

# Maatwerkvoorzieningen Jeugd

## Regio Midden-Holland

Utrecht, 19 mei 2014

GM31/001 notitie maatwerkvoorzieningen jeugd

**Inhoud**

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1	Inleiding	3
1.2	Aanpak	4
1.3	Leeswijzer	4
<b>2</b>	<b>Bronnen en interpretatie cijfermateriaal</b>	<b>5</b>
2.1	Beperkingen cijfermateriaal	5
2.2	Extrapolatie naar 2015	6
<b>3</b>	<b>Huidige situatie</b>	<b>7</b>
3.1	Populatie	7
3.2	Zorggebruik	8
3.3	Extrapolatie naar 2015	12
3.4	Taakstelling	12
<b>4</b>	<b>Beoordelingskader</b>	<b>13</b>
4.1	Continuïteit	13
4.2	Innovatie	13
4.3	Risico's	13
4.4	Gebundelde krachten	13
<b>5</b>	<b>Inkoopscenario's</b>	<b>14</b>
5.1	Kanttekeningen	14
5.2	Kadernota 'Gebundelde krachten' – Keuzes Inkoop	14
5.3	Inkoopscenario I – toekomstscenario	16
5.4	Inkoopscenario II – tussenscenario	17
5.5	Inkoopscenario III - terugvalsscenario	18
<b>6</b>	<b>Toetsing met aanbieders</b>	<b>20</b>
6.1	Verslag bijeenkomst aanbieders	20
6.2	Diagnostiek	20
6.3	Aanbevelingen	20
<b>7</b>	<b>Verkenning: populatiebekostiging</b>	<b>22</b>
7.1	Definitie populatiebekostiging	22
7.2	Mogelijkheden populaties	23
<b>8</b>	<b>Slotbeschouwing</b>	<b>26</b>
	<b>Bijlage 1: Huidige voorzieningen in kaart</b>	<b>27</b>
	<b>Bijlage 2: Bronanalyse</b>	<b>32</b>
	<b>Bijlage 3: Zorggebruik en kosten</b>	<b>33</b>
	<b>Bijlage 4: Invuloefening populaties</b>	<b>36</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Inleiding

Met de nieuwe Jeugdwet decentraliseert de verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van jeugdigen met een zorgvraag naar de gemeenten. Per 1 januari 2015 worden gemeenten verantwoordelijk voor ondersteuning gericht op geestelijke en/of lichamelijke beperkingen, jeugdhulp en opvoedhulp.

Met de nieuwe verantwoordelijkheden komen ook budgetten over naar de gemeenten. Hoewel het om aanzienlijke bedragen gaat, ligt er een taakstelling oplopend tot 15% ten opzichte van de huidige situatie. Het ongewijzigd doorzetten van de huidige voorzieningen is daarmee geen optie. De gemeenten staan voor de opgave de taken beter, goedkoper en anders uit te voeren.

De gemeenten in Midden-Holland werken samen om deze decentralisatie vorm te geven. In de Kadernota 'Gebundelde Krachten' zijn de uitgangspunten voor de decentralisatie opgenomen. De kern is zelfredzaamheid in de thuissituatie mogelijk maken. Hulp en ondersteuning worden dichterbij en in samenhang georganiseerd om de vragen en/of behoeftes van de inwoners integraal en passend te kunnen beantwoorden.

Op basis van onder andere 'Gebundelde Krachten' zijn op hoofdlijnen de volgende voorzieningen jeugd te benoemen:

- Jeugdzorg plus
- Jeugdbescherming
- Jeugdreclassering
- Jeugd en opvoedhulp
  - Ambulante jeugdhulp (langdurig)
  - Dagbehandeling
  - Verblijf pleegzorg
  - Verblijf 24- uurs zorg
  - Spoedeisende zorg (ambulant en verblijf)
- Jeugd VG, ZG en LVG
  - Individuele begeleiding zonder verblijf (langdurig)
  - Dagbesteding met vervoer zonder verblijf (langdurig)
  - Kortdurend verblijf/logeren
  - Langdurend verblijf
- Jeugd GGZ:
  - Tweedelijns zonder verblijf
  - Tweedelijns met verblijf.

De voorliggende notitie beschrijft hoe de inkoop van deze voorzieningen in Midden-Holland kan worden ingevuld. Hierbij wordt onder andere uitgegaan van de transformatiedoelen uit 'Gebundelde krachten' en de inkoopscenario's die zijn geformuleerd door de stuurgroep Jeugd. Het toekomstscenario is de inkoop op basis van een gemiddelde cliëntprijs. Dit scenario wordt in deze notitie verder toegelicht.

De notitie dient als eerste stap om te komen tot de wijze waarop de inkoop daadwerkelijk gaat plaatsvinden. De feitelijke invulling zal nader bepaald worden aan de 'fysieke inkoopafels' in samenspraak met zorgaanbieders.

## 1.2 Aanpak

Allereerst hebben wij de huidige situatie van de jeugdzorg in kaart gebracht door middel van het verzamelen en analyseren van (cijfer)materiaal over de huidige zorgvormen. Om hoeveel kinderen gaat het? Wat voor ondersteuning gebruiken zij nu? Wat zijn de kosten? En hoe hangen de voorzieningen met elkaar samen? Hoewel de bronnen beperkt zijn, geeft de analyse een indicatief beeld.

Het beeld van de huidige situatie heeft geleid tot een drietal scenario's voor zorginkoop. Deze scenario's tonen welke zorgvormen op welke manier ingekocht zouden kunnen worden en kunnen als input voor een marktconsultatie dienen. De haalbaarheid en wenselijkheid van het toekomstscenario hebben wij aan de hand van een beoordelingskader beschreven.

Het huidige beeld van de jeugdzorg en de drie scenario's hebben wij in een bijeenkomst aan aanbieders voorgelegd. In een brainstorm zijn wij vervolgens op zoek gegaan naar hoe de scenario's het beste ingevuld kunnen worden.

## 1.3 Leeswijzer

Deze notitie start met de kanttekeningen die bij de bronnen van de gegevens geplaatst kunnen worden. Dit omdat de kwaliteit van de beschikbare (cijfermatige) bronnen beperkt is en dit (grote) invloed heeft op de manier waarop de analyses en conclusies geïnterpreteerd moeten worden.

In hoofdstuk 3 wordt inzicht gegeven in de huidige situatie door middel van een analyse van het zorggebruik en de kosten van de zorg voor jeugd in Midden-Holland.

Hoofdstuk 4 bevat een beoordelingskader en hoofdstuk 5 bevat een uitwerking van de mogelijke inkoopscenario's, getoetst aan het beoordelingskader.

De inkoopscenario's zijn door middel van een marktconsultatie getoetst bij de aanbieders. Een kort verslag van de bijeenkomst is weergegeven in hoofdstuk 6.

In hoofdstuk 7 werken we vervolgens een mogelijk toekomstscenario uit naar aanleiding van de bijeenkomst met aanbieders. Dit scenario werkt de aanbevelingen van de aanbieders uit in een scenario dat dicht bij het toekomstscenario van de regio ligt en daarnaast ook prikkelt om te veranderen in de gewenste richting (op basis van de laatste ervaringen en inzichten van AEF).

## 2 Bronnen en interpretatie cijfermateriaal

De kwaliteit van de beschikbare (cijfermatige) bronnen in het jeugddomein is beperkt. Dit heeft invloed op de manier waarop de analyses en conclusies in deze notitie geïnterpreteerd moeten worden. Dit hoofdstuk bevat een inzicht in de beperkingen van het materiaal en in de keuzes die gemaakt zijn in de bewerking van het materiaal. De beperkingen leiden ertoe dat de cijfermatige analyse in deze notitie indicatief is. Helaas zijn er op dit moment geen betere bronnen.

De belangrijkste cijfermatige bronnen zijn:

- Jeugdmonitor CBS/SCP
- 2<sup>e</sup> Startfoto MH, werkgroep: voldoende en passend aanbod van jeugdhulp in Midden-Holland, juni 2013
- Impactanalyse jeugdzorg, Regio Midden-Holland, HHM, maart 2014
- De Vektis-bestanden die in verband met de decentralisatie van de AWBZ aan de gemeenten ter beschikking zijn gesteld
- Factsheets regio Zuid-Holland Midden, de factsheets voor alle afzonderlijke gemeenten en los aangeleverd materiaal, BJZ, 2014
- Samenvatting transitie Zuid-Holland, Provincie, december 2013.

Deze bronnen bevatten ieder informatie over (delen van) de jeugdzorg in de regio. Op sommige onderdelen zijn de verschillen tussen de bronnen klein, op andere onderdelen zijn er grotere en goeddeels onverklaarbare verschillen. In de bijlage is een overzicht opgenomen waarin de bronnen naast elkaar zijn gezet en is aangegeven hoe de keuzes voor deze notitie zijn gemaakt.

### 2.1 Beperkingen cijfermateriaal

Bij de interpretatie van de cijfers in deze notitie moet in ieder geval rekening gehouden worden met de volgende punten:

- **Peildatum cijfermateriaal 2011/2012.** De meest volledige set data stamt uit 2011/2012. Veranderingen die tussen 2011/2012 en 2015 plaats hebben gehad, komen niet terug in de cijfers. Het is niet mogelijk gebleken om goede inschattingen van eventuele afwijkingen te maken.

Veranderingen die mogelijk een grote impact hebben, zijn (niet uitputtend):

- Autonome groei/daling van de zorgvraag/-levering
- Invoering Basis-GGZ in de zorgverzekeringswet
- PGB maatregelen 2012.

- **Overlap financieringsstromen.** Uit onderzoek is bekend dat een deel van de jeugdigen zorg ontvangen vanuit meerdere financieringsstromen. Zij krijgen bijvoorbeeld ondersteuning via de provinciale jeugdzorg en volgen een behandeling binnen de GGZ. In het oude stelsel waren de drie financieringsstromen (provinciaal/Rijk, zorgverzekeringswet en AWBZ) gescheiden. Daardoor zijn ook de administraties gescheiden. Het is daarmee niet mogelijk om op basis van de bronnen de overlap tussen de stromen in kaart te brengen. Daarmee is niet inzichtelijk om hoeveel unieke cliënten het in de regio/gemeenten gaat.
- **Ontbrekend/onduidelijk materiaal.** Er is lang onduidelijkheid geweest over welke zorgvormen exact gedecentraliseerd worden.

Het is onduidelijk of de verschillende bronnen volledig zijn. Daarnaast is er een aantal thema's waarover nog onduidelijkheid is. De belangrijkste hiervan zijn het zogenaamde 'DBC-gat' voor de zorg uit de zorgverzekeringswet (jeugd-GGZ) en de manier waarop het overgangsregime voor kapitaalslasten (invoering van de NHC's) in de macrobudgetten zijn opgenomen. Hiernaast bevatten de cijfers over de zorg uit de zorgverzekering (jeugd-GGZ) voor 2011 slechts 85% van de schadelast. Onduidelijk is of een extrapolatie tot een foutieve interpretatie leidt.

- **PGB.** Naast de hiervoor genoemde PGB maatregelen is er nog een ander aandachtspunt rondom de PGB's. Voor de overige vormen van zorg zijn de bronnen in samenwerking met de aanbieders te controleren en indien nodig te corrigeren. Voor de PGB's is dit niet mogelijk.
- **Woonplaatsbeginsel.** Het woonplaatsbeginsel bepaalt welke gemeente verantwoordelijk is voor een jeugdige. De verschillende bronnen hanteren verschillende uitgangspunten voor die bepaling. Dit zorgt voor verschillen in de cijfers, waarbij met name de relatief dure jeugdigen (met verblijfszorg) verkeerd zijn toegedeeld. Hierbij geldt dat de foutmarges toenemen naarmate de eenheid waar naar gekeken wordt kleiner is. Eén verkeerd toegewezen jeugdige heeft meer impact op Vlist dan op Gouda. En meer op Gouda dan op de gehele regio.

Deze beperkingen leiden ertoe dat de beschikbare cijfers niet meer dan indicatief zijn. Verder geldt dat foutmarges toenemen naarmate de eenheid waarnaar gekeken wordt kleiner is. Dit betekent dat de cijfers op gemeentelijk niveau over het algemeen onbetrouwbarder zullen zijn dan de cijfers op regionaal niveau. Zeker bij weinig voorkomende zorgvormen en vormen waar huisvesting een rol speelt zijn de gegevens op gemeentelijk niveau niet betrouwbaar.

## 2.2 Extrapolatie naar 2015

De peildatum van het bronmateriaal is 2011 en/of 2012. Het maken van een extrapolatie naar 2015 is uitermate lastig, omdat informatie over de ontwikkelingen in de tussentijd ontbreekt. We missen inzicht in de volgende factoren:

- Autonome groei/daling van de zorgvraag/-levering
- Invoering Basis-GGZ in de zorgverzekeringswet
- PGB maatregelen 2012.

Ook de voorbereidingen voor de decentralisatie met de bijbehorende taakstellingen en de overige Rijksbezuinigingen op met name de AWBZ zullen invloed hebben op de aantallen cliënten en de benodigde budgetten.

Voor de jeugd-GGZ uit de Zorgverzekeringswet heeft de invoering van de Basis-GGZ in de periode tussen 2011 en 2015 grote invloed. Deze ontwikkeling zorgt voor een andere inrichting van het systeem en daarmee voor andere cliëntstromen. Daarnaast kan een goede inrichting van sociale teams een aanzuigende werking hebben.

Voor de zorg uit de AWBZ geldt dat de aanvullende Rijksbezuinigingen op begeleiding, kortdurend verblijf, vervoer en de PGB's een grote aanpassing van het zorgpakket zullen vragen. De doorwerking van deze bezuinigingen heeft waarschijnlijk een grotere impact dan de taakstelling horend bij de decentralisaties.

### 3 Huidige situatie

In dit hoofdstuk beschrijven we de huidige situatie op het gebied van zorg voor jeugd op basis van de beschikbare gegevens voor Midden-Holland. Het hoofdstuk geeft inzicht in de populatieopbouw, de beschikbare budgetten en het zorggebruik van de regio Midden-Holland en de specifieke gemeenten. De gegevens voor de vijf kleinste gemeenten zijn gebundeld onder K5.

#### 3.1 Populatie

In de regio Midden-Holland woonden in 2012 ruim 50.000 jeugdigen (0-18). Dit is 22% van het totaal aantal inwoners. De gemeenten zijn vergelijkbaar in populatieopbouw.

2012	Bodegraven-Reeuwijk	Gouda	K5	Waddinxveen	Zuidplas	Regio
<b>Aantal inwoners</b>	32.834	71.235	53.536	25.280	40.673	223.558
<b>Aantal 0-18 jarigen</b>	7.716	15.816	11.901	5.516	9.285	50.234
<i>Aandeel 0-18</i>	24%	22%	22%	22%	23%	22%

##### 3.1.1 Populatiezwaarte

Bij het vergelijken van jeugdzorggebruik kan gebruik worden gemaakt van de zogenaamde 'gewogen jeugdigen'. Dit is het aantal jeugdigen in een gemeente, waarbij sommige jeugdigen een zwaarder gewicht krijgen (en dus extra tellen). Dit gebeurt op basis van de bekende oververtegenwoordiging van deze jeugdigen in jeugdzorg. De jeugdigen die extra tellen zijn allochtone jeugdigen en jeugdigen uit eenoudergezinnen.

De ratio tussen het aantal 'gewogen jeugdigen' en het gewone aantal jeugdigen geeft een indicatie van de zwaarte van de populatie. Hoe hoger deze ratio(wegingsfactor), hoe zwaarder de populatie. Een hoger aantal gewogen jeugdigen leidt tot een hoger verwacht zorggebruik. Deze methode kent beperkingen, omdat de indicatoren voor weging (allochtone jongeren, jongeren uit eenoudergezin) beperkt zijn en niet specifiek zijn voor deze regio, waar minder allochtone jongeren opgroeien dan in stedelijk gebied. Naar verwachting zal het nieuwe objectieve verdeelmodel met meer factoren rekening houden dan het oorspronkelijke verdeelmodel voor provinciale jeugdzorg. Zolang dit verdeelmodel nog niet bekend is, is het huidige verdeelmodel echter de beste maat.

Onderstaande tabel bevat de wegingsfactoren in Midden Holland.

2012	Bodegraven-Reeuwijk	Gouda	K5	Waddinxveen	Zuidplas	Regio
<i>Wegingsfactor</i>	1,20	1,34	1,19	1,23	1,24	1,25

Ten opzichte van het landelijk gemiddelde (1,32) heeft de regio Midden-Holland een relatief lichte populatie jeugdigen (een lage wegingsfactor). Uitzondering is Gouda.

### 3.1.2 Budget per jeugdige

Voordat de analyse van het zorggebruik gepresenteerd wordt, vergelijken we de macrobudgetten (decemberherziening). Deze budgetten zijn gebaseerd op historisch zorggebruik en zeggen dus ook iets over dat gebruik. Bij een hoger bedrag per jeugdige kan op basis van historisch zorggebruik gesteld worden dat het zorggebruik per jeugdige hoger is. Onderstaande tabel bevat de macrobudgetten en het bedrag per jeugdige in Midden-Holland.

	Bodegraven- Reeuwijk	Gouda	K5	Waddinx- veen	Zuidplas	Regio
<b>Macrobudget (mln €)</b>	<b>6,9</b>	<b>22,1</b>	<b>9,8</b>	<b>5,4</b>	<b>8,2</b>	<b>52,3</b>
Budget per jeugdige (€)	895	1.396	820	978	878	1.041
Budget per gewogen jeugdige (€)	745	1043	692	796	712	833

Bovenstaande tabel toont dat in Gouda en in mindere mate in Waddinxveen relatief veel kosten per jeugdige worden gemaakt. Een belangrijke oorzaak hiervoor is dat een groter deel van de jeugdigen gebruik maakt van zorg. Dit wordt bevestigd door het budget per gewogen jeugdige.

## 3.2 Zorggebruik

### 3.2.1 Gebruik per zorgvorm

Onderstaande tabel toont per zorgvorm een indicatie van het aantal cliënten en de bijbehorende kosten. De cijfers zijn **indicatief**. Voor Toegang en melding en Provinciaal/Rijk is de peildatum 2012, Voor AWBZ ZIN 2012, AWBZ PGB 2011 en voor ZVW 2011. In bijlage 2 is aangegeven wat de herkomst is van de cijfers.

Zorgvorm	Huidige financiering	# cliënten	Kosten (mln euro)
<b>Totaal</b>		<b>Onbekend</b>	<b>55,5</b>
<b>Toegang en melding</b>			<b>5,3</b>
Toegang (BJZ) (2013)	Provinciaal	820	4,1
AMK (2011)	Provinciaal	1.702	1,3
<b>Inschatting landelijk werkende instellingen</b>		<b>Onbekend</b>	<b>1,2</b>
<b>Totaal provinciaal/rijk (2011)</b>		<b>Onbekend</b>	<b>20,9</b>
Totaal open Jeugdzorg	Provinciaal	1.142	13,7
<i>Waarvan hoofdaanspraak:</i>			
Ambulant		685	
Dagbesteding/-behandeling		171	
Open residentieel		171	
Pleegzorg		114	
Jeugdzorg Crisis	Provinciaal	377	1,1
Jeugdbescherming	Provinciaal	397	2,7
Jeugdreclassering	Provinciaal	160	0,5
Jeugdzorgplus	Rijk	31	2,9
<b>Totaal AWBZ (2012/2011)</b>	<b>AWBZ</b>	<b>1.074</b>	<b>16,0</b>
Met verblijf((L)VG,GGZ-C)	AWBZ	45	1,7



Zorgvorm	Huidige financiering	# cliënten	Kosten (mln euro)
Zonder verblijf (PV,BGI,BGG, BH,KVB)	AWBZ	1.029	14,4
<i>Waarvan:</i>			
ZIN	AWBZ	223	4,0
PGB	AWBZ	760	10,4
<b>Totaal ZVW Jeugd-GGZ (2011)</b>		<b>3.676</b>	<b>12,1</b>
<i>Eerste lijn</i>		907	0,4
<i>Tweedelijns zonder verblijf</i>		2.720	8,7
<i>Tweedelijns met verblijf</i>		49	3,1

De verschillende zorgvormen zijn inhoudelijk vaak moeilijk van elkaar te onderscheiden, waardoor een kind met een specifiek probleem in verschillende sectoren kan belanden.<sup>1</sup> Bovendien komt het voor dat een kind gebruik maakt van meerdere zorgvormen. Op basis van de huidige bronnen is geen inzicht in de omvang van deze overlap.

Hoewel de bedragen in bovenstaande tabel gezamenlijk een totaal van de kosten vormen, geldt dat de aantallen cliënten niet opgeteld kunnen worden tot een totaal aantal unieke jeugdigen.<sup>2</sup> Wel kan een dergelijk totaal als bovengrens voor het aantal unieke jeugdigen gehanteerd worden.

Bovenstaande tabel is ook op gemeenteniveau beschikbaar (zie bijlage 3). Er moet rekening mee worden gehouden dat de beperkingen in het bronmateriaal (zie hoofdstuk 2) groter zijn naarmate de eenheid waar naar gekeken wordt kleiner is. De betrouwbaarheid van de cijfers op gemeenteniveau is daarmee aanmerkelijk kleiner dan op regioniveau.

### 3.2.2 Samenloop zorgvormen

Zoals aangegeven is op basis van de beschikbare cijferbronnen geen inzicht in de samenloop van zorgvormen. Vanuit de transformatiegedachte is juist deze samenloop interessant. Het stroomlijnen van de samenloop is één van de belangrijkste innovatiemogelijkheden.

In deze notitie Terecht in de Jeugdzorg<sup>3</sup> is onder andere onderzoek gedaan naar deze samenloop. Uit deze notitie blijkt dat met name tussen de provinciale jeugdzorg en de Jeugd-GGZ sprake is van overlap, maar dat ook tussen jeugd-GGZ en Jeugd-LVB overlap aanwezig is.

De definities in deze notitie wijken af van de definities die in de beschikbare cijfermatige bronnen worden gehanteerd<sup>4</sup>. Hierdoor zijn de resultaten helaas niet één op één toe te passen op de cijfers. Er is een **zeer grove inschatting** gemaakt voor de omvang van de

<sup>1</sup> Terecht in de jeugdzorg, SCP, januari 2013

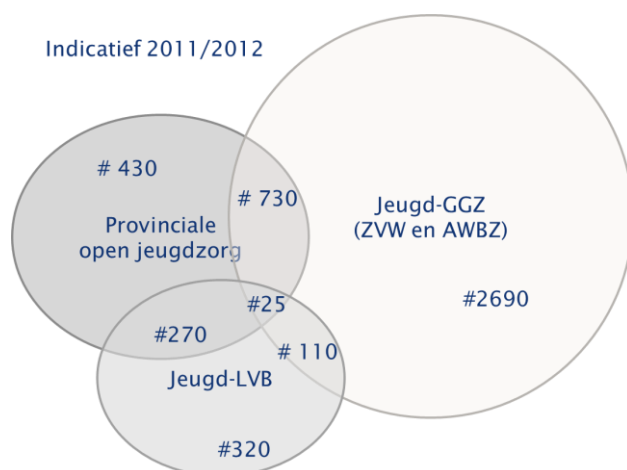
<sup>2</sup> Een overzicht met de bedragen in euro's is bijgevoegd in bijlage 3.

<sup>3</sup> Terecht in de jeugdzorg, SCP, januari 2013

<sup>4</sup> In de cijfermatige bronnen wordt de langdurige GGZ (AWBZ-GGZ) grotendeels samengenomen met de LVG. In deze notitie Terecht in de jeugdzorg wordt de de langdurige GGZ (AWBZ-GGZ) gecombineerd met de kortdurende GGZ (ZVW-GGZ) gemaakt.

overlap. Voor de open jeugdzorg en de AWBZ en ZVW zorg laat dit het volgende beeld zien voor het aantal cliënten en de overlap tussen zorgvormen.

In onderstaande figuur is bijvoorbeeld te zien dat naar schatting ongeveer 2.690 cliënten enkelvoudige Jeugd-GGZ (ZVW en/of AWBZ) kregen, terwijl 730 cliënten zowel GGZ als provinciale jeugdzorg kregen. In het totaal gaat het voor deze zorgvormen om een overlap van ongeveer 20%.



Over de overlap met Jeugdzorg Crisis, Jeugdbescherming, Jeugdreclassering en Jeugdzorgplus is geen informatie, deze zorgvormen zijn ook niet opgenomen in voorgaande figuur. Op basis van deze grove analyse kan de volgende tabel worden opgesteld.

	Totaal aantal unieke jeugdigen
Maximaal (bovenkant bandbreedte)	6.480
Aangescherpte schatting	5.150

### 3.2.3 Samenloop binnen zorgvormen

Ook binnen de drie financieringsstromen, provinciaal, AWBZ en ZVW is er sprake van overlap. Maar ook hier zijn gegevens beperkt beschikbaar.

Voor de provinciale zorg is er geen informatie over de overlap in gerealiseerde zorg. Wel zijn er gegevens over de indicaties afgegeven door BJZ. Onderstaande tabel bevat een overzicht van de samenloop in de indicaties op 31 december 2013. Hierbij is enkel naar de indicaties voor provinciale jeugdhulp gekeken.

Combinaties van indicaties open jeugdzorg provincie	Aandeel cliënten
Enkel dagbesteding/-behandeling	8%
Ambulant en Dagbesteding/-behandeling	44%
Ambulant, Dagbesteding/-behandeling en open residentieel	34%
Ambulant, Dagbesteding/-behandeling en pleegzorg	13%
Ambulant, Dagbesteding/-behandeling, open residentieel en pleegzorg	2%

Bovenstaand overzicht laat zien dat verreweg het grootste deel van de cliënten een combinatie van indicaties heeft. Bovenstaand overzicht zegt overigens niets over welke

'hoofdaanspraak' een cliënt heeft (vergelijk tabel op pagina 11) of welke zorg daadwerkelijk afgenomen wordt.

Voor de AWBZ geldt dat 40% van de extramurale cliënten (zonder verblijf) een enkelvoudige indicatie hebben. Het gaat dan met name om individuele begeleiding. Ruim 20% heeft een combinatie van individuele begeleiding, groepsbegeleiding en kortdurend verblijf. En 10% van alleen individuele begeleiding en groepsbegeleiding. De overige cliënten hebben een combinatie van begeleiding met persoonlijke verzorging.

### 3.2.4 Kosten per jeugdige

Op basis van de tabel op pagina 11 kunnen de gemiddelde kosten per cliënt per jaar bepaald worden. Let op: dit zijn niet de gemiddelde kosten voor een vol jaar ondersteuning van één cliënt en ook geen trajectprijzen; het zijn de gemiddelde kosten die de gemeenten in een jaar per cliënt maken. Hierbij wordt ook rekening gehouden met cliënten die maar een deel van het jaar ondersteuning hebben ontvangen.

	<b>Gemiddelde kosten per cliënt (euro)</b>
<b>Totaal provinciaal/Rijk (2011)</b>	
Totaal open Jeugdzorg	12.000
Jeugdzorg Crisis	3.024
Jeugdbescherming	6.762
Jeugdreclassering	3.123
Jeugdzorgplus	92.817
<b>Totaal AWBZ (2012/2011)</b>	
Met verblijf((L)VG,GGZ-C)	14.933
Zonder verblijf (PV, BGI, BGG, BH, KVB)	37.036
<i>Waarvan:</i>	
ZIN	13.966
PGB	17.983
<b>Totaal JeugdGGZ (2011)</b>	
Eerste lijn	3.297
Tweedelij n zonder verblijf	405
Tweedelij n met verblijf	3.199
	62.274

Bovenstaand overzicht moet met de nodige armslag geïnterpreteerd worden vanwege de onzekerheden in de basisgegevens.

Helaas is het niet mogelijk om bovenstaande gemiddelde prijzen te combineren met de inschattingen over de overlap tussen zorgvormen. Juist cliënten die gebruik maken van verschillende zorgvormen zijn naar verwachting niet 'gemiddeld'.

### 3.3 Extrapolatie naar 2015

Voor het verwachte zorggebruik in 2015 wordt voorlopig uitgegaan van de beschikbare gegevens over het zorggebruik in 2011 en 2012. Hierbij wordt voor de GGZ samengewerkt met de zorgverzekeraar. Voor de provinciale jeugdzorg worden de percentages van de provincie gehanteerd. Met name voor de AWBZ zijn er blijvende onzekerheden in de aantallen. Voor 2015 wordt dan ook uitgegaan van de huidige aantallen en historisch zorggebruik.

### 3.4 Taakstelling

#### *Context*

In de voorlopige macrobudgetten wordt uitgegaan van een macrotaakstelling van 120 miljoen in 2015, oplopend naar 300 miljoen in 2016 en 450 miljoen in 2017. Procentueel komt dit ongeveer overeen met een bezuiniging van 4% in 2015, oplopend naar 10% in 2016 en 15% in 2017. De afspraken in het Regionaal Transitiearrangement (RTA) zijn gemaakt op basis van deze macrotaakstelling.

Behalve de beleidskeuzes op het gebied Jeugd spelen ook andere beleidswijzigingen en afspraken een rol. De belangrijkste hiervan spelen in het deel van het budget dat overgeheveld wordt vanuit de AWBZ en de ZVW.

- In het zorgakkoord is afgesproken dat er meer geld beschikbaar komt voor de GGZ. Dit geldt zowel voor volwassenen-GGZ als voor jeugd-GGZ, en deze afspraken zijn dan ook doorvertaald naar het budget voor de jeugd, dat voor de GGZ-sector daarom met 6% opgehoogd is ten opzichte van het budget waar oorspronkelijk van werd uitgegaan.
- Op het budget voor begeleiding en persoonlijke verzorging vanuit de AWBZ wordt een fikse korting toegepast. Voor begeleiding komt de korting neer op 25%, voor persoonlijke verzorging op 15%. Daarnaast is door de PGB-maatregel de instroom van PGB's beperkt. Deze maatregelen worden ook doorberekend op het budget voor jeugd. De bezuiniging wordt niet gestapeld, maar zorgt er wel voor dat de effectieve bezuiniging binnen de AWBZ neerkomt op 18%. Vanuit het Rijksbeleid valt deze 18% vooral in de lichtere zorgvormen en de bekostiging vanuit PGB's.

Door de beleidskeuzes in de verschillende sectoren, is de bezuiniging vanuit het Rijk niet voor alle sectoren gelijk. Gemiddeld over de sectoren komt de bezuiniging in 2015 uit op 6,8%, wat aanzienlijk hoger is dan de 4% waar het RTA op gebaseerd is. Gemeenten hebben wel beleidsvrijheid om deze bezuinigingen anders in te vullen.

#### *RTA Midden-Holland*

Bij het landelijk beschikbaar stellen van de budgetten worden de definitieve budgetten bekend gemaakt. Hierbij is de intentie, zoals weergegeven in het RTA, dat voor de gezamenlijke aanbieders van niet vrij-toegankelijke jeugdhulp voor de uitvoering van lopende en nieuwe jeugdhulp in ieder geval 95% (2015), 85% (2016) en 75% (2017) van het landelijk in Midden-Holland beschikbare budget beschikbaar blijft. Deze gezamenlijke afgesproken intenties van budgetten worden in het inkoopproces nader ingevuld.

## 4 Beoordelingskader

De stuurgroep Jeugd heeft een drietal inkoopscenario's geïdentificeerd:

- 1 **Toekomstscenario:** Inkoop op basis van een gemiddelde cliëntprijs.
- 2 **Tussenscenario:** Inkoop op basis van een beperkt aantal te onderscheiden trajecten/cliëntprijzen.
- 3 **Terugvalscenario:** Inkoop op basis van de huidige systematiek.

De afweging om te kiezen voor een bepaald scenario in 2015 wordt ondersteund door onderstaand beoordelingskader. Het beoordelingskader is een kwalitatieve benadering van de verschillende scenario's. Het kader valt uiteen in drie onderdelen. Zoals in onderstaande figuur is uitgebeeld, zijn deze onderdelen doorlopend met elkaar verbonden. Daarnaast kan het zwaartepunt verschuiven in de loop van de jaren, daar waar het garanderen van zorg continuïteit en het beperken van risico's in 2015 belangrijk zijn, kan richting 2017 innovatie belangrijker worden om de bezuinigingstaakstelling te kunnen realiseren.

### 4.1 Continuïteit

Cliënten moeten ook in 2015 de zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. Dit geldt zowel voor bestaande (= wettelijke verplichting) als nieuwe cliënten. Met andere woorden, de dienstverlening mag niet in gevaar komen.

### 4.2 Innovatie

Om de beoogde veranderingen in de nieuwe Jeugdwet te realiseren (zie ook inleiding), met oog voor kwaliteit én financiële houdbaarheid, zijn innovatie en transformatie cruciaal. De inkoopstrategie moet dit proces versterken en daarmee voldoende prikkels in zich hebben om jeugdhulpaanbieders te laten innoveren.

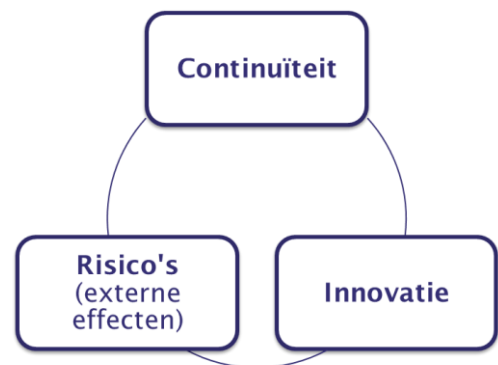
### 4.3 Risico's

Het transitieproces kan leiden tot risico's met mogelijke negatieve externe effecten. Deze effecten zijn voor een deel in te schatten (bijvoorbeeld verlies aan FTE door bezuinigingen), voor een deel niet.

### 4.4 Gebundelde krachten

Naast dit beoordelingskader, moet de inkoopsystematiek bijdragen aan het regionaal/gemeentelijk beleid zoals omschreven staat in de kadernota 'Gebundelde krachten'. De inkoopsystematiek moet op een dusdanige manier instellingen prikkelen dat de gestelde doelen '*investeren in preventie, zelfredzaamheid thuis mogelijk maken en daarmee duurdere hulp zoveel mogelijk te beperken*' worden gerealiseerd.

In het volgende hoofdstuk wordt het beoordelingskader per scenario uitgewerkt.



## 5 Inkoopscenario's

Dit hoofdstuk bevat een uitwerking van de drie scenario's op basis waarvan de wijze van inkoop wordt bepaald. Voorafgaand aan de uitwerking van de scenario's lichten we de keuzen toe die de regio in de kadernota 'Gebundelde krachten' heeft gemaakt over de inkoop van de zorg voor jeugd.

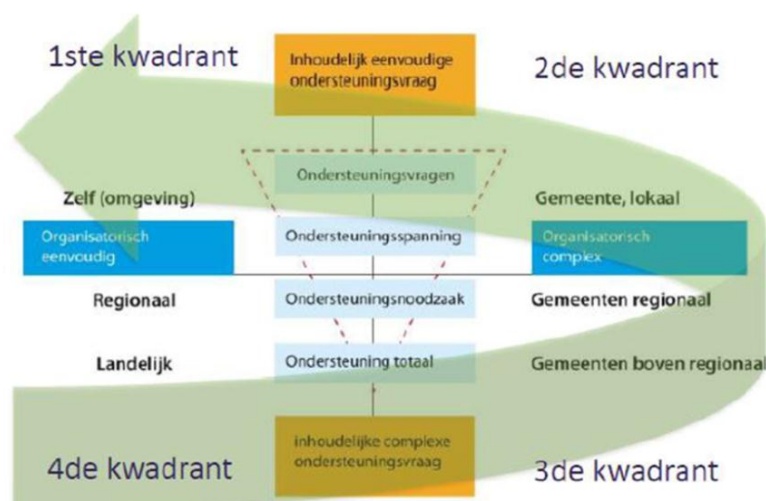
### 5.1 Kanttekeningen

Op voorhand willen we enkele kanttekeningen plaatsen bij de gemaakte keuzen van de regio over de inkoop van de zorg voor jeugd.

- **Jeugd GGZ.** Voor de jeugd-GGZ zijn landelijk afspraken gemaakt over de inkoop. De komende 3 jaar moet de DBC-systematiek worden vastgehouden. Dit betekent dat ongeacht de keuze voor een scenario, deze financieringssysteem, gebruikt zal moeten worden. Hier kan van afgeweken worden als in afstemming met de GGZ-instellingen hiervoor gekozen wordt. De kans dat GGZ-instellingen hiervoor kiezen, is klein.
- **Rijksbeleid.** Het Rijksbeleid maakt dat over de verschillende huidige domeinen (J&O/GGZ/LVB) verschillend bezuinigd wordt. Het bedrag voor Jeugdhulp komt in één keer over naar het Gemeentefonds. Dit betekent dat de regio/gemeente het Rijksbeleid teniet zou kunnen doen en de bezuinigingen over de verschillende domeinen uitsmeren (bijvoorbeeld de korting op begeleiding, persoonlijke verzorging en tijdelijk verblijf (AWBZ) is rond de 25%).
- **Tarieven.** Er kan worden gedifferentieerd tussen instellingen daar waar het gaat om tarieven (ongeacht het scenario). In deze notitie is er vanuit gegaan dat alle instellingen maximaal willen innoveren en willen aansluiten bij het gemeentelijk jeugd- en inkoopbeleid. Echter het is in alle scenario's denkbaar dat hiervoor ook een financiële prikkel wordt ingebouwd (bijvoorbeeld een instelling krijgt altijd 90% van het tarief, de overige 10% kan worden verkregen door goed te scoren op de speerpunten van de gemeenten / regio).

### 5.2 Kadernota 'Gebundelde krachten' – Keuzes Inkoop

De regio heeft onderstaande overzicht ontwikkeld om ondersteuningsvraag naar complexiteit en intensiteit in te delen. Er worden vier kwadranten onderscheiden, waarbij elk kwadrant specifieke eigenschappen heeft. Deze eigenschappen zijn gebruikt om de (huidige) voorzieningen te verdelen over de kwadranten. Dit alles is verwerkt in het onderstaande schema.



### 5.2.1 Voorzieningen

De voorzieningen die moeten worden ingekocht laten zich samenvatten in onderstaande lijst. (N.B. Hierbij is geen onderscheid meer gemaakt naar de huidige drie jeugdzorg domeinen J&O, GGZ en LVB):

#### ■ Nieuwe taken (deze taken worden gedecentraliseerd naar de gemeenten)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> JeugdzorgPlus,     | <input type="checkbox"/> Langdurige dagbesteding/-behandeling        |
| <input type="checkbox"/> Jeugdbescherming,  | <input type="checkbox"/> Langdurige ambulante hulp (ook op locatie)  |
| <input type="checkbox"/> Jeugdreclassering, | <input type="checkbox"/> Tijdelijk verblijf                          |
| <input type="checkbox"/> Verblijfszorg      | <input type="checkbox"/> Kortdurende ambulante hulp (ook op locatie) |
| <input type="checkbox"/> Pleegzorg          | <input type="checkbox"/> Kortdurende dagbesteding/-behandeling       |
| <input type="checkbox"/> Crisiszorg         |  |

#### ■ Huidige taken (deze taken voert de gemeente reeds uit)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jeugdgezondheidszorg      | <input type="checkbox"/> Sport, recreatie, cultuur, educatie, ontmoeting e.d. |
| <input type="checkbox"/> Hulp en ondersteuning CJG |   |

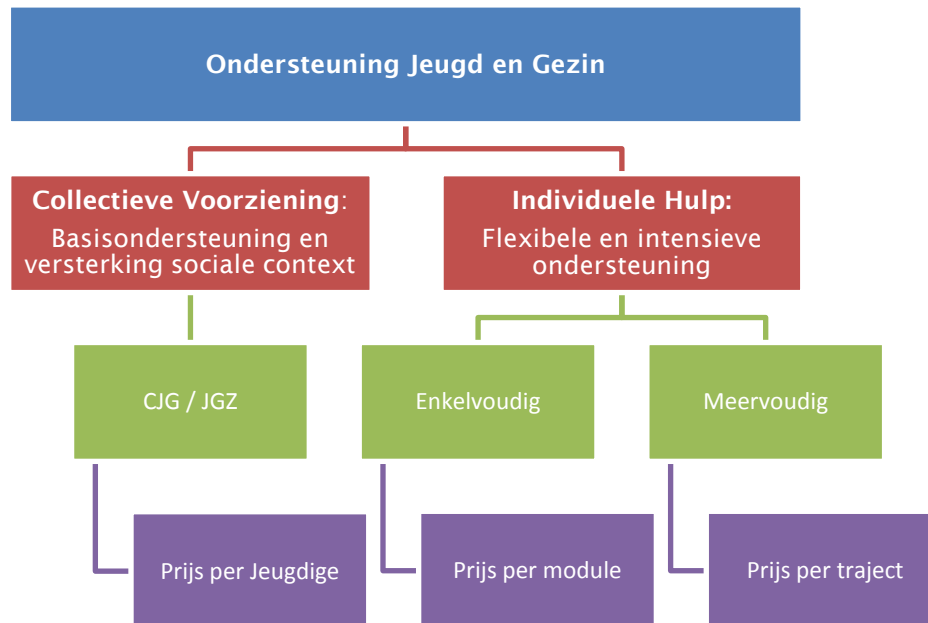
De voorzieningen zijn op hoofdlijnen toe te wijzen aan de kwadranten. In onderstaande tabel is dit weergegeven. Uit onderstaande tabel en het kwadrantenschema volgt op welk niveau er wordt ingekocht en op welk niveau de uitvoering komt te liggen.

Kwadrant	Niveau contractering	Niveau uitvoering	Eigenschap	Voorzieningen
Ondersteuning Totaal - nieuw -	(boven) Regionaal	(boven) Regionaal	Intensieve ondersteuning	- JeugdzorgPlus, - Jeugdbescherming, - Jeugdreclassering, - Crisiszorg
Ondersteunings-Noodzaak - nieuw -	Regionaal	Regionaal/ Lokaal	Intensieve ondersteuning	- Verblijfszorg - Pleegzorg
			Flexibele ondersteuning	- Langdurige dagbesteding/-behandeling - Langdurige ambulante hulp (ook op locatie) - Tijdelijk verblijf - Kortdurende ambulante hulp (ook op locatie) - Kortdurende dagbesteding/-behandeling
Basisondersteuning - bestaand -	Regionaal	Lokaal	Basis ondersteuning	- Jeugdgezondheidszorg - Hulp en ondersteuning CJG
Versterking sociale context - bestaand -	Lokaal	Lokaal	Versterking sociale context	- Sport, recreatie, cultuur, educatie, ontmoeting e.d.

In deze notitie ligt de focus op de nieuwe taken, met uitzondering van de zorgvormen die vallen onder 'ondersteuning totaal'. De regio heeft de wijze van inkoop reeds bepaald. De onderverdeling van voorzieningen over de kwadranten is gemaakt naar de mate van complexiteit zoals in het kwadranten-schema is bepaald. In de volgende paragrafen werken we de wijze van inkoop verder uit.

### 5.2.2 Wijze van inkoop

In de kadernota is een eerste schets beschreven hoe de wijze van inkoop zou kunnen zijn, zoals weergegeven in onderstaande schema. De regio kiest voor de inkoop van de collectieve voorzieningen (basisondersteuning en versterking sociale context) in principe voor een prijs per jeugdige, of een gemiddelde prijs per cliënt. Voor individuele hulp (flexibele ondersteuning en intensieve ondersteuning) is gekozen voor een prijs per module en een prijs per traject. Onder een traject verstaan we een combinatie van modules.



Met dit schema is door de regio een voorschot genomen op de keuze voor de wijze van inkoop. Bovenstaand schema moet echter zo gelezen worden dat de regio een eerste eigen verkenning heeft gedaan om de interne discussie over de wijze van inkoop te kunnen voeren. Vervolgens is AEF gevraagd om de voorliggende notitie te schrijven om mogelijke keuzes verder te onderzoeken.

## 5.3 Inkoopscenario I – toekomstscenario

### 5.3.1 Uitwerking

Scenario 1 bestaat uit de inkoop van jeugdhulp op basis van een gemiddelde cliëntprijs. Dit betekent dat er een populatie met een specifieke zorgproblematiek wordt onderscheiden op basis van een aantal factoren. Het bepalen van een gemiddelde cliëntprijs vraagt om een inschatting vooraf van het aantal cliënten in een populatie, het verwachte zorgverbruik over de verschillende zorgvormen en een verwachting van de prijsontwikkeling. In het scenario van de regio is er voor gekozen om te streven naar één gemiddelde cliëntprijs voor de cliënten die vallen onder het kwadrant ‘ondersteuningsnoodzaak’ (zie pagina 15).

### 5.3.2 Beoordelingskader

#### 1 Continuïteit

Dit scenario vraagt om een goede inschatting van de verwachte ontwikkelingen aantal cliënten, zorgverbruik en prijs. Ervan uitgaande dat de regio wil vasthouden aan één gemiddelde cliënt prijs, is dat gezien de huidige beperkte kwaliteit van de cijfers een lastige opgave. De zorgvormen kennen een grote diversiteit in complexiteit en intensiteit wat maakt dat de verwachte inzet en kosten ver uiteen kunnen lopen. Dit brengt grote risico's voor zorgaanbieders met zich mee wat alleen op te lossen is als aanbieders groot genoeg zijn om risico's op te vangen (financiële buffers) en een volledig pakket aanbieden.



## 2 Innovatie

Inkopen op basis van een gemiddelde cliëntprijs dwingt zorgaanbieders goed na te denken over de inzet van zorg. Er komt een natuurlijk proces op gang om een zo licht mogelijke zorgvorm in te zetten, wat een direct financieel voordeel oplevert voor de zorgaanbieder. Dit kan bijdragen aan het meer gebruik maken van 'eigen kracht'. Echter, het kan ook leiden tot de situatie dat zorgaanbieders alleen de 'makkelijke' cliënten gaan bedienen (ook wel 'cherry picking' genoemd).

## 3 Risico's

Het voordeel van een gemiddelde cliëntprijs voor de regio is de administratieve eenvoud en het beperkte financiële risico. Het maakt monitoring lastiger omdat niet zichtbaar is welke zorgvormen worden ingezet door een zorgaanbieder. De koppeling tussen de inzet van zorg en het bereiken van de juiste maatschappelijke effecten wordt daarmee niet direct duidelijk. De regio vertrouwt de zorgaanbieders op de juiste inzet van zorg.

## 4 Gebundelde krachten

Dit scenario heeft zoals gezegd een prikkel om lichtere zorgvormen in te zetten. Ook kan het een prikkel in zich hebben om het eigen netwerk meer te betrekken omdat dit de kosten kan beperken. Echter de kanttekeningen die gemaakt zijn onder punt 2 en 3 moeten door de regio actief worden gemanaged.

### 5.4 Inkoopscenario II – tussenscenario

#### 5.4.1 Uitwerking

Inkoop op basis van een beperkt aantal te onderscheiden trajecten/cliëntprijzen. Dit scenario is een variant op inkopen via PxQ, waarbij de P staat voor prijs, Q (quantity) voor hoeveelheid. In dit scenario vraagt de gemeente aanbieders om hun huidige producten te clusteren in trajecten of per cliënttypen. In plaats van honderden producten blijven er maar enkele trajecten over. Deze trajecten zijn de basis die vervolgens per unieke cliënt aangepast kan worden. De prijs van het traject blijft gelijk.

#### 5.4.2 Beoordelingskader

##### 1 Continuïteit

Basis voor dit scenario is het huidige productaanbod. Het scenario vraagt aan zorgaanbieders om deze te clusteren, ook over de huidige domeinen heen. Dit betekent dat zorgaanbieders in samenwerkingsverband moeten werken om gezamenlijk trajecten aan te kunnen bieden maar dat kan wel vanuit ieders huidige aanbod en organisatievorm. Elke cliënt krijgt een traject aangeboden waarbij één aanbieder (hoofdaannemer) verantwoordelijk wordt voor de inzet van de juiste zorg (ook de zorg van andere aanbieders).

Het vraagt aanpassingen in het denken en werken van aanbieders maar is niet een dusdanige verandering dat de continuïteit direct in gevaar hoeft te komen. Er wordt op dit moment ook al geëxperimenteerd met deze wijze van inkopen door de huidige financiers.

##### 2 Innovatie

Het werken in trajecten is nog geen gemeengoed in de jeugdzorg en zal de nodige veranderingen vragen in de samenwerking van zorgaanbieders over de domeinen heen. In samenspraak met de gemeenten en onder druk van de bezuinigingen zullen er trajecten ontwikkeld (moeten) worden waarin lichtere zorgvormen ingezet worden in samenwerking met de eigen kracht van mensen.

### 3 Risico's

Binnen de huidige domeinen wordt al geëxperimenteerd met trajecten, ook wel zorgpaden genoemd. Over de domeinen is hier nog geen ervaring mee. Ook het werken met een hoofdaannemer (die de financiële middelen verdeelt) over de domeinen heen is nog nergens zichtbaar. Ook de positie van een wijkteam in een traject is nog onduidelijk. In het hele traject van zorg zou het wijkteam taken kunnen overnemen van een zorgaanbieder om daarmee de zorg dichterbij en goedkoper uit te voeren. Er zijn op dit moment nog geen wijkteams actief wat hun rol nog theoretisch maakt.

### 4 Gebundelde krachten

Het inkopen van trajecten zou goed kunnen aansluiten bij de kadernota. Zorg wordt integraal aangeboden en het prikkelt aanbieders om 'eigen kracht' van mensen in te zetten. Trajecten zijn duidelijk omschreven en er kan inzichtelijk gemaakt worden welke (lichtere) zorgvormen worden ingezet. Vanuit een actieve dialoog tussen de aanbieders en de regio, kunnen aanbieders trajecten opzetten die aansluiten op de uitgangspunten van de gemeente. Dit zou verwoord kunnen worden in een trajectenboek waarin duidelijk wordt welke trajecten worden aangeboden voor welke prijs(range).

## 5.5 Inkoopscenario III - terugvalsscenario

### 5.5.1 Uitwerking

Inkoop op basis van de huidige systematiek betekent dat de manier van inkopen aansluit bij de subsidiëring van de Jeugd- en Opvoedhulp, DBC systematiek in de JGGZ en contracten voor de LVB sector. Dit zijn verschillende vormen van PxQ inkoop (met uitzondering van de subsidiëring, maar daar ook daar zijn er prestatieafspraken voor hoeveel geld hoeveel kinderen geholpen moeten worden).

### 5.5.2 Beoordelingskader

#### 1 Continuïteit

Er is geen verandering in de wijze van inkoop in vergelijking met voorgaande jaren. Daarmee is continuïteit in de wijze van inkoop gegarandeerd. De bezuinigingstaakstelling zal binnen de bestaande wijze van inkoop zijn beslag moeten krijgen. Dit vraagt wel een verandering in de bedrijfsvoering van zorgaanbieders.

#### 2 Innovatie

Deze wijze van inkopen prikkelt niet tot veranderen. Er is een mogelijkheid om andere lichtere zorgvormen in te kopen maar deze moeten dan wel worden aangeboden door zorgaanbieders. Kiezen voor dit scenario is kiezen voor het behoud van de huidige schotten tussen de verschillende domeinen.

#### 3 Risico's

De inzet van zorg wordt bepaald door zorgaanbieders en professionals. Alle ingezette zorg wordt gedeclareerd (ook als deze foutief is en hersteld moet worden of om nieuwe diagnose vraagt). Het financiële risico ligt volledig bij de gemeente. Daarnaast prikkelt het systeem niet tot minder inzet van zorg, eerder meer. Een zorgaanbieder controleren op diagnose en inzet van zorg blijkt in de praktijk zeer lastig.

**4 Gebundelde krachten**

Er zit geen prikkel in deze wijze van inkoop die zorgaanbieders prikkelt meer zelfredzaamheid te ondersteunen, de thuissituatie te betrekken of lichtere zorgvormen in te zetten. Het is financieel aantrekkelijker om een cliënt in zorg te laten binnen de eigen organisatie. Ook de afstemming tussen zorgaanbieders bij meervoudige problematiek wordt niet gestimuleerd door deze wijze van inkoop, er is een geen prikkel tot samenwerken.

## 6 Toetsing met aanbieders

Op 30 april jl. heeft de regio een bijeenkomst met zorgaanbieders georganiseerd om te brainstormen over de wijze van inkoop. In dit hoofdstuk hebben we beknopt de kernpunten van de bijeenkomst weergegeven. De bijeenkomst heeft bijgedragen aan de invulling van het toekomstscenario van een gemiddelde cliëntprijs naar een gemiddelde prijs per cluster cliënten (populaties). Deze uitkomst wordt verder uitgewerkt aan de fysieke inkoopafels, die onderdeel zijn van het formele inkoopproces.

### 6.1 Verslag bijeenkomst aanbieders

Ter inleiding van de brainstorm zijn de huidige feiten en cijfers en de drie inkoopscenario's gepresenteerd. De inkoopscenario's uit deze notitie zijn hierbij als leidraad gebruikt. De presentatie roept al de nodige discussie op. De zorgaanbieders geven aan reeds in verregaande vorm te hebben nagedacht over mogelijke innovaties in de jeugd. In de brainstorm staat de vraag centraal hoe de wijze van inkoop zorgaanbieders op een dusdanige manier kan prikkelen om innovatie ook daadwerkelijk te realiseren om zo de zorg dichterbij (het gezin), in samenhang, goedkoper en beter in te richten (zoals in de kadernota als uitgangspunten zijn opgenomen). Na de presentatie gaan de zorgaanbieders uiteen in drie werkgroepen om de antwoorden op deze vraag vorm te geven. De bouwstenen van de huidige voorzieningen met alle kenmerken per zorgvorm (zoals bijgevoegd in bijlage 1) dienen ter ondersteuning van de discussie. Na afloop van de discussie hebben alle werkgroepen hun aanbevelingen gepresenteerd. We hebben een samenvatting van de opmerkingen en aanbevelingen weergegeven in de volgende paragrafen.

### 6.2 Diagnostiek

De algemene opvatting bij de zorgaanbieders is dat er op dit moment veel tijd, geld en energie verspild wordt aan het diagnosetraject. Er wordt op veel verschillende momenten aan diagnostiek gedaan. Het gevolg hiervan is een voortslepende procedure waarbij vele professionals betrokken zijn. Dit werkt niet alleen kostenverhogend, het kost ook veel energie bij de kinderen en hun ouders. Kinderen doorlopen vaak een intensieve diagnosemolen, terwijl ze soms relatief simpel geholpen hadden kunnen worden (als de situatie niet geëscaleerd is). Deze aanbeveling past niet direct in de vraagstelling maar is wel als aanbeveling meegegeven om zorg dichterbij, goedkoper en beter in te zetten. Over de invulling van deze aanbeveling moet nader worden gesproken.

### 6.3 Aanbevelingen

De meegegeven bouwstenen per zorgvorm naar de huidige zorgvormen en naar de huidige domeinen (J&O, GGZE en LVB) zijn collectief in de werkgroepen terzijde geschoven om daarmee, los van bestaande structuren, te kunnen nadenken over de inrichting en inkoop van de toekomstige zorg, hulp en ondersteuning voor de jeugd. Alle werkgroepen zijn het er over eens dat de zorg naar zorgproblematiek geclusterd zou moeten worden. De clustering van zorgproblematiek moeten vervolgens omgerekend worden naar een gemiddelde cliëntprijs per zorgcluster. Een cluster kan een combinatie zijn van zorgproblematieken in een wijk, een cliëntenpopulatie of andere eenheid en laten de huidige indeling naar domeinen (J&O, GGZ en LVB) los. De cluster wordt als geheel aanbesteed en uitgevoerd door een groep van aanbieders in een samenwerkingsvorm (hoofdaannemerschap of consortium). De samenwerking van aanbieders binnen een cluster moet zelf bepalen welke zorg en hoe deze ingezet moet worden.

De gemiddelde cliëntprijs prikkelt om de zorg zo licht mogelijk in te zetten en zoveel als mogelijk gebruik te maken van de eigen kracht van cliënten. Hoe lichter de zorgvorm, hoe meer een aanbieder over houdt van een gemiddelde cliëntprijs. Hier zou de regio wel gerichte regelgeving aan moeten toevoegen, zodat '*cherrypicking*' wordt voorkomen. Het concreet maken van zorgclusters is onderwerp van nadere discussie. Om deze discussie te ondersteunen gaat hoofdstuk 7 in op mogelijke vormen van clusters (populaties).

## 7 Verkenning: populatiebekostiging

Het toekomstscenario voor de inkoop van jeugdhulp in Midden-Holland is een mix van populatiebekostiging en sturing op resultaat. De inkoop vindt plaats op basis van een gemiddelde prijs. Om het toekomstscenario verder uit te kunnen werken, is het nodig de indeling te bepalen op basis waarvan de gemiddelde prijs tot stand komt. Hierbij heeft de regio Midden-Holland gekozen voor een indeling in clusters op basis van zorgvraag, om een logische differentiatie mogelijk te maken van de gewenste gemiddelde prijs per jeugdige.

We beschrijven de clusters als populaties om duidelijk te maken waar de indeling in clusters voor dient: bekostiging op basis van specifieke kenmerken van de populatie (populatiebekostiging).

In dit hoofdstuk wordt een aanzet gedaan die ter voorbereiding kan dienen op de uitwerking van dit vraagstuk in de inkoopafspraken. Om een inzicht te geven in de grootte van de populaties, hebben we bij wijze van invuloefening een grove indeling gemaakt van de aantallen cliënten per variant voor de regio en enkele voorbeeldgemeenten. De invuloefening is bijgevoegd in bijlage 4.

### 7.1 Definitie populatiebekostiging

Populatiebekostiging is bekostiging op basis van voor een populatie burgers geldende kenmerken en gerealiseerde resultaten. Deze kenmerken worden gebaseerd op bijvoorbeeld de mate van gezondheid, welbevinden, zelfredzaamheid of participatie van een jeugdige of gezin. De resultaten worden vaak beoordeeld aan de hand van een over de hele populatie heen optredende gemiddelde (verbetering van) de toestand van een casus (jeugdige en/of gezin), de tevredenheid van cliënten over de geleverde ondersteuning en het optreden dan wel afnemen van (ernstige) problematiek dan wel verminderde terugval (recidive) van cliënten.

Het voordeel van populatiebekostiging is dat de gemeente alleen betaalt op basis van een integraal omschreven problematiek en wat zij daarin wil bereiken. Het is zodoende mogelijk om direct te sturen op kwaliteit, samenwerking en innovatie. Nadelen zijn dat het lastig is om de gewenste resultaten helder te definiëren en het feit dat vaak meerdere factoren invloed hebben op de resultaten in een populatie, waardoor een directe koppeling tussen de geleverde ondersteuning door een aanbieder en de effecten niet altijd te maken is.

De beste manier om populatiegerichte bekostiging in te zetten is in aanvulling op andere vormen van bekostiging, bijvoorbeeld in de vorm van bonus/malusregelingen. In dat geval worden er boetes of bonussen gekoppeld aan bijvoorbeeld innovatie, kwaliteit, servicenormen, klanttevredenheid of verkorting van de zorgduur. In het algemeen is een mix van bekostigingsvormen te overwegen om de nadelen van de ene bekostigingsvorm te compenseren met de voordelen van een andere.

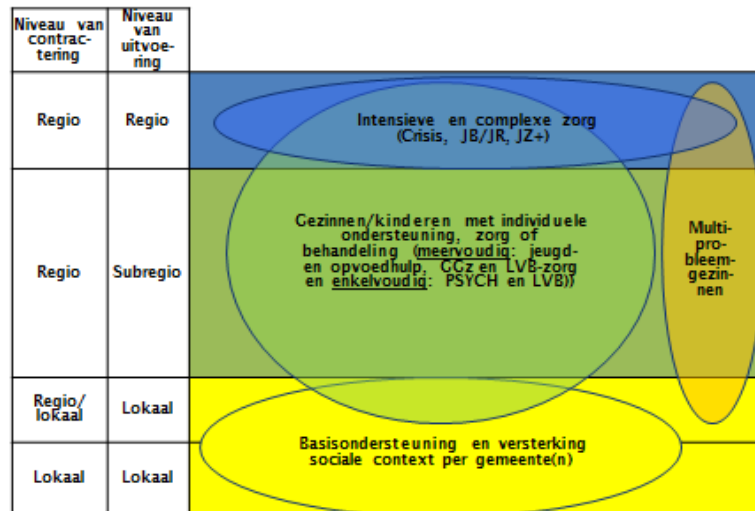
## 7.2 Mogelijkheden populaties

Bij de indeling van de populaties is een aantal variaties mogelijk, waarbij onderscheid wordt gemaakt in de intensiteit en complexiteit van de zorgvraag. De variaties ontstaan door al dan niet differentiëren of combineren van bestaande cliëntgroepen op basis van de zorgvraag. Zo is één populatie te onderscheiden, waarin alle zorgvragen en intensiteit van zorg op basis van één gemiddelde prijs worden ingekocht. Ook is meer differentiatie mogelijk, op basis van zorgvraag en intensiteit, maar ook op basis van leeftijd of per wijk.

Er zijn vier basisvarianten te onderscheiden, die naar behoefte verder kunnen worden gedifferentieerd:

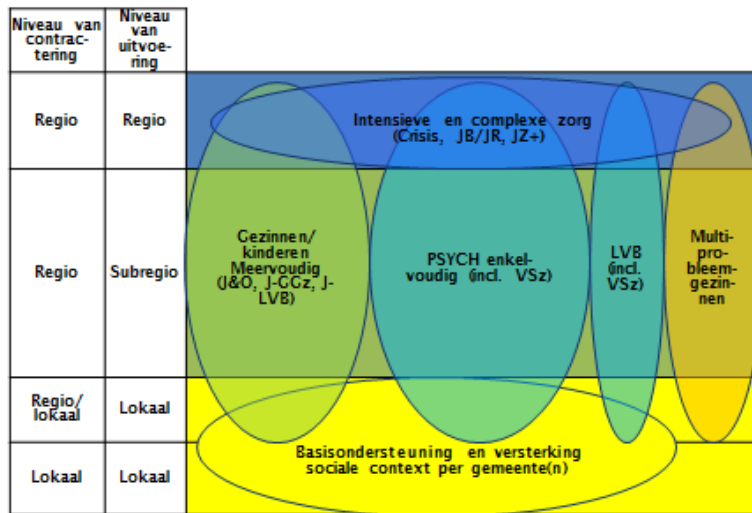
- Variant 1: 4 populaties naar zorgzwaarte
- Variant 2: 6 populaties naar voornaamste zorgvraag
- Variant 3: 7 populaties naar zorgvraag en leeftijd
- Variant 4: 6 populaties naar zorgvraag en wijkgericht.

### 7.2.1 Variant 1: 4 populaties naar zorgzwaarte



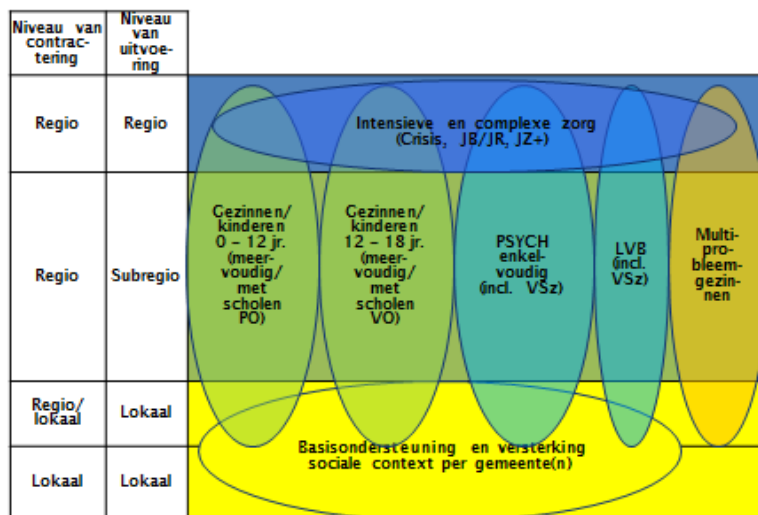
In deze variant wordt een onderscheid gemaakt tussen de basisondersteuning, de gezinnen/jeugdigen met enkelvoudige of meervoudige problematiek, multiprobleemgezinnen en intensieve en complexe zorg. Door middel van deze indeling wordt de zorg voor multiprobleemgezinnen en intensieve zorg apart ingekocht, maar wordt er verder geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgvragen (J&O/ GGZ/ LVB) of enkelvoudige of meervoudige problematiek.

7.2.2 Variant 2: 6 populaties naar voornaamste zorgvraag



Door populaties op zorgvraag in te delen, kan een onderscheid worden gemaakt tussen enkelvoudige en meervoudige problematiek. Voor de meervoudige problematiek kan door de gemiddelde prijs meer worden gestuurd op integrale samenwerking, waar dit voor enkelvoudige problematiek niet nodig is. Deze indeling sluit aan bij ideeën van de aanbieders in de marktconsultatie op 30 april jl.

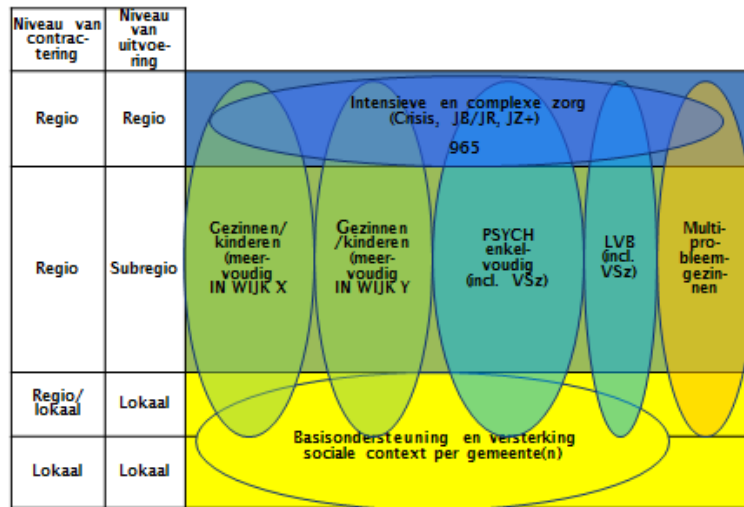
7.2.3 Variant 3: 7 populaties naar zorgvraag en leeftijd



Bij de meervoudige problematiek is een onderscheid te maken op basis van leeftijd, om maatwerk te leveren voor de (voorschoolse) ontwikkelingsproblematiek en de problematiek van leerlingen op het voortgezet onderwijs en MBO. Bezien moet worden of deze indeling meer ruimte voor maatwerk mogelijk maakt, of een ongewenst nieuw schot gecreëerd wordt. Bij de enkelvoudige problematiek is dit onderscheid niet gewenst, om de doorgaande lijnen van de zorg van 0-18 niet te doorkruisen.



7.2.4 Variant 4: 6 populaties naar zorgvraag en wijkgericht



Wanneer voldoende gegevens beschikbaar zijn over het zorggebruik op wijkniveau, zou de hulp, zorg en ondersteuning bij meervoudige problematiek kunnen worden ingekocht op basis van een gemiddelde prijs voor integrale zorg per wijk. De basisondersteuning, zorg bij enkelvoudige problematiek, multiprobleemgezinnen en intensieve en complexe zorg zijn als aparte populaties behouden.

## 8 Slotbeschouwing

Deze notitie bevat – naast een feitelijke weergave van de huidige situatie – een verkenning naar mogelijke scenario's voor de inkoop. De notitie kan worden gebruikt om de inkoop vervolgens vorm te geven. Daarbij zullen richtinggevende keuzes moeten worden gemaakt, die vervolgens worden vertaald in operationele uitwerking.

We willen graag onderstrepen dat een omslag naar een vorm van populatiebepaling wel een wenkend perspectief kan zijn, maar ook een forse uitwerking vraagt en een omslag in denken én werken noodzakelijk maakt. De uitwerking moet duidelijk maken, welke populaties worden gedefinieerd, met welke zorgproblematieken en hoe het totaalbeeld met zorgvormen moet worden ingevuld.

Een andere wijze van inkopen vraagt om een traject met aanbieders, waarin samen met de regio gezocht wordt naar de invulling van de populaties. Zij kunnen vanuit hun kennis van cliënten en zorgvormen de inhoud aanreiken die nodig is om tot verdere invulling te komen. De brainstorm met aanbieders heeft laten zien dat zorgaanbieders voelen voor populatiebepaling maar dit nog niet concreet kunnen invullen. De uitwerking vraagt dan ook om een stevig proces waarbij snelle stappen genomen kunnen worden om de inkoop voor 2015 op te kunnen zetten.

Het tijdspad tot 1 januari 2015 is krap. Het is belangrijk om de komende periode te benutten om deze stappen samen met de aanbieders te gaan zetten om a) de overgang zo soepel mogelijk te laten verlopen, en b) een stevig fundament (inhoudelijk én relationeel) te leggen onder een robuust toekomstig systeem. Dit zijn stevige stappen, waarbij het bij uitblijven van concrete ideeën van de aanbieders in onze ogen wellicht niet realistisch is om die in de tijd tot aan 2015 te zetten. We zouden de regio dan ook willen aanbevelen een verdere uitwerking van de populaties en de gewenste transformatie te bereiken voorafgaand aan het proces met de inkoopafels, om de gesprekken met aanbieders van meer richting te kunnen voorzien.

## Bijlage 1: Huidige voorzieningen in kaart

Met de transitie van de jeugdhulp wordt een transformatie van de jeugdketen beoogd. De eigen kracht en eigen regie van jeugdige en gezin staan centraal. Gemeenten en aanbieders hebben de gezamenlijke intentie om de jeugdige en het gezin goede en effectieve jeugdhulp te kunnen bieden en de transformatie te realiseren. De maatschappelijke effecten van de hulpverlening zijn, voor gemeenten, belangrijker dan hoe dit wordt bereikt. Dit biedt ruimte aan de ontwikkeling van nieuwe producten en zorgvormen, om zo de transformatie te realiseren. Omdat gemeenten verantwoordelijk worden voor een effectieve en efficiënte jeugdhulp vraagt dit bij de inkoop om keuzes.

Om de gesprekken tussen gemeenten en aanbieders over de transformatie te faciliteren in opmaat naar de toekomstige situatie, is de huidige situatie van de zorgvormen die overkomen naar de gemeenten in kaart gebracht. Hierbij zijn bij wijze van 'bouwstenen' per huidige zorgvorm de aantallen jeugdigen in zorg en de combinaties uitgelicht, in opmaat naar te ontwikkelen nieuwe producten en zorgvormen.

### J&O Ambulante hulp

Kwalitatief	Ambulante jeugd- en opvoedhulp richt zich op: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hulpverlener biedt individuele ondersteuning van ouders bij opvoedproblematiek</li> <li>▪ Praktische adviezen, begeleiding en coaching op locatie: thuis of op school</li> </ul>	Huidige financiering <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Provinciale Jeugdzorg</li> <li>▪ Subsidiecontracten</li> <li>▪ Betaling op basis van geleverde trajecten/ plaatsen</li> </ul>
Kwantitatief	# jeugdigen in zorg Midden-Holland Totale kosten J&O	1.079 € 13,7 ml (voor J&O totaal)
Combinaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ambulante hulp in combinatie met j-GGZ (53% overlap met j-GGZ)</li> <li>▪ Specifiek hulpaanbod voor Lvb (8% overlap met Lvb)</li> </ul>	

### J&O Dagbesteding en /-behandeling

Kwalitatief	J&O Dagbesteding en -behandeling richt zich op: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (Individuele) begeleiding en behandeling van ouders en jeugdigen bij problemen binnen het gezin</li> <li>▪ Gerichte hulp door een begeleider voor jeugdigen met gedragsproblematiek, binnen de accommodatie of op locatie</li> </ul>	Huidige financiering <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Provinciale Jeugdzorg</li> <li>▪ Subsidiecontracten</li> <li>▪ Betaling op basis van geleverde trajecten/ plaatsen</li> </ul>
Kwantitatief	# jeugdigen in zorg Midden-Holland Totale kosten J&O	126 € 13,7 ml (voor J&O totaal)
Combinaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dagbesteding in combinatie met j-GGZ (53% overlap met j-GGZ)</li> <li>▪ Specifiek hulpaanbod voor Lvb (8% overlap met Lvb)</li> </ul>	

---

**J&O Open residentiële hulp**


---

Kwalitatief	Open residentiële J&O-hulp richt zich op: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intensieve (individuele) behandeling door gedragstherapeut of orthopedagoog</li> <li>▪ Voor jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek</li> </ul>	Huidige financiering <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Provinciale Jeugdzorg</li> <li>▪ Subsidiecontracten</li> <li>▪ Betaling op basis van geleverde trajecten/plaatsen</li> </ul>
Kwantitatief	# jeugdigen in zorg Midden-Holland Totale kosten J&O	199 € 13,7 ml (voor J&O totaal)
Combinaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Residentiële zorg in combinatie met j-GGZ (53% overlap met j-GGZ)</li> <li>▪ Specifiek hulpaanbod voor Lvb (8% overlap met Lvb)</li> </ul>	

---



---

**Pleegzorg**


---

Kwalitatief	Pleegzorg richt zich op: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Opvang van jeugdige in pleeggezin bij uithuisplaatsing om continuïteit, opvoedingszekerheid en optimale ontwikkelingskansen te creëren</li> <li>▪ Opvang ter voorkoming van uithuisplaatsing (deeltijdpleegzorg)</li> <li>▪ Korte periode van opvang (hulpverleningsvariant)</li> <li>▪ Langere periode van opvang (opvoedingsvariant)<sup>5</sup></li> </ul>	Huidige financiering <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Provinciale Jeugdzorg</li> <li>▪ Subsidiecontracten</li> <li>▪ Betaling op basis van geleverde trajecten/plaatsen</li> </ul>
Kwantitatief	# jeugdigen in zorg Midden-Holland Totale kosten J&O	244 € 13,7 ml (voor J&O totaal)

---

<sup>5</sup> Factsheet Pleegzorg 2012 - Pleegzorg Nederland. [www.pleegzorg.nl](http://www.pleegzorg.nl).

**j-GGZ eerste lijn**

Kwalitatief	Eerstelijns j-GGZ richt zich op: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Open toegankelijke individuele GGZ-behandeling door psychotherapeut of praktijkondersteuner bij de huisarts (POH)</li> <li>▪ Voor jeugdigen met (eenvoudige) psychische problematiek</li> </ul>	Huidige financiering <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AWBZ</li> <li>▪ Vastgelegd in contracten met productieafspraken</li> <li>▪ Betaling op basis van geleverde DBC's of verblijfdagen</li> </ul>
Kwantitatief	# jeugdigen in zorg Midden-Holland Totale kosten	871 €0,4 mln
Combinaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dagbesteding en -behandeling in combinatie met J&amp;O (22% overlap met J&amp;O)</li> </ul>	

**j-GGZ tweede lijn zonder verblijf**

Kwalitatief	Tweedelijns j-GGZ richt zich op: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klinische (intern) of ambulante (op locatie) individuele GGZ-behandeling of in groepsverband</li> <li>▪ Door psychotherapeut of psychiater</li> <li>▪ Voor jeugdigen met complexe (meervoudige) psychische problematiek</li> </ul>	Huidige financiering <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ZVW</li> <li>▪ Vastgelegd in contracten met productieafspraken</li> <li>▪ Betaling op basis van geleverde DBC's of verblijfdagen</li> </ul>
Kwantitatief	# jeugdigen in zorg Midden-Holland Totale kosten	2719 €8,7 mln
Combinaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ambulante hulp in combinatie met jeugd- en opvoedhulp (22 % met J&amp;O)</li> </ul>	

---

**j-GGZ tweede lijn met verblijf**


---

Kwalitatief	Intramurale tweedelijns j-GGZ richt zich op: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klinische (intern) of ambulante (op locatie) individuele GGZ-behandeling of in groepsverband met opvang in de accommodatie</li> <li>▪ (Individuele) begeleiding en dagbesteding</li> <li>▪ Voor jeugdigen met zeer complexe (meervoudige) psychische problematiek</li> </ul>	Huidige financiering <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ZVW</li> <li>▪ Vastgelegd in contracten met productieafspraken</li> <li>▪ Betaling op basis van geleverde DBC's of verblijfdagen</li> </ul>
Kwantitatief	# jeugdigen in zorg Midden-Holland Totale kosten	49 €3,0 mln
Combinaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Specifiek hulpaanbod voor Lvb (7% overlap met Lvb)</li> </ul>	

---



---

**Intensieve zorg met verblijf**


---

Kwalitatief	Intramurale intensieve zorg richt zich op: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intensieve individuele (24-uurs) opvang en begeleiding van jeugdigen die niet zelfstandig kunnen wonen (beschermd en begeleid wonen)</li> <li>▪ Voor jeugdigen met een (lichte) verstandelijke beperking (Lvb) of GGZ problematiek (GGZ-c)<sup>6</sup></li> </ul>	Huidige financiering <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AWBZ</li> <li>▪ Vastgelegd in contracten met productieafspraken</li> <li>▪ Betaling op basis van geleverde dag(del)en / uren</li> </ul>
Kwantitatief	# jeugdigen in zorg Midden-Holland Totale kosten	45 €1,7 mln
Combinaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aanbod van intensieve zorg met verblijf in combinatie met j-GGZ (36% overlap met j-GGZ)</li> <li>▪ Specifiek hulpaanbod intensieve zorg met J&amp;O (8% overlap met jeugd- en opvoedhulp)</li> <li>▪ Intensieve zorg met verblijf voor multiprobleem-jeugdigen (3% multicombinatie zorgvormen)</li> </ul>	

---

<sup>6</sup> Toelichting zorgzwaartepakketen Altrecht. [www.altrecht.nl](http://www.altrecht.nl).

<b>Intensieve zorg zonder verblijf</b>		
Kwalitatief	Intensieve zorg zonder verblijf richt zich op: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Persoonlijke verzorging van de Lvb-jeugdige door een begeleider</li> <li>▪ Individuele begeleiding en begeleiding in groepsverband door begeleider</li> </ul>	Huidige financiering <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AWBZ</li> <li>▪ Vastgelegd via ZiN/ PGB met productieafspraken</li> <li>▪ Betaling op basis van geleverde dag(del)en / uren</li> </ul>
Kwantitatief	# jeugdigen in zorg Midden-Holland Totale kosten	904 (223 ZiN, 760 PGB) €14,3 mln (3,9 ZiN+10,4 PGB)
Combinaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aanbod van intensieve begeleiding in combinatie met aanbod j-GGZ (36% overlap met j-GGZ)</li> <li>▪ Specifiek (opvoed-) hulpaanbod voor Lvb (8% overlap met jeugd- en opvoedhulp)</li> <li>▪ Specifiek aanbod multicombinatie zorg (3% multicombinatie zorgvormen)</li> </ul>	

## Bijlage 2: Bronanalyse

Aantal cliënten	CBS/SCP 2011*	Startfoto 2012	HHM 2012	BJZ	Prov. 2011	Keuze	Argumentatie
<b>Totaal AWBZ-jeugdzorg</b>	<b>1.035</b>			<b>nvt</b>	<b>1.075</b>	<b>1.074</b>	Uitgangspunt HHM. Hoogste detailniveau en best te herleiden (Vektis). Wel met bestaande kanttekeningen rondom Vektis.
Zonder verblijf	975	1.080	1.029			1.029	
Met verblijf	55	??	45			45	
	<b>2010*</b>	<b>2012</b>	<b>2011*</b>		<b>2011</b>		
<b>Totaal Zw-jeugdzorg</b>	<b>3.525</b>	<b>3.335</b>	<b>3.676</b>	<b>nvt</b>	<b>3.426</b>	<b>3.676</b>	Uitgangspunt HHM. Hoogste detailniveau en best te herleiden (Vektis). Wel met bestaande kanttekeningen rondom Vektis. NB: zelfde extrapolatie gehanteerd als HHM. Verdeling van tweedelijns over met en zonder verblijf obv de CBS Monitor
Jeugd-ggz eerste lijn	880		907			907	
Totaal tweedelijnszorg			2.769			2.769	
Tweede lijn zonder verblijf	2760					2.720	
Tweede lijn met verblijf	50					49	
Dyslexie		450					
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>2013</b>	<b>2011</b>		
<b>Totaal Jeugd en opvoedhulp</b>	<b>1.265</b>	<b>1.125</b>	<b>1.142</b>		<b>1.142</b>	<b>1.142</b>	Uitgangspunt analyse Provincie. Verdeling over individuele zorgvormen op basis van startfoto (dwz aantallen met hoofdaanspraak). Informatie CBS/SCP is achtergrond over zorggebruik achter hoofdaanspraak.
Ambulante zorg (J&O)	1.195	680-725				685	
Dagbehandeling	140	150-195				171	
Residentiële jeugdzorg	220	150-195				171	
Verblijf pleegzorg (J&O)	270	86-130				114	
<b>Jeugdzorg crisis</b>	<b>Niet apart</b>	<b>350</b>	<b>377</b>		<b>351</b>	<b>377</b>	
<b>Jeugdreclassering</b>	<b>145</b>	<b>195</b>	<b>160</b>	<b>128</b>	<b>160</b>	<b>160</b>	
<b>Jeugdbescherming</b>		<b>425</b>	<b>397</b>	<b>472</b>	<b>397</b>	<b>397</b>	
Ondertoezichtstelling (OTS)	470			372		313	
Voogdij	135			65		84	
<b>Toegang BJZ</b>			<b>1.631</b>	<b>820</b>		<b>820</b>	
<b>Gemelde kinderen AMK</b>	<b>740</b>	<b>1395</b>	<b>1.702</b>		<b>1.602</b>	<b>1.702</b>	
<b>Jeugdzorgplus</b>	<b>Incorrect</b>	<b>30</b>	<b>16</b>	<b>52</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	

\*: Schatting of voorlopige cijfers

Op basis van deze keuze voor bronnen zijn ook de kosten bepaald.



## Bijlage 3: Zorggebruik en kosten

Zorgvorm	Huidige financiering	# cliënten	Kosten (mln euro)	Kosten
<b>Totaal</b>		<b>Onbekend</b>	<b>55,5</b>	<b>€ 55.557.209,00</b>
<b>Toegang en melding</b>			<b>5,3</b>	<b>€ 5.345.603,00</b>
Toegang (BJZ) (2013)	Provinciaal	820	4,1	€ 4.062.148,00
AMK (2011)	Provinciaal	1.702	1,3	€ 1.283.455,00
<b>Inschatting landelijk werkende instellingen</b>		<b>Onbekend</b>	<b>1,2</b>	
<b>Totaal provinciaal/rijk (2011)</b>		<b>Onbekend</b>	<b>20,9</b>	<b>€ 20.905.370,00</b>
Totaal open Jeugdzorg	Provinciaal	1.142	13,7	€ 13.704.000,00
<i>Waarvan hoofdaanspraak:</i>				
<i>Ambulant</i>		685		
<i>Dagbesteding/-behandeling</i>		171		
<i>Open residentieel</i>		171		
<i>Pleegzorg</i>		114		
Jeugdzorg Crisis	Provinciaal	377	1,1	€ 1.139.892,00
Jeugdbescherming	Provinciaal	397	2,7	€ 499.724,00
Jeugdreclassering	Provinciaal	160	0,5	€ 2.684.415,00
Jeugdzorgplus	Rijk	31	2,9	€ 2.877.339,00
<b>Totaal AWBZ (2012/2011)</b>	<b>AWBZ</b>	<b>1.074</b>	<b>16,0</b>	<b>€ 16.037.721,00</b>
Met verblijf((L)VG,GGZ-C)	AWBZ	45	1,7	€ 1.666.636,00
Zonder verblijf (PV,BGI,BGG, BH,KVB)	AWBZ	1.029	14,4	€ 14.371.085,00
<i>Waarvan:</i>				
<i>ZIN</i>	AWBZ	223	4,0	
<i>PCB</i>	AWBZ	760	10,4	
<b>Totaal ZVW Jeugd-GGZ (2011)</b>		<b>3.676</b>	<b>12,1</b>	<b>€ 12.118.515,00</b>
<i>Eerste lijn</i>		907	0,4	€ 367.119,00
<i>Tweedelijl zonder verblijf</i>		2.720	8,7	€ 8.699.975,00
<i>Tweedelijl met verblijf</i>		49	3,1	€ 3.051.421,00

### Inschatting verdeling cliënten per gemeente op basis van de huidige bronnen

Zorgvorm	Totaal	Bergambacht	Bodegraven-Reeuwijk	Gouda	Nederlek	Ouderkerk	Schoonhoven	Vlist	Waddinxveen	Zuidplas	K5
<b>Toegang en melding</b>											
Toegang (BJZ)	820	31	77	360	37	19	38	23	96	139	148
AMK	1701	51	223	673	73	52	76	60	205	288	312
<b>Inschatting landelijk werkende instellingen</b>											
<b>Totaal provinciaal/rijk</b>											
Totaal open Jeugdzorg	1142	32	152	448	52	30	46	40	148	194	200
Jeugdzorg Crisis	376	11	49	149	16	12	17	13	45	64	69
Jeugdbescherming	397	2	57	189	4	6	19	12	42	66	43
Jeugdreclassering	160	5	13	90	4	0	6	0	13	29	15
Jeugdzorgplus	31	1	4	13	1	1	1	1	4	5	5
<b>Totaal AWBZ</b>											
Met verblijf ((L)VG,GGZ-C)	45	3	3	34			2	2	1		7
Zonder verblijf (PV, BGI, BGG, BH, KVB)	1029	45	151	344	67	45	34	44	126	173	235
<b>Totaal JeugdGGZ</b>											
<i>Eerste lijn</i>	908										326
		56	177	210	70	53	85	62	56	139	
<i>Tweedelij zonder verblijf</i>	2720	123	384	936	133	84	123	89	330	517	552
<i>Tweedelij met verblijf</i>	49	1	6	22	2	2	1	2	7	6	8
<b>Totaal cliënten</b>											
	6481	268	947	2286	333	221	317	252	727	1129	1391

## Inschatting verdeling kosten per gemeente op basis van de huidige bronnen

### Kosten in € x 1000

Zorgvorm	Totaal	Bergambacht	Bodegraven-Reeuwijk	Gouda	Nederlek	Ouderkerk	Schoonhoven	Vlist	Waddinxveen	Zuidplas	K5
<b>Toegang en melding</b>											
Toegang (BJZ)	4062	121	533	1606	175	125	181	144	489	688	746
AMK	1283	38	168	508	55	40	57	46	154	217	236
<b>Inschatting landelijk werkende instellingen</b>	1150	43	152	486	51	34	52	35	119	179	215
<b>Totaal provinciaal/rijk</b>											
Totaal open Jeugdzorg	13704	384	1824	5376	624	360	552	480	1776	2328	2400
Jeugdzorg Crisis	1140	34	150	451	49	35	51	40	137	193	209
Jeugdbescherming	2684	14	385	1278	27	41	128	81	284	446	291
Jeugdreclassering	500	7	45	292	7	0	24	0	42	83	38
Jeugdzorgplus	2877	86	378	1138	124	89	128	102	346	487	529
<b>Totaal AWBZ</b>	16038	724	2206	5991	889	748	420	608	2014	2437	3390
Met verblijf ((L)VG,GGZ-C)	1667	124	125	1203	0	7	68	43	93	4	241
Zonder verblijf (PV, BGI, BGG, KVB)	14371	600	2081	4788	889	741	352	566	1921	2433	3148
ZIN	4010	79	550	1855	196	268	111	102	378	472	756
PGB	10361	521	1531	2933	693	474	241	464	1543	1961	2393
<b>Totaal JeugdGGZ</b>	12119	608	1586	4682	506	355	448	417	1397	2119	2333
Eerste lijn	367	24	71	85	24	20	39	26	24	53	133
Tweedelij zonder verblijf	8700	522	1152	3164	368	192	357	293	948	1705	1731
Tweedelij Met verblijf	3051	63	363	1433	114	142	52	98	426	360	469
<b>Totale kosten</b>	<b>55558</b>	<b>2058</b>	<b>7427</b>	<b>21807</b>	<b>2508</b>	<b>1826</b>	<b>2041</b>	<b>1954</b>	<b>6759</b>	<b>9178</b>	<b>10172</b>

## Bijlage 4: Invuloefening populaties

Om een inzicht te geven in de grootte van de populaties hebben we een grove indeling gemaakt van de aantallen cliënten per variant. De aantallen cliënten zijn afgerond weergegeven en ingedeeld op basis van gangbare schattingen over de enkelvoudige en meervoudige problematiek en multiproblematiek.

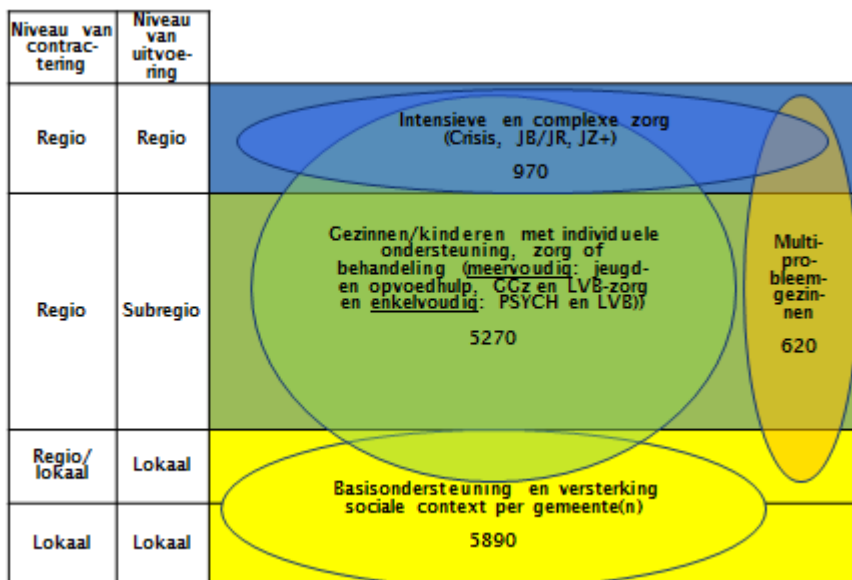
Per variant zijn steeds de regionale aantallen in de figuur weergegeven, gevolgd door een tabel waarin ook de aantallen in twee voorbeeldgemeenten zijn uitgelicht. Als voorbeeldgemeenten hebben we Gouda en Waddinxveen aangehouden, als de grootste gemeente en een kleinere gemeente met relatief veel zorggebruik.

### Uitgangspunten populaties

De aantallen cliënten zijn ingevuld op basis van de volgende uitgangspunten:

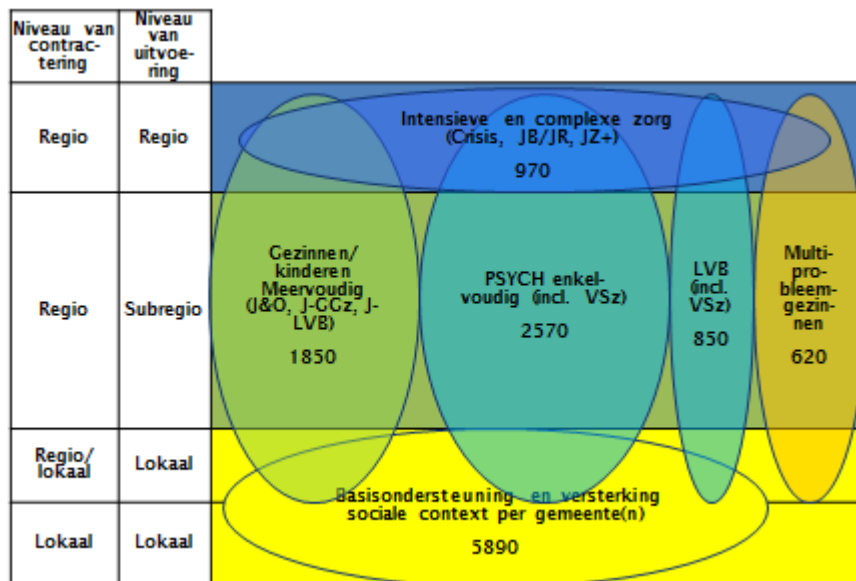
- Basisondersteuning: 100% van de jeugdigen/ gezinnen in zorg
- Enkelvoudige problematiek j-GGZ (ZVW): 70% enkelvoudig/ 30% meervoudig
- Enkelvoudige problematiek LVB (AWBZ): 79% enkelvoudig/ 21% meervoudig
- Multiprobleemgezinnen: 5% totaal aantal jeugdigen/ gezinnen in zorg
- Complexe intensieve zorg: crisis, JB/JR, JZ+
- Leeftijdsopbouw jeugdigen: 65% 0-12 jaar, 35% 12-18 jaar
- Wijk: ±15.000 inwoners.

### Variant 1: 4 populaties naar zorgzwaarte



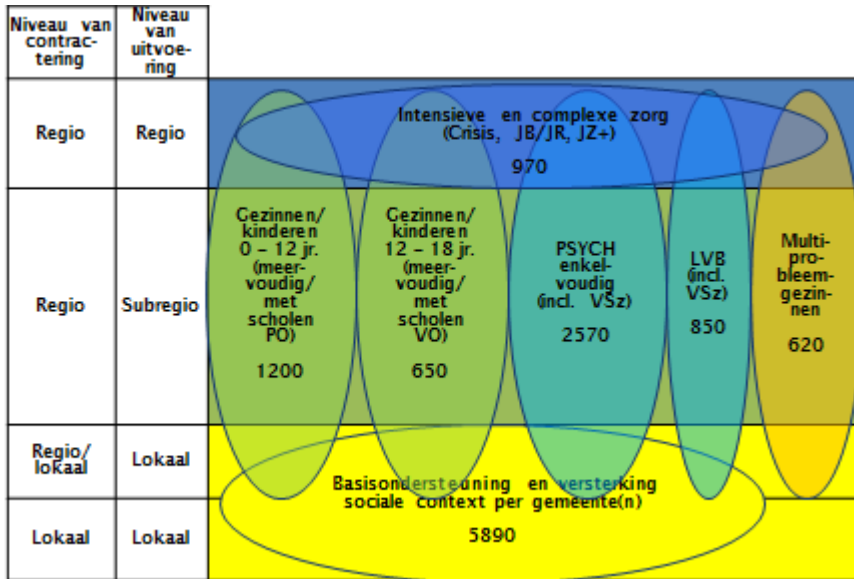
4 Populaties (naar zorgzwaarte en MPG)	Waddinxveen	Gouda	Midden-Holland
Basisondersteuning	645	2.030	5.890
Gezinnen/kinderen 0-18	580	1.790	5.270
Multiprobleemgezinnen	70	240	620
Complex intensief	160	695	970

## Variant 2: 6 populaties naar voornaamste zorgvraag



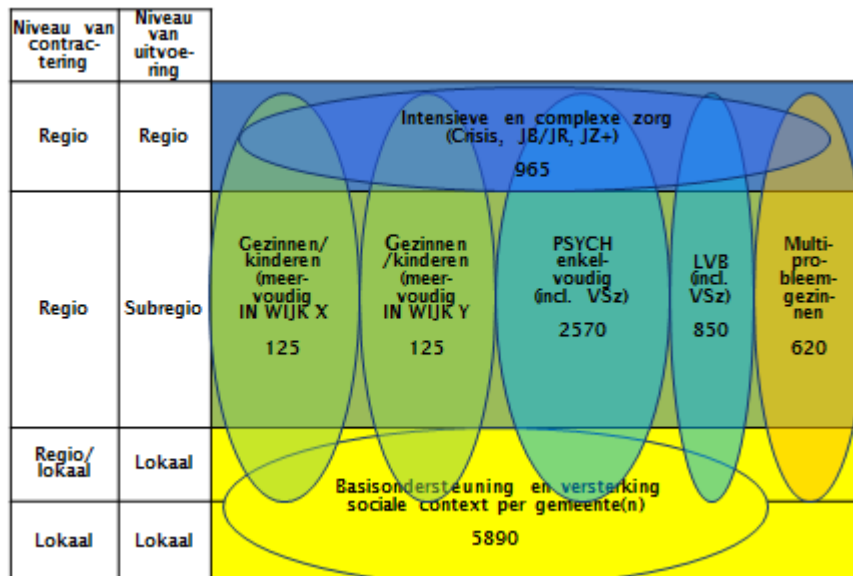
6 Populaties (voornaamste vraagsoort)	Waddinxveen	Gouda	Midden-Holland
Basisondersteuning	645	2.030	5.890
Gezinnen/kinderen 0-18	210	720	1.850
Psych enkelvoudig	270	780	2.570
LVB enkelvoudig	100	290	850
Multiprobleemgezinnen	70	240	620
Complex intensief	160	700	970

**Variant 3: 7 populaties naar zorgvraag en leeftijd**



7 Populaties (vraagsoort/leeftijdsgericht)	Waddinxveen	Gouda	Midden-Holland
Basisondersteuning	645	2.030	5.890
Gezinnen/kinderen 0-12 (PO)	140	470	1.200
Gezinnen/kinderen 12-18 (VO)	70	250	650
Psych enkelvoudig	270	780	2.570
LVB enkelvoudig	100	290	850
Multiprobleemgezinnen	70	240	620
Complex intensief	160	700	970

## Variant 4: 6 populaties naar zorgvraag en wijkgericht



6 Populaties (vraagsoort/wijkgericht)	Waddinxveen	Gouda	Midden-Holland
Basisondersteuning	645	2.030	5.890
Gezinnen/kinderen WIJK X	125	150	125
Gezinnen/kinderen WIJK Y	125	150	125
Psych enkelvoudig	270	780	2.570
LVB enkelvoudig	100	290	850
Multiprobleemgezinnen	70	240	620
Complex intensief	160	700	970