicatie | 140 |
| Deskundigheidsbevordering | 3 |
| Administratie en beheer | 15 |
| **Totaal** | 305 |

*Tabel 2. Kosten van het landelijk bureau naar kostenpost (2019, realisatie)*

Personeel is de belangrijkste kostenpost. Communicatie is ook een belangrijke kostenpost. Daarin zitten onder andere de kosten van de landelijke telefonische helpdesk. Het CSG betaalt per ontvangen telefoontje en aangezien het aantal meldingen blijft stijgen, stijgen deze kosten mee. Daarnaast zitten in deze post onder andere de kosten voor het onderhoud van de website en het jaarlijkse congres.

# De financiering van regionale centra

## Regionale centra ontvangen veelal subsidie van meerdere centrumgemeenten

Gemeenten kopen de hulp van het CSG in. De regionale centra hebben een groot werkgebied. Daardoor hebben twaalf van de vijftien regionale centra te maken met inkoop door meer dan één centrumgemeente. Vijf regionale centra hebben te maken met twee centrumgemeenten. Twee regionale centra hebben te maken met vier centrumgemeenten, vier met drie centrumgemeenten en één regionaal centrum heeft te maken met vijf centrumgemeenten[15].

Dat een regionaal centrum te maken heeft met meerdere centrumgemeenten hoeft niet te betekenen dat ze ook met meerdere gemeenten afspraken maken: in de meeste gevallen hebben de gemeenten één penvoerder aangewezen als opdrachtgever. Deze gemeente betaalt het CSG en collecteert daarvoor bij de andere centrumgemeenten. Het algemene beeld is dat gemeenten de kosten van het CSG verdelen naar rato van inwoneraantallen. In één regio heeft een centrumgemeente bevestigd dat de overige centrumgemeenten waar het CSG voor werkt niet meebetalen, al zijn er concrete plannen om dit te veranderen.

De coördinator van het regionaal centrum maakt afspraken met de financiers. De meeste regionale centra (twaalf in totaal) ontvangen financiering in de vorm van een subsidie. Er zijn drie uitzonderingen. In twee regio's maakt het CSG een afspraak met de veiligheidsregio (dus niet direct met de gemeente). Het gaat dan om een meerjarige inkoopovereenkomst of een meerjarige programmabegroting (al dan niet naast een directe subsidie afspraak met een centrumgemeente). Als laatste is er één regio die boekhoudkundig direct onderdeel is van de gemeentelijke begroting, waardoor geen sprake is van een inkooprelatie.

Wat opvalt is dat voor financiële en inhoudelijke informatie in twee regio's direct contact was met de gemeente omdat die verantwoordelijk is voor alle financiële aangelegenheden (en niet de coördinator). In deze gevallen is sprake van een inkooprelatie tussen het CSG en de gemeente én van een 'partnership'. Een gemeenteambtenaar is dan nauw betrokken bij het reilen en zeilen van het CSG: weet van het zorgproces, van de samenwerking in de keten en maakt met de coördinator samen een begroting.

Ook valt op dat er verschil zit in de manier waarop geldstromen lopen: direct of indirect. Bij de directe variant (twee regio's) betaalt de gemeente niet eerst een bedrag aan het CSG (lees: de netwerkorganisatie die de boekhouding doet voor het CSG, zoals de GGD of Veilig Thuis), maar betaalt direct uit aan de leveranciers die onderdeel zijn van de begroting van het CSG, zoals het ziekenhuis, de GGD en de vrouwenopvang. Bij de indirecte variant (13 regio's) maakt de gemeente eerst over aan de host die voor de CSG de boekhouding doet, en wordt het geld daarna verdeeld onder de netwerkpartners die factureren (indien van toepassing, het kan ook voorkomen dat de host bijna alle resources ook zelf levert).

## De begroting van regionale centra komt niet op uniforme wijze tot stand

In dertien regionale centra is de coördinator verantwoordelijk voor het opstellen van de begroting en in twee gevallen doet de gemeente dit. De wijze waarop regionale centra de begroting opstellen verschilt. Sommige regionale centra maken een begroting met de inzet en kosten die zij denken te moeten maken om het verwacht aantal slachtoffers te helpen. Andere regionale centra maken een begroting op basis van het budget dat de gemeente beschikbaar stelt voor de subsidie. In beide gevallen blijven veel kosten onzichtbaar doordat de regionale centra meeliften op de infrastructuur

[15] Daarnaast is er één CSG waar een van de netwerkorganisaties ook een bijdrage heeft gekregen van de provincie. Gezien dit aflopend is, hebben wij dit verder niet gedetailleerd.

van andere organisaties. Daardoor hebben centrumgemeenten beperkt zicht op de relatie tussen volumegroei en budgettekorten. Voor dit onderzoek kijken we naar 2018 en 2019, maar het landelijk CSG zet voor de begrotingscyclus 2021 in op meer uniformiteit in termen van aantal slachtoffers en het geleverd aantal uren (direct en indirect) zorg.

### Het verantwoordingsproces is relatief vergelijkbaar

Regionale centra die een subsidie ontvangen leggen in de meeste gevallen verantwoording af aan de gemeente, dit is soms één keer per jaar en soms meerdere keren. Veel centrumgemeenten hanteren hiervoor vaste tijdlijnen. De exacte eisen verschillen per gemeente en zijn vastgelegd in de subsidieverordening; al kunnen er afwijkende afspraken zijn tussen het CSG en de gemeente. Na afloop van het jaar dient het regionale centrum een verslag in bij de financier (gemeente of veiligheidsregio), met daarin de verantwoording over de realisatie. Na goedkeuring van het verslag kent de financier het geld definitief toe.

Daarnaast zijn vaak bijeenkomsten met een stuurgroep bestaande uit de belangrijkste stakeholders, waar de begroting ook ter sprake kan komen. Deelnemende partijen zijn de coördinator van het regionale centrum, vertegenwoordigers van de centrumgemeente(n) en vertegenwoordigers van samenwerkingspartners, zoals het ziekenhuis, politie en Veilig Thuis. De governance-structuur valt buiten de scope van dit onderzoek.

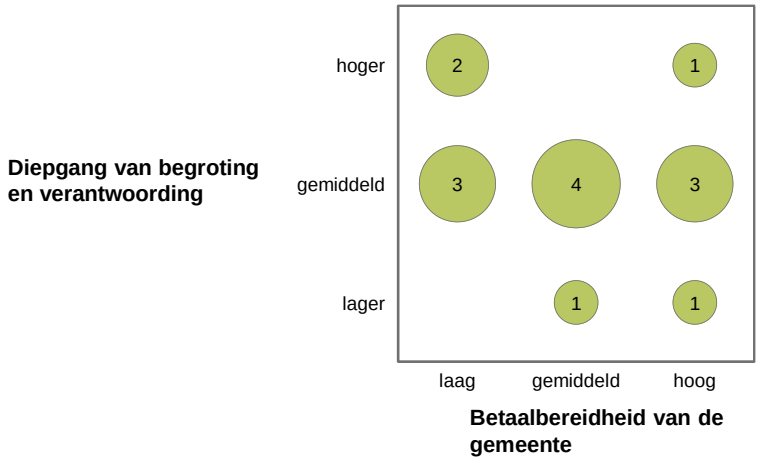
### Begroting is meestal ook realisatie

In bijna alle gevallen is er sprake van een hard plafond. Als een regionaal centrum meer kosten maakt dan begroot, worden die niet vergoed en komen die ten laste van een of meerdere van de netwerkorganisaties. Bijvoorbeeld als er meer slachtoffers waren dan verwacht. Casemanagers stellen dan geen ‘zorgstop’ in maar verlenen zorg in eigen tijd of in de uren van hun werkgever. Soms kan en mag een regionaal centrum dit nog goedmaken door te schuiven met andere posten waar een onderschrijding is. In uitzonderlijke gevallen vullen gemeenten ontstane tekorten aan, maar dan gaat het om kleine bedragen en met een grondige onderbouwing. Eén regionaal centrum gaf aan dat de gemeente een bedrag bij heeft gepast via een ‘bypass’; geen ophoging van de reguliere subsidie, maar een aanvullende aparte subsidie. Als een regionaal centrum minder kosten maakt dan begroot, mag het overschot in de meeste gevallen met het oog op toekomstige groei worden doorgeschoven naar een volgend jaar. In die gevallen is er geen terugbetaling.

### Er lijkt geen relatie tussen diepgang verantwoording en betaalbereidheid gemeente

Hoewel het formele verantwoordingsproces relatief vergelijkbaar is, zijn er wel verschillen in de praktijk. Sommige gemeenten zijn streng in termen van onderbouwing en eventuele overschrijdingen, anderen wensen minder detail te zien en stellen minder vragen bij de eindverantwoording. Het komt voor dat de gemeente zeer gedetailleerde eisen stelt aan de subsidieverstrekking, maar vervolgens een tekort alsnog aanvult.

Figuur 6 toont de classificatie van de betaalrelatie met de gemeente. Hiervoor hebben we in alle regio’s die diepgang van begroting en verantwoording beoordeeld op basis van de aangeleverde gegevens (soms heel summier, soms zeer gedetailleerd) en gesprekken met het CSG. De betaalbereidheid betreft de benodigde ruimte die regionale centra ervaren om te komen tot financiële afspraken met de gemeente, de indeling hebben wij achteraf gemaakt op basis van gesprekken en de aangeleverde informatie.




*Figuur 6: Classificatie van de betaalrelatie met de gemeente*

## De financiering van het landelijk centrum

Het landelijk CSG stelt elk jaar een subsidieplan op voor de landelijke functies en deelt deze met de gemeente Utrecht. Deze gemeente vervult namens de 35 centrumgemeenten de kassiersfunctie, en collecteert dus bij de centrumgemeenten hun bijdrage voor het landelijk CSG. De gemeente Utrecht heeft geen volledig mandaat om de subsidie goed te keuren en overlegt daarover met de centrumgemeenten.

Het landelijk bureau is sinds 1 september 2020 een stichting en heeft nu een eigen bankrekening om de subsidie voor 2021 te ontvangen. In 2019 en 2020 werd de financiële administratie gedaan door het Fonds Slachtofferhulp. Zij hebben een aparte kostenplaats ingericht ten behoeve van het CSG, waar de inkomsten en kosten worden geboekt. Omdat niemand in dienst is bij het landelijk bureau, factureren de 'leveranciers' van het personeel hun inzet aan het CSG.

Elk jaar wordt een aparte jaarrekening gemaakt voor het CSG-deel binnen de boekhouding van het Fonds Slachtofferhulp. Hier wordt ook een accountantsverklaring op afgegeven. Dit is een eis van de gemeente Utrecht. De kosten voor deze dienstverlening worden gedeclareerd bij het CSG.

## Aanbevelingen

We zien grote variatie tussen de regionale centra in de werkwijze, kosten en financiering van het CSG. Deze variatie volgt deels uit de regionale oriëntatie, waarin voor elk centrum is gezocht naar een oplossing die past bij het regionale zorglandschap. Niet alle variatie is echter verklaarbaar. Vanuit de situatie in 2019 doen we drie aanbevelingen naar de toekomst toe:

**1. Uniformeer de wijze van begroten, met oog voor de lokale situatie.**
Regionale centra en gemeenten hebben baat bij een helder en transparant beoordelingskader van de kosten van hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. We adviseren daarom om in alle regio's een vergelijkbaar format voor de begroting te hanteren, zodat vergelijking op landelijk niveau eenvoudiger is. Dat faciliteert regio's bij het leren van elkaar. Belangrijk daarbij is om uitgangspunten te formuleren voor:

- Kosten van 24/7 bereikbaarheid (vaste kosten, die los staan van productie). Hoeveel kosten/inzet is redelijkerwijs nodig om te zorgen dat slachtoffers altijd ergens terecht kunnen?
- Kosten van coördinatie en afstemming met ketenpartners (vaste kosten, die los staan van productie). Hoeveel kosten/inzet is redelijkerwijs nodig om een stevig regionaal netwerk te borgen?
- Kosten van hulp aan acute slachtoffers (variabele kosten die meeschalen met aantal slachtoffers dat wordt geholpen). Hoeveel kosten/inzet is redelijkerwijs nodig om één acuut slachtoffer goede zorg te bieden, rekening houdend met de kwaliteitseisen?
- Kosten van hulp aan niet-acute slachtoffers (variabele kosten die meeschalen met aantal slachtoffers dat wordt geholpen). Hoeveel kosten/inzet is redelijkerwijs nodig om één niet-acuut slachtoffer goede zorg te bieden, rekening houdend met de kwaliteitseisen?

Oog voor de lokale situatie is van belang bij het uniformeren van de werkwijze rondom het opstellen van de begroting. Er zijn veel lokale afspraken op basis van vertrouwen en samenwerking, die bijdragen aan betere zorg. We adviseren niet om top-down een norm opleggen, maar te doordenken wat locaties van elkaar kunnen leren. Het is waardevol om te onderzoeken in hoeverre hogere kosten bijdragen aan betere kwaliteit, dat viel buiten scope van dit onderzoek.

### 2. Vergroot de continuïteit van zorg door de afhankelijkheid van goodwill te verminderen.

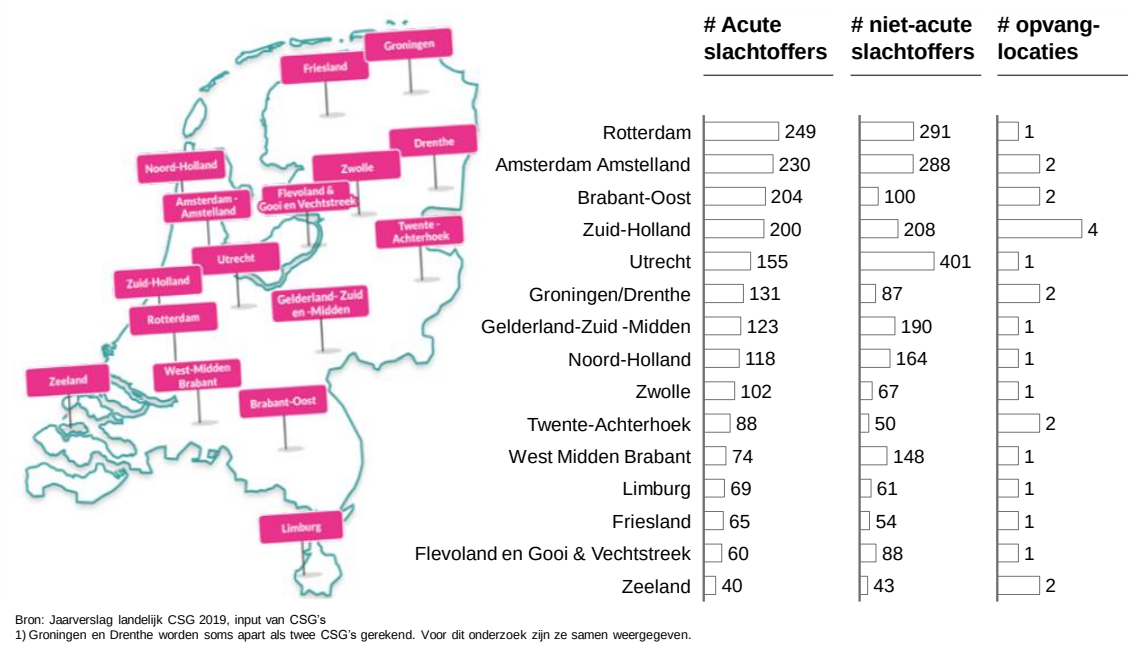
In een aantal regio's is het CSG kwetsbaar, omdat het veel diensten 'om niet' ontvangt van andere organisaties. Daardoor ontstaan risico's voor de continuïteit van zorg. Wat gebeurt er als hostorganisaties besluiten om diensten plots te gaan doorbelasten aan het CSG, al dan niet daartoe gedwongen door hun eigen financiële situatie?

De oplossing begint met het preciezer inzichtelijk maken welke zaken 'gratis' worden geleverd door organisaties in het netwerk. Dit onderzoek is daarin een begin. Een volgende stap is het inzichtelijk te maken waar risico's zitten en hoe groot die zijn, om vervolgens mitigerende maatregelen te treffen. Dit hoeft niet te betekenen dat de kosten in totaliteit toenemen, maar wel dat kosten zichtbaar worden gemaakt en op de juiste manier betaald. Een concreet voorbeeld is dat ziekenhuizen met verzekeraars een DBC met kostendekkend tarief overeenkomen voor de hulp aan acute slachtoffers op dag 0.

### 3. Overweeg alternatieve inkoopvormen.

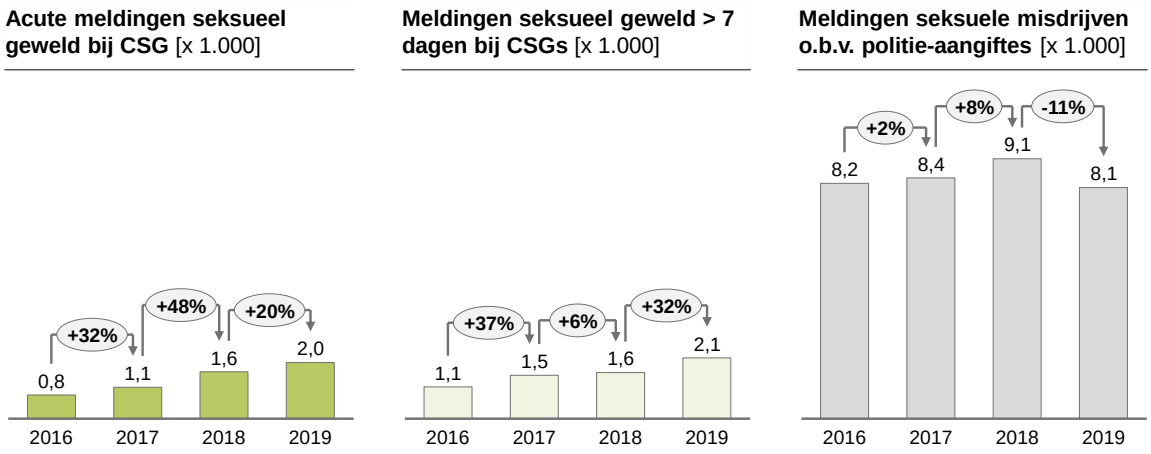
We observeren dat er veel tijd wordt besteed aan de begrotings- en verantwoordingscyclus. Over relatief kleine bedragen wordt veel overlegd en vaak ook met verschillende gemeenten. Overweeg daarom meerjarige afspraken of alternatieve inkoopvormen in plaats van de subsidie. Bijvoorbeeld zoals de inkoop van huisartsenposten door zorgverzekeraars. Dan ontvangt een regionaal centrum een jaarlijks budget, gebaseerd een vast bedrag ter dekking van vaste kosten voor bereikbaarheid en coördinatie afhankelijk van de lokale situatie en een variabel bedrag op basis van het verwacht aantal slachtoffers en een prijs per product (x uren a y EUR/uur per slachtoffer). Waarbij aan het eind van het jaar verrekening plaats vindt op het variabele deel (nacalculatie), als het aantal geholpen slachtoffers aan het eind van jaar hoger/lager blijkt dan de afgesproken bandbreedte. Dit voorkomt niet alleen veel administratie, het geeft ook een vaste basis met grip op kostenontwikkeling en meer stabiliteit.

# Appendix



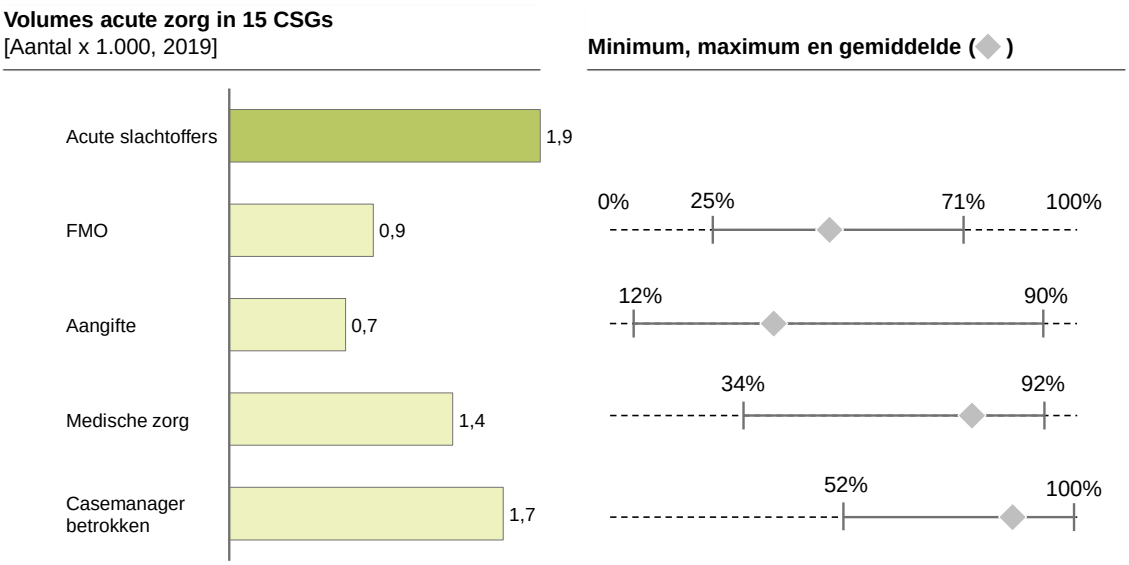

Bron: Jaarverslag landelijk CSG 2019, input van CSG's
1) Groningen en Drenthe worden soms apart als twee CSG's gerekend. Voor dit onderzoek zijn ze samen weergegeven.

*Figuur 7 - Overzicht regionale centra, met omvang in aantallen slachtoffers en aantal opvanglocaties (2019)*




Bron: Financiële knelpunten CSG, CBS

*Figuur 8 - Ontwikkeling van het aantal meldingen bij het CSG*




*Figuur 9 - Overzicht geleverde diensten van regionale centra*