

## Bevindingen analyse jeugdhulp 2017-2018

Gemeenten Papendrecht

**Auteur(s)** Mike Koers  
Albertus Laan  
**Opdrachtgever** Gemeente Papendrecht  
**Kenmerk** MK/19/1332/jganpap  
**Publicatiedatum** Oktober 2019



## Inhoud

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Aanleiding/opdracht/aanpak .....</b>       | <b>3</b>  |
| <b>1. Kwantitatieve analyse .....</b>         | <b>4</b>  |
| <b>2. Nadere beschouwing .....</b>            | <b>6</b>  |
| 2.1 Inleiding.....                            | 6         |
| 2.2 Sociale structuur .....                   | 6         |
| 2.3 Financieel resultaat 2018 .....           | 6         |
| 2.4 Vergelijking met andere gemeenten.....    | 7         |
| 2.4 Resumerend .....                          | 8         |
| <b>3. Mogelijkheden voor bijsturing .....</b> | <b>9</b>  |
| <b>Bijlage 1. Tabellen .....</b>              | <b>14</b> |

# Aanleiding/opdracht/aanpak

## *Aanleiding*

De afgelopen jaren zijn de uitgaven in de jeugdhulp van de gemeente Papendrecht gestegen. De gemeenteraad heeft aangegeven dat de inspanningen erop gericht moeten worden, dat uitgaven binnen de rijksmiddelen blijven. Om weloverwogen keuzes te kunnen maken in de mogelijke maatregelen is allereerst inzicht nodig in mogelijke oorzaken van de gestegen uitgaven. Daarnaast heeft de gemeente behoefte aan inzicht in de mogelijke consequenties van te nemen maatregelen.

## *Opdracht*

Bureau HHM is gevraagd hierover mee te denken door uitvoeren van een onderzoek. Hierbij is het belangrijk inzichtelijk te maken wat de ontwikkeling is geweest in cliëntenaantallen en uitgaven in de jaren 2017 en 2018; naar zorgvorm, verwijzer en aanbieders. Ook is bureau HHM gevraagd te adviseren over mogelijkheden tot financiële sturing op beschikbare middelen.

## *Aanpak*

Hieronder beschrijven we de gevolgde aanpak op hoofdlijnen. Eerst is het van belang goed zicht te krijgen in de kwantitatieve ontwikkelingen van zowel cliëntenaantallen als uitgaven. Dit werken we uit in hoofdstuk 1. Voor een goede duiding van de situatie, vergelijken we in hoofdstuk 2 de sociale structuur van de gemeente Papendrecht met de financiële resultaten, de (ontwikkelingen in) cliëntenaantallen en (ontwikkelingen in) de uitgaven aan jeugdhulp. In hoofdstuk 3 bespreken we mogelijke maatregelen om te kunnen sturen op financiële middelen.

De analyses van bureau HHM zijn gebaseerd op data van de gemeente Papendrecht en van de Serviceorganisatie Jeugd Zuid-Holland Zuid. Logischerwijs kunnen wij geen verantwoordelijkheid nemen voor de eventuele omissies in deze data.

# 1. Kwantitatieve analyse

Van de gemeenten Papendrecht hebben we databestanden ontvangen met de productiegegevens jeugdhulp 2016-2018. We hebben dieper doorgekeken op de cliëntenaantallen en uitgaven, uitgesplitst naar zorgvormen, verwijzers en de grootste aanbieders, voor de jaren 2017 en 2018. De gegevens over 2016 waren onvoldoende betrouwbaar om deugdelijke conclusies te kunnen trekken. We presenteren hierbij de resultaten van onze analyse. De bijbehorende tabellen staan in bijlage 1.

De zorgvormen hebben we als volgt gecategoriseerd:

- Voormalig AWBZ (BGI, BGG, KDV, vervoer)
- BW en (spoed)opvang
- J&O zonder verblijf
- J&O met verblijf
- JB/JR
- JGGZ
- Landelijk ingekochte zorg (LTA)

De verwijzers hebben we als volgt gecategoriseerd:

- Gemeente/jeugdteam
- Medisch (artsen)
- Gecertificeerde Instelling (GI)
- Overig

## *Cliëntenaantallen*

Als we kijken naar de data valt ons op dat in vergelijking met 2017 het aantal unieke cliënten waarvoor jeugdhulp is betaald is toegenomen (van 666 naar 719). Mogelijk is de toename iets kleiner dan uit de data blijkt, gezien het feit dat in 2017 de landelijk ingekochte zorg (LTA, verwezen door de gemeente), als 1 cliënt is verantwoord, terwijl in 2018 in totaal voor 12 cliënten jeugdhulp landelijk is ingekocht. Maar dan nog is sprake van een stijging van het aantal cliënten.

Verder inzoomend op de verschillen tussen 2017 en 2018 zien we vooral een flinke toename van het aantal cliënten dat voormalige AWBZ zorg heeft gekregen en een toename van het aantal cliënten met J&O met verblijf en Jeugd GGZ. Daar staat tegenover dat het aantal cliënten met J&O zonder verblijf is gedaald.

Het aandeel verwijzingen door de gemeente/jeugdteam is opvallend laag in vergelijking met andere gemeenten, zowel in cliëntenaantallen als in het aandeel van de uitgaven. Het aantal verwijzingen door artsen is juist opvallend hoog. Het aandeel verwijzingen door GI's is redelijk vergelijkbaar met het landelijk beeld.

Op aanbiederniveau valt op dat de 10 grootste aanbieders bijna 90% van het aantal cliënten bedienen.

### *Uitgaven*

De totale uitgaven in 2018 zijn vrijwel gelijk aan 2017. Daarmee lijkt het erop dat de stijging in de uitgaven al tussen 2016 en 2017 is ontstaan. Wel zien we in 2017 op zorgvormniveau verschillen. Zo zijn de uitgaven voormalige AWBZ, J&O met en zonder verblijf en JGGZ gestegen, maar hier zit mogelijk een (beperkte) vertekening door de wijze waarop uitgaven LTA zijn geboekt

De gemiddelde uitgaven per cliënt zijn gedaald. Op zorgvormniveau zijn de uitgaven per cliënt voor J&O zonder verblijf en JGGZ toegenomen, maar ook hier zit mogelijk een (beperkte) vertekening door de LTA uitgaven in 2017. Vergeleken met het landelijke beeld zijn de uitgaven voor de voormalig AWBZ lager dan gemiddeld en de JGGZ hoger dan gemiddeld.

Op niveau van verwijzers zijn de uitgaven verwezen door de gemeente gedaald, terwijl de uitgaven verwezen door artsen en GI's zijn gestegen. Dit geldt ook voor de betaalde zorg per cliënt in beide gevallen.

## 2. Nadere beschouwing

### 2.1 Inleiding

Voor een goede duiding van de situatie kijken we ook naar de sociale structuur van de gemeente Papendrecht. Hierbij kijken we naar het aantal jeugdigen ten opzichte van het totale inwoneraantal, het aantal kinderen dat volgens de beschikbare informatie kans heeft om in armoede te moeten leven, de gezinssituatie en het niveau van het onderwijs, zowel basisschool als voortgezet onderwijs. Daarbij maken we gebruik van kengetallen die openbaar beschikbaar zijn (1). Voor de financiële resultaten vergelijken we het jaarrekeningresultaat 2018 met het werkelijke saldo tussen het beschikbare budget en de uitgaven.

### 2.2 Sociale structuur

Hieronder vergelijken we de sociale structuur van de gemeente op de genoemde parameters:

| Gemeente    | Aandeel<br>0-19 jaar | % JH  | Kinderen<br>kans armoede |
|-------------|----------------------|-------|--------------------------|
| Papendrecht | 23%                  | 12.8% | 600                      |

Tabel 1. Aandeel jeugdigen en kinderen met kans op armoede

<sup>1</sup> Bronnen: [www.waarstaatjegemeente.nl](http://www.waarstaatjegemeente.nl); [www.kerncijfers-drechtsteden.nl](http://www.kerncijfers-drechtsteden.nl) en [www.onderzoekcebrumrechtsteden.nl](http://www.onderzoekcebrumrechtsteden.nl)

<sup>2</sup> Integratie-uitkering Jeugd, septembercirculaire 2018

| Gemeente    | Kinderen 1-<br>ouder gezin | Speciaal<br>onderwijs BO | Speciaal<br>onderwijs VO |
|-------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Papendrecht | 1.500                      | 145                      | 100                      |

Tabel 2. Gezinsituatie jeugdigen en onderwijs

Als we deze parameters vergelijken met de andere gemeenten waarvan we over soortgelijke informatie beschikken valt op dat vooral het percentage jeugdigen dat gebruik maakt van jeugdhulp hoger ligt dan gemiddeld. Datzelfde geldt voor het aantal kinderen waarbij kans bestaat op armoede. Ook ligt het aantal kinderen uit een 1-ouder gezin (fors) hoger dan bij vergelijkbare gemeenten.

### 2.3 Financieel resultaat 2018

Als we kijken naar het financiële resultaat in 2018 van de gemeente Papendrecht (zie tabel 3) blijkt dat het werkelijke tekort bij Papendrecht het groter is dan het saldo van de jaarrekening.

| Gemeente    | IU Jeugd<br>(2018) <sup>2</sup> | Werkelijke<br>uitgaven <sup>3</sup> | saldo    |
|-------------|---------------------------------|-------------------------------------|----------|
| Papendrecht | 6.171.116                       | 6.930.156                           | -759.040 |

Tabel 3. Werkelijk financieel resultaat 2018

<sup>3</sup> Optelsom van de uitgaven zorg in natura volgens de aangeleverde data + de uitgaven voor PGB, jeugdteams en uitvoeringskosten SOJ

| Gemeente    | afdracht/bijdrage | Uitgaven<br>Jaarrekening<br>2018 | Saldo<br>jaarrekening <sup>4</sup> |
|-------------|-------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Papendrecht | 65.233            | 6.864.923                        | -693.807                           |

Tabel 4. Jaarrekeningresultaat 2018

## 2.4 Vergelijking met andere gemeenten

Als we Papendrecht vergelijken met de andere gemeenten waarvan we over gelijksoortige informatie beschikken vallen de volgende zaken op:

### Cliëntenaantallen:

- De grootste stijging is waarneembaar bij de zorgvorm voormalig AWBZ en daalt het aantal cliënten J&O zonder verblijf.
- Bij de gemeente Papendrecht stijgt het aantal cliënten bij de zorgvorm J&O met verblijf sneller dan bij andere gemeenten.
- Het aantal cliënten dat door jeugdteams/de gemeente verwezen werd daalt bij Papendrecht harder dan bij andere gemeenten.
- Bij de gemeente Papendrecht stijgt het aantal verwijzingen door GI's, terwijl dit bij andere gemeenten vrijwel stabiel blijft.
- Bij de gemeente Papendrecht stijgt het aantal verwijzingen door artsen, terwijl dit bij andere gemeenten vrijwel stabiel blijft. Artsen verwijzen in 95% van de gevallen naar de zorgvorm JGGZ.
- De jeugdteams/gemeente verwees bij Papendrecht minder dan 30% cliënten door. Dit is fors lager dan bij andere gemeenten.

- Artsen verwezen bij Papendrecht meer dan 50% cliënten door. Dit is fors hoger dan bij andere gemeenten.

### Uitgaven:

- De totale uitgaven tussen 2017 en 2018 blijven stabiel, maar per zorgvorm zijn wel stijgingen waarneembaar: vooral bij de zorgvorm voormalig AWBZ.
- De uitgaven JGGZ stijgen fors (>20%); Bij andere gemeenten is dit gelijk of (fors lager).
- Zowel bij de zorgvorm Bij J&O met als zonder verblijf stijgen de uitgaven bij Papendrecht, terwijl deze bij andere gemeenten dalen.
- Bij de zorgvorm Jeugdbescherming en Reclassering dalen de uitgaven, terwijl deze in deze bij sommige andere gemeenten juist stijgen.
- De gemiddelde uitgaven per cliënt in dalen in 2018 ten opzichte van 2017, maar zijn bij de gemeente Papendrecht wel hoger dan bij andere gemeenten.
- De uitgaven waarbij het jeugdteam/gemeente verwijzer daalt. Dit kan ook worden veroorzaakt door het feit dat landelijk ingekochte zorg in 2017 per definitie door de gemeente is verwezen en in 2018 ook door andere verwijzers.
- De uitgaven bij een verwijzing door artsen stijgt hard, terwijl dit bij andere gemeenten stabiel blijft.
- Artsen verwijzen gemiddeld voor ongeveer 80% naar JGGZ, de overige 20% naar voormalig AWBZ, J&O zonder en met verblijf en landelijk.
- De uitgaven waarbij een GI de verwijzer is stijgt met ruim 10%.

<sup>4</sup> De jaarrekening geeft de gemeentelijke bijdrage aan de jeugdhulp op basis van een verdeelsleutel, gebaseerd op de specifieke uitkering. Gelet op de solidariteit in Zuid-Holland Zuid staat dit feitelijk los van het werkelijk gebruik.

- De gemiddelde uitgaven per cliënt verwezen door een GI passen in Papendrecht bij het landelijke beeld (ongeveer € 12.000).

#### Aanbieders:

- Als het gaat om de cliëntenaantallen valt op dat de 10 grootste aanbieders bij de gemeente Papendrecht bijna 90% van alle cliënten bedienen.
- circa 70% van de totale uitgaven ligt bij de tien grootste aanbieders.

## 2.4 Resumerend

Hieronder vatten we de belangrijke bevindingen samen:

1. Het aandeel van jeugdhulp verwezen door artsen is relatief hoog. In aantallen cliënten valt de groei in 2018 nog mee, maar vooral in uitgaven is een forse stijging waarneembaar. Dit vraagt om een nadere analyse: het lijkt erop dat per cliënt meer en duurdere zorg is ingezet. Maar het kan ook komen door een hogere verzilveringsgraad per cliënt of door het feit dat meer jeugdigen hun indicatie verzilveren. Het kan ook komen door het LTA effect (duurdere zorg in 2017 via LTA, in 2018 via artsen).
2. Bij de zorgvorm voormalige AWBZ zien we in cliënten en uitgaven een flinke toename. 80% van deze uitgaven gaan via jeugdteams/de gemeente. Bij verwijzingen vanuit de jeugdteams is ook een stijging van de uitgaven per cliënt waarneembaar van bijna 10%. De stijging in 2018 lijkt ook te worden veroorzaakt door verwijzingen vanuit de GI's. Daar is een toename waarneembaar van 7 naar 29 cliënten, hoewel hier juist de uitgaven per cliënt juist met ruim 30% dalen.

3. Bij de zorgvorm J&O zonder verblijf zien we een daling van het aantal cliënten, maar een stijging van de uitgaven. Dus per cliënt een forse toename (bijna 300%). Dit wordt vooral veroorzaakt door verwijzingen vanuit de GI's. Dit vraagt een nadere dialoog met GI's om te bezien of een incidentele toename betreft of structurele stijging en wat de oorzaak is.
4. Op aanbiederniveau zien we bij 1 aanbieder een uitgavenstijging van bijna 70% in 2018, terwijl het aantal cliënten met ruim 35% stijgt. Dus fors hogere uitgaven per cliënt. De stijging zit vooral bij pleegzorg en J&O met verblijf (crisis). Onbekend is wie bij deze cliënten de verwijzer is. Ook dit vraagt een nadere analyse.

Als het gaat om maatregelen die kunnen worden genomen om meer te sturen op blijven binnen budgettaire kaders en gezien het beeld per gemeente, ligt het dan ook voor de hand om vooral te kijken naar de verwijzingen door de artsen en de GI's en in wat mindere mate door de jeugdteams/de gemeente. Ook ligt het voor hand om in te zetten op het ombuigen van stijgingen van de uitgaven bij de zorgvorm voormalige AWBZ en de JGGZ.



### 3. Mogelijkheden voor bijsturing

We hebben op basis van de uitkomsten van onze analyse mogelijke maatregelen verkend voor sturen op/blijven binnen budgettaire kaders. Het betreft “harde maatregelen” en “overige maatregelen”. Ook is het zo dat maatregelen lokaal en/of regionaal kunnen worden opgepakt.

#### A. Harde maatregelen:

1. Tarieven omlaag
2. Budgetplafonds instellen
3. Toegangsdrempels ophogen
4. Indicatie duur verkorten

#### B. Overige maatregelen:

5. Kwaliteitseisen bijstellen
6. Budgetbewaking verbeteren
7. Dialoog voeren over ontwikkeling van het zorglandschap
8. Werken met shared savings, innovatie belonen
9. Samenwerking met verwijzers verbeteren

Hieronder geven we per maatregel aan wat deze inhoudt en hoe deze zich verhoudt tot de uitkomsten van onze analyse. Daarbij gaan we ook in op de (on)wenselijkheid en (on)mogelijkheid van de maatregelen.

#### 1. Tarieven omlaag

In dit geval wordt gestuurd op de prijs (P). Dit kan door het doorvoeren van een generieke tariefkorting van x % of een specifieke tariefkorting voor bepaalde aanbieders en/of producten. Een andere mogelijkheid is het aanpassen van de tariefstructuur (bijvoorbeeld van een inspanningsgerichte financiering, naar trajectprijzen op basis van een gemiddelde prijs per cliënt).

In het kader van dit onderzoek hebben we niet gekeken naar de vraag of de tarieven reëel zijn en of een verlaging (of verhoging) voor de hand ligt. In algemene zin kunnen we zeggen dat het verlagen van tarieven een van de meest ingrijpende maatregelen is. Het kan inhoudelijk ongewenst zijn, juridisch en inkooptechnisch ingewikkeld en het roept weerstand op bij aanbieders. Een tariefsverlaging is een wezenlijke wijziging, wat per definitie leidt tot nieuwe contractering. Daarnaast wordt de kans op strategisch gedrag van de aanbieders met betrekking tot de Q vergroot, waardoor het omgekeerde effect wordt bereikt en uitgaven mogelijk verder stijgen. Ook kunnen aanbieders een tariefsverlaging aanvechten, omdat tarieven onder de kostprijs kunnen dalen.

Deze maatregel is vooral relevant voor gemeenten die kampen met een financieel tekort, maar kan om inkooptechnische redenen alleen regionaal worden uitgevoerd.

## 2. Budgetplafonds instellen

In dit geval wordt een beschikbaar budget gemaximeerd per aanbieder of zorgvorm. Gezien het beeld dat uit het onderzoek naar voren komt kan het instellen van budgetplafonds bijvoorbeeld overwogen worden voor de zorgvormen voormalige AWBZ en JGGZ. Belangrijke vragen die hierbij een rol spelen zijn:

- Hoe selecteren gemeenten aanbieders of zorgvormen waarvoor een budgetplafond wordt toegepast (waarom wel bij de ene aanbieder of zorgvorm en bij de andere niet)?
- Wat moet de hoogte zijn van het eventuele budgetplafond (vooral ook omdat de aanbieders zelf niet verantwoordelijk zijn voor de Q, maar verwijzers)?
- Welke ruimte biedt de huidige (en/of nieuwe) contractwerkelijkheid voor het instellen van budgetplafonds?

Het instellen van een budgetplafond kan inhoudelijk ongewenst zijn, juridisch en inkooptechnisch ingewikkeld en het roept veel weerstand op. Budgetplafonds kunnen ertoe leiden dat cliënten op een wachtlijst terecht komen, dat zorg gestopt moet worden, of dat cliënten moeten overstappen naar een andere aanbieder. Dit leidt tot maatschappelijke onrust. Ook bestaat de kans op discussies over al dan niet terecht zijn van budgetoverschrijdingen, met eventueel als gevolg juridische procedures. Vooraf zal vooral de discussie gaan over de hoogte van de budgetplafonds. Bij eventuele overschrijding gaat de discussie vooral over uitgangspunten waarop de budgetplafonds zijn gebaseerd.

Deze maatregel is vooral relevant voor gemeenten die kampen met een financieel tekort en kan lokaal worden toegepast, hoewel het de voorkeur heeft om dit regionaal toe te passen.

## 3. Toegangsdrempel ophogen

In dit geval wordt gestuurd op het verminderen van het aantal cliënten in zorg en/of de totale omvang van zorg (Q), bijvoorbeeld door het hanteren van bepaalde richtlijnen voor het toekennen van jeugdhulp. Daarbij is het zo dat de gemeenten wel invulling moeten geven aan de jeugdhulpplicht. Deze plicht houdt in dat de gemeente een voorziening moet treffen bij het opgroeien, de zelfredzaamheid of deelname aan de maatschappij als de jeugdige of ouders dit nodig hebben.

Het ophogen van toegangsdrempels kan inhoudelijk ongewenst zijn. Als de gemeente de toegangsdrempel ophoogt door het hanteren van bepaalde richtlijnen voor toekennen van jeugdhulp, is het van belang dat er voldoende alternatieve vormen van ondersteuning beschikbaar zijn. Mocht de gemeente bijvoorbeeld (aangescherpte) richtlijnen willen gaan hanteren voor het toekennen van JGGZ, dan is het belangrijk er een sterke basis-GGZ voorziening beschikbaar is. Het is overigens niet toegestaan voor gemeenten in de verwijzbevoegdheid van externe verwijzers (artsen en GI's) te treden. Werkafspraken maken met externe verwijzers is uiteraard wel mogelijk. Als een gemeente besluit om zelf toegangsdrempels op te hogen door hanteren van bepaalde richtlijnen, bestaat het risico dat jeugdigen en ouders gaan aankloppen bij externe verwijzers.

Deze maatregel is vooral relevant voor gemeenten die kampen met een financieel tekort en kan lokaal worden uitgevoerd.

#### 4. *Indicatieduur verkorten*

In dit geval worden indicaties bijvoorbeeld niet meer afgegeven voor een jaar, maar voor een half jaar, waarbij vervolgens wordt beoordeeld of verlenging nodig is. Hiermee wordt gestuurd op de totale omvang van zorg (Q). Het is belangrijk om te onderzoeken wat de duur van de indicaties op dit moment is en of een dergelijke maatregel passend is. In het kader van dit voorliggende onderzoek is hier niet naar gekeken.

Deze maatregel zorgt ervoor dat er op cliëntniveau sneller kan worden bijgestuurd wanneer dat nodig en/of mogelijk is. Het nadeel van deze maatregel is dat de gemeenten zich meer dan gewenst kunnen gaan bemoeien met de inhoud van hulpverlening, of dat de gemeenten zich onnodig rijk rekenen omdat meerdere indicaties achter elkaar moeten worden afgegeven. Dit kan inhoudelijk ongewenst zijn. Bovendien leidt deze maatregel tot een hogere administratieve last, vergroting van de recidive (herindicaties) en mogelijke onrust bij jeugdigen en ouders.

Deze maatregel is vooral relevant voor gemeenten die kampen met een financieel tekort en kan lokaal worden uitgevoerd.

#### 5. *Kwaliteitseisen bijstellen*

In dit geval kan gedacht worden aan het realiseren van een daling van de kosten per cliënt, door het inzetten van een andere (lees: goedkopere) disciplinemix en/of door het toestaan van een andere (lees: grotere) groepsgrootte in de hulpverlening. In het kader van dit onderzoek hebben wij niet gekeken naar mogelijkheden om deze kwaliteitseisen bij te (kunnen) stellen.

Het bijstellen van kwaliteitseisen kan inhoudelijk ongewenst zijn. Het inzetten van een andere disciplinemix of hanteren van een grotere groepsgrootte hoeft echter niet per definitie te leiden tot kwalitatief

slechtere zorg. Mogelijk kunnen zorgaanbieders hun personeel juist effectiever en efficiënter inzetten, wat tot gevolg kan hebben dat er minder uren worden gedeclareerd. Dit vraagt om een inhoudelijke dialoog met de aanbieders over (on)mogelijkheden voor het bijstellen van kwaliteitseisen.

Deze maatregel is vooral relevant voor gemeenten die kampen met een financieel tekort, maar kan om inkooptechnische redenen alleen regionaal worden uitgevoerd.

#### 6. *Budgetbewaking verbeteren*

Een goed functionerend managementinformatiesysteem geeft inzicht in wat er feitelijk gebeurt en vormt het een sterke basis voor gerichte interventies. Budgetbewaking werkt alleen goed als er ook is nagedacht over de vervolgstappen (met name vanuit het contract- en leveranciersmanagement). Het is ons inziens belangrijk ruimte te creëren voor een (tussentijdse) dialoog met aanbieders over ontwikkelingen van onder meer cliëntenaantallen en uitgaven aan jeugdhulp. Daarbij is cruciaal dat het gesprek wordt gevoerd over mogelijkheden voor het realiseren van dalingen aan uitgaven per cliënt door innovatie van de zorg en ondersteuning. Overigens hoeft niet elke aanbieder op dezelfde wijze te worden gemonitord. Het is van belang goed in beeld te hebben welke aanbieders hiervoor primair in aanmerking komen, zoals vanwege hun omzetgrootte of de wederzijdse afhankelijkheid tussen gemeenten en aanbieders. Uit het onderzoek komt naar voren dat dit ten minste lijkt te gelden voor de top 10 van aanbieders in de gemeenten, aangezien zij 70% tot 90% van het aantal cliënten bedienen.

Budgetbewaking moet regionaal worden opgepakt om zicht te krijgen op de totale uitgaven per aanbieder, maar omdat we in onze analyse

ook verschuivingen van uitgaven zien tussen de gemeenten bij dezelfde aanbieders, adviseren wij dit systeem lokaal ook goed in te richten.

Deze maatregel is vooral relevant voor gemeenten die kampen met een financieel tekort en kan lokaal worden toegepast, hoewel het de voorkeur heeft om dit regionaal toe te passen.

### **7. Dialoog voeren over ontwikkeling van het zorglandschap**

In dit geval kan gedacht worden aan een dialoog met (een selectie van) aanbieders over specifieke ontwikkelingsmogelijkheden voor bepaalde (dure) vormen van jeugdhulp. Gezien de uitkomsten van het onderzoek ligt het voor de hand om deze dialoog vooral te voeren met aanbieders van de voormalige AWBZ, JGGZ en de J&O met verblijf. Bijvoorbeeld: hoe kan het aantal cliënten in de J&O met verblijf wordt verlaagd door In Home Treatment (IHT)? Of: hoe kunnen gesloten plaatsingen worden voorkomen door Multi Systeem Therapie (MST)? Op deze wijze kan er meer opgabe-gericht worden gewerkt.

Het voeren van gesprekken met aanbieders over transformatie van de jeugdhulp moet ertoe leiden dat in gezamenlijkheid wordt gewerkt naar slimmere en goedkopere alternatieven, zonder dat de kwaliteit van de zorg eronder leidt. Daarbij is het van belang ook externe verwijzers te betrekken bij de dialoog, aangezien zij voor een deel verantwoordelijk zijn voor de verwijzingen naar deze (dure) vormen van jeugdhulp.

Deze maatregel kan regionaal worden toegepast.

### **8. Werken met shared savings, innovatie belonen**

Gemeenten kunnen met (een selectie van) aanbieders werken aan een systeem waarbij gestuurd wordt op daling van de gemiddelde uitgaven

per cliënt (combinatie van P x Q en de ontwikkeling van alternatieve vormen van ondersteuning). De gedachte hierbij is dat de kosten voor de aanbieders per cliënt minimaal evenredig dalen aan de uitgaven van de gemeenten. Er zijn bijvoorbeeld regio's die dergelijke afspraken hebben gemaakt met de aanbieders van weinig voorkomende hoog specialistische jeugdhulp. Een consortium van bepaalde aanbieders is dan verantwoordelijk voor bepaalde doelgroepen cliënten. (Een deel van) de besparing die de aanbieders realiseren kan aan de aanbieders worden teruggeven om verdere innovatie te stimuleren. Op deze wijze kan er meer opgabe-gericht worden gewerkt. Gezien de uitkomsten van het onderzoek, waarbij een beperkt aantal aanbieders een groot aantal cliënten bedienen, kan een dergelijke benadering ook in deze regio overwogen worden. Een belangrijk aspect daarbij is dat een aantal aanbieders inmiddels een forse daling van de gemiddelde uitgaven per cliënt hebben gerealiseerd, andere aanbieders juist niet. Een ander belangrijk aspect is het tegengaan van mogelijke waterbedeffecten binnen de totale jeugdhulp.

Deze maatregel is vooral relevant voor gemeenten die kampen met een financieel tekort (en kan lokaal worden toegepast, hoewel het de voorkeur heeft om dit regionaal toe te passen.

### **9. Samenwerking met verwijzers verbeteren**

Het onderzoek laat zien dat de totale uitgaven alsook de gemiddelde uitgaven per cliënt verwezen door artsen stijgt. Dit vraagt een betere sturing op de Q bij artsen, met als doel, waar mogelijk, een daling van het aantal verwezen cliënten en van de uitgaven per cliënt.

Dit kan mogelijk worden gerealiseerd door het versterken van de kennis van artsen van de sociale kaart, door het (beter) inzetten van POH-ers

Jeugd-GGZ (praktijkondersteuners) en door het creëren van een sterke basis-GGZ voorziening.

Het onderzoek laat ook zien dat in sprake is van een forse toename van voormalig AWBZ zorg verwezen door GI's. Dit vraagt om een betere samenwerking in de jeugdbeschermingsketen tussen gemeenten, Veilig Thuis, de Raad voor de Kinderbescherming en de GI's. Met aandacht voor continuïteit in de keten van vrijwillige en gedwongen hulpverlening, optimalisatie van de samenwerking op het gebied van verwijsgedrag/regievoering tussen gemeenten/jeugdteams en GI's, de inzet van preventieve vormen van jeugdbescherming en het creëren van meer professionele ruimte in de keten, zodat een aanpak op maat op het niveau van gezinnen beter mogelijk wordt. Ook voor de GI's geldt dat actuele kennis van de sociale kaart cruciaal is.

Deze maatregel kan lokaal (met name artsen) en regionaal (met name GI's) worden toegepast.

## Bijlage 1. Tabellen

| Zorgvorm                             | 2017       | 2018       |
|--------------------------------------|------------|------------|
| Voormalig AWBZ <sup>5</sup>          | 132        | 168        |
| BW en (spoed)opvang                  | 7          | 5          |
| Jeugd en Opvoedhulp zonder verblijf  | 143        | 110        |
| Jeugd en Opvoedhulp met verblijf     | 79         | 92         |
| Jeugdbescherming/reclassering        | 135        | 123        |
| Jeugd GGZ                            | 544        | 564        |
| Landelijk ingekocht                  | 1          | 12         |
| <b>Totaal aantal unieke cliënten</b> | <b>666</b> | <b>719</b> |

Tabel 5. aantal unieke cliënten waarvoor zorg is betaald

| Zorgvorm                            | 2017               | 2018               |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Voormalig AWBZ                      | € 523.323          | € 650.907          |
| BW en (spoed)opvang                 | € 421.216          | € 278.309          |
| Jeugd en Opvoedhulp zonder verblijf | € 373.345          | € 444.700          |
| Jeugd en Opvoedhulp met verblijf    | € 1.337.074        | € 1.537.619        |
| Jeugdbescherming/reclassering       | € 676.399          | € 653.302          |
| Jeugd GGZ                           | € 1.494.768        | € 1.803.143        |
| Landelijk ingekocht                 | € 652.495          | € 113.145          |
| <b>Totaal</b>                       | <b>€ 5.478.620</b> | <b>€ 5.481.125</b> |

Tabel 6. betaalde zorg per zorgvorm

<sup>5</sup> BGI, BGG, KDV, vervoer

| Zorgvorm                            | 2017           | 2018           |
|-------------------------------------|----------------|----------------|
| Voormalig AWBZ                      | € 3.965        | € 3.874        |
| BW en (spoed)opvang                 | € 60.174       | € 55.662       |
| Jeugd en Opvoedhulp zonder verblijf | € 2.611        | € 4.043        |
| Jeugd en Opvoedhulp met verblijf    | € 16.925       | € 16.713       |
| Jeugdbescherming/reclassering       | € 5.010        | € 5.311        |
| Jeugd GGZ                           | € 2.748        | € 3.197        |
| Landelijk ingekocht                 | € 652.495      | € 9.429        |
| <b>Totaal</b>                       | <b>€ 8.226</b> | <b>€ 7.623</b> |

Tabel 7. gemiddelde uitgaven per cliënt

| Zorgvorm                      | 2017       | 2018       |
|-------------------------------|------------|------------|
| Gemeente/Jeugdteam            | 225        | 162        |
| Medisch (artsen)              | 406        | 440        |
| Gecertificeerde Instelling    | 107        | 121        |
| Overig                        | 55         | 85         |
| <b>Totaal unieke cliënten</b> | <b>666</b> | <b>719</b> |

Tabel 8. aantal unieke cliënten waarvoor zorg is betaald per verwijzer

| Zorgvorm                   | 2017        | 2018        |
|----------------------------|-------------|-------------|
| Gemeente/Jeugdteam         | 28%         | 20%         |
| Medisch (artsen)           | 51%         | 54%         |
| Gecertificeerde Instelling | 13%         | 15%         |
| Overig                     | 7%          | 11%         |
| <b>Aandeel</b>             | <b>100%</b> | <b>100%</b> |

Tabel 9. aandeel unieke cliënten waarvoor zorg is betaald per verwijzer

| Zorgvorm                    | 2017               | 2018               |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|
| Gemeente/Jeugdteam          | € 2.480.345        | € 1.570.628        |
| Medisch (artsen)            | € 1.194.048        | € 1.766.751        |
| Gecertificeerde Instelling  | € 1.592.813        | € 1.887.277        |
| Overig                      | € 211.414          | € 256.469          |
| <b>Totaal betaalde zorg</b> | <b>€ 5.478.620</b> | <b>€ 5.481.125</b> |

Tabel 10. betaalde zorg per verwijzer

| Zorgvorm                   | 2017       | 2018       |
|----------------------------|------------|------------|
| Gemeente/Jeugdteam         | 45%        | 29%        |
| Medisch (artsen)           | 22%        | 32%        |
| Gecertificeerde Instelling | 29%        | 34%        |
| Overig                     | 4%         | 5%         |
| <b>Aandeel</b>             | <b>45%</b> | <b>29%</b> |

Tabel 11. aandeel zorg per verwijzer in €

| Zorgvorm                    | 2017           | 2018           |
|-----------------------------|----------------|----------------|
| Gemeente/Jeugdteam          | € 11.024       | € 9.695        |
| Medisch (artsen)            | € 2.941        | € 4.015        |
| Gecertificeerde Instelling  | € 14.886       | € 15.597       |
| Overig                      | € 3.844        | € 3.017        |
| <b>Totaal betaalde zorg</b> | <b>€ 8.226</b> | <b>€ 7.623</b> |

Tabel 12. gemiddelde uitgaven per cliënt

## Addendum financieel effect “nul-scenario” gemeente Papendrecht

Addendum bij rapportage “Bevindingen analyse jeugdhulp 2017-2018”

(kenmerk: mk/19/1332/jganpap)

Zoals in de rapportage aangegeven is het financieel tekort van de gemeente Papendrecht in de jaarrekening € 693.807, maar feitelijk is het werkelijk resultaat € 759.040 negatief. Ten opzichte van het beschikbare budget van € 6.171.116 is dat een negatief saldo van 12%. Een deel van de uitgaven staat min of meer vast, dus daar kan niet op bezuinigd worden (zoals uitgaven toegang/uitvoering en PGB). Uitgaven aan zorgkosten ZIN (zorg in natura) bedragen volgens de aangeleverde data € 5.481.125. Als de gemeente het gehele tekort zou willen terugdringen door lagere uitgaven aan ZIN betekent dat een bezuinig van bijna 14% op de totale uitgaven ZIN. Hieronder schetsen wij het financiële effect per maatregel zoals genoemd in hoofdstuk 3 van de rapportage ‘Bevindingen analyse jeugdhulp 2017 - 2018’. Voor een toelichting op de betreffende maatregel en onze visie daarop verwijzen wij graag naar dat hoofdstuk. Hierin gaan we ook in op de (on)wenselijkheid en (on)mogelijkheid van de afzonderlijke maatregelen.

### 1. Tarieven verlagen

Een generieke korting op alle ZIN tarieven<sup>1</sup> van 14% betekent een bezuiniging van € 760.000 (onder gelijkblijvende omstandigheden qua aantal cliënten, volumes etc.); Een generieke bij korting van 5% = € 275.000. Indien gekozen wordt voor een tariefskorting bij zorgvormen met groot volume heeft dit het volgende effect:

- a. Tarieven Voormalig AWBZ 15% verlagen = € 100.000
- b. Tarieven J&O met verblijf 20% verlagen = € 300.000
- c. Tarieven JGGZ 20% verlagen = € 350.000

*NB: Als de tarieven PGB gekoppeld zijn aan de tarieven ZIN betekent dat een lagere totale tariefreductie, omdat automatisch ook de uitgaven voor PGB daarmee dalen. Dus als we PGB meerekenen is de benodigde generieke tariefskorting geen 14% maar 13%.*

### 2. Budgetplafonds instellen

Bij alle aanbieders een plafond instellen van 86% van de uitgaven 2018 (dus 14% korting) levert een bezuiniging op van € 760.000. Bij top 10 aanbieders een plafond instellen van 95% van de uitgaven 2018 betekent een bezuiniging van € 200.000. Het instellen van budgetplafonds leidt veelal tot (forse) wachtlijsten en daarmee tot (forse) wachttijden.

---

<sup>1</sup> Wij hebben geen onderzoek gedaan naar de hoogte van de tarieven, dus we kunnen geen uitspraak doen in hoeverre de tarieven dan kostendekkend zijn. Naar alle waarschijnlijkheid is dit echter niet het geval.



3. Toegangsdrempel verhogen, waardoor minder cliënten een verwijzing krijgen:

De gemiddelde uitgaven zijn bij toegang via jeugdteams ca. € 9.500 per client. Bij een afname van het aantal verwijzingen van 10% van de cliënten 2018 betekent dit een bezuiniging van circa **€ 140.000**. (15 cliënten \* € 9.500).

4. Indicatieduur verkorten

Dit kan vooral bij gemeentelijke verwijzingen (via jeugdteams). Als de indicatieduur bij alle cliënten die door jeugdteams worden verwezen met 10% wordt verkort, betekent dat een besparing op de uitgaven door jeugdteams van circa **€ 150.000** (10% van € 1,5 mln.).

5. Kwaliteitseisen bijstellen

Als een bijstelling van de kwaliteitseisen bij 40% van de cliënten leidt tot een daling van 5% van de uitgaven per client, betekent dat een bezuiniging van circa **€ 110.000** (40% van 719 cliënten \* 5% van € 7.623 per client) -> 288 \* € 381).

6. Budgetbewaking

Vooraf van toepassing bij de grootste aanbieders. Als het lukt om (in combinatie met gesprekken over mogelijkheden voor daling uitgaven per client) bij de top 10 aanbieders een uitgavenreductie van 5% te realiseren betekent dat een bezuiniging van circa **€ 200.000**.

7. Dialogo ontwikkeling zorglandschap

Levert niet direct een bezuiniging op.

8. Shared savings

Levert niet direct een bezuiniging op.

9. Samenwerking met verwijzers verbeteren:

Mogelijk kan dit leiden tot efficiëntere inzet van zorg in natura door GI's en artsen.

a. De uitgaven per cliënt door verwijzing van (huis)artsen zijn hoger dan het landelijk gemiddelde. Als het lukt in overleg met artsen bij 40% van de (440) cliënten de uitgaven per cliënt met 15% terug te dringen levert dat een bezuiniging op van circa **€ 100.000** (40% \* 440 = 176) \* (15% van € 4.000 per client = 600 -> 176\*600).

b. De verwachting is dat het lastiger is bij GI's een bezuiniging te realiseren. Maar als het lukt door betere samenwerking bij 20% van de cliënten 10% uitgaven-reductie te realiseren betekent dat een bezuiniging van circa **€ 40.000** (20% \* 121 = 23) \* (10% van € 15.600 per client = 1.560 -> 23\*1.560).

10. Overige maatregelen:

a. Alternatieven realiseren (inzet algemene voorzieningen)

Voormalig AWBZ voorzieningen die door de jeugdteams worden verwezen kosten nu circa € 4.400 per client per jaar. Als een eventueel alternatief 30% goedkoper is en als dit voor bij helft van de cliënten die door de jeugdteams worden verwezen (115 cliënten) kan worden ingezet, dan betekent dit een bezuiniging van circa € 75.000 (57 cliënten \* 30% van € 4.400).

b. Cliënten die J&O met verblijf krijgen deels naar J&O zonder verblijf

De jeugdteams hebben in 2018 circa 25 cliënten verwezen naar J&O met verblijf. Het verschil in uitgaven is circa € 20.000 per client per jaar. Als daarvan 5 cliënten naar J&O zonder verblijf kunnen worden "omgezet" levert dat een bezuiniging van circa € 100.000 op.

*De analyses van bureau HHM zijn gebaseerd op data van de gemeente Papendrecht en van de Serviceorganisatie Jeugd Zuid-Holland Zuid. Logischerwijs kunnen wij geen verantwoordelijkheid nemen voor de eventuele omissies in deze data. De hierboven genoemde bedragen zijn inschattingen en kunnen bovendien niet zonder meer opgeteld worden.*