TwynstraGudde

Quick scan Zorguitgaven Regio Amersfoort

Verklaring van verschillen in de uitgaven aan zorg binnen de risicovereveningspercelen in de regio Amersfoort

Rapport

November 2019

Berend van der Molen
Henk Wokke
Ageeth Telleman

Inhoudsopgave

1. Inleiding **3**
1.1 Aanleiding 3
1.2 Onderzoeksvragen en aanpak 4
1.3 Leeswijzer 5

2. Conclusies en aanbevelingen **6**
2.1 Hoofdconclusie 6
2.2 Toetsing en conclusies op basis van de hypothesen 7
2.3 Samenvatting conclusies en bijbehorende aanbevelingen 9

3. Analyse zorgkosten van de verevende percelen **13**
3.1 De ontwikkeling van de zorgkosten van de verevende percelen 14
3.2 De verschillen in zorgkosten - Perceel Verblijf Jeugd 17
3.3 De verschillen in zorgkosten - Perceel Opvoed- en Opgroeihulp verblijf 19
3.4 De verschillen in zorgkosten - Perceel Crisiszorg Jeugd 20
3.5 De verschillen in zorgkosten - Perceel SAVE 23
3.6 De verschillen in zorgkosten - Perceel Essentiële functies 25
3.7 De verschillen in zorgkosten - Perceel hoog specialistische J-GGZ 26
3.8 De verschillen in zorgkosten - Perceel Landelijke Inkoop 28

4. Analyse oorzaak populatie in relatie tot zorgkosten **30**
4.1 Kenmerken risicopopulatie in relatie tot de zorgkosten 30
4.2 Totaal aantal inwoners en jeugdigen in relatie tot de zorgkosten 31
4.3 SES (sociaal economische status) van de verschillende gemeenten 32
4.4 Leeftijdsopbouw en ontwikkeling jeugdigen 34

5. Analyse oorzaak uitschieters en verwijzingen **36**
5.1 Uitschieters in zorgkosten van de gemeenten 36
5.2 De verschillen in omvang kosten van de verwijzingen naar de zorgverleners 39

6. Analyse oorzaak gemeentelijk beleid bij verevende percelen **43**
6.1 Beheersing zorgkosten op basis van eerdere regionale analyses 44
6.2 Inkoop, contractvormen en leveranciersmanagement 45
6.3 Afspraken met zorgverleners over plafonds/omvang, kosten en resultaten 46
6.4 Wijkteams 46
6.5 Verwijzing door derde partij 48
6.6 Monitoring en controle 50
6.7 Verschillen in de uitvoering van de zorg 52
6.8 Kostenverschillen tussen aanbieders (behandelduur, behandelprijs) 52

7. Bijlagen **53**
7.1 Lijst met belangrijkste gesprekspartners 53
7.2 Mogelijke verklaringen voor verschil in uitgaven aan zorg als scope van dit onderzoek 54

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De gemeenten in Regio Amersfoort (Amersfoort, Baarn, Bunschoten, Eemnes, Leusden, Soest en Woudenberg) werken vanaf 2014 samen aan de transformatieopgaven in het sociaal domein. Zo kopen zij sinds 2015 gezamenlijk de Jeugdzorg en Wmo-ondersteuning in. In het kader van de bekostiging van de zorg zijn (op onderdelen) afspraken gemaakt over risicodeling. De vraag die nu na een aantal jaren voorligt is of in de uitgaven van de verschillende gemeenten een lijn te ontdekken is die aanleiding geeft voor beleidsaanpassingen of dat er sprake is van 'toeval' of 'pech' bij de verschillende uitgaven tussen gemeenten. De regio vraagt zich af wat er te leren valt van de afgelopen jaren.

Het Bestuurlijk Overleg Sociaal Domein (BOSD) van de portefeuillehouders Sociaal Domein van de deelnemende gemeenten heeft verzocht om een verdiepende regionale analyse om nadere afspraken te maken en ten behoeve van verbetering en borging van met name de toegang en toeleiding naar zorg.

Voor u ligt het resultaat van het door het BOSD gevraagde onderzoek, een zogenaamde quick scan naar de verschillen in zorguitgaven in de regio.

Doel onderzoek
Dit onderzoek richt zich op de verklaring van de verschillen in zorguitgaven van verevende percelen tussen gemeenten in de periode 2016-2018. Het BSOD vraagt zich af of de verschillen in kosten 'pech of ongeluk' zijn of dat deze toch meer fundamentele oorzaken kennen. Op basis van de beantwoording van die vraag wil het BSOD een keuze maken voor het al dan niet aanpassen van het beleid. Dit onderzoek dient te helpen in deze afweging.

Reikwijdte en diepgang van het onderzoek
Dit onderzoek is in opdracht van Bureau Regio Amersfoort uitgevoerd in de vorm van een 'quick scan'.

De reikwijdte van het onderzoek betreft de mogelijke verbanden tussen verschillen tussen gemeenten in de kosten van de verevende percelen enerzijds en populatie, beleid en uitvoering anderzijds. De verevende percelen zijn: Verblijf Jeugd, Opvoed- en Opgroeihulp verblijf, Crisiszorg Jeugd, SAVE (Samen Veilig Midden-Nederland Jeugd), Essentiële Functies, Hoogspecialistische Jeugd-GGZ, Landelijke Inkoop (oftewel LTA = Landelijk Transitie Arrangement). De bedoeling van een quick scan is normaliter geen diepgaande analyse maar een beperkte scan van de te onderzoeken objecten. Het doel van het onderzoek vraagt juist wel om helderheid door analyses met diepgang. Ondanks dat dit een quick scan is, hebben we maximaal gestreefd naar diepgang, gezien de bedoeling. We hebben daarom ingezoomd op relevante verschillen tussen gemeenten in de zorguitgaven van de verevende percelen[1]. Dat betekent dat wij de oorzaken relateren aan de verschillen, maar dat dit niet altijd precies in Euro's per oorzaak (populatie, beleid en uitvoering) kan worden berekend. In de praktijk is er namelijk sprake van een combinatie van oorzaken.

[1] Het onderzoek is gebaseerd op de beschikbare data (intern, extern en interviews). Soms waren data niet aanwezig, mede gezien de korte doorlooptijd van het onderzoek.

1.2 Onderzoeksvragen en aanpak

Hoofdvragen onderzoek
Hoe zijn de verschillen in uitgaven met betrekking tot jeugdzorgvoorzieningen die onder de regionale risicoverevening vallen mogelijk te verklaren? Welke mogelijke oorzaken zijn te identificeren? Is er sprake van toeval/pech of van verschillen in beleid (en uitvoering)? Wat leren we om daarmee desgewenst het beleid (en de uitvoering) aan te passen?[2]

Afwegingskader en aanpak
Een gedragen afwegingskader staat aan de basis van het onderzoek. De vier pijlers van het afwegingskader zijn: Beleid, Uitvoering, Analyse en informatie en Herijking (zie figuur 1).

Het afwegingskader heeft betrekking op de volgende objecten van studie:
- De kostenontwikkeling zoals die zich feitelijk heeft voorgedaan in de jaren 2015 tot en met 2018
- De afspraken over risicoverevening
- De gedeelde leidende principes die in elke gemeente als kader voor toegang en toeleiding zijn vastgesteld. De leidende principes zijn: eigen verantwoordelijkheid, ruimte professionals, normaliseren, hoogwaardige professionals voorkant, kostenbewustzijn
- De mate van lokale autonome beleidsmatige invloed
- De mate van verschillen in lokale uitvoering door de diverse uitvoeringsorganisaties c.q. sociale (wijk)teams

Op basis van de centrale onderzoeksvragen is een afwegingskader vastgesteld voor dit onderzoek.

Figuur 1. Afwegingskader

[2] De hoofdvraag van het onderzoek is t.o.v. de offerte uitgebreid met de uitvoering. Ook hier kunnen relevante verschillen bestaan.

In lijn met dit afwegingskader is een hypothesenboom opgesteld met hypothesen die leidend zijn geweest in het onderzoek (zie bijlage 7.2). Vanuit de hypothesen zijn onderzoeksvragen geformuleerd op basis waarvan de informatiebehoeftes is gedefinieerd en gespreksleidraden voor de interviews zijn opgesteld.

Er is een combinatie ingezet van dossieronderzoek en interviews om data te verzamelen. Alle zeven gemeenten in de regio hebben aan het onderzoek bijgedragen door relevante informatie te delen en deel te nemen aan de interviews.

Context
In dit onderzoek nemen wij de volgende contextfactoren mee in de verklaring van de verschillen in de zorguitgaven:
a) Resultaten van eerdere (landelijke) onderzoeken naar tekorten zorgbudgetten gemeenten.
b) Het landelijke verdeelmodel
c) Eventuele wijzigingen in de samenstelling van sociale(wijk)teams sinds de oprichting in 2015.

Aanbevelingen
In het kader van een herijkingsmoment met betrekking tot afspraken over regionale risicoverevening in 2021, werken wij aanbevelingen uit op onderstaande punten:
1. Wenselijkheid aanpassingen regionaal of lokaal beleid, gericht op de toegang en toeleiding van jeugdzorgvoorzieningen
2. Randvoorwaarden/inspanningen betrokkenen voor een zorgvuldige risicoverevening

Projectleiding en stuurgroep
Dit onderzoek is uitgevoerd door TwynstraGudde onder begeleiding van de ambtelijke stuurgroep Sociaal Domein vanuit de BOSD.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 start met de bestuurlijke conclusies en aanbevelingen van het onderzoek. Wij geven aan welke verklaringen voor de verschillen in zorguitgaven in de Regio Amersfoort naar onze mening het meest plausibel zijn. Hierop is ons advies met aanbevelingen gebaseerd.
Hoofdstuk 3 bevat de duiding en analyse van de kosten van de verevende percelen. De verevende percelen zijn:
- Verblijf Jeugd
- Opvoed- en Opgroeihulp verblijf
- Crisiszorg Jeugd
- Samen Veilig Midden-Nederland (SAVE)
- Essentiële Functies
- Hoogspecialistische Jeugd-GGZ
- Landelijke Inkoop (LTA)

In de hoofdstukken 4 (Populatie), 5 (Uitschieters en verwijzers) en 6 (Beleid en uitvoering) gaan we nader in op de oorzaken van de verschillen in de kosten van deze verevende percelen. Dit doen we op basis van de analyse van de verzamelde data.
In hoofdstuk 7 zijn de bijlagen van dit onderzoek opgenomen, zoals de gehanteerde werkhypothesen.

2. Conclusies en aanbevelingen

2.1 Hoofdconclusie

In de hoofdconclusie geven we een overall beeld waarbij we uitgaan van de vier pijlers van het afwegingskader: Beleid, Uitvoering, Analyse en informatie en Herijking.

Hoofdconclusie, gericht op doel onderzoek

Uit de quick scan blijkt dat de verschillen in zorguitgaven in de verevende percelen tussen gemeenten in de periode 2016-2018 vooral veroorzaakt lijken te zijn door verschillen in populatie en verschillen in de uitvoering van beleid. Dit laatste wordt hierna toegelicht. Verschillen in kosten als gevolg van verschillen in populatie of externe doorverwijzingen zijn aan te merken als 'pech of ongeluk'. Verschillen in kosten als gevolg van verschillen in uitvoering zijn aan te merken als te beïnvloedbare factoren. Voor de percelen met de grootste vereveningseffecten (Verblijf Jeugd, Opvoed- en Opgroeihulp Jeugd, Essentiële Functies, Landelijke Inkoop) is er sprake van een combinatie van niet en wel te beïnvloeden factoren. Uitschieters in kosten per traject voor deze percelen hebben vooral invloed. Voor de percelen met lage vereveningseffecten (Crisis, SAVE en GGZ-Jeugd) ligt er vooral ook een relatie met externe doorverwijzingen en de populatie, en in mindere mate met beleid en uitvoering.

In algemene zin is het *beleid* van de zeven gemeenten gelijk, al wordt er deels in beleid (en vervolgens in de uitvoering) op verschillende wijze betekenis gegeven aan de leidende principes.

In de *uitvoering* zijn er meer verschillen. De belangrijkste fundamentele verschillen zijn:

- *Verschillen in betekenis geven aan leidende principes.* In de uitvoering zien we bijvoorbeeld verschil in laagdrempeligheid aan de voorkant in Leusden, hoger tempo en inzet preventie Amersfoort (ruimte professionals) en meer expertise in wijkteam Baarn (hoogwaardige professionals voorkant). Ook zien we verschil in focus op de kostenbeheersing. Amersfoort heeft bijvoorbeeld gericht ingezet op kostenbeheersing en heeft relatief de grootste kostenbesparing laten zien (kostenbewustzijn).
- *Verschillen in omvang en aanpak van sociale wijkteams.* Enerzijds is er sprake van meer maatwerk gericht op de samenstelling van de populatie. Daarmee wordt getracht per gemeente de uitvoering zo effectief en efficient mogelijk in te richten, passend bij de specifieke kenmerken van de eigen populatie. Anderzijds leiden capaciteitsvraagstukken en professionele beoordeling (zonder regionaal afgestemde zelfde triagemethode) ook tot verschillen in de mate waarin een gemeente zelf uitvoering geeft aan jeugdzorgvraagstukken of doorverwijst naar zorgaanbieders. Oftewel: de ene gemeente verwijst sneller door dan de andere.
- *Verschillen in doorverwijzing van huisartsen, jeugdartsen, medisch specialisten naar aanbieders.* Uit onderzoek blijkt dat de sociale teams inzetten op het contact met huisartsen. Echter, de intensiteit en de samenwerking verschillen en daarmee de mogelijke invloed op maatregelen en doorverwijzingen.

Ten aanzien van de *analyse en informatie* over de zorgkosten constateerden we dat steeds meer data regionaal beschikbaar gesteld worden. Deze data krijgen vervolgens vooral lokaal betekenis en worden verwerkt als sturingsinformatie. Hoewel dit 'an sich' niet tot verschillen in zorgkosten leidt, heeft dit wel effect op de beheersing van zorgkosten. De feedbackloop naar bijsturen duurt langer omdat lokaal interpretatie gegeven moet worden aan de cijfers. Daarbij blijkt dat informatie over grote kosten van trajecten soms relatief laat bij de uitvoering bekend is, waardoor de uitvoering mogelijk minder snel kan (bij)sturen naar een goedkopere/andere aanpak en relatief dure trajecten wellicht langer doorlopen dan nodig is.

Voor de *herijking van beleid* zien we dat alle gemeenten hiermee bezig zijn. Er is wel verschil in tempo en aanpak van maatregelen om bijvoorbeeld meer te sturen op preventie, basis infrastructurele voorzieningen en kostenbeheersing (zie hiervoor, onder 'beleid en uitvoering'). Verschil in herijking van beleid kan in de toekomst leiden tot meer verschillen in kosten van verevende percelen.

De door het BSOD te beïnvloeden belangrijkste fundamentele oorzaken zijn derhalve: betekenis geven aan leidende principes, richting geven aan balans tussen uniformering en maatwerkaanpak sociale teams, invloed op externe doorverwijzers versterken, afspraken maken over tempo en aanpak van herijkingmaatregelen, en het op orde krijgen van de informatievoorziening zodat op lopende trajecten invloed uitgeoefend kan worden en er zicht op cliënten, huishoudens, behandelingen en kosten bestaat.

2.2 Toetsing en conclusies op basis van de hypothesen

In de volgende tabel is een samenvattend oordeel gegeven over de mate waarin de onderzochte hypothesen waar zijn. Als uit het onderzoek blijkt dat er hoogstwaarschijnlijk sprake is van fundamentele invloed op de verschillen in zorgkosten op de verevende percelen, dan is de hypothese waar. Als er waarschijnlijk geen sprake is van fundamentele invloed op deze verschillen, dan is de hypothese niet waar. Hierbij hebben we op basis van de documenten en interviews een indicatieve score gegeven van 1 tot 5 (1=niet waar, 2=grotendeels niet waar, 3=deels niet waar/deels waar, 4=grotendeels waar, 5=waar).

Hypothese	Score
Populatie Er bestaan aanmerkelijke verschillen in sociaal-economische status (SES) van de populaties van de gemeenten. Deze verschilde in 2014 van 0,69 in Bunschoten tot 1,38 in Leusden. In beginsel moeten verschillen opgevangen worden door de verdeelsleutel. De verdeelsleutel is echter niet aangepast terwijl de daling van de SES wel verschilde (bijvoorbeeld 23% daling in Leusden en 34% in Amersfoort). Dit heeft effect op de verschillen in verevening. De leeftijdsopbouw verschilt iets: in Amersfoort, Bunschoten en Woudenberg is het aandeel jeugd iets groter. In Baarn en Soest wonen relatief iets meer ouderen. Verder valt op te merken dat in de perceptie van de respondenten in de meer christelijke gemeenten het gedrag van inwoners te duiden is met de notie 'problemen houden we liever achter de voordeur' totdat de vraagbehoefte leidt tot inzet van dure (crisis)zorg. Leeftijdsopbouw en gedrag leiden conform de analyse naar verwachting niet tot grote verschillen in de verevening[3].	**4**
Uitschieters Uit de analyse van de kosten van de duurste cliënten op de verevende percelen blijkt dat er aanmerkelijke verschillen zijn tussen de gemiddelde kosten van de duurste cliënten van de gemeenten. [4]Vooral in Amersfoort en Soest zijn de kosten van breedspectrumaanbieders veel hoger dan in de andere gemeenten. Omdat breedspectrumaanbieders gelijke tarieven hanteren, lijkt het dat dit vooral in omvang van trajecten zit. Dit patroon is ook zichtbaar bij Landelijke Inkoop (LTA). Ook hier zijn er duurdere trajecten, vooral in Soest en in mindere mate in Amersfoort. Deze uitschieters zijn een belangrijke verklaring voor de verschillen in de zorguitgaven van verevende percelen in de Regio Amersfoort. Verder blijkt uit de interviews dat er soms uitschieters zijn bij de kleinere gemeenten. Dit is vaak een combinatie van gedrag van de populatie en doorverwijzing door anderen dan het sociaal team. Deze verschillen hebben een effect op de verevening. Dit effect is wel beperkt.	**5**

[3] Voor de uitleg van de term verevening verwijzen we naar paragraaf 3.1.
[4] Bij de bespreking van dit (concept)rapport, heeft de organisatie aangegeven dat zij deze analyse zal verdiepen, ook voor 2019.

Hypothese	Score
Verwijzing via gecertificeerde instelling, kinderrechter, OM, justitiële jeugdinrichting In beginsel hebben de gemeenten geen of zeer beperkt invloed op deze doorverwijzers. De criteria voor deze verwijzing zijn in beginsel niet verschillend tussen gemeenten. Wel zijn er gemeenten waar meer doorverwijzingen zijn via deze ingang. Daarbij kunnen, bijvoorbeeld voor breedspectrumaanbieders en LTA, ook uitschieters in de kosten ontstaan (zie hierboven). Voor dit onderzoek is er wel beeld van de totale kosten voor doorverwijzing, maar geen beeld van het effect hiervan op de verevende percelen. Een uitspraak over de mogelijke invloed op de verschillen in kosten tussen gemeenten kan derhalve niet worden gedaan.	**Geen data**
Toegang via huisarts, jeugdarts, medisch specialist Tussen de gemeenten zijn er verschillen in het aandeel van doorverwijzers in de toegang. Zo is in Bunschoten het aandeel doorverwijzing door huisarts 90%, terwijl dit aandeel in Woudenberg en Amersfoort 68% is. Gezien het feit dat de gemeente alleen indirect invloed kan uitoefenen op de doorverwijzing van de huisarts (die is daarin autonoom), biedt dit deels een verklaring voor de verschillen in de kosten tussen gemeenten. Alleen als de doorverwijzing eerder opgevangen kon worden door aanpak van het sociaal team, heeft dit effect op (verschil in) zorgkosten van aanbieders. Zie ook hypothese Uitvoering Jeugdzorg.	**3**
Toegang via AMHK (SAVE) In de gemeenten Amersfoort, Leusden en Woudenberg wordt een groot aandeel van de doorverwijzingen door SAVE uitgevoerd. Er bestaan verschillen in de kosten per cliënt van deze doorverwijzingen (van € 6.000 voor Woudenberg tot € 10.000 voor Amersfoort en Leusden). Omdat er momenteel geen data[5] zijn van de verdeling van deze doorverwijzingen naar de verschillende verevende percelen, kan er geen gefundeerde uitspraak worden gedaan of doorverwijzen via SAVE leidt tot meer kosten en daarmee verschillen in verevening.	**Geen data**
Kosten voor crisisopvang/spoedhulp Zoals uit de verevening blijkt, bestaan er aanzienlijke verschillen in de kosten per gemeente. Deze verschillen vinden hun oorzaak vooral in de populatie en de verwijzing door anderen dan de gemeente. Daarbij leiden incidenten snel tot hogere kosten per gemeente. Omdat de totale kosten van crisiszorg circa € 1 miljoen per jaar is, is het effect op de totale verevening echter beperkt.	**2**
Verschillen in gemeentelijk beleid De gemeentelijke verordeningen zijn in zeer grote mate gelijkend voor de vormen van vrij toegankelijke en niet vrij toegankelijke jeugdhulp. Ook zijn er vijf leidende principes voor alle gemeenten. Omdat hieraan niet op regionale schaal betekenis is gegeven, zijn er lokaal wel (relatief kleine) verschillen in beleid. Een aandachtspunt is dat herijking op lokaal niveau, per gemeente, plaatsvindt en er in de toekomst dus meer verschillen kunnen ontstaan (zie hoofdconclusie).	**2**
Bekostigingsmodel De zeven gemeenten hebben besloten tot regionale inkoop. Voor de bekostiging hanteert de regio twee bekostigingssystemen: inspanningsgerichte en taakgerichte bekostiging. Voor de inspanningsgerichte bekostiging is er sprake van het profijtbeginsel; deze valt niet onder de risicoverevening. De taakgerichte bekostiging (verblijfzorg) valt weliswaar onder de verevening, maar er is sprake van dezelfde aanbieders. Door het bekostigingsmodel ontstaan er dus geen verschillen tussen gemeenten.	**1**
Contractvorm Op regionaal niveau worden alle contracten afgesloten, deze zijn gelijkend voor alle gemeenten. Gemeenten maken incidenteel gebruik van BDVO's (beperkte dienstverleningsovereenkomsten) waarbij er sprake is van meer lokale aanbieders; deze worden wel regionaal beoordeeld. De invloed op verschil in kosten is hierdoor gering.	**1**

[5] Voor de doorverwijzingen door SAVE maakt de organisatie een specifieke aanvullende analyse.

Hypothese	Score
Leveranciersmanagement De regionale accounthouders voeren de gesprekken met leveranciers. Zo ontstaan er geen verschillen in de kosten tussen gemeenten. De lokale gemeenten kunnen wel signalen doorgeven maar zij zijn niet aanwezig bij de gesprekken. Uit interviews blijkt wel dat er lokaal behoefte is om meer gezamenlijk op te trekken, om meer grip op de kosten te krijgen.	**1**
Beleid omtrent monitoring en (materiële) controle De controle op de inkoopcontracten gebeurt regionaal. De controle op facturering vindt plaats door de verschillende zorgadministraties. Daarnaast vinden er lokaal verschillende controles plaats, bijvoorbeeld door kwaliteitsmedewerkers. Monitoring geschiedt regionaal, met lokale interpretatie van de data. Hoewel monitoring en controle per gemeente kunnen verschillen, bestaat het beeld dat dit in beginsel beperkt effect heeft op de verschillen in de zorgkosten van verevende percelen; daargelaten dat met goede monitoring en controle wel effect geresulteerd zou kunnen worden, bijvoorbeeld door vroegtijdige signalering van uitschieters.	**2**
Uitvoering van de jeugdzorg: verschillen in de praktijk van sociale teams Er is geen sprake van regionale betekenisgeving aan de leidende principes. Mede daarom bestaan er in de praktijk van de sociale teams - door de maatwerkgedachte - lokaal grote verschillen. Enerzijds is dat logisch om aan te sluiten bij de populatie en zo kosten te beheersen. Anderzijds leiden verschillen in omvang, samenstelling, capaciteit, competenties en aanpak ook tot verschillen in het al dan niet doorverwijzen of zelf uitvoeren bij casuïstiek. En dit heeft wel effect op verschillen in kosten en verevening.	**3**
Uitvoering van de jeugdzorg: kostenverschillen tussen aanbieders In de periode voor 2019 was er sprake van een grotere verscheidenheid aan trajecten en aanbieders. Hierbij waren er ook verschillen in de kosten van trajecten. Sinds de nieuwe aanbesteding is er toegewerkt naar standaardtarieven. Respondenten gaan ervan uit dat dit niet kan leiden tot significante verschillen tussen aanbieders.	**2**

2.3 Samenvatting conclusies en bijbehorende aanbevelingen

Samenvatting van de conclusies
De drie meest plausibele en belangrijkste verklaringen voor de verschillen in zorgkosten van de verevende percelen (zie hoofdstuk 3) zijn de volgende (in volgorde van 'meest van invloed' naar 'minst van invloed').

1. *Verschillen in uitschieters van dure trajecten*. De oorzaak zit vooral in de duur en de aard van de trajecten. Dit heeft een relatie met de populatie en komt grotendeels door externe doorverwijzingen (gecertificeerde instelling, kinderrechter, OM, justitiële jeugdinrichting) en toegang (via huisartsen, medisch specialist en jeugdarts en SAVE). De gemeenten hebben op deze toegang indirect invloed, waarbij er verschillen zijn in de uitoefening van de invloed door gemeenten.
   We verwijzen verder naar de tussenconclusies in hoofdstuk 5.

2. *Verschillen in populatie.* De oorzaak zit in grote verschillen in de sociaal-economische status (stedelijke en meer landelijke gemeenten), en ten dele door verschillen in leeftijdsopbouw. In een aantal gemeenten (Woudenberg, Bunschoten) zijn er ook verschillen in cultuur (en religie) die mogelijk effect op de kosten hebben. De gemeenten hebben hier in beginsel geen invloed op.

   We verwijzen verder naar de tussenconclusies in hoofdstuk 4.

3. *Verschillen in de uitvoering door de sociale wijkteams.* De uitvoering door wijkteams in gemeenten vertoont verschillen: in omvang, verhouding generalisten/specialisten en beschikbare capaciteit. Deze uitvoering verschilt deels als gevolg van verschillen in populatie. Ter beheersing van de zorgkosten is dit maatwerk op zijn plaats. De uitvoering verschilt deels ook door het geven van een andere betekenis aan de regionale beleidsuitgangspunten (zoals professionele beoordeling en kostenbewustzijn) en beschikbare capaciteit (waardoor sneller doorverwezen wordt naar aanbieders). Hier is uniformering in de werkwijze en afstemming van de capaciteit van de verschillende sociale wijkteams op zijn plaats. Hier is de invloed van gemeenten het grootst.

   We verwijzen verder naar de tussenconclusies in hoofdstuk 6 (paragrafen 6.1, 6.4 en 6.7).

De twee minst plausibele verklaringen zijn op dit moment de volgende.

4. *Verschillen in beleid*. Gemeenten hebben dezelfde regionale uitgangspunten, al is de betekenis/verwoording in lokaal beleid regelmatig anders. De laatste jaren is er meer focus ontstaan op de transformatie en de beheersing van kosten. Het tempo van deze beleidsaanpassing is voor de toekomst van belang om grote verschillen in kosten van verevende percelen te voorkomen.

   We verwijzen verder naar de tussenconclusies in hoofdstuk 6 (paragraaf 6.1).

5. *Verschillen in inkoop*. Gemeenten hebben gekozen voor regionale inkoop, met contracten voor alle regionale leveranciers. Het laatste jaar is daar de keuze voor een beperkt aantal breedspectrumaanbieders bijgekomen. In beginsel zijn er dus geen verschillen in contractvorm. We verwijzen wel naar conclusie 1: door verschil in trajectvorm en duur (hetzij bij dezelfde, hetzij bij een andere breedspectrumaanbieder) zijn er wel uitschieters bij gemeenten. Verder wordt er soms nog gewerkt met BDVO's (beperkte dienstverleningsovereenkomst). Omdat deze ook regionaal getoetst worden, zal de invloed hiervan op de verschillen zeer beperkt zijn.

   We verwijzen verder naar de tussenconclusies in hoofdstuk 6 (paragrafen 6.2, 6.3)

Samenvatting van de effecten van de huidige vereveningsregeling
Op dit moment leiden alle verschillen in populatie, beleid en uitvoering tot verschillen in de kosten (waaronder de uitschieters) die verevend worden. Dit betekent dat er solidariteit bestaat voor zowel de niet beïnvloedbare factoren (populatie, en uitschieters met populatie, en doorverwijzingen door derden als oorzaak) als de te beïnvloeden factoren (beleid en uitvoering, en bijbehorende uitschieters).
De vereveningsregeling gaat uit van solidariteit voor alle oorzaken, waardoor het meer is dan een verzekering tegen alleen hoge incidentele kosten.

De aanbevelingen per conclusie

1. Verschillen in uitschieters

Uitschieters zijn zeer bepalend in het ontstaan van verschillen in kosten. Van belang is:

a. Tijdige signalering van potentiële uitschieters in zorg. Handvatten hiervoor zijn:
   i. Inrichten monitoringfunctie → monitoring van cliënten en huishoudens over de jaren heen, bij voorkeur *real time* zodat de ontwikkeling in kosten gezien wordt en niet meer als 'verrassing' geldt
   ii. Inrichten signaalfunctie → Snelle terugkoppeling van hoge kosten per cliënt door centrale inkoop aan lokale teams
   iii. Zoeken naar hoe sociale wijkteams eerder in gesprek kunnen komen bij gezinsproblematiek. Dit lijkt vooral belangrijk bij gemeenten met een meer christelijke populatie.
b. Systematisch leren van dure casusgevallen, zowel op lokaal als op regionaal niveau:
   i. Regionale en lokale casuïstiekbespreking met aandacht voor oorsprong en beoordeling
   ii. Dialoog met BSA over kosten en koppeling met de effecten van de behandeling. Van groot belang, en aandachtspunt hierbij, is de duur van de trajecten
   iii. Tarief- en trajectvergelijking helpt om in de toekomst kosten te mitigeren

2. Verschillen in populatie

In beginsel bestaan hiervoor geen aanbevelingen, aangezien dit beginsel niet beïnvloedbaar is (dus toe te schrijven aan 'pech en ongeluk'?). Wel is van belang:

a. Volg en analyseer goed de ontwikkelingen van de populatie zodat deze meegenomen kunnen worden in beleid en uitvoering (vergroten van de voorspelbaarheid). Handvatten hiervoor zijn:
   i. Toekomstige analyses van Divosa en de GGDAtlas provincie Utrecht
   ii. www.waarstaatjegemeente.nl

3. Verschillen in sociale teams

Sociale teams zijn zeer bepalend in de mate waarin zij hulpvragen zelf oppakken of doorverwijzen:

a. Bepaal waar maatwerk nodig is gezien de populatie. Handvatten zijn:
   i. Koppel de omvang (en kosten) van specialisten aan kenmerken en omvang van de populatie. Benchmark dit tussen gemeenten
   ii. Beoordeel of sommige specialistische competenties ook op regionaal niveau zijn in te zetten. Dit is vooral bij capaciteitsvraagstukken van belang
b. Uniformeer de aanpak en de triage (toewijzing) van hulpvragen:
   i. Bespreek en vergelijk de aanpakken, en leg deze zo mogelijk regionaal vast. Gebruik hierbij ook de Leidraad toegang preventief-ambulant[6].
   ii. Werk toe naar good practices van transformatiemaatregelen in relatie tot sociaal beleid, voorzieningenbeleid en kostenbeleid (leer hierbij van landelijke ontwikkelingen). Implementeer deze voor alle sociale teams.

4. Verschillen in beleid

Op dit moment zijn er vijf leidende principes (eigen verantwoordelijkheid, ruimte professionals, normaliseren, hoogwaardige professionals voorkant, kostenbewustzijn). De betekenisgeving en de uitwerking hiervan verschillen lokaal:

a. Geef regionaal afgestemde betekenis aan deze leidende principes. Wat betekenen zij in de praktijk? Hoe verhouden zij zich tot elkaar? Welke doelen willen we hiermee bereiken? Zijn zij nog actueel en passen zij bij de toekomst (toegang en betaalbaarheid van de zorg)?

[6] https://jeugdmonitor.cbs.nl/sites/default/files/2018-04/170407-leidraad-toegang-preventief-ambulant-def.pdf

b. Zorg voor afstemming van tempo tussen gemeenten bij de herijking en de implementatie van beleid. Leer van de gemeenten die meer tempo maken.

5. Verschillen in inkoop

Op dit moment zijn er door de regionale inkoop weinig verschillen in inkoop. We verwijzen voor de inkoop bij BSA naar aanbeveling 1b.

Samenvattende aanbeveling voor de vereveningsregeling

We bevelen aan om bij een mogelijke herijking na te denken over het doel (solidariteit) en het effect (alle verschillen als gevolg van populatie, beleid en uitvoering worden verevend) van de vereveningsregeling.

Een suggestie hierbij is om gemeenten ook financieel directer te stimuleren om de eigen kosten van verevende percelen verder te beheersen. Net zoals bij verzekeringen kan overwogen worden om bijvoorbeeld een bonus-malusregeling of een eigen risico per gemeente in te voeren.

3. Analyse zorgkosten van de verevende percelen

Dit hoofdstuk bevat de uitkomsten van de analyse van de verkregen informatie (documentatie en interviews) in dit onderzoek. De analyse is eerst in totaal gegeven met een uitsplitsing per verevend perceel.

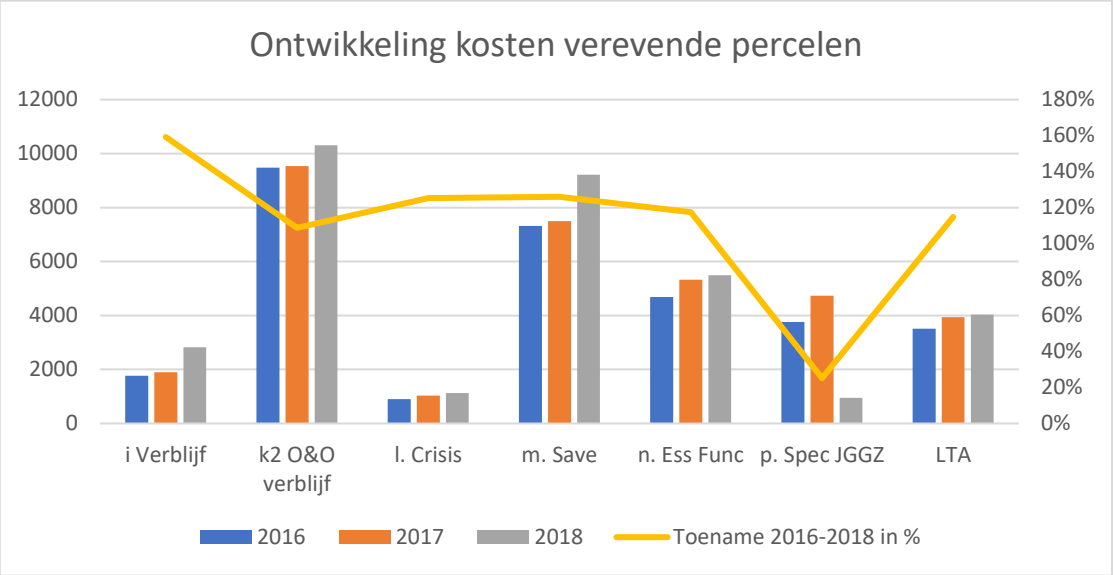
De analyse is als volgt opgebouwd:
1. Totale ontwikkeling zorgkosten van de verevende percelen en wijze van verevening
2. Verblijf Jeugd
3. Opvoed- en Opgroeihulp verblijf
4. Crisiszorg Jeugd
5. Samen Veilig Midden-Nederland – Jeugd (SAVE)
6. Essentiële Functies cluster 1
7. Hoogspecialistische Jeugd GGZ
8. Landelijke Inkoop (LTA)

In dit hoofdstuk leggen we al een causale relatie met de belangrijkste oorzaken (populatie, uitschieters, beleid en uitvoering). In de hoofdstukken 4, 5 en 6 gaan we hier in meer detail op in.

3.1 De ontwikkeling van de zorgkosten van de verevende percelen

In deze paragraaf geven we eerst - om de lezer mee te nemen - een totaalinzicht in de ontwikkeling van de kosten van de verevende percelen[7]. Vervolgens geven we de regionale risicoverdeling aan en hoe deze kosten in de regionale risicoverdeling verdeeld zijn. We sluiten af met de meerjarige effecten van deze verevening.

Ontwikkeling zorgkosten



Grafiek 1. De ontwikkeling van de kosten per verevend perceel voor alle zeven gemeenten

Toelichting

Uit grafiek 1 en de overige gegevens blijkt overall dat de totale kosten van de verevende percelen in de jaren 2016-2018 zijn toegenomen met circa 8% (van € 31,4 miljoen naar bijna € 34 miljoen). De hoofd-oorzaken zijn:

a) De stijging van de totale zorgkosten in 2018 komt vooral door de stijging van de kosten per cliënt; er zijn meer klanten met meer maanden zorg in 2018
b) Van de stijging komt 3% (€ 1 miljoen) voor rekening van het kleinere perceel Verblijf Jeugd (stijging 59%). Dit komt vooral door landelijke invloeden. Zie paragraaf 3.2
c) Verder komt circa 3% (€ 0,8 miljoen) voor rekening van het grootste perceel (k2 Opvoed- en Op-groeihulp verblijf). Dit perceel is zelfs met 9% gestegen. Dit perceel heeft een relatie met perceel Verblijf Jeugd. Door landelijke oorzaken bestaat ook hier een toename van kosten. Zie paragraaf 3.3
d) 6% komt door stijging in 2018 van het perceel SAVE, enerzijds door een stijging van € 1,0 miljoen SAVE Jeugd (alle gemeenten). Verder is SAVE Volwassenen in 2018 (voor een bedrag van € 0,9 mil-joen) wel in de verevening opgenomen en in 2016 en 2017 niet. Zie paragraaf 3.5
e) Het perceel Hoogspecialistische GGZ-J daalt fors (tot 25%). Dit heeft een effect van -9% (€ 2,8 mil-joen) op het totaal; dit komt door een wijziging in de verevening. Zie paragraaf 3.7
f) De andere percelen, Crisiszorg, Essentiële Functies en LTA, laten mindere en stabielere stijgingen zien (15% tot 25%). Omdat dit relatief kleinere percelen zijn, hebben ze minder effect op het totaal. Zie paragrafen 3.4, 3.6 en 3.8

[7] Risicodeling Sociaal Domein 2019. BOSD 17 September 2018.

Regionale risicodeling
De kern van risicodeling is onderlinge solidariteit. Gemeenten binnen de regio helpen elkaar door samen onverwachte financiële tegenvallers op te vangen. De verdeling van de kosten vindt - voor de zorgpakketten met risicodeling – plaats, ongeacht het daadwerkelijk gebruik van zorg door de individuele gemeenten. Risicoverevening is een vorm van onderlinge solidariteit op financieel gebied[8].
Het verdelen van kosten vindt plaats naar rato van het aandeel in de inkoop, op basis van het door het Rijk beschikbaar gestelde macrobudget jeugd conform de septembercirculaire van het betreffende jaar. De totale kosten van de verevende percelen zijn als volgt over de gemeenten verdeeld (2016-2018).

	inwoners	inwoners	Voor verevening			Na verevening		
	eind 2017	*in %*	**2016**	**2017**	**2018**	**2016**	**2017**	**2018**
Amersfoort	154337	52%	63%	58%	56%	62%	60%	60%
Baarn	24529	8%	7%	8%	7%	7%	8%	8%
Bunschoten	21020	7%	4%	4%	5%	5%	5%	5%
Eemnes	8999	3%	1%	1%	2%	2%	2%	2%
Leusden	29677	10%	8%	10%	9%	7%	7%	8%
Soest	45874	15%	12%	13%	16%	13%	13%	13%
Woudenberg	12701	4%	5%	5%	5%	4%	4%	4%
Totaal	**297137**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**
Totaal verevende percelen (* € 1.000)			€ 31.428	€ 33.958	€ 33.946	€ 31.428	€ 33.958	€ 33.946

Tabel 1. Ontwikkeling kosten verevende percelen voor/na verevening t.o.v. aantal inwoners

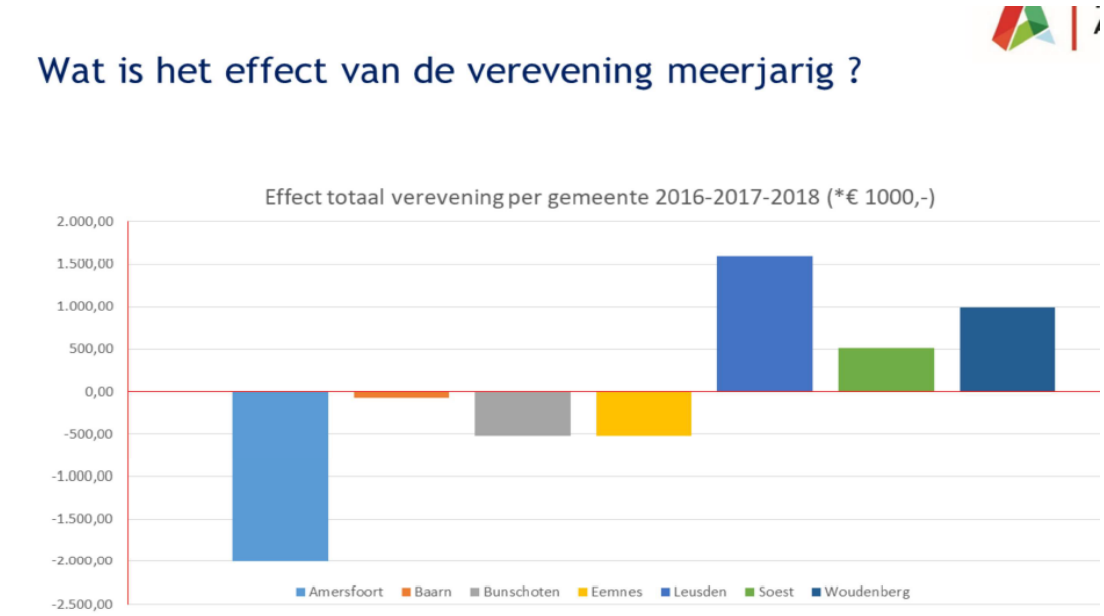
Toelichting
Uit deze tabel (en overige gegevens[9]) blijkt dat:

g) In vergelijking met het aantal inwoners heeft de gemeente Amersfoort relatief veel kosten. Echter, het aandeel in de kosten is in deze gemeente de afgelopen jaren wel het sterkst gedaald. Het ligt voor de hand dat dit een relatie heeft met het uitgevoerde beleid, zoals het systematisch aan de slag gaan met de beheersing van kosten op basis van het AEF-rapport (zie hoofdstuk 6)
h) De gemeenten Bunschoten, Eemnes en Soest relatief - naar rato van het aantal inwoners - weinig kosten maken. Hierbij is Soest de gemeente met de grootste stijging van kosten
i) Door de verevening zijn de (percentages van) kosten in 2015-2018 gestabiliseerd. De nadeelgemeenten zijn Amersfoort (2015-2018, circa € 2 miljoen), Bunschoten (circa € 0,5 miljoen) en Eemnes (circa € 0,5 miljoen). De voordeelgemeenten zijn Leusden (circa € 1,5 miljoen), Soest (circa € 0,5 miljoen) en Woudenberg (circa € 1 miljoen). Zie ook de grafieken 2 en 3 hierna.

Tussenconclusie
De kosten zijn met name in de stad Amersfoort hoog en in de minder stedelijke gebieden laag. Deze kosten dalen in Amersfoort wel het hardst in de regio. Dit - hoge kosten en daling in steden - is een gebruikelijk beeld in Nederland. Dit komt mogelijk ook door het ingezette beleid (zie hoofdstuk 6). In kleinere gemeenten fluctueren de kosten weliswaar sneller doordat de totale kosten per perceel heel beperkt zijn. Echter, deze fluctuaties hebben procentueel een klein effect. Hierna gaan we meer in detail per verevend perceel in op de oorzaken van deze kostenontwikkeling in relatie tot de verdeelsleutel van de verevening (zie volgende paragrafen).

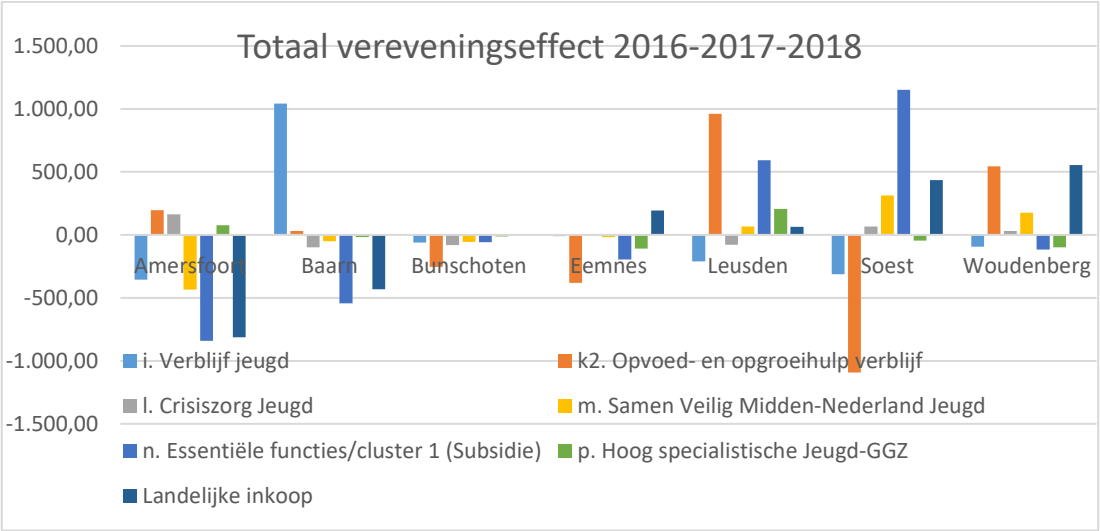
[8] Agendering Stuurgroep SD, 26 september 2019. Risicoverevening en verblijf en crisis jeugd buiten breed spectrum.
[9] Risicodeling Sociaal Domein 2019. BOSD 17 September 2018.

Effecten van verevening
De kosten van de percelen en de wijze van verevening hebben geleid tot het volgende meerjarig effect van de verevening.



Grafiek 2. De meerjarige effecten van de verevening voor alle zeven gemeenten

Zoals genoemd, zien we dat Amersfoort (en in mindere mate in Bunschoten en in Eemnes) nadeelgemeente en Leusden en Woudenberg (in mindere mate Soest) voordeelgemeenten zijn. Voor Baarn heeft de verevening per saldo voor alle percelen het minste effect (zie paragraaf 3.2). De voordeelgemeenten hebben minder zorgkosten en de nadeelgemeenten hebben meer kosten conform de landelijke verdeelsleutel. De uitsplitsing per perceel is als volgt[10].

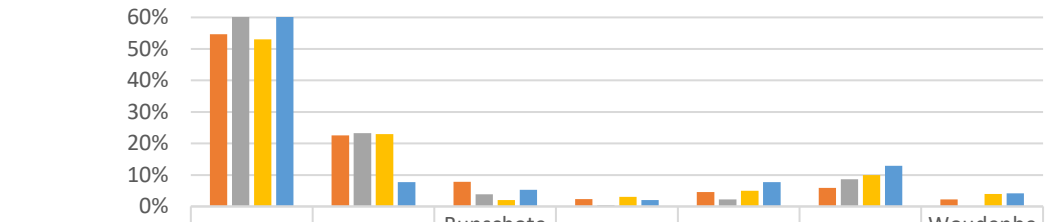


Grafiek 3. De meerjarige effecten van de verevening per perceel voor alle zeven gemeenten

[10] Conceptresultaten zorggebruik 2018, RISB februari 2019.

Als we de voordeel- en de nadeelgemeenten bezien, dan blijkt dat de percelen i) Verblijf Jeugd, k2) Opvoed- en Opgroeihulp verblijf, n) Essentiële Functies cluster 1 (subsidie) en Landelijke Inkoop de grootste tegenstellingen vertonen. In de volgende paragrafen geven wij een verklaring voor deze verschillen.

3.2 De verschillen in zorgkosten - Perceel Verblijf Jeugd



	Amersfoort	Baarn	Bunschoten	Eemnes	Leusden	Soest	Woudenberg
2016	55%	23%	8%	2%	5%	6%	2%
2017	62%	23%	4%	0%	2%	9%	0%
2018	53%	23%	2%	3%	5%	10%	4%
Verdeel sleutel	60%	8%	5%	2%	8%	13%	4%

2016 2017 2018 Verdeel sleutel

Grafiek 4. Ontwikkeling kosten per verevend perceel Verblijf Jeugd voor alle zeven gemeenten

Toelichting

De totale kosten van Verblijf Jeugd zijn in 2016-2017 (€ 1,8/€ 1,9miljoen) en in 2018 toegenomen met € 1 miljoen. Zie grafiek 4 voor de verdeling. Uit de overige gegevens en interviews blijkt dat:

a) In totaliteit is er in de regio sprake van de volgende oorzaken: groei van instroom 2017, beperkte uitstroom onder jeugd wegens complexe combinatie huisvesting, financiën, gebrek aan netwerk en zinvolle dagbesteding/werk/opleiding (krapte van passend aanbod hulpvraag). Verder is er een toename van de vraag om verblijfszorg bij jeugdigen met een LVB-problematiek. De oorzaak volgens respondenten zou kunnen zijn dat de WLZ moeilijker toegankelijk is geworden. In 2018 en 2019 is er sprake van meer instroom dan uitstroom. Dit is een landelijk beeld.
   De zware trajecten bij de verblijfinstellingen worden ingezet door specialisten van bijvoorbeeld SAVE. Daar hebben gemeenten beperkt invloed op. `De interactie met SAVE verloopt via het RISB maar ook lokaal. Citaat: "SAVE ziet de rekeningen niet voorbijkomen, dat maakt beslissingen over dure verwijzingen wel heel gemakkelijk."
b) In Amersfoort is er een kostentoename van € 0,5 miljoen. Toch is dit relatief lager dan in de andere gemeenten door een verschuiving van verblijf naar ambulant. Dit komt door de opdracht van de gemeente aan de Stichting SWA om hierop in te zetten. Vanuit de groeiende wijkteams wordt erop gestuurd om dit zelf meer op te pakken. Een beperkt aantal Amersfoortse jeugdigen krijgt zwaardere zorg (jeugdzorg met verblijf, bescherming of reclassering). In Amersfoort ontvangen relatief minder jongeren deze vormen van jeugdzorg dan gemiddeld in de 100.000^{+}-gemeenten

c) In Baarn is een gezinshuis gevestigd waar een tiental kinderen verblijft (eigenlijk is er maar plek voor vier tot zes kinderen). Sommige kinderen komen naar deze gemeente; in beginsel neem je van andere gemeenten de beschikking over. Dit zijn grote beschikkingen met forse bedragen. De kinderen worden ingeschreven in de gemeente. Het sociaal team bevindt zich nu in een traject waarin gekeken wordt naar de keuze voor deze zorg: is het mogelijk om de beschikkingen aan te passen? Het team zoekt naar intensievere samenwerking met gecertificeerde instellingen (Schrikker Groep en SAVE) om hen te adviseren over het beperken van de kosten.
d) In Bunschoten wordt intensief samengewerkt met SAVE. Het sociaal team pakt in het perspectief van SAVE veel casussen (er is veel LVB, middelengebruik en autisme) langer zelf op. In vergelijking met andere gemeenten is dit veel intensiever en van betere kwaliteit. Samen wordt gestuurd op het zo lang mogelijk in huis houden van jeugd. Een andere verklaring kan liggen in de netwerken rondom hechte en grote gezinnen. De samenwerking met de kerken is ook erg sterk.
e) In Eemnes is slechts sprake van beperkte kosten en zeer lage percentages (0-3% per jaar).
f) In Leusden was er in 2016 sprake van zware intramurale zorg door Jeugdzorgplus. Daar is vervolgens naar gekeken. Gevolg is dat het in 2017 lager is geworden en Leusden een kleiner aandeel heeft gekregen. In 2018 is sprake van een lichte stijging van € 0,1 miljoen. Het beeld is dat dit komt door de landelijke trend; er is geen specifieke lokale oorzaak in Leusden bekend.
g) In Soest is het perceel Verblijf Jeugd relatief laag, al is het wel toegenomen. Over het algemeen lukt het om enkelvoudige hulpvragen snel af te handelen met 'lichte' interventies. Er resteren dan jongeren met een complexere zorgvraag. Pleegzorg is in Soest relatief laag (in Woudenberg bijvoorbeeld is dit hoog).
h) Woudenberg is deels een christelijk dorp. Dit draagt eraan bij dat mensen sneller geneigd zijn om hulp te bieden of zich ergens voor in te zetten. Aan de andere kant zie je dat mensen ook geneigd zijn de problemen achter de voordeur te houden. Hierdoor zijn de problemen vaak complexer, waardoor het meest ideale scenario van preventieve zorgtrajecten geen uitkomst meer biedt. Dit betekent ook dat er lichte toename van jeugdzorg met verblijf is; het merendeel van de trajecten betreft pleegzorg.

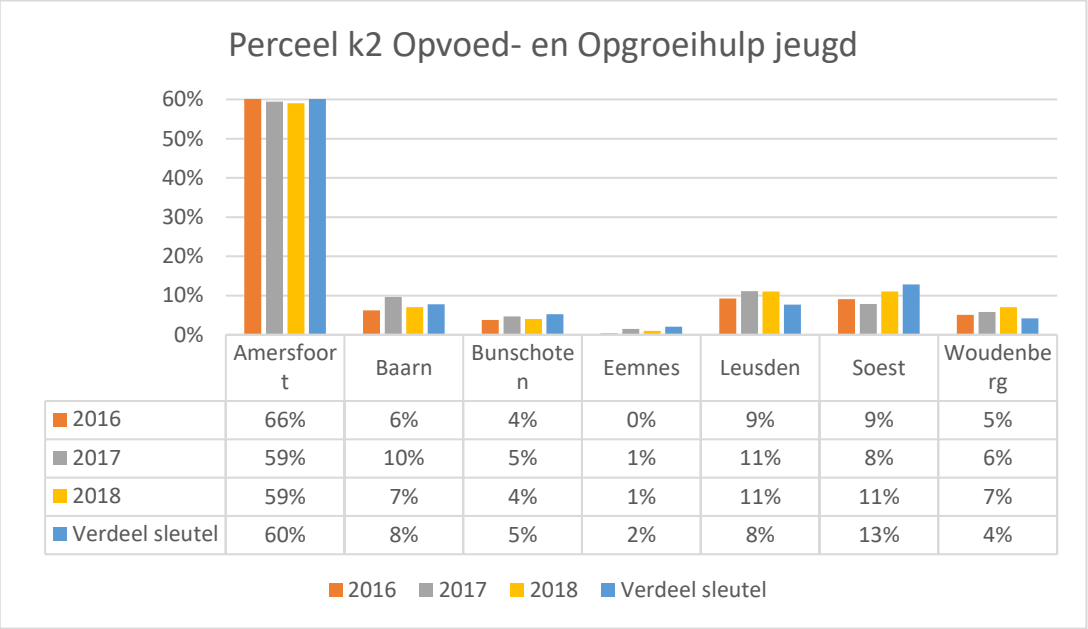
Tussenconclusie

De kosten van dit perceel zijn vooral door landelijke oorzaken sterk gestegen (met € 1 miljoen). Er zijn wel verschillen in populatie, omgeving en aanpak die leiden tot verschillende kosten tussen gemeenten.
Er zijn de volgende oorzaken in de populatie en omgeving: 1) in Eemnes lijkt de hoge sociaal-economische status te leiden tot zeer lage kosten, 2) Soest kent relatief weinig pleegzorg, 3) Woudenberg is grotendeels een christelijk dorp. Het gedrag van mensen zorgt voor beperking van de stijging van kosten, 4) Baarn heeft een gezinshuis, waardoor de kosten Verblijf Jeugd relatief hoog zijn.
Zie verder hoofdstuk 4.

Verder zijn er verschillen door de aanpak: 1) Amersfoort heeft hier gericht op ingezet; hier ontvangen relatief minder jeugdigen deze hulp, 2) Leusden had in 2016 zware intramurale zorg, welke door beleid is afgenomen, 3) in Bunschoten heeft de samenwerking met SAVE zelfs geleid tot een daling van de kosten. Zie verder hoofdstuk 6.

Per saldo hebben deze verschillen ertoe geleid dat Amersfoort (circa € 0,3 miljoen), Soest (circa € 0,3 miljoen) en Leusden (€ 0,2 miljoen) nadeelgemeenten zijn. Baarn is op dit perceel een voordeelgemeente (ruim € 1 miljoen).

3.3 De verschillen in zorgkosten - Perceel Opvoed- en Opgroeihulp verblijf



	Amersfoort	Baarn	Bunschoten	Eemnes	Leusden	Soest	Woudenberg
2016	66%	6%	4%	0%	9%	9%	5%
2017	59%	10%	5%	1%	11%	8%	6%
2018	59%	7%	4%	1%	11%	11%	7%
Verdeel sleutel	60%	8%	5%	2%	8%	13%	4%

Grafiek 5. Ontwikkeling verdeling kosten perceel O&O-hulp Jeugd voor alle zeven gemeenten

Toelichting

De totale kosten van Opvoed- en Opgroeihulp verblijf zijn in 2016-2017 (€ 9,5 miljoen) in 2018 toegenomen met € 0,8 miljoen (9%) tot € 10,3 miljoen. Zie grafiek 5 voor de verdeling. Uit deze grafiek, overige gegevens en de interviews blijkt dat:

a) Dit perceel heeft een relatie met perceel Verblijf Jeugd. Door de regionale oorzaken daar genoemd is er ook in dit perceel sprake van toename van kosten. De uithuisplaatsingen zijn bepalend bij OO jeugd verblijf. De stijging is een landelijke tendens.
b) In Amersfoort is er wel sprake van een daling van € 0,1 miljoen. Dit komt door een verschuiving van verblijf naar ambulant met als oorzaak de opdracht van de gemeente aan de Stichting SWA om hier sterk op in te zetten.
c) In Baarn valt wat betreft Opvoed- en Opgroeihulp verblijf op dat deze zorg grotendeels beschikt wordt door gecertificeerde instellingen (GI) en dat het Lokaal Team hier vaak niet van op de hoogte is. De wens is dat een GI contact opneemt met het Lokaal Team om te overleggen over een plaatsing. De gedachte hierachter is dat het Lokaal Team beter op de hoogte is van het lokale aanbod en kan sturen op de hoogte van de beschikking. (N.B. ambulante Opvoed- en Opgroeihulp jeugd (niet verevend perceel) is vanwege gebrek aan capaciteit zoveel mogelijk uitbesteed aan tweedelijns zorg of in de basisinfrastructuur belegd).
d) In Bunschoten geldt voor dit perceel dezelfde analyse als voor het perceel Verblijf Jeugd.
e) In Eemnes doet het wijkteam veel zelf aan opvoedondersteuning. Eemnes heeft dan ook een lager aandeel (2%) dan op grond van regionale verdeling verwacht mag worden.
f) In Leusden was de stijging 2016-2018 bijna 20% (hoger dan landelijk). Afgelopen jaar is er wel geïnvesteerd in laagdrempeligheid (ouders helpen/bekendheid bij scholen/in Leusden is altijd inloop mogelijk). Dit kan wellicht geleid hebben tot meer kosten.

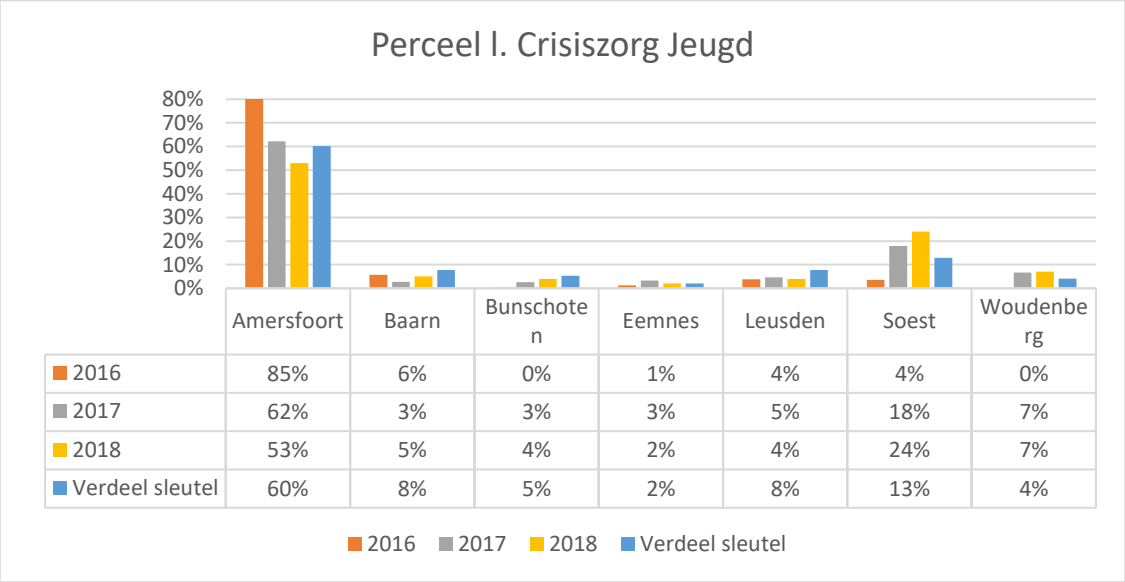
g) In Soest is, evenals op het perceel Verblijf Jeugd, ook het perceel Opvoed- en Opgroeihulp verblijf jeugd relatief laag. Er is sprake van weinig pleegzorg.
h) In Woudenberg is er sprake van relatief stabiele kosten van circa € 0,4 miljoen. Deze zijn wel relatief hoog ten opzichte van andere gemeenten; dit betreft voornamelijk pleegzorg. Dit kan te maken hebben met het feit dat Woudenbergse kinderen makkelijk een plek in het netwerk vinden. Of doordat kinderen die door een GI geplaatst worden makkelijker een plek in Woudenberg vinden (vanuit de christelijke moraal). Kinderen, geplaatst door een GI, waarbij het gezag overgegaan is naar de instelling, komen voor rekening van Woudenberg. Het sociaal team heeft geen inzicht in hoeveel pleegzorgkinderen die ten laste van Woudenberg komen, oorspronkelijk ook uit Woudenberg komen

Tussenconclusie
De kosten van dit perceel zijn vooral door landelijke oorzaken sterk gestegen (met € 0,8 miljoen). Er zijn wel verschillen in populatie, omgeving en aanpak die leiden tot verschillende kosten tussen gemeenten.
Er zijn de volgende oorzaken in de populatie en omgeving: 1) Soest heeft - net als bij het perceel Verblijf jeugd, waar dit perceel een relatie mee heeft, relatief weinig pleegzorg, 2) in Woudenberg zien we het tegenovergestelde effect: door veel pleegzorg zijn er relatief veel kosten. Zie verder hoofdstuk 4.

Verder zijn er verschillen door de aanpak: 1) in Amersfoort zijn door inzet op ambulant in plaats van verblijf steeds minder kosten gemaakt en dus is deze gemeente steeds minder voordeelgemeente geworden, 2) Eemnes doet veel aan opvoedondersteuning in het wijkteam, zodat de aanbiederskosten laag zijn, 3) in Leusden lijkt de laagdrempeligheid voor inwoners een belangrijke oorzaak voor de hoge kosten. Zie verder hoofdstuk 6.

Per saldo hebben deze verschillen ertoe geleid dat Amersfoort op dit perceel steeds minder een voordeelgemeente (circa € 0,1 miljoen) is geworden. Leusden is voor dit perceel in de periode 2016-2018 een voordeelgemeente van circa € 0,9 miljoen. Soest is een nadeelgemeente (€ 1,1 miljoen over drie jaar) door weinig pleegzorg. Woudenberg is door veel pleegzorg juist voordeelgemeente (circa € 0,5 miljoen over drie jaar).c

3.4 De verschillen in zorgkosten - Perceel Crisiszorg Jeugd



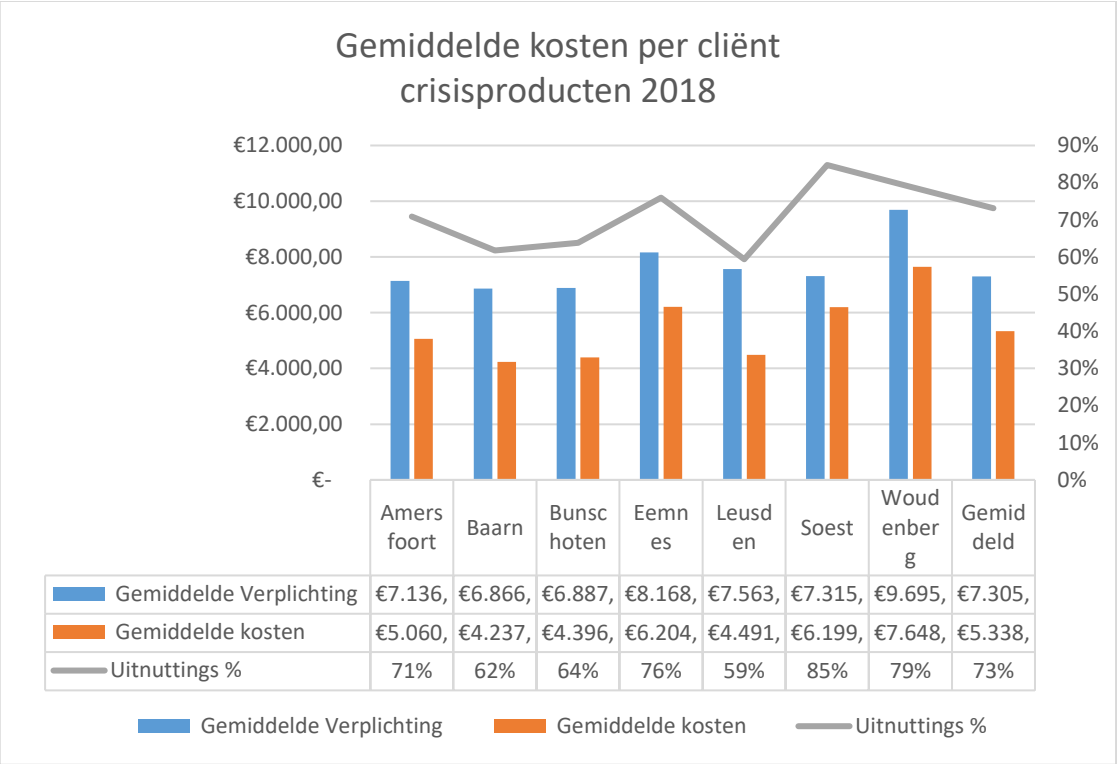
	Amersfoort	Baarn	Bunschoten	Eemnes	Leusden	Soest	Woudenberg
2016	85%	6%	0%	1%	4%	4%	0%
2017	62%	3%	3%	3%	5%	18%	7%
2018	53%	5%	4%	2%	4%	24%	7%
Verdeel sleutel	60%	8%	5%	2%	8%	13%	4%

Grafiek 6. Ontwikkeling verdeling kosten perceel Crisiszorg Jeugd voor alle zeven gemeenten

Toelichting
De totale kosten van Crisiszorg zijn in 2016 tot 2018 toegenomen met € 0,2 miljoen tot € 1,1 miljoen. Zie grafiek 6 voor de verdeling. Uit deze grafiek, overige gegevens en de interviews blijkt dat:

a) In Amersfoort zijn de kosten de laatste jaren gedaald met circa € 170.000 . Ook hier is het beeld dat de inzet op ambulant en preventie - door de opdracht van de gemeente aan de Stichting SWA - van invloed is op deze daling, door minder instroom. Wel bestaat het beeld dat er stagnatie in de uitstroom is en dat er vaak sprake is van vervolgvragen.
b) In Baarn waren de kosten stabiel. In de crisiszorg gaat het maar om enkele gevallen, wat wel meteen procentueel hoog uit valt. Baarn stuurt wel op zo min mogelijk uithuisplaatsingen, gezien de wachtlijsten in de jeugdzorg. Nu zijn er pilots met de zeven breedspectrumaanbieders om vanuit de regio samen met lokale teams de uithuisplaatsingen te voorkomen.
c) In Bunschoten is er sprake van een kleine toename van circa € 50.000. Hier speelt achter de voordeur veel wat het sociaal team niet ziet. Als dat naar voren komt, is er qua aanpak minder aan te doen; dan is er meteen behoefte aan crisiszorg.
d) In Eemnes zijn de crisiskosten zeer beperkt (€ 23.000 in 2018). In Eemnes wordt ook crisiszorg zo mogelijk gedaan door eigen consulenten.
e) In Leusden zijn de kosten voor crisiszorg slechts licht gestegen ten opzichte van stijgingen in andere gemeenten. SAVE geeft aan dat Leusden het goed doet qua crisishulp.
f) De gemeente Soest springt eruit: de kosten zijn toegenomen van € 32.000 in 2016 tot € 267.000 in 2018. Crisiszorg jeugd was in 2016-begin 2017 prima, maar eind 2017 en in 2018 (en 2019) waren uitzonderlijk. Dit had niet te maken met aantal cliënten, maar vooral met de duur. Jongeren hebben erg lang gebruik moeten maken van het product, tot wel zes à zeven keer de module. Het probleem was de doorstroom naar een residentiële voorziening vanuit de crisisopvang. De aanbieders hebben wachtlijsten en dat maakt dat er zoveel gebruik is gemaakt van crisis. Nu verbetert dat doordat de teamleider er dichter op zit om alternatieve opties te vinden.
g) In Woudenberg is de crisiszorg relatief iets hoger dan gemiddeld (€ 82.000 in 2018). Ook hier is sprake van problemen die lang achter de voordeur worden gehouden. Hierdoor worden deze problemen vaak complexer en het meest ideale scenario van preventieve zorgtrajecten biedt dan geen uitkomst meer. In Woudenberg is het beleid nu dat er wordt gewerkt aan de herorganisatie van de crisiszorg jeugd, waarbij ingezet wordt op het voorkomen ervan en indien nodig de-escalatie via time-outplekken.

Kosten per cliënt voor crisisproducten (prijscomponent)

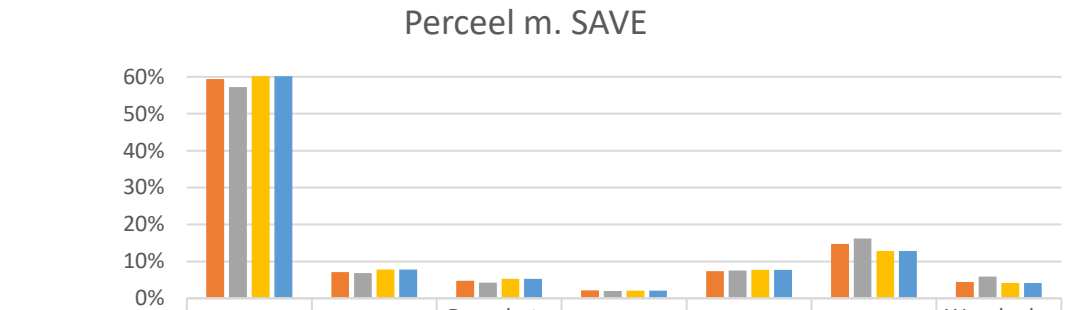


Grafiek 7. Gemiddelde kosten per cliënt kosten crisisproducten 2018 per gemeente

Toelichting
Zoals aangegeven zijn de totale kosten voor crisishulp € 1,1 miljoen in 2018. Uit grafiek 7 blijkt dat de gemiddelde kosten in de zeven gemeenten € 5.300 per cliënt bedragen. Dit varieert weliswaar van € 4.200 in Baarn tot € 7.600 in Woudenberg, maar het gaat maar om enkele gevallen (veertien in Baarn en tien in Woudenberg), zodat dit niet representatief is. Daarbij hebben deze verschillen maar een zeer beperkt effect op de verevening.

Tussenconclusie
Er zijn verschillen in populatie, omgeving en aanpak die leiden tot verschillende kosten tussen gemeenten. Er zijn de volgende oorzaken in de populatie en omgeving: 1) in Bunschoten speelt veel achter de voordeur, wat heeft geleid tot relatief meer crisiszorg, 2) Woudenberg (christelijk dorp) heeft relatief veel crisiszorg als gevolg van het gedrag van de inwoners. De kosten per klant zijn hier het hoogst (€ 7.600 per cliënt). Zie verder hoofdstuk 4.
Verder zijn er verschillen door de aanpak: 1) in Amersfoort zijn door inzet op ambulant en preventie er steeds minder crisiskosten gemaakt en dus is deze gemeente van voordeel- nu nadeelgemeente geworden, 2) Soest kende veel crisiszorg door een probleem met de doorstroom. Dat probleem lijkt nu onder controle, 3) Woudenberg is bezig met een herorganisatie van de crisishulp. Zie verder hoofdstuk 6.
Crisiszorg is een relatief klein perceel (€ 1,1 miljoen in 2018). Dit betekent dat verschillen in populatie en aanpak relatief kleine effecten hebben: er zijn geen grote voor- of nadeelgemeenten.

3.5 De verschillen in zorgkosten - Perceel SAVE



	Amersfoort	Baarn	Bunschoten	Eemnes	Leusden	Soest	Woudenberg
2016	59%	7%	5%	2%	7%	15%	4%
2017	57%	7%	4%	2%	8%	16%	6%
2018	60%	8%	5%	2%	8%	13%	4%
Verdeel sleutel	60%	8%	5%	2%	8%	13%	4%

2016 2017 2018 Verdeel sleutel

Grafiek 8. Ontwikkeling verdeling kosten perceel Save voor alle zeven gemeenten

Toelichting
Het totale kostenniveau van SAVE (jeugdbescherming en jeugdreclassering) is € 7,3 miljoen in 2016, € 7,5 miljoen in 2017 en € 9,2 miljoen in 2018. Enerzijds door een stijging van SAVE Jeugd met € 1,0 miljoen en anderzijds door de toevoeging van SAVE Volwassenen aan de verevening (€ 0,9 miljoen)[11]. Zie grafiek 8 voor de verdeling. Uit deze grafiek, overige gegevens en de interviews blijkt dat:

a) SAVE via een subsidie bekostigd wordt vanuit de gemeenten. Voor de consultatie en de intake voor SAVE zijn aparte regionale afspraken gemaakt. De interactie met SAVE verloopt via het RISB maar ook lokaal. Aanmelding bij SAVE kan door het wijkteam, Veilig Thuis, de kinderrechter (jeugdbescherming/jeugdreclassering[12]).
b) Voor alle gemeenten geld dat de grootste stijging van SAVE komt door groei op justitiemaatregelen (+9,4% OTS = ondertoezichtstelling) en groei op Veilig Thuis (+21%). Er is sprake van meer justitiemaatregelen (geen invloed gemeenten) en minder preventie (wel invloed gemeenten).
c) In Amersfoort is het beeld dat er in de afgelopen jaren een probleem is geweest om voldoende menskracht binnen SAVE beschikbaar te hebben. Wijkteams hebben meer op preventie ingezet, en minder aangemeld bij SAVE. Door de aandacht voor ambulante inzet is wel de inzet van SAVE (gezinsvoogden) toegenomen. Er is sprake van een toename van jongeren met ondertoezichtstelling. Er is geen gespecificeerd inzicht bij respondenten.
d) In Baarn zijn ongeveer vier Veilig Thuis-meldingen per week en nog twee waarin het team optrekt met SAVE in het vrijwillig kader. Bij gemiddeld meer meldingen is er sprake van een procentueel grote toename.
e) In Bunschoten is er sprake van ongeveer tien OTS'ers in gezinnen waar van generatie op generatie OTS-problemen bestaan.

[11] SAVE Volwassenen bestaat voor een deel uit lasten die niet in de regionale verevening meegaan, maar ten laste van gemeente Amersfoort komen. Slechts een klein deel is verevening. Vanaf 2018 is een totaalbestand opgesteld; in de jaren daarvoor zal dit op andere wijze opgesteld zijn. Intern zal men dit nog nader onderzoeken. Dit heeft geen effect op de hoofdconclusies.
[12] https://www.samen-veilig.nl/ouders/hulp-van-save/

f) In Eemnes is er sprake van erg weinig OTS-cliënten (momenteel slechts twee OTS'ers) . De kosten vertonen een stabiel beeld.
g) In Leusden zijn geen specifieke verklaringen gegeven.
h) In Soest is aangegeven dat het wijkteam beperkt invloed op SAVE heeft. Er lijkt sprake van meer OTS-situaties.
i) In Woudenberg vindt - vanuit het perspectief van de respondenten- geen buitensporige inzet van SAVE plaats in vergelijking met andere gemeenten. De langdurige betrokkenheid van SAVE is niet de bedoeling. Het kan zijn dat de betrokkenheid van SAVE plaatsvindt buiten het Sociaal Team om, waardoor het Sociaal Team hier niet volledig zicht op heeft.

Momenteel wordt er wel ingezet op beleidsmaatregelen ter beheersing van de kosten van SAVE (zie paragraaf 6.1)

Tussenconclusie
De kosten van SAVE zijn hoog (€ 9,2 miljoen) en bedragen 27% van de totale kosten verevende percelen. In 2018 zijn de kosten toegenomen door sturing op ambulante zorg en dus een toename van gezinsvoogden. Verder is ook SAVE Volwassenen in de verevening opgenomen.

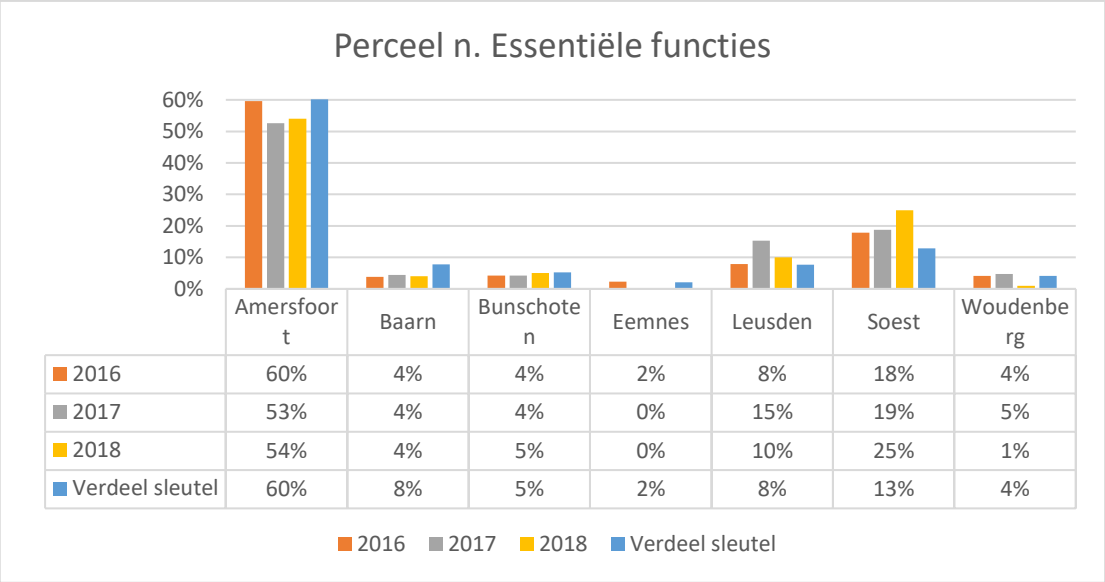
Gelijktijdig zijn er - door in beginsel dezelfde aanpak door SAVE voor alle gemeenten - relatief kleine procentuele verschillen ontstaan in de kosten. De kosten, waaronder de subsidies[13], volgen zeer goed de verdeelsleutel. De kleine procentuele verschillen leiden - gezien de hoge totale kosten - uiteindelijk wel tot effecten op de verevening.

Er zijn verschillen in populatie, omgeving en aanpak die leiden tot verschillende kosten tussen gemeenten.
Er zijn de volgende oorzaken in de populatie en omgeving: 1) in Bunschoten is er historisch sprake van veel gezinnen met OTS, 2) ook Soest heeft meer OTS-cliënten.
Verder zijn er verschillen door de aanpak: 1) Amersfoort heeft meer op preventie ingezet en minder aangemeld bij SAVE. Wel is de inzet van gezinsvoogden toegenomen.

Per saldo hebben deze verschillen ertoe geleid dat Amersfoort een nadeelgemeente (circa € 0,4 miljoen over drie jaar) is geworden. Soest is een voordeelgemeente (€ 0,3 miljoen over drie jaar) door relatief meer onder toezichtstellingen.

[13] Intern is aangegeven dat de subsidies aan SAVE zijn opgenomen in dit perceel. Dit wordt intern nog definitief gecheckt.

3.6 De verschillen in zorgkosten - Perceel Essentiële functies



	Amersfoort	Baarn	Bunschoten	Eemnes	Leusden	Soest	Woudenberg
2016	60%	4%	4%	2%	8%	18%	4%
2017	53%	4%	4%	0%	15%	19%	5%
2018	54%	4%	5%	0%	10%	25%	1%
Verdeel sleutel	60%	8%	5%	2%	8%	13%	4%

Grafiek 9. Ontwikkeling verdeling kosten perceel Essentiële functies voor alle zeven gemeenten

Toelichting

De totale kosten van Essentiële Functies zijn in 2016 tot 2018 toegenomen met € 0,8 miljoen (17%). De kosten in 2018 bedroegen € 5,5 miljoen. Zie grafiek 9 voor de verdeling. Uit deze grafiek, overige gegevens en de interviews blijkt dat:

a) In Amersfoort is een algemene verschuiving van verblijf naar ambulant een gevolg van de opdracht van de gemeente aan de Stichting SWA. Vanuit de wijkteams wordt er op gestuurd om dit zelf meer op te pakken.
b) In Baarn zit expertise in de teams (drie mensen die in het gedwongen kader[14] hebben gewerkt) en de teams hebben afspraken met huisartsen dat deze met hen schakelen over de beste route; daarom is er minder directe toegang via de huisartsen. Daardoor is er mogelijk minder gebruik van het perceel Essentiële Functies (Jeugdzorgplus, specialistische klinische opname, open residentiële LVB-problematiek).
c) In Eemnes zijn de kosten van Essentiële Functies zeer beperkt (€ 26.000 in 2018).
d) In Leusden is het aandeel in 2018 in de regio gemiddeld (10%).
e) In Soest liepen de kosten op van € 0,5 miljoen in 2016 tot ruim € 1,3 miljoen in 2018. Een uitschieter is dat één cliënt € 400.000 heeft gekost (in eerste instantie was dit € 500.000). Het betrof in dit geval een arts-naar-artsverwijzing, waarbij er geen sprake is van verplichte afstemming met de gemeente. De lokale zorgadministratie heeft separaat een signaal afgegeven over oplopende kosten. Er zijn toen met de aanbieder (dr. Leo Kannerhuis) en met de ouders afspraken gemaakt om passender zorg te leveren. Het betrof een klant met plaatsing in Arnhem maar met woonplaatsbeginsel in Soest.
f) In Woudenberg is het beleid is erop gericht deze voorzieningen af te bouwen; er is maar een zeer beperkt aantal cliënten dat hiervan gebruikmaakt. Veel zaken kan de gemeente in 'het persoonlijk netwerk van de cliënt' kwijt; daar wordt ook duidelijk op ingezet.

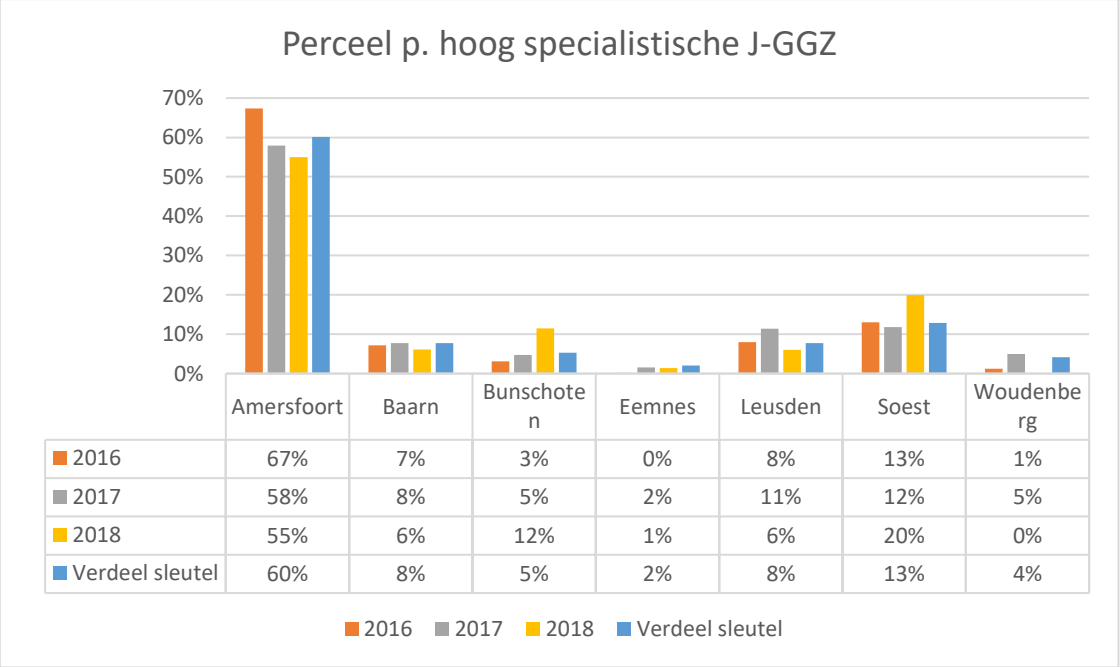
[14] 'Gedwongen kader' betreft kinderbeschermingsmaatregelen zoals OTS, Voogdij, Jeugdreclassering, crisisinterventie, toeleiding gesloten jeugdhulp. Zie https://dejeugdengezinsbeschermers.nl/voor-gemeenten/gedwongen-kader

Tussenconclusie
De kosten van dit perceel zijn € 5,5 miljoen. De Essentiële Functie is de zwaarste vorm van residentiële zorg (verblijf inclusief behandeling); de gemiddelde trajectkosten zijn veelal hoog ('lichtste traject' € 125.000 per jaar).
Er zijn wel verschillen in populatie, omgeving en aanpak die leiden tot verschillende kosten tussen gemeenten. Er zijn de volgende oorzaken in de populatie en omgeving: 1) in Soest was sprake van een lokale uitschieter van kosten. Zie verder hoofdstuk 4.

Verder zijn er verschillen door de aanpak: 1) in Amersfoort is door het wijkteam gestuurd op vermindering van kosten, 2) in Baarn zit expertise in het team, 3) in Woudenberg is het beleid erop gericht om dit vanuit de directe omgeving van de cliënt op te pakken. Voor Woudenberg heeft dit effect.
Zie verder hoofdstuk 6.

Per saldo hebben deze verschillen ertoe geleid dat Amersfoort op dit perceel meer nadeelgemeente is (circa € 0,8 miljoen) geworden. Baarn is - door expertise - ook een nadeelgemeente (circa € 0,5 miljoen). Soest is een voordeelgemeente (€ 1,1 miljoen over drie jaar) door lokale uitschieters en meer gebruik.

3.7 De verschillen in zorgkosten - Perceel hoog specialistische J-GGZ



	Amersfoort	Baarn	Bunschoten	Eemnes	Leusden	Soest	Woudenberg
2016	67%	7%	3%	0%	8%	13%	1%
2017	58%	8%	5%	2%	11%	12%	5%
2018	55%	6%	12%	1%	6%	20%	0%
Verdeel sleutel	60%	8%	5%	2%	8%	13%	4%

Grafiek 10. Ontwikkeling verdeling kosten perceel Specialistische J GGZ voor alle zeven gemeenten

Toelichting
Hoogspecialistische zorg werd tot en met 2017 (kosten € 4,7 miljoen) verevend. Dit is in 2018 afgenomen tot € 0,9 miljoen omdat een groot deel van perceel p) Hoogspecialistische Jeugd GGZ ondergebracht is in perceel e2) Ambulante dienstverlening Jeugd GGZ. Perceel p) is daarom gedaald en perceel e2) is gestegen (dit perceel wordt niet verevend). [15]

[15] In 2018 is de Jeugd GGZ opnieuw ingekocht, waardoor alle zorg onder één perceel is gekomen. Voor 2018 was de jeugdzorg van GGZ Centraal op perceel Hoogspecialistisch gepresenteerd, en voor De Waag op Forensische Jeugdzorg. Hoogspecialistisch is alleen gebleven voor Verblijf bij J-GGZ. Een deel van deze zorg is verevening, een deel is profijtbeginsel.

Zie grafiek 10 voor verdeling. Uit deze grafiek, overige gegevens en de interviews blijkt dat:

a) Toeleiding naar Hoogspecialistische J-GGZ gebeurt veelal door huisartsen. Jeugdigen worden meestal niet gezien door de wijkteams. Daarbij is gedwongen opname een landelijk beeld. Verder hebben enkele geïnterviewden het vermoeden (niet hard te maken) dat aanbieders (GGZ Centraal en De Bascule) juist ook producten met hoge tarieven declareren, die zorginhoudelijk niet altijd nodig zijn. Dat had wellicht ook tegen lagere tarieven gekund. GGZ Centraal is volgens geïnterviewden ook het minst getransformeerd[16] en heeft veel jeugdpsychiaters. Verder zijn kleine aanbieders meer vercommercialiseerd, met als gevolg meer sturen op hogere omzetten (hogere tarieven/langere duur). Dit leidt tot hogere kosten voor gemeenten.
b) Amersfoort is voor dit perceel steeds meer een voordeelgemeente (€ 0,1 miljoen). Het beeld bestaat dat er mogelijk sprake is van meer overbruggingshulp. Dit vraagt heel veel van wijkteams; deels hoort dat bij de functie maar deels ook niet.
c) In Baarn is er, zoals genoemd in paragraaf 3.6, sprake van expertise in de teams. Het beeld bestaat dat er daardoor een daling van gebruik is van dit perceel.
d) Bunschoten heeft in 2018 SO Jeugd GGZ (specialistische ondersteuner) aan het team toegevoegd. In het land zie je dat veel dat POH's (praktijkondersteuner huisarts) bij de huisartsen zitten. In Bunschoten willen de huisartsen het werkgeverschap niet en daarom is dat bij het team belegd. Artsen hebben eraan bijgedragen om die functie te bedenken; er is een goede samenwerking en één dag per week zit deze SO JGGZ bij de huisartsen.
e) In Eemnes zijn de kosten van Hoogspecialistische J-GGZ zeer beperkt (€ 13.000 in 2018).
f) In Leusden is er geen goed beeld van wat het relatief mindere gebruik ten opzichte van andere gemeenten in de regio verklaart.
g) In Soest hebben respondenten hier geen goed beeld van. Het lijkt erop dat dit mede een gevolg is van de grote verschuiving naar perceel e2). Blijkbaar is in Soest minder ondergebracht bij perceel e2) zodat de kosten van perceel p) relatief hoger zijn gebleven. Dit leidt door de verevening tot een voordeel.
h) In Woudenberg bedroegen deze kosten in 2017 nog € 234.000. In 2018 waren de kosten nihil door onderbrenging bij perceel e2) en volgens geïnterviewden ook als gevolg van een afname van unieke cliënten. Verder is er sprake van een afname van verwijzing door de huisarts en een toename van verwijzing door het wijkteam. Conform het Beleidskader Sociaal Domein streeft men naar versnelling van de transformatieopdracht van zeer specialistische jeugdzorg met verblijf. Zie ook paragraaf 3.2.

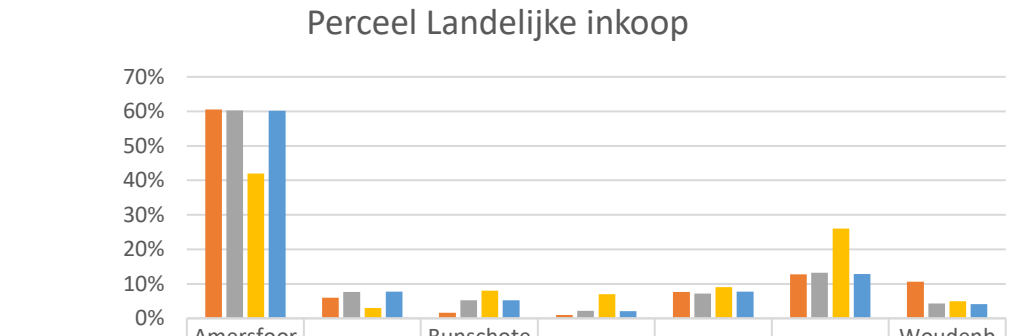
Tussenconclusie

De kosten van dit perceel bedroegen in 2016 € 3,8 miljoen en in 2017 € 4,7 miljoen. In 2018 zijn de kosten gedaald naar € 946.000, doordat veel kosten zijn ondergebracht bij een ander perceel (nl. ambulante dienstverlening J-GGZ). Doordat de toeleiding veelal door huisartsen gebeurt en niet door wijkteams, zijn de kostenverschillen niet direct te herleiden naar een verschil in aanpak tussen gemeenten.

Gemeenten proberen wel invloed uit te oefenen via de huisartsen door een specialistisch ondersteuner GGZ in te zetten. De effecten op de verschillen in verevening zijn dan ook gering. Leusden is de grootste voordeelgemeente (€ 0,2 miljoen).

[16] Toelichting betekenis transformatie : https://www.movisie.nl/artikel/transformatie-jeugdzorg-voorwaarden-verandering

3.8 De verschillen in zorgkosten - Perceel Landelijke Inkoop



	Amersfoort	Baarn	Bunschoten	Eemnes	Leusden	Soest	Woudenberg
2016	61%	6%	2%	1%	8%	13%	11%
2017	60%	8%	5%	2%	7%	13%	4%
2018	42%	3%	8%	7%	9%	26%	5%
Verdeel sleutel	60%	8%	5%	2%	8%	13%	4%

2016 2017 2018 Verdeel sleutel

Grafiek 11. Ontwikkeling verdeling kosten perceel Landelijke Inkoop voor alle zeven gemeenten

Toelichting

De totale kosten van Landelijke inkoop zijn in 2016 tot 2018 toegenomen met € 0,5 miljoen (15%). Zie grafiek 11 voor de verdeling. Uit deze grafiek, overige gegevens en de interviews blijkt dat:

a) De omvang LTA (Landelijk Transitie Arrangement) hangt vooral samen met het aantal cliënten en de duur van de trajecten. Sinds 2018 kun je niet zomaar beschikken over een productcode; dit moet ook regionaal gemotiveerd worden bij het RISB via het coördinatieteam (toestemming om procedure op te starten). Door huisartsen kan dit wel direct zonder tussenkomst ingezet worden (grote invloed huisartsen op LTA). Aanbieders: Ambulatorium, De Bascule, AMC etc.
b) In Amersfoort is gericht ingezet op preventie door wijkteams, ook met als doel dat er minder gebruik hoeft te worden gemaakt van LTA.
c) Baarn kent, zoals eerder genoemd, expertise in de teams (drie mensen die in het gedwongen kader hebben gewerkt) en er zijn afspraken met huisartsen dat zij met de teams schakelen over de beste route. Daardoor is er minder directe toegang via de huisartsen en mogelijk minder gebruik van de LTA-capaciteit.
d) In Bunschoten bestaat het beeld dat huisartsen veel verwijzen naar De Bascule en het UMC. Het overgrote deel van de LTA-verwijzingen gaat via de huisartsen. In het recente overleg met huisartsen (29 oktober), herkennen huisartsen dit beeld niet. Momenteel wordt nagegaan bij het RISB of hier geen sprake is van verwijzing door medisch specialisten en kinderartsen. In 2019 zijn al 27 indicaties afgegeven, waarvan 23 door huis- of kinderartsen of medisch specialisten. Bunschoten heeft regelmatig overleg met huisartsen om in elk geval de verwijzingen naar de Bascule te laten verlopen via het sociaal team. Ook 's Heeren Loo is een grote aanbieder voor de gemeente Bunschoten voor LTA, al is hier ook sprake van regionale inkoop.

e) In Eemnes zijn in 2018 de kosten van LTA sterk gestegen. De verwijzers zijn met name de huisartsen en medisch specialisten; die verwijzen allemaal naar verschillende organisaties. Het lijken allemaal wel passende verwijzingen. Er wordt veel naar De Bascule (ook in het Gooi) verwezen. De Bascule adviseert wel eens doorverwijzing naar niet gecontracteerde zorgpartijen. Dan volgt Eemnes dat advies.
f) In Soest was het lastig om goed inzicht te krijgen omdat LTA-verwijzingen vooral worden gegeven door medisch specialisten en huisartsen. Dat zijn vaak dure trajecten. Zij verwijzen vaak naar het UMC en specialistische zorg in Amsterdam (De Bascule); die hebben expertise en zijn vaak goed beschikbaar voor behandelingen. Verder zit in Soest de aanbieder 's Heeren Loo. Aanbod creëert mogelijk vraag. Soest probeert wel meer naar de eigen (regionaal beschikbare en ingekochte) zorg te sturen maar dat is niet altijd mogelijk. Uiteindelijk zijn de huisartsen en medisch specialisten autonoom. Soest ervaart gesprekken met artsen vaak als moeilijk. Uit het interview blijkt de verwachting dat LTA in 2019 substantieel minder wordt (zie ook paragraaf 3.3).
g) In Leusden waren er 28 cliënten in 2018; 35 in 2017 en 28 in 2016. De gemiddelde kosten per cliënt zijn wel toegenomen: van € 7.728 in 2017 tot € 12.612 in 2018. Het ligt voor de hand dat dit komt door de langere duur van trajecten. In 2019 zijn er zeventien cliënten. In Leusden is - naast regionale toestemming - lokaal een kwaliteitstoets nodig. De grote aanbieders zijn Ambulatorium, De Bascule, het AMC etc.
h) In Woudenberg is er sprake van een hoog historisch gebruik van LTA. Er is nu wel een afname van het gebruik en de inzet van LTA. De instroom beperkt zich tot twaalf cliënten bij het UMC, Seys Centra en Altrecht. Ondanks de afname van het aantal cliënten, zorgt een zeer beperkt aantal trajecten rondom de problematiek voedselweigering voor iets hogere kosten in 2018. De historie is dat zeven cliënten al drie jaar in zorg zijn.

Tussenconclusie

De kosten van dit perceel bedragen € 4 miljoen. Over het algemeen zijn de huisartsen de verwijzers. Er zijn wel verschillen in populatie, omgeving en aanpak die leiden tot verschillen in kosten tussen gemeenten.
Er zijn de volgende oorzaken in de populatie en omgeving: 1) de aanbieder 's Heeren Loo lijkt een oorzaak van hogere kosten in Bunschoten en Soest, 2) in Eemnes en Bunschoten zijn in 2018 veel verwijzingen door huisartsen en medisch specialisten. In de laatste gemeente wordt dit nu onderzocht, 3) Woudenberg heeft een hoog historisch gebruik van LTA. Zie verder hoofdstuk 4.

Verder zijn er verschillen door de aanpak: 1) in Amersfoort is door het wijkteam gestuurd op vermindering van kosten, 2) in Baarn zit expertise in het team.
Zie verder hoofdstuk 6.

Per saldo hebben deze verschillen ertoe geleid dat Amersfoort op dit perceel meer een nadeelgemeente is (circa € 0,8 miljoen) geworden. Baarn is - door expertise - ook een nadeelgemeente (circa € 0,4 miljoen). Soest is een voordeelgemeente (€ 0,4 miljoen over drie jaar) door minder goed contact met huisartsen. Ook Woudenberg is - door hoog historisch gebruik - een voordeelgemeente (ruim € 0,5 miljoen).

4. Analyse oorzaak populatie in relatie tot zorg-kosten

Dit hoofdstuk bevat de uitkomsten van de analyse van de kenmerken van de populatie in relatie tot de zorgkosten. De analyse (externe en interne documentatie en interviews) is als volgt opgebouwd:

1. Kenmerken risicopopulatie per gemeente in relatie tot de zorgkosten
2. Totaal aantal inwoners en jeugdigen in relatie tot de zorgkosten
3. SES (sociaal-economische status) van de jeugd (huishoudens)
4. Leeftijdsopbouw en ontwikkeling jeugdigen

In dit hoofdstuk leggen we zo mogelijk een causale relatie met de belangrijkste verschillen, zoals in hoofdstuk 3 genoemd. Voor de verschillen in populatie gaan we in hoofdstuk 6 in op de (verschillen tussen gemeenten van) maatregelen in beleid en uitvoering.

4.1 Kenmerken risicopopulatie in relatie tot de zorgkosten

Conform Divosa is de risicopopulatie: het aantal inwoners met bepaalde kenmerken waarvan bekend is dat zij het beroep op voorzieningen Jeugd en Wmo vergroten.[17]
Dit is geïllustreerd met een aantal kenmerken zoals leeftijdskenmerken, zonder precies op dit moment landelijk verder te bepalen wat de risicopopulatie is. In de zomer van 2019 heeft Divosa een eerste pilot voor de ontwikkeling van de Benchmark Sociaal Domein onverrichter zake moeten afsluiten. Het aanleveren van informatie ging moeizaam, gegevens waren onvergelijkbaar en Divosa kon niet de geplande analyses maken. Omdat het belang van leren en verbeteren voor Divosa blijft, gaat Divosa in het najaar van 2019 andere mogelijkheden verkennen om data inzichtelijk te maken.

Figuur 2. landelijke verkenning van zicht op de uitgaven in het sociaal domein

[17] https://www.divosa.nl/samen-zicht-op-de-uitgaven-het-sociaal-domein#impressie-van-de-benchmark

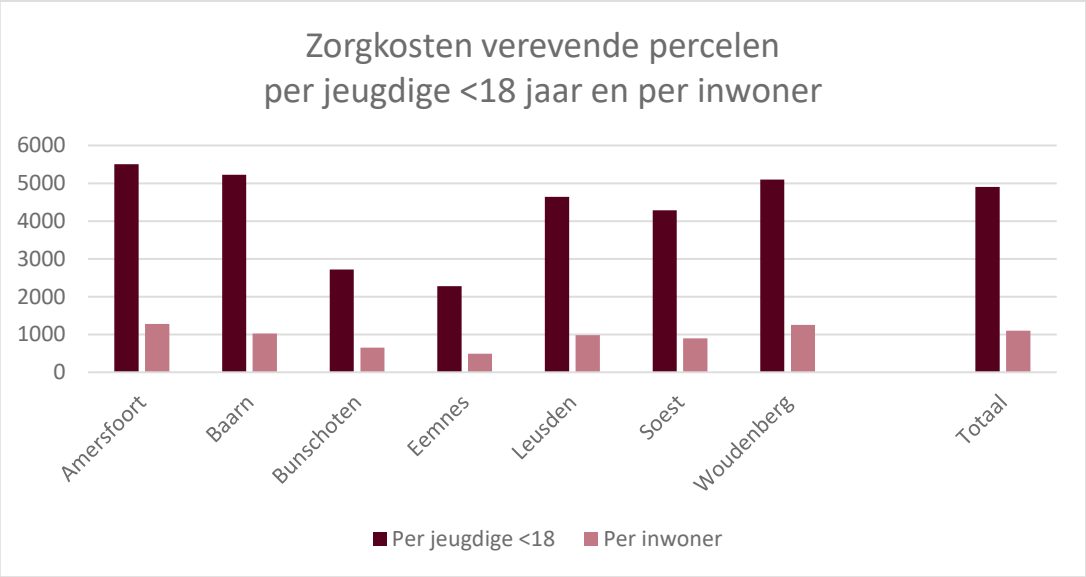
Uit figuur 2 blijkt dat het volgen van de populatie en de uitgaven van groot belang is om zicht (en grip) te krijgen op deze uitgaven. De vragen in figuur 1 zullen wij in onze analyse betrekken. Omdat er geen landelijke informatie beschikbaar is, hebben wij voor deze quick scan gekeken naar de GGDAtlas. Dit is informatie over de volksgezondheid in de gemeenten van de regio Utrecht[18].

Voor de kenmerken van de populatie hebben wij de leeftijdsopbouw en de sociaal-economische status onderzocht, omdat deze veelal gezien worden als belangrijke oorzaken van vraag naar hulp en daarmee *driver* van de kosten.

4.2 Totaal aantal inwoners en jeugdigen in relatie tot de zorgkosten

Om inzicht te krijgen in de vergelijking tussen de gemeenten van de totale kosten van de verevende percelen, hebben we dit gerelateerd aan:

- Het aantal jeugdigen tot 18 jaar[19]. Hiermee krijgen we een beeld van de kosten per jeugdige. De aantallen jeugdigen zijn in algemene zin kostendriver.
- Het aantal inwoners. Hiermee krijgen we een beeld van de kosten voor de jeugdzorg, gerelateerd aan de hele populatie.



Grafiek 12. Zorgkosten verevende percelen per jeugdige (<18 jaar) en per inwoner per gemeente

Toelichting

Uit grafiek 12 blijkt dat:

a) De gemiddelde kosten van alle verevende percelen per jeugdige <18 jaar variëren van circa € 2.300 in Eemnes tot € 5.500 in Amersfoort. Deze kosten lopen na verevening voor deze twee gemeenten (en Bunschoten en Soest) op tot circa € 3.640 en € 5.577. Deze vier gemeenten zijn ook in de jaren 2016 en 2017 nadeelgemeenten.
b) De gemiddelde kosten per inwoner variëren van circa € 489 in Eemnes tot € 1.279 in Amersfoort.

[18] https://www.ggdru.nl/gemeenten/cijfers-over-gezondheid.html

[19] In de gegevens van de GGDAtlas is het aantal jeugdigen tussen 18 en 23 jaar niet apart weergegeven. Over deze leeftijdscategorie kunnen we door het ontbreken van data geen uitspraak doen.

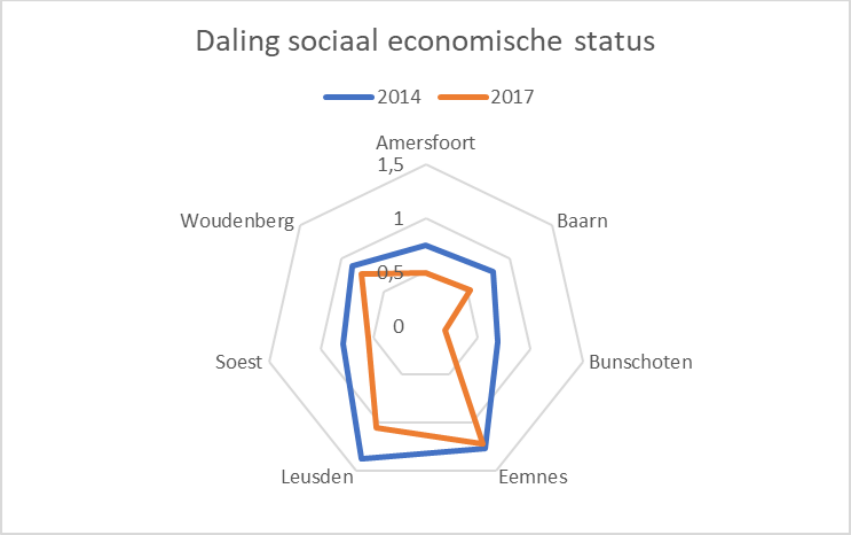
c) In de gemeente Eemnes is de zorg voor jeugdigen 18+ ondergebracht in het samenwerkingsverband HBEL (Huizen, Blaricum, Eemnes, Laren). Dit is een deel van de verklaring waarom de kosten per jeugdige in deze grafiek lager zijn dan in de andere gemeenten.

Tussenconclusie
De (populatie van) jeugdigen in met name Amersfoort, Baarn en Woudenberg hebben geleid tot hogere gemiddelde kosten per inwoner van de verevende percelen. Het is belangrijk om dit te relateren aan bijvoorbeeld de sociaal-economische status in deze gemeenten (zie paragraaf 4.3) en aan de uitschieters en verwijzingen (hoofdstuk 5).

4.3 SES (sociaal economische status) van de verschillende gemeenten

De SES is een relatieve score die gebaseerd is op opleidings-, inkomens-, beroeps- en economische kenmerken van de omgeving. Bij dit laatste gaat het om bijvoorbeeld de waarde van huizen, het percentage personen dat leeft beneden de armoedegrens of met het laagste beroepsniveau, het percentage eenoudergezinnen, het aandeel werklozen of het gemiddeld inkomen per persoon in het betreffende gebied.
Wat deze kenmerken gemeen hebben, is dat zij gerelateerd zijn aan de gezondheidszorg en aangeven in hoeverre een individu of groep de middelen heeft om een goede gezondheid te krijgen en te houden. Als de SES-score dus laag is, dan betekent dat dat er een groter beroep zal worden gedaan op de collectieve gezondheidszorg.
De SES-scores zijn vooral laag in de steden en in het noorden van Nederland. Regio's rondom de steden kennen juist vaak hogere statusscores. Overigens kunnen de scores per postcodegebied sterk van elkaar verschillen. Binnen steden, zoals Amersfoort, kan dus ook een sterke variatie bestaan in de sociaal-economische status van verschillende gebieden in de stad.

De SES scores van de zeven gemeenten en de ontwikkeling in de periode 2014-2017 zijn als volgt.



Grafiek 13. Daling sociaal-economische status

Tabel 2. Daling sociaal-economische status

	2014	2017	Daling %
Amersfoort	0,74	0,49	34%
Baarn	0,8	0,53	34%
Bunschoten	0,69	0,18	74%
Eemnes	1,27	1,22	4%
Leusden	1,38	1,06	23%
Soest	0,79	0,55	30%
Woudenberg	0,88	0,77	13%

Toelichting

Uit grafiek 13 en tabel 2 blijkt dat:

a) De SES-scores in 2014 variëren van 0,69 in Bunschoten tot 1,38 in Leusden. Deze scores zijn in enkele jaren voor alle gemeenten teruggelopen.
b) De daling van de SES is voor de meeste grote gemeenten slechts ten dele verschillend (van 23% in Leusden tot 34% in Amersfoort en Baarn). In de kleine gemeenten Eemnes en Woudenberg is de daling beperkt.
c) In de gemeente Bunschoten (21.000 inwoners) is de sociaal-economische status het laagst en ook het hardst teruggelopen (74%). De gemeente Bunschoten is bekend door veel werkenden in de vishandel en dagelijks het land intrekkende marktbakkers[20]. In Bunschoten is in de interviews aangegeven dat er sprake van een hoog aandeel en toename van jongeren met alcohol- en middelengebruik, autisme en LVB-problematiek.

Tussenconclusie

De SES van de zeven gemeenten is de laatste jaren verder teruggelopen. Dit is een belangrijke indicatie voor meer vraag naar (jeugd)hulp. Dit heeft naar verwachting effect gehad op de toename van de kosten van de verevende percelen.

In beginsel zouden populatieverschillen - via de beschikbare budgetten van het Rijk - tot uitdrukking moeten komen in de verdeelsleutel van de verevening. De verdeelsleutel is echter nauwelijks aangepast (zie paragraaf 3.1) terwijl er wel verschil in ontwikkeling van de SES is.

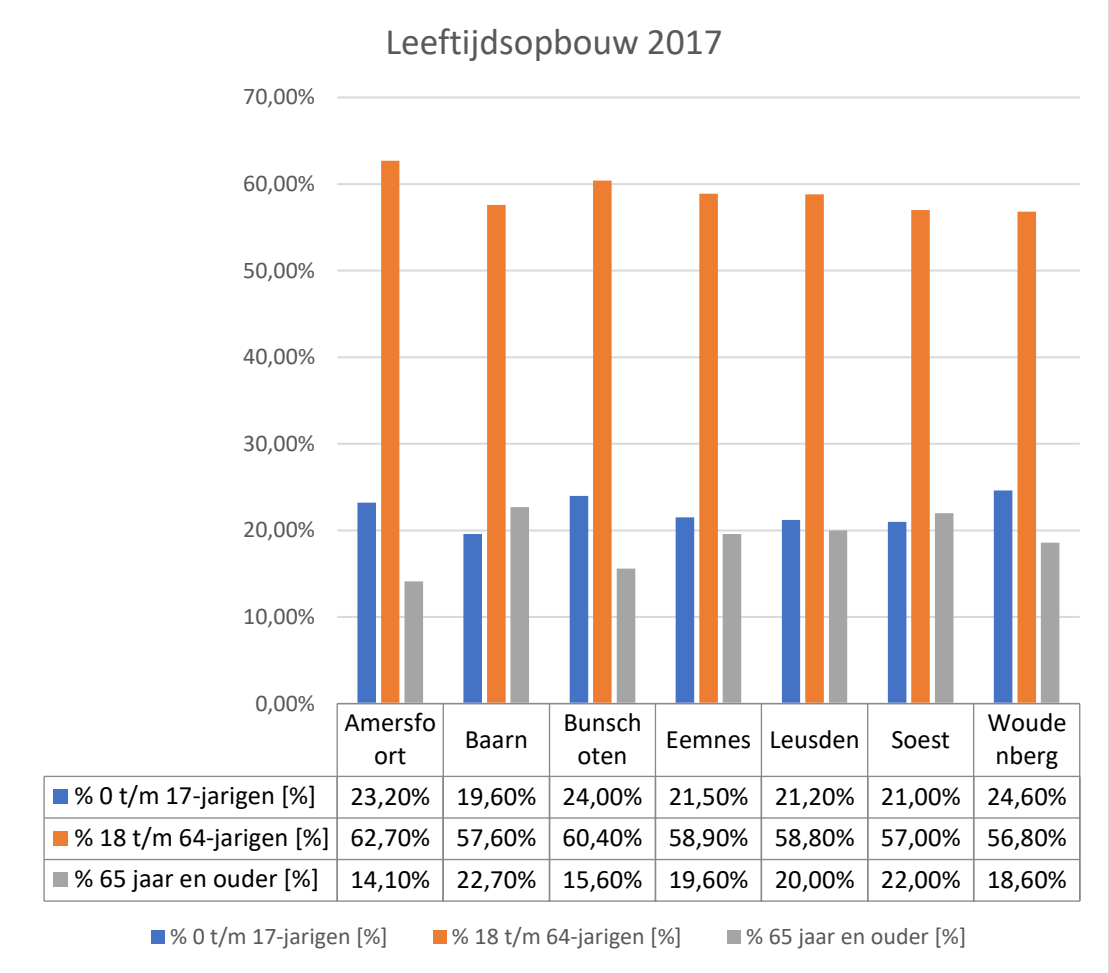
De verschillen in daling van de SES in % zijn voor de grotere gemeenten (Amersfoort, Baarn, Leusden) wel aanwezig, maar redelijk vergelijkbaar. Leusden heeft de minste daling in SES (23%). Op basis hiervan zou een afname van het aandeel van Leusden in de kosten verwacht worden. We hebben echter geconstateerd dat het aandeel van Leusden in de kosten van verevende percelen (zie hoofdstuk 3) in de periode 2016 tot 2018 licht gestegen is met 0,9%. Andere factoren (zie hoofdstuk 5, uitschieters en doorverwijzingen, en hoofdstuk 6, analyse beleid en uitvoering) zullen dus ook effect hebben gehad.

Voor Bunschoten lijkt er een relatie te liggen tussen de sterke daling van de SES en een toename van jongeren met problematieken. Het aandeel van Bunschoten in de totale regionale kosten van de verevende percelen is gestegen van 3,9% naar 5,1%.

[20] https://nl.wikipedia.org/wiki/Bunschoten

4.4 Leeftijdsopbouw en ontwikkeling jeugdigen

De leeftijdsopbouw van de zeven gemeenten is weergegeven in de volgende grafiek.



	Amersfoort	Baarn	Bunschoten	Eemnes	Leusden	Soest	Woudenberg
% 0 t/m 17-jarigen [%]	23,20%	19,60%	24,00%	21,50%	21,20%	21,00%	24,60%
% 18 t/m 64-jarigen [%]	62,70%	57,60%	60,40%	58,90%	58,80%	57,00%	56,80%
% 65 jaar en ouder [%]	14,10%	22,70%	15,60%	19,60%	20,00%	22,00%	18,60%

Grafiek 14. De leeftijdsopbouw van de zeven gemeenten

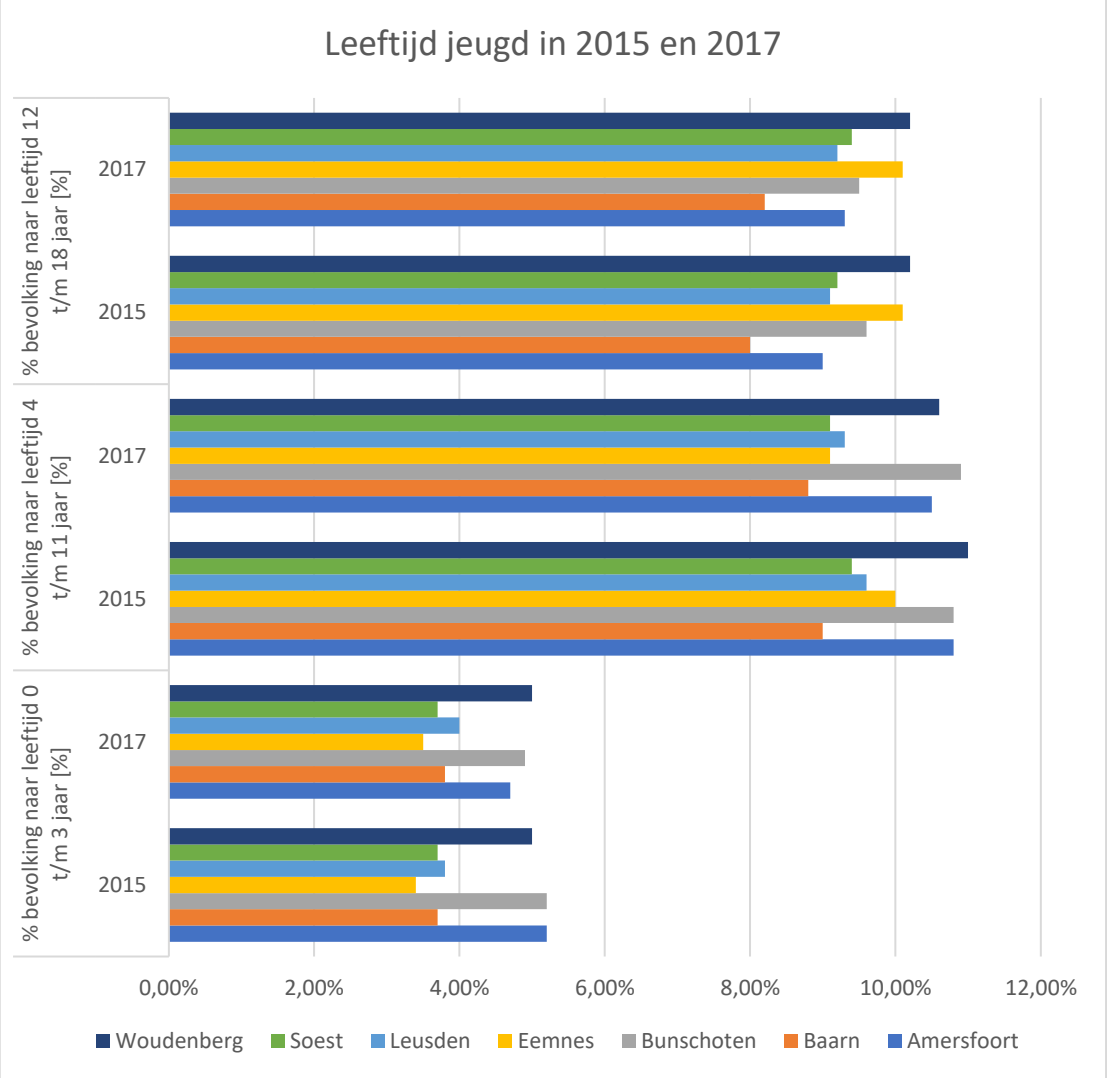
Toelichting

Uit grafiek 14 blijkt dat:

a) Dde gemeenten Amersfoort (23,2%), Bunschoten (24%) en Woudenberg (25%) hebben het hoogste percentage jeugdigen. Dit ligt enkele procenten hoger dan in de gemeente met het laagste aandeel: Baarn (19,6%).
b) Het aantal ouderen is in de gemeenten Amersfoort (14,1%) en Bunschoten (15,6%) veel lager dan in de andere gemeenten (aandeel circa 20%).

Omdat met name pubers (leeftijdscategorie 12-15 en 15-18) verantwoordelijk zijn voor bijna 50% van de jeugdzorgkosten, is het zinvol om te kijken naar de verschillen in deze leeftijd in de diverse gemeenten[21].

[21] BOSD regionale analyse zorggebruik 2018.



Grafiek 15. De leeftijdsopbouw van de jeugd in drie leeftijdscategorieën van de zeven gemeenten

Toelichting

a) In grafiek 15 is zichtbaar dat met name de gemeente Woudenberg (10,2%) en Eemnes (10,1%) relatief iets meer pubers hebben. Baarn heeft relatief het minste aantal pubers (8,2%).

Tussenconclusie

Tussen de zeven gemeenten is er sprake van enkele procentverschillen in de aandelen jeugdigen en ouderen. Het aandeel jeugdigen heeft normaliter een causale relatie met de hoogte van de kosten van de verevende percelen Jeugdzorg. Verder leveren pubers in de leeftijdscategorie 12-18 jaar de meeste jeugdzorgkosten op. Omdat de verschillen zowel in het aandeel jeugdigen als in het aandeel pubers niet echt groot zijn, is het beeld dat leeftijdsverschillen geen groot effect hebben op de verschillen in kosten tussen gemeenten.

5. Analyse oorzaak uitschieters en verwijzingen

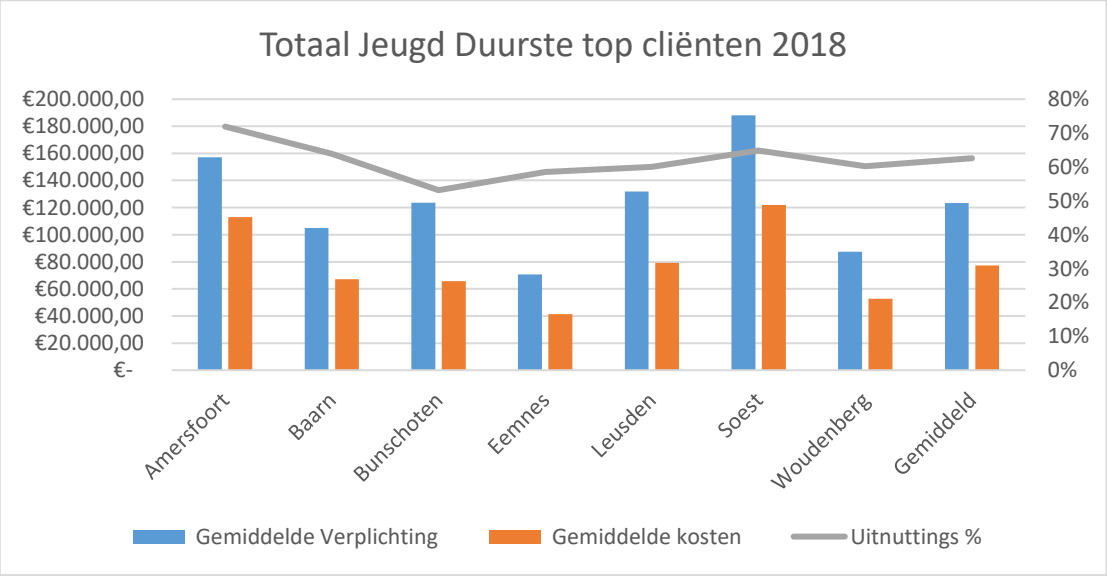
Dit hoofdstuk bevat de uitkomsten van de analyse van de uitschieters in de zorgkosten en de omvang van verwijzingen door externe partijen in relatie tot de zorgkosten. De analyse (op basis van externe en interne documentatie en interviews) is als volgt opgebouwd:

1. Uitschieters in zorgkosten van de gemeenten (paragraaf 5.1).
2. De omvang in kosten van verwijzingen naar zorgverleners door entiteiten waar individuele gemeenten slechts beperkt invloed op kunnen uitoefenen[22], in verhouding tot de totale zorgkosten (paragraaf 5.2). We kijken hierbij zo mogelijk naar:
   a. Verwijzing via gecertificeerde instelling, kinderrechter, OM, justitiële jeugdinrichting
   b. Toegang via huisarts, jeugdarts en medisch specialist
   c. Toegang via het Advies- en Meldpunt Huiselijk geweld en Kindermishandeling (AMHK) (Veilig Thuis).

In dit hoofdstuk leggen we zo mogelijk een causale relatie met de belangrijkste verschillen, zoals in hoofdstuk 3 genoemd. Voor de verschillen in uitschieters en verwijzingen zoals in hoofdstuk 5 gesignaleerd, gaan we in hoofdstuk 6 in op de (verschillen tussen gemeenten van) maatregelen hierop in beleid en uitvoering.

5.1 Uitschieters in zorgkosten van de gemeenten

Naast het al incidenteel noemen van uitschieters, zoals die opvielen bij de analyse van zorgkosten (hoofdstuk 3), hebben we een analyse gemaakt van uitschieters in de zorgkosten van de verevende percelen. Hiervoor hebben we de verplichtingen (indicaties) en de daadwerkelijke kosten van de top 10-cliënten per gemeente[23] in kaart gebracht over het jaar 2018.



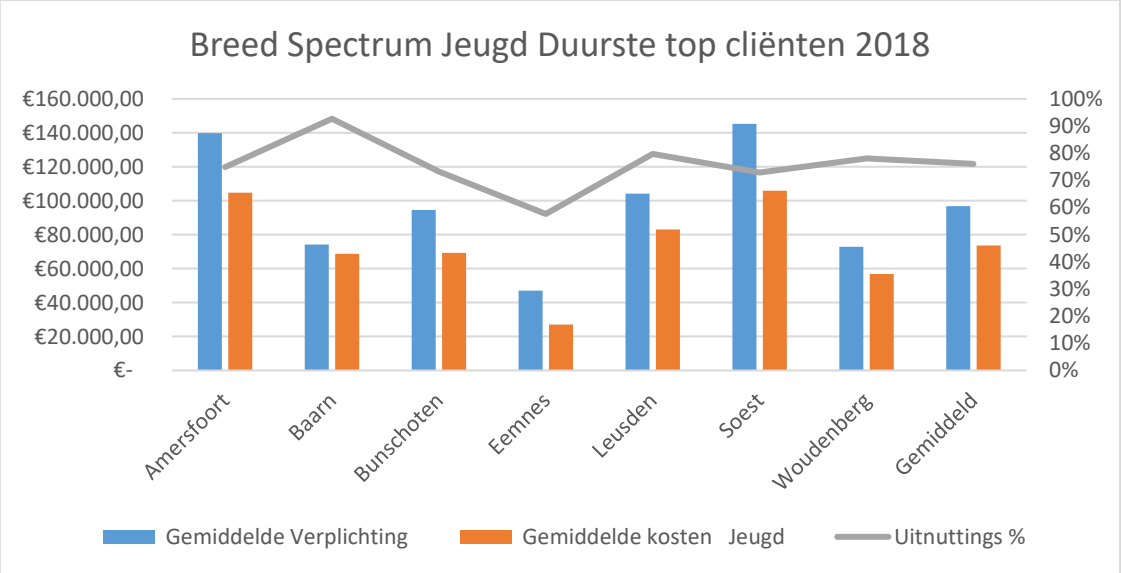
Grafiek 16. Totaal gemiddelde kosten van de duurste cliënten per gemeente

[23] Omdat de gemeente Amersfoort verreweg de grootste gemeente is, zijn voor een betere vergelijking de top 30-cliënten genomen.

Toelichting
Uit grafiek 16, overige gegevens en de interviews blijkt dat[24]:

a) Amersfoort en vooral Soest de hoogste gemiddelde kosten per cliënt hebben. In Soest is er sprake van veel en dure LTA-trajecten doordat daar aanbieder 's Heeren Loo zit.
b) In Baarn zit, zoals eerder genoemd, expertise in de teams (drie mensen die in het gedwongen kader hebben gewerkt) en er zijn afspraken met huisartsen dat zij met teams schakelen over de beste route. Daardoor is er minder directe toegang via de huisartsen en is er mogelijk minder gebruik van de LTA-capaciteit.
c) In Bunschoten bestaat het beeld dat huisartsen veel verwijzen naar De Bascule en het UMC. Het overgrote deel van de LTA-verwijzingen gaat via huisartsen. In het recente overleg met huisartsen (29 oktober), herkennen huisartsen dit beeld niet. Momenteel wordt nagegaan bij het RISB of hier geen sprake is van verwijzing door medisch specialisten en kinderartsen. In 2019 zijn al 27 indicaties afgegeven, waarvan 23 door artsen. Bunschoten heeft regelmatig overleg met huisartsen om in elk geval de verwijzingen naar De Bascule, te laten verlopen via het sociaal team. Ook 's Heeren Loo is een grote aanbieder voor de gemeente Bunschoten voor LTA, al is hier ook sprake van regionale inkoop.

Hoge gemiddelde kosten van de top 10-cliënten zitten onder andere bij de breedspectrumaanbieders (regionaal gemiddelde € 74.000) en Landelijke Inkoop (€ 30.000). Lage gemiddelde kosten van de duurste cliënten zitten bij de percelen Meedoen en Zelfredzaamheid logeren jeugd (gemiddeld € 3.500), SAVE Jeugd (€ 1.500). Ook zijn de gemiddelde kosten van alle cliënten voor crisisproducten tussen de gemeenten niet afwijkend (gemiddeld € 5.000 per cliënt). Zie verder paragraaf 3.4.
Voor de breedspectrumaanbieders en de Landelijke Inkoop vergelijken we daarom in de volgende grafieken de gemiddelde kosten per gemeente.

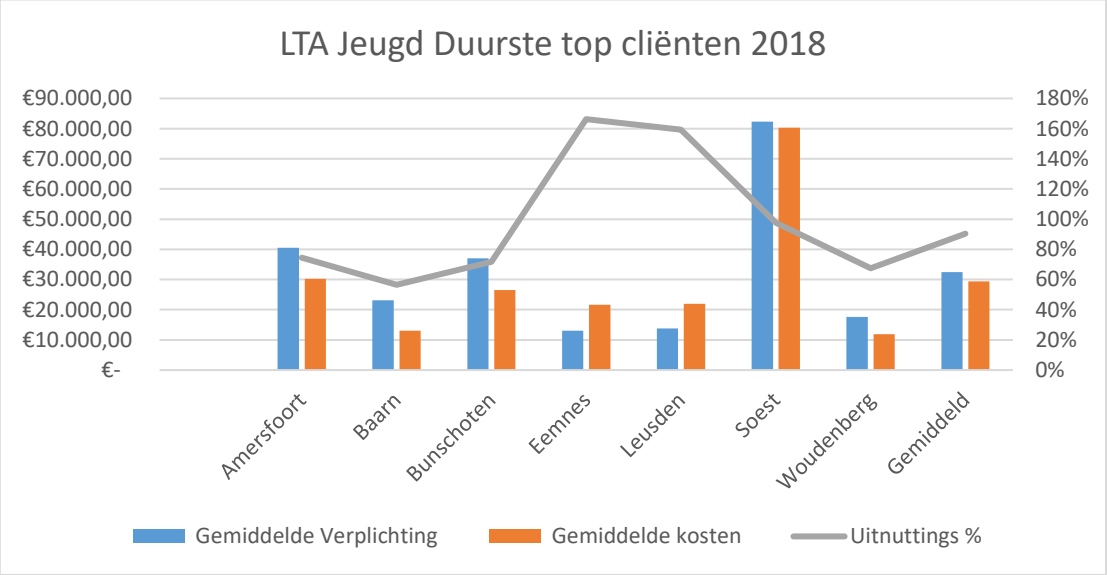


Grafiek 17. Totaal gemiddelde kosten duurste cliënten breedspectrum per gemeente

[24] Bij de bespreking van het conceptrapport is aangegeven dat intern nader ingezoomd zal worden op deze duurste cliënten, zowel voor het jaar 2018 als 2019 met de bedoeling per casus een specifieke relatie te leggen per verevend perceel.

Toelichting
Uit grafiek 17, overige gegevens en de interviews blijkt dat:

a) Amersfoort en vooral Soest de hoogste gemiddelde kosten per cliënt hebben (€ 105.000). De duurste dertig cliënten in Amersfoort zijn daarmee goed voor € 3,1 miljoen. De duurste tien cliënten in Soest zijn goed voor € 1,1 miljoen. Omdat de tarieven van de breedspectrumaanbieders gelijk zijn, bestaat het beeld dat de hoge gemiddelde kosten komen door jeugdigen met langdurige trajecten.
b) In Baarn zit, zoals eerder genoemd, expertise in de teams en er zijn afspraken met huisartsen over de beste route. Het beeld is dat er daarom minder hele dure trajecten zijn.
c) In Bunschoten bestaat, zoals eerder genoemd (paragraaf 3.8), het beeld dat huisartsen, medisch specialisten en kinderartsen veel verwijzen naar De Bascule, het UMC en 's Heeren Loo. Het beeld bestaat dat dit vaak duurdere (langere) trajecten zijn (met name De Bascule).
d) In Eemnes wordt op het gebied van crisisjeugdzorg veel gedaan door eigen consulenten. In Eemnes is er ook sprake van een andere risicopopulatie, met als gevolg minder dure trajecten.



Grafiek 18. Totaal gemiddelde kosten duurste cliënten Landelijke Inkoop per gemeente

Toelichting
Uit grafiek 18, overige gegevens en de interviews blijkt dat:

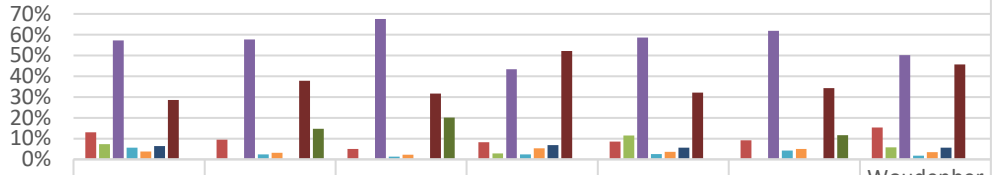
a) Vooral Soest opvalt met gemiddelde kosten van de duurste tien cliënten (€ 80.000). Zoals eerder verklaard (paragraaf 3.8) is er sprake van dure (en langere) LTA-trajecten.
b) In Amersfoort zijn de gemiddelde kosten ook nog hoog (€ 30.000). Zoals eerder genoemd, heeft Amersfoort wel gericht ingezet op beheersing van de kosten (€ 0,1 miljoen stijging in 2017 en een daling van € 0,7 miljoen 2018), maar het beeld is dat de duur van de trajecten langer is dan in de overige gemeenten (behalve in Soest). Zie verder hoofdstuk 6.
c) In Baarn is het beeld gelijk aan dat bij de breedspectrumaanbieders. Zoals eerder genoemd is er expertise in de teams en zijn er afspraken met huisartsen dat zij met teams schakelen over de beste route. De gemiddelde kosten van LTA-trajecten zijn daardoor naar verwacht lager.
d) In Bunschoten is het beeld gelijk aan dat bij de breedspectrumaanbieders. Zoals eerder genoemd (paragraaf 5.1) zijn er veel verwijzingen van artsen naar De Bascule, het UMC en 's Heeren Loo. Dit zijn relatief dure aanbieders (mede door de lengte van de trajecten).

e) Verder valt op dat het uitnuttingspercentage (kosten/verplichting) in Soest bijna 100% is. Dit terwijl de andere gemeenten óf veel lager (Baarn, Woudenberg) óf veel hoger zitten (Eemnes en Leusden). Dit duidt erop dat indicaties niet volledig uitgenut worden of gedurende het traject worden bijgesteld.

Tussenconclusie
Zowel in totaal, als bij de breedspectrumaanbieders als bij de Landelijke Inkoop is het beeld dat er vooral in Soest (LTA) en Amersfoort sprake is van uitschieters in dure kosten. Bij breedspectrumaanbieders vallen daarbij vooral de aanbieders De Bascule, het UMC en 's Heeren Loo op. Het lijkt erop dat zij langere trajecten verzorgen. Bij LTA is er over het algemeen sprake van standaard kosten per etmaal. De hoge kosten van trajecten worden dus vooral veroorzaakt door de duur van de trajecten. Dit is vooral in Soest het geval en in mindere mate in Amersfoort en in Bunschoten. LTA betreft vooral doorverwijzingen van artsen. Door specifieke expertise in het eigen team en door goed overleg met artsen - zoals in Baarn - lijkt invloed op de duur van de trajecten wel mogelijk. Uiteraard kan hier ook sprake zijn van incidenten in de populatie.

5.2 De verschillen in omvang kosten van de verwijzingen naar de zorgverleners

Totaalbeeld verwijzingen Jeugdzorg
We beginnen met een beeld van de verwijzingen bij de totale jeugdzorg in 2018[25].



	Amersfoort	Baarn	Bunschoten	Eemnes	Leusden	Soest	Woudenberg
Gecert. Instelling	13%	9%	5%	8%	8%	9%	15%
Gemeente (initieel)	7%	0%	0%	3%	12%	0%	6%
Huisarts	57%	58%	68%	43%	59%	62%	50%
Jeugdarts	6%	2%	1%	2%	3%	4%	2%
Med. Specialist	4%	3%	2%	5%	4%	5%	3%
Samenw. Scholen	6%	0%	0%	7%	6%	0%	6%
Wijkteam	29%	38%	32%	52%	32%	34%	46%
Onbekend	0%	15%	20%	0%	0%	12%	0%

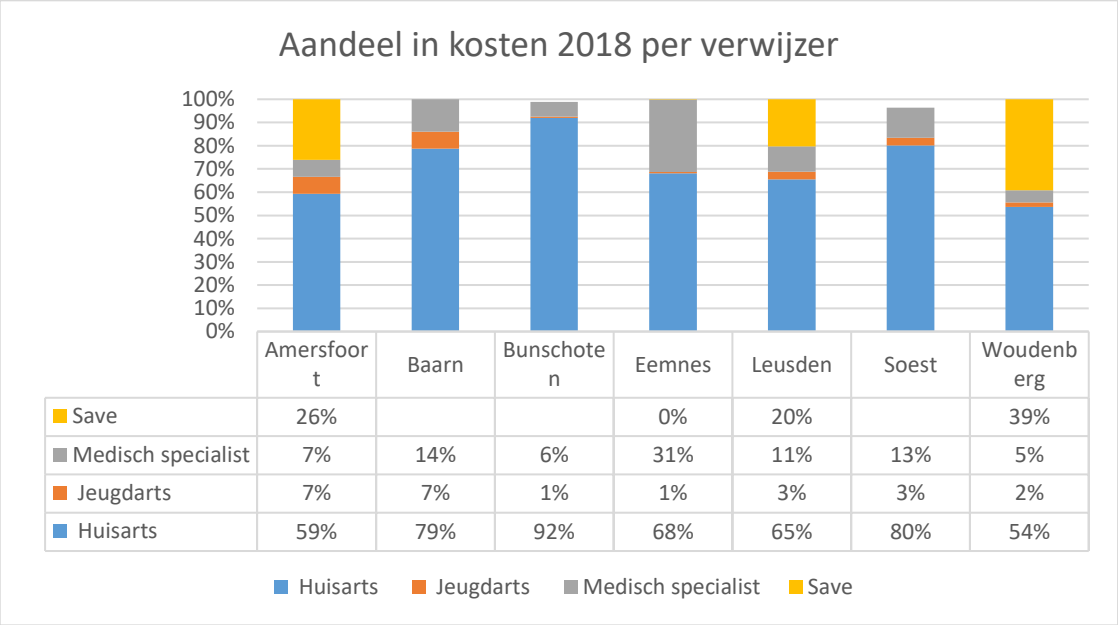
Grafiek19. Aandelen van doorverwijzers in de totale beschikte jeugdzorgkosten per gemeente

Toelichting
Uit grafiek 19, overige gegevens en de interviews blijkt dat:
a) Het algemene regionale beeld van verwijzers naar Jeugdzorg (2016-2018) is dat er met name in 2017 een sterke groei was in de doorverwijzingen door de wijkteams. In 2018 is de groei verminderd. Het aandeel doorverwijzingen door wijkteams naar Jeugdzorg is toegenomen van circa 1.400 in 2016 tot 2.600 in 2018[26].
b)

[25] Bron : BOSD, regionale analyse zorggebruik.
[26] BOSD, regionale analyse zorggebruik 2018.

c) De huisarts is nog steeds de grootste verwijzer (43% in Eemnes tot 65% in Bunschoten). Wat opvalt is de grote rol van de huisarts in Bunschoten.
d) Direct gevolgd door de wijkteams (29% in Amersfoort tot 52% in Eemnes). Het aandeel dat de verschillende verwijzers hadden in de lopende zorg van 2018, verschilt per gemeente. Wat ook opvalt is dat Eemnes de toegang al sterk via het wijkteam laat verlopen en dus meer direct grip heeft op de kosten. Ook het wijkteam van Woudenberg heeft al een stevige positie bij de toegang. We kijken hier naar de beschikte zorg.
e) Het aandeel van de gecertificeerde instellingen is relatief laag, gemiddeld 10%. Wel zijn er verschillen tussen gemeenten, variërend van circa 5% tot 15%.
f) In de interviews is opgemerkt dat er wachtlijsten zijn bij Veilig Thuis en SAVE vanwege personeelstekorten. Wellicht is er daardoor minder door hen doorverwezen en neemt de verwijzing door wijkteams toe.
g) De aandelen van medisch specialist, jeugdarts en andere verwijzers zijn relatief zeer klein.
h) Verwijzingen van kinderrechter, OM en justitiële jeugdinrichtingen zijn bij de wijkteams veelal niet goed in beeld. Naar verhouding zijn het weinig verwijzingen maar wel vaak met duurdere kosten van trajecten. We verwijzen hiervoor naar paragraaf 5.1.

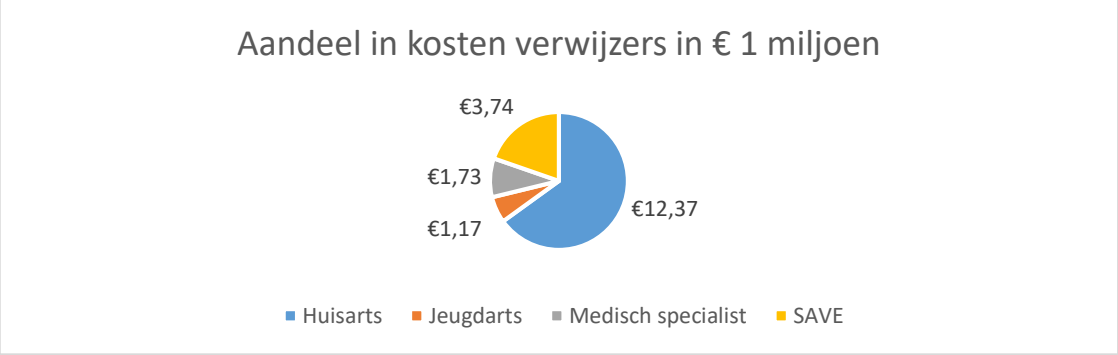
Indicatie Verwijzingen Jeugdzorg verevende percelen



	Amersfoort	Baarn	Bunschoten	Eemnes	Leusden	Soest	Woudenberg
Save	26%			0%	20%		39%
Medisch specialist	7%	14%	6%	31%	11%	13%	5%
Jeugdarts	7%	7%	1%	1%	3%	3%	2%
Huisarts	59%	79%	92%	68%	65%	80%	54%

Grafiek 20. Procentueel aandeel van verwijzers in de kosten Jeugd en Wmo[27] per gemeente

[27] Bron cijfers TG-jet. Intern gaat men de oorzaak van verschillen in doorverwijzingen SAVE nader onderzoeken.



Grafiek 21. Totaal aandeel van verwijzers in de kosten Jeugd en Wmo[28] in totaal.

Toelichting

Uit de grafieken 20 en 21, overige gegevens en de interviews blijkt dat:

a) De gemeente Bunschoten heeft het hoogste percentage verwijzing via de huisartsen (92%). Het contact van het sociaal team met de huisartsen is groot, maar de huisartsen blijven nog veel zelf doorverwijzen. Het sociaal team heeft de hoop dat de inzet van de SO JGGZ het aantal verwijzingen zal doen afnemen. Daarvoor is er ook het beleidsoverleg met de huis- en jeugdartsen om dat bespreekbaar te maken. Overigens zijn de kosten voor verwijzingen door huisartsen het laagst per cliënt (€ 1.900) ten opzichte van andere verwijzers. De totale kosten als gevolg van doorverwijzingen huisartsen bedroegen circa € 12,4 miljoen.

b) In de gemeenten Amersfoort (26%), Leusden (20%) en Woudenberg (39%) heeft SAVE een groot aandeel in de doorverwijzingen. De andere gemeenten hebben praktisch geen doorverwijzingen door SAVE. De kosten van deze doorverwijzingen zijn voor Amersfoort en Leusden circa € 10.000 per cliënt, terwijl deze in Woudenberg circa € 6.000 per cliënt bedragen (gemiddeld circa € 8.700). Vanuit SAVE/Veilig Thuis zijn er verbindingen met kinderrechter, OM, justitiële inrichting. De kosten als gevolg van doorverwijzingen vanuit SAVE bedroegen in 2018 € 3,7 miljoen.

c) De percentages doorverwijzingen van jeugdarts en medisch specialist zijn het laagst. Het regionaal gemiddelde is 3% respectievelijk 13%. Eemnes heeft relatief het grootste % doorverwijzing via de medisch specialist (31%). In 2018 betreft dit veertien trajecten met totale kosten van € 141.000. De gemiddelde kosten zijn dus € 10.000. Dit is fors hoger dan de gemiddelde kosten per cliënt van de overige zes gemeenten (€ 4.000 per cliënt). Echter, gezien het beperkt aantal trajecten van Eemnes, heeft dit beperkt invloed op de verevening. De totale kosten als gevolg van doorverwijzingen door jeugdarts en medisch specialist bedroegen in 2018 € 3 miljoen.

[28] Bron cijfers TG-jet. Wmo en Jeugd apart, inclusief BW, HH, LTA en exclusief PGB en Wonen, Rollen en Vervoer (Wmo oud). Met deze gegevens is het niet mogelijk het precieze aandeel (in miljoen Euro) van deze doorverwijzers in de kosten van de verevende percelen te geven. Omdat ook Wmo (BW en HH) lijkt te zijn opgenomen in de cijfers, beschouwen we de percentages en de bedragen als indicatief voor de verevende percelen jeugdzorg. Intern bestaat hier de mogelijkheid tot nadere detaillering.

Tussenconclusie
Het aandeel van justitiële verwijzers qua aantallen verwijzingen lijkt beperkt en moet - door geen invloed hierop van gemeenten - gezien worden als direct te relateren aan de populatie in de gemeente.

Het aandeel doorverwijzingen via wijkteams neemt toe en de verwijzingen door gecertificeerde instellingen neemt licht af. Doorverwijzingen door huisartsen nemen nog steeds het grootste aandeel in. Doorverwijzingen via huisartsen zijn daarbij per cliënt relatief goedkoper terwijl medisch specialisten en doorverwijzingen door SAVE het duurst zijn. Tussen gemeenten bestaan verschillen in aandelen die doorverwijzers innemen.

De eerste vraag is natuurlijk of er uiteindelijk - via welk kanaal dan ook - doorverwijzing plaatsvindt. Als dat het geval is (dus niet opgevangen door preventie wijkteams), dan worden er kosten van zorg gemaakt. Het verschil in aandelen doorverwijzers tussen gemeenten heeft dan in eerste instantie geen effect op de kosten, en dus ook niet op de verevening zelf.

Het verschil in aandelen doorverwijzingen kan wel effect hebben op het soort, de duur en daarmee de kosten van aangeboden trajecten. Door goede contacten met huisartsen (Bunschoten) zijn de trajectkosten gemiddeld lager. Bunschoten is op alle percelen een lichte nadeelgemeente, dus hier lijkt een verband te bestaan. In Eemnes en Woudenberg zijn het de sociale teams die meer doorverwijzen, zodat er in deze gemeenten meer invloed op de trajectkosten is. Eemnes heeft ook op bijna alle percelen (behalve LTA) relatief minder kosten (zij is een lichte nadeelgemeente). Voor Woudenberg is het effect van sociale teams op verevening minder zichtbaar door het grote aandeel in pleegzorg (zie paragraaf 3.3) crisiszorg en LTA (zie paragraaf 3.8).
In Eemnes verwijzen medisch specialisten veel, echter dat zijn slechts veertien (wel dure) trajecten. Door het beperkt aantal trajecten en de kosten hiervan, is er geen merkbaar effect op de verevening.

6. Analyse oorzaak gemeentelijk beleid bij verevende percelen

Dit hoofdstuk bevat de uitkomsten van de analyse van verkregen informatie (documentatie en interviews) in dit onderzoek. De analyse is als volgt opgebouwd:

1. Verschillen in gemeentelijk beleid in relatie tot de zorgkosten:
    a. Beleid op basis van eerdere regionale analyses
    b. Inkoopbeleid, contractvormen en leveranciersmanagement
    c. Afspraken met zorgverleners over plafonds/omvang, kosten en resultaten
    d. Beleid over inzet wijkteams
    e. Beleid aangaande verwijzing via derde partijen
    f. Beleid omtrent monitoring en controle door gemeenten
2. Verschillen in de uitvoering van de zorg:
    g. Verschillen in de praktijk van de jeugdzorg: welke zorg in wijkteams uitgevoerd, welke zorg doorverwijzen?
    h. Kostenverschillen tussen aanbieders (behandelduur, behandelprijzen)

In dit hoofdstuk leggen we zo mogelijk een causale relatie met de belangrijkste verschillen, zoals in hoofdstuk 3 genoemd. Verder leggen we een verband met de populatie (hoofdstuk 4) en de verschillen in uitschieters en verwijzingen (hoofdstuk 5).

6.1 Beheersing zorgkosten op basis van eerdere regionale analyses

Specifieke focus op kostenbeheersing in beleid als gevolg van eerdere regionale analyses kan invloed hebben gehad op de uitgaven aan zorg. Wat blijkt uit dit onderzoek?

Bevindingen

- Op basis van de analyse zijn in lijn met de opdracht van het Bestuurlijk Overleg Sociaal Domein (BOSD) d.d. 25 oktober 2017 maatregelen opgesteld met als doel bij te dragen aan het beheersbaar houden van de groei van de zorgkosten. De maatregelen zijn in te delen in lokale of regionale maatregelen.
- Regionale maatregelen hebben in hoofdlijnen betrekking op: a) Inkoop 2019-2022 (hogere productiviteit, eenduidige tarieven, afbouw verblijf etc.), b) verwijzers-indiceerders (proces van toegang, afspraken met verwijzers, doorontwikkelen professionaliteit etc.), c) transformatie (o.a. Poortwachtersfunctie Dyslexie, specialistisch ondersteuner J-GGZ), d) voorwaardenscheppend (monitoring en sturing, administratief, risicomanagement etc.).
- Wat betreft lokale maatregelen, valt op dat Amersfoort op basis van onderzoek door onderzoeksbureau AEF, gericht en systematisch maatregelen heeft ingezet ter beheersing van de zorgkosten in de periode van de scope van het onderzoek. Daarnaast hebben ook Woudenberg ('*maatregelen waaronder aanscherpen gesprekstechniek en ook kosten ter sprake brengen')* en Soest (een programma van acties, opgesteld specifiek voor het beheersen van kosten) specifiek aandacht voor kostenreductie. Voor Woudenberg zijn de kosten in de periode van de scope van dit onderzoek echter relatief gelijk gebleven en die van Soest zijn toegenomen. Amersfoort reduceert de kosten relatief gezien met 7% (zie figuur in paragraaf 3.1). Voor Baarn zijn de kosten vrijwel gelijk gebleven en voor Bunschoten, Eemnes en Leusden is een lichte stijging te zien in het kostenaandeel. Deze en andere gemeenten geven in mindere mate aan direct en systematisch te hebben ingezet op beheersing van de kosten.
- De gemeente Amersfoort heeft een onderzoek laten uitvoeren door KPMG. Het rapport van KPMG is van februari 2019 en heeft daarom geen effect kunnen hebben op de kostenontwikkelingen 2015-2018, zijnde de scope van dit onderzoek. Gelijktijdig is de verwachting dat het opvolgen van maatregelen zoals in dit rapport genoemd, wel effect zal hebben op de kosten en daarmee op de verevening van de percelen Jeugdzorg. De aanbevelingen van KPMG zijn namelijk gericht op het versnellen van de transformatie en het vergroten van executiekracht. Hierbij horen ook bestuurlijke keuzes, waaronder een scherpere afweging van de wijze waarop inwoners passend ondersteund worden. Door onder andere *matched care*-principes te volgen, wordt mogelijk minder zware hulp/ondersteuning ingezet dan nu. Inmiddels is het projectmanagement hiervoor ingericht[29].
- Voor de beheersing van de kosten van SAVE (perceel SAVE) is in de regionale risicoverevening aangegeven dat de volgende maatregelen in gang gezet kunnen worden: zorg normaliseren (opdracht aan BSA), samenwerking met de Raad voor de Kinderbescherming in relatie tot zorg wachtlijsten, monitoren consequenties, samenwerking met SAVE verbeteren, directe hulpverlening op zitting mogelijk maken (rechters beter informeren). De scope van deze quick scan is niet toereikend om te stellen hoe gemeenten hier invulling aan geven (voor Soest is bijvoorbeeld bekend dat zij een 'verbeteractie' op 'minder inzet dure zorg door SAVE' heeft ingezet, maar wat dit precies impliceert blijkt niet uit het gesprek of de documentatie). Voor andere gemeenten blijkt niet hoe zij met de beheersing van kosten via SAVE omgaan (Leusden, Eemnes, Baarn, Woudenberg).

[29] Het KPMG-rapport[29] geeft inzicht in de maatregelen die Amersfoort heeft ingezet na de periode van de scope van dit onderzoek, de maatregelen vallen onder het project *Betaalbaarheid zorg en ondersteuning in het sociaal domein*. Zie bijlage voor een overzicht van de maatregelen die gemeenten hebben ingezet.

- Het valt op dat alle gemeenten individueel aan de slag gaan met een deel van de beheersingsvraagstukken in beleid (met name als het gaat om de toegang en de analyse van informatie). Enerzijds lijkt dat legitiem, gezien de *couleur locale* (populatie, zorglandschap, voorzieningen etc.); anderzijds zijn de meeste maatregelen ter beheersing van de kosten op generieke principes en inzichten gebaseerd en lijkt het derhalve logisch om juist in gezamenlijkheid op zoek te gaan naar good practices, ontwikkeling van hulpmiddelen/instrumenten en algeheel zicht op de effectiviteit van beleid ter beheersing van de kosten (onder andere inzet POH, samenwerking met verwijzers, interpreteren van RISB-data, ontwikkelen dashboards voor RISB-data, terugbrengen overhead etc.).
- Er is door het RISB een werkplaats gevormd waarin beleid en praktijk bij elkaar komen om het te hebben over beleid en casuïstiek. Er zijn zeven transformatiewerkplaatsen, waarin de regiogemeenten (beleid, wijkteams en welzijnsorganisaties) kijken naar wat beter kan. *"Dat start daar in denken in mogelijkheden, en de vraag: is er dan überhaupt budget nodig? Vaak is er meer organisatiekracht nodig, niet zozeer budget om de nodige veranderingen te realiseren."*
- Enkele respondenten geven aan dat *"het kostenbewustzijn is uitbesteed aan het RISB."*

Tussenconclusie
Een verband tussen beleid gericht op kostenreductie en daadwerkelijke kostenreductie, is niet aantoonbaar met deze quick scan. Het is wel goed zichtbaar dat Amersfoort relatief de grootste besparing op de kosten laat zien in de periode van de scope van dit onderzoek en dat zij daarvoor inzichten uit een AEF-rapportage heeft gebruikt in de vorm van maatregelen om kosten te beheersen. Dit lijkt voor Amersfoort vruchten te hebben afgeworpen in de zin van relatieve kostenreductie. Andere gemeenten geven in mindere mate aan specifiek te focussen op kostenbeheersing als gevolg van regionale analyses. Deze gemeenten vertonen een relatief negatieve kostenreductie of geen verandering in het kostendeel in de verevening.

Aanbeveling
Het is aannemelijk dat focus op kostenreductie in beleid doorwerkt in de daadwerkelijke uitgaven aan zorg, zie voorbeeld Amersfoort. Voor andere gemeenten is het een kans om te onderzoeken in hoeverre zij hun voordeel kunnen doen met c.q. kunnen leren van de casus Amersfoort (immers, de maatregelen die zijn geformuleerd, lijken grotendeels generiek). Deze aanbeveling lijkt al gedeeltelijk te worden ingevuld in de praktijk van de werkplaatsen van het RISB.

6.2 Inkoop, contractvormen en leveranciersmanagement

Verschillen in inkoopbeleid, contractvormen en leveranciersmanagement hebben mogelijkerwijs invloed op de kosten die per gemeenten ontstaan.

Bevindingen
- Gemeenten kopen op eenzelfde manier zorg in, het RISB heeft die rolopdracht. Met SAVE/Veilig Thuis bestaat een regionale subsidierelatie.
- In de Regio Amersfoort bestaat geen verschil in deze variabelen tussen gemeenten.
- Een uitzondering betreft het werken met BDVO's. Alle gemeenten werken in meer of mindere mate met deze zogenaamde bijzondere dienstverleningsovereenkomsten. De omvang van de BDVO's lijkt zeer beperkt ten opzichte van de totale uitgaven aan zorg en betreft vaak percelen die buiten de verevening vallen. Bovendien heeft er een regionale toets plaatsgevonden voordat deze BDVO's gesloten worden, waarmee grote verschillen tussen gemeenten worden uitgesloten.
- Het RISB werkt met accountmanagers die de relatie tussen zorgaanbieders en gemeenten managen.

Tussenconclusie
Aangezien er tussen de gemeenten geen verschillen bestaan op het gebied van inkoopbeleid, contractvormen en leveranciersmanagement, achten wij deze variabelen niet plausibel als verklaring voor de hoofdvraag van dit onderzoek.

6.3 Afspraken met zorgverleners over plafonds/omvang, kosten en resultaten

Afspraken tussen gemeenten en zorgverleners over plafonds, omvang, kosten en resultaten buiten inkoopbeleid, contractvormen en leveranciersmanagement om hebben mogelijk invloed op de verschillen in uitgaven aan zorg op de verevende percelen voor die gemeente. Wat blijkt uit dit onderzoek?

Bevindingen
Naast inkoopbeleid, contractvormen en leveranciersmanagement worden slechts incidenteel afspraken gemaakt met zorgverleners over plafonds/omvang, kosten en resultaten. Dit betreft dan vaak incidenten waarbij zeer hoge kosten per cliënt, per jaar in rekening zijn gebracht en de betrokken gemeenteambtenaren in gesprek met de zorgpartij zoekt naar alternatieven. Respondenten geven aan dat de dialoog hierover met de zorgverleners constructief wordt ervaren. In hoeverre hier de samenwerking met andere gemeenten wordt gezocht (bijvoorbeeld bij capaciteitsgebrek), is niet bekend.

Tussenconclusie
Slechts incidenteel worden afzonderlijke afspraken gemaakt tussen gemeenten en zorgverleners, met een zeer beperkte scope (het gaat over individuele cliënten). De kosten voor individuele cliënten kunnen hoog oplopen (casus in dit onderzoek van € 0,4 miljoen per jaar; zie paragraaf 3.6). De dialoog tussen gemeenten en zorgverleners heeft effect op het verdere verloop van de behandelingen van individuele cliënten en dus op de duur van de behandeling en daarmee de kosten. Dit biedt een mogelijke verklaring voor de verschillen in kosten tussen gemeenten. Wij krijgen niet de indruk dat deze verklaring plausibel is omdat wij zien dat vrijwel elke gemeente dit stoort gesprekken voert en geen enkele gemeente aangeeft een goed werkende signaalfunctie voor hoge kosten te hebben ingericht.

Aanbeveling
Aangezien de dialoog met zorgverleners over de kosten per cliënt helpt om kosten te beheersen, is het signaleren van mogelijk hoge te ontstane kosten een belangrijke aanbeveling → Richt een signaalfunctie in om hoge, te verwachte kosten te identificeren en ga daarover tijdig met elkaar (zorgverlener, cliënt en gemeente) in gesprek.

6.4 Wijkteams

Verschillen in de samenstelling en de werkwijzen van het wijkteam kunnen invloed hebben op de kosten in de verevende percelen. Immers, wat een wijkteam zelf oppakt, hoeft potentieel niet in de verevening te worden verrekend. Wat blijkt uit de quick scan?

Gemeente[1]	Populatie	FTE'S in wijkteam	Zorg in wijkteam/ uitgangspunten in de praktijk	Rechts-vorm
Amersfoort 154.000 inwoners	0-100	Bezetting op 1 augustus 2019 153,97 FTE's **1,00 per 1.000 inwoners**	Zo veel mogelijk in wijkteam	Stichting
Baarn 24.500 inwoners	0 -100	10,32 FTE'S **0,42 per 1.000 inwoners**	Veel zelf doen, brede samenstelling team	GR BBS
Bunschoten 21.000 inwoners	0-100	10,00 FTE'S **0,50 per 1.000 inwoners**	Preventie ligt bij Welzijnsorganisatie De Boei. Wijk-team gericht op multi-probleemcasuïstiek	GR BBS
Eemnes 9.000 inwoners	0-18, sec jeugd	5,00 FTE'S in team, bij gebrek aan capaciteit doorverwijzen **0,55 per 1.000 inwoners**	Preventie en een klein stuk van de zorg	Onderdeel van ge-meente
Leusden 29.550 inwoners	0 -100 Wmo jeugd en Welzijn	34,80 FTE'S totaal voor jeugd Wmo en Sa-menleving. Daarnaast flexibel inzetbaar per-soneel (onbekend hoeveel FTE'S) **1,20+ per 1.000 inwoners**	Doen wat team kan, door capaciteitsgebrek toch vaak doorverwijzen. Leusden heeft gekozen voor 'laag-drempeligheid' als principe van toegang tot wijkteam (voordeur én doorverwijzing)	?
Soest 45.750 inwoners	0-100	40,00 FTE'S in vier teams, jeugd, sociaal, Wmo en kwaliteit. Inclusief externe inhuur. **0,875 per 1.000 inwoners**	Geen formele focus op maximalisatie zorg door wijk-team. Eén gezin, één plan, één regisseur. Leefwereld van onze inwoners als uitgangspunt nemen en de systeemwereld niet leidend laten zijn bij de te vinden oplossingen	GR BBS
Wouden-berg 12.750 inwoners	0-100	Subsidie 2018: € 931.264,- professionals en ondersteunende medewerkers in Coöperatie De Kleine Schans. 11,83 FTE's2. **1 op 1000 inwoners**	Zeer breed. Sterke inzet op integraliteit door wijk-team in Coöperatie De Kleine Schans op te nemen en één centraal punt voor alle zorg in de gemeente in te richten (vier wetten, twintig organisaties)	Coöperatie

Bevindingen

- De totale kosten van de wijkteams zijn vaak niet bekend en onderling beperkt vergelijkbaar door de scope van de teams. Ook de functie-/specialisme-aanduidingen binnen wijkteams verschillen aan-zienlijk waardoor een vergelijking tussen gemeenten op de variabele samenstelling en kosten van de wijkteams beperkt van betekenis is. Deze gegevens beperken de mogelijkheid om een uitspraak te doen over het effect van de verschillen in de samenstelling en de werkwijzen van het wijkteam op de kosten in de verevende percelen.
- In de regio is te zien dat de gemeenten verschillend omgaan met de inrichting van de wijkteams. In sommige gemeenten wordt bijvoorbeeld zeer breed ingezet op teams die voor alle burgers actief zijn (0-100); in andere gemeenten wordt sec gefocust op jeugd (0-18).
- Baarn, Bunschoten, Eemnes en Soest scoren relatief laag op FTE'S. Amersfoort, Woudenberg en Leusden scoren relatief hoog op FTE'S. Daarbij valt op dat Amersfoort een relatieve kostenbesparing heeft doorgevoerd. Het valt op dat gemeenten Baarn, Bunschoten, Eemnes relatief weinig FTE'S in het sociaal team hebben gealloceerd en toch als nadeelgemeente te boek staan. Leusden lijkt het meest aantal FTE'S per inwoner in de wijkteams te alloceren, maar geldt in de verevening als een voordeelgemeente. Een duidelijk verband is niet zichtbaar, maar het lijkt erop dat meer inzet in wijk-teams in een gemeente een negatief effect heeft op de kosten in de vervende percelen.

- Er zijn geen (grote) verschillen in de verordeningen en nadere regels te constateren waarvan wij het plausibel achten dat deze invloed hebben op hoe gemeenten invulling geven aan de wijkteams en hun beleid. De ene verordening is wat uitgebreider dan de andere, sommige nadere regels zijn zo uitgebreid dat zij als werkinstructie zouden kunnen gelden. Als het niet in de verordening of nadere regel staat heeft de gemeente elders een meer concrete uitwerking voor afwegingskaders in de praktijk over wat verstaan moet worden onder 'eigen kracht/wat is de verantwoordelijkheid van de burger zelf/wat mag van het netwerk verwacht worden' en wanneer hulp vanuit het wijkteam dan wel specialistische zorg gepast is. Alle gemeenten gaan hier uitgebreid op in. Als voorbeeld staan in het Beleidskader Sociaal Domein van Woudenberg als leidende principes voor de uitvoering: "*Voorkomen is beter dan genezen, Integraal Dichtbij en passende ondersteuning, De inwoner en zijn potentie staan centraal en We laten niemand vallen*." Deze wijken qua woordgebruik dus af van de regionaal vastgestelde leidende principes. Hoewel de intentie mogelijkerwijs niet wezenlijk verschilt, kan dit wel een bron zijn van verschillen de uiteindelijke uitvoering in de praktijk. Wat opvalt is dat hier geen regionale betekenis aan is gegeven, terwijl dit - gezien de regionale uitgangspunten - wel logisch lijkt om te doen.

Tussenconclusie

Er is geen, door gemeenten afgestemde betekenis gegeven aan de regionaal vastgestelde uitgangspunten. De samenstelling en de werkwijze van de wijkteams in de regio verschillen op meerdere onderdelen, zoals breedte van teams en specialismen. Enerzijds zijn er verschillen, zoals specialismen om lokaal dichter aan te sluiten op de lokale situatie en populatie. Hiermee worden dus verschillen in populatie opgevangen. Anderzijds zijn er verschillen zoals FTE's per inwoner en beelden over werkwijzen die ook effect (kunnen) hebben op de specifieke verevende percelen. De inzet van wijkteams in een gemeente lijkt in verband te staan met de kosten in de verevende percelen: hoe meer inzet in wijkteams, hoe lager de kosten in de verevende percelen. Anderzijds: als er sprake is van laagdrempeligheid voor toegang en doorverwijzing (zoals in Leusden), dan heeft dat juist een opwaartse druk op de kosten in de verevende percelen. Deze verbanden moeten wel bezien worden in relatie met andere factoren die invloed hebben op de kosten, zoals populatie (hoofdstuk 4) en uitschieters en verwijzingen (hoofdstuk 5).

Aanbevelingen

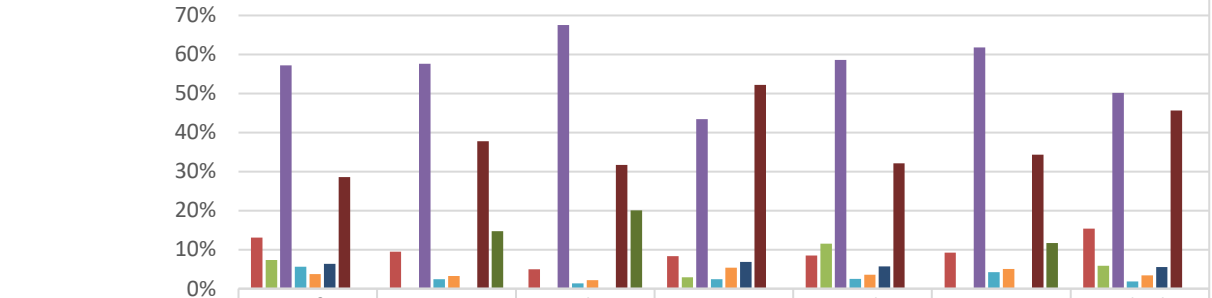
- Voor een meer compleet beeld moet de vraag gesteld worden: wat vangt de gemeente af om minder specialistische zorg in te zetten? Dan dienen tal van inspanningen, bijvoorbeeld op gebied van werk en inkomen (minimacoaches), Wmo-consulent, wijkverpleegkundigen, de GGD etc., in scope te zijn. Met een quick scan komt dat niet goed in beeld.
- Om de vergelijkbaarheid van gemeenten te bevorderen, verdient het aanbeveling om tussen de gemeenten af te stemmen hoe de samenstelling van de wijkteams te verantwoorden en de bijbehorende kosten in kaart te brengen. De data die wij hebben gebruikt, kunnen naar onze smaak meer uniform.

6.5 Verwijzing door derde partij

Verschillen in het beleid van de gemeenten wat betreft de beïnvloeding van verwijzingen door derde partijen, kunnen invloed hebben op de kosten in de verevende percelen. Immers, als een huisarts afstemt met het wijkteam over een geschikte behandeling, dan kan het wijkteam sturen op de kosten[30] .Wat blijkt uit de quick scan?

[30] Daarmee niet stellende dat de auteurs van mening zijn dat de wijkteams sec moeten sturen op de kosten van behandelingen en de kwaliteit ondergeschikt maken.

Totaal beeld verwijzingen Jeugdzorg
We beginnen met een beeld van de verwijzingen bij de totale jeugdzorg in 2018[31].



	Amersfoort	Baarn	Bunschoten	Eemnes	Leusden	Soest	Woudenberg
Gecert. Instelling	13%	9%	5%	8%	8%	9%	15%
Gemeente (initieel)	7%	0%	0%	3%	12%	0%	6%
Huisarts	57%	58%	68%	43%	59%	62%	50%
Jeugdarts	6%	2%	1%	2%	3%	4%	2%
Med. Specialist	4%	3%	2%	5%	4%	5%	3%
Samenw. Scholen	6%	0%	0%	7%	6%	0%	6%
Wijkteam	29%	38%	32%	52%	32%	34%	46%
Onbekend	0%	15%	20%	0%	0%	12%	0%

Grafiek 21. Aandelen doorverwijzers in de totale beschikte jeugdzorgkosten per gemeente

Beleid aangaande de toegang via gecertificeerde instelling, kinderrechter, OM, justitiële jeugdinrichting (GI,KR,OM,JJI)
Gemeenten lijken in hun beleid weinig tot geen aandacht te besteden aan verwijzing door deze partijen. Wij hebben slechts minimale verschillen kunnen constateren tussen gemeenten.

Beleid aangaande de toegang via huisarts, jeugdarts en medisch specialist (HA,JA,MS)
- Gemeenten hebben in hun beleid en praktijk vaak aandacht besteed aan de verwijzing door deze partijen, met name de huisarts. Zie de tabel in de bijlage voor een overzicht van de verschillende aanpakken. Hierin is zichtbaar dat er verschillend met POH-inzet wordt omgegaan.
- Alle gemeenten hebben afspraken met huisartsen in verschillende vormen. Alle gemeenten hebben ook interactie met de huisartsen in verschillende frequenties en vormen.
- Het valt op dat Eemnes de enige gemeente is met een convenant met huisartsen en dat deze gemeente relatief het laagst scoort op kosten via verwijzing van de huisartsen en het hoogst op de kosten via het wijkteam. Woudenberg is ook een gemeente die relatief laag scoort op de kosten van verwijzing via de huisarts en relatief hoog op kosten via het wijkteam. We zien hier dat juist het wijkteam een groot aandeel (46%) in de doorverwijzing heeft. In paragraaf 4.5 is aangegeven dat het wijkteam van Woudenberg juist relatief groot is (1 FTE per 1.000 inwoners). Bunschoten scoort relatief hoog en heeft naar eigen zeggen een goede relatie met de huisartsen via het reguliere beleidsoverleg (4 x per jaar) met vertegenwoordigers van de huisartsen.

[31] Bron : BOSD, regionale analyse zorggebruik.

Tussenconclusie
Een verband tussen de afspraken en de omvang van de kosten van de verwijzingen (zie hoofdstuk 5) door de huisartsen is niet te stellen, maar zeker is wel dat dialoog tussen gemeenten en huisartsen bijdraagt aan de beheersbaarheid van kosten in algemene zin en de informatievoorziening.
Respondent: *"Na de eerste gesprekken is er een hogere bewustwording bij de huisartsen over de vergaande financiële effecten van doorverwijzingen."*

Beleid aangaande toegang via het Advies- en Meldpunt Huiselijk geweld en Kindermishandeling (SAVE)
- Sommige gemeenten hebben afspraken gemaakt met SAVE om dure trajecten te voorkomen, bijvoorbeeld door alternatieven te zoeken voor lopende, dure verblijfbehandelingen die gegeven bleven worden omdat er elders geen capaciteit was om de kinderen op te vangen.
- Van concreet beleid op dit punt is weinig tot niets bekend op basis van dit onderzoek en de verschillen tussen gemeenten op dit punt zijn daarmee minimaal.

Beleid aangaande de crisisopvang/spoedhulp (CS)
- Van concreet beleid op dit punt is weinig tot niets bekend op basis van dit onderzoek en de verschillen tussen gemeenten op dit punt zijn daarmee minimaal.

6.6 Monitoring en controle

Monitoring van en controle op de uitgaven aan zorg door gemeenten kunnen effect hebben op de omvang van de uitgaven. Immers, als uit controle blijkt dat er foutief is gefactureerd (bijvoorbeeld te veel), kunnen in dialoog met de zorgaanbieders de kosten worden gecorrigeerd. Monitoring door gemeenten op lopende trajecten kan gemeenten in staat stellen actief te sturen op de kosten die eventueel nog gemaakt dienen te worden voor bepaalde cliënten. Indien bijvoorbeeld erg dure trajecten op deze wijze gesignaleerd worden en in dialoog met zorgaanbieder en cliënt besloten wordt tot alternatieve wijze van behandeling, heeft dit effect op de kosten. Wat blijkt uit dit onderzoek?

Regionale bevindingen
- De controle op de inkoopcontracten vindt regionaal plaats.
- De controle op facturering vindt plaats door de verschillende zorgadministraties.
- Monitoring geschiedt regionaal, met lokale interpretatie van de data. Hoewel dit lokaal kan verschillen, is het beeld dat dit minimaal effect heeft op de verschillen in de zorgkosten van verevende percelen. Gemeenten geven aan dat de data nog maar beperkt voor de monitoring op individuele trajecten worden ingezet.
- Het RISB organiseert werkplaatsen waar besprekingen over het totaalbeeld van de casus en de kosten plaatshebben. Deelnemers aan deze werkplaatsen zijn de accountmanagers van het RISB, en per gemeente een lid van het wijkteam en een beleidsadviseur. De werkplaats wordt één keer per zes weken georganiseerd.
- Het RISB levert per kwartaal, tweemaal per jaar en eenmaal per jaar rapportages met een grove analyse. Het RISB verwacht dat gemeenten zelf ook hun analyse van de data maken en dat zij die in de werkplaatsen gezamenlijk bespreken om van elkaar te leren (tussen gemeenten, tussen gemeenten en RISB) en een casus uit te diepen.
- Respondenten geven aan dat zorgaanbieders soms erg laat nog kosten aan gemeenten opvoeren; dit bemoeilijkt overzicht en sturing op de totale kosten.

Lokale bevindingen

- Daarnaast vinden er lokaal verschillende controles plaats, bijvoorbeeld door kwaliteitsmedewerkers.
- Professionals in wijkteams en gemeentelijke beleidsambtenaren hebben in de meeste gevallen geen zicht op de doorverwijzing van andere doorverwijzers, met uitzondering van de gevallen waarin er afspraken zijn gemaakt met de huisartsen en SAVE om de casus te bespreken alvorens door te verwijzen. Gesprekspartners geven aan dat zij "die cliënten niet kennen" en in veel gevallen "voor verrassingen komen te staan wat betreft behandelingen en bijkomende kosten." Elke gemeente heeft zo haar verhalen over verrassingen over uitzonderlijk hoge kosten per cliënt, per jaar.
  Zie hoofdstuk 5.
- Wijkteamprofessionals en ambtenaren kunnen via het RISB in rapportages raadplegen welke verplichtingen voor zorg zijn aangegaan door de toepassing van verwijzingen. In deze quick scan gaan wij niet nader in op verschillen in de wijze van raadpleging en gebruik van deze data.
- Respondenten geven aan dat er geen monitoring van kosten op lopende trajecten plaatsheeft. Het RISB stelt dat dit in beginsel wel mogelijk lijkt, maar dat daar tot op heden geen dashboard of signaalfunctie naar gemeenten voor bestaat. Ook zou een monitor op lopende trajecten kunnen worden verrijkt met historische data over de cliënt, maar ook op dit punt kan op dit moment geen dashboard of signaalfunctie worden ingezet. Dit is nadrukkelijk wel een wens en die is momenteel in ontwikkeling[32].
- Respondenten bij gemeenten geven aan dat de administratie moeizaam te relateren is aan de behandelingen en dat de controle daarop daarom erg lastig is. "*Lokaal is er erg weinig zicht op de eigen gemeentelijke kosten, dat inzicht is afhankelijk van de gemeenschappelijke administratie". We hebben afgesproken om met een datawarehouse te werken maar dat werkt nog niet goed door de verschillende systemen die worden gehanteerd. Er zijn drie aparte zorgadministraties en een centraal datawarehouse.*" De drie zorgadministraties betreffen 1) de BBS-gemeenten (Baarn, Bunschoten, Soest), 2) Amersfoort, Eemnes en Woudenberg en 3) Leusden.

Tussenconclusie

Regionale monitoring lijkt geen effect op de verschillen tussen gemeenten te hebben. Lokale monitoring verschilt en heeft mogelijk wel effect op verschillen in kosten. De gemeenten geven echter aan dat zij niet of nauwelijks (systematisch) sturen op lopende trajecten, met uitzondering van extreme uitschieters waarbij de kosten al tot tonnen per cliënt per jaar zijn opgelopen.

Aangezien er tussen de gemeenten geen (bijzondere) verschillen bestaan op gebied van beleid omtrent controle en monitoring van kosten, achten wij deze variabele weinig plausibel als verklaring voor de hoofdvraag van dit onderzoek.

[32] Pas recentelijk is er vanuit het Datawarehouse informatie beschikbaar gekomen over de inzet per gemeente. Daarvoor is er meer beperkte informatie beschikbaar gekomen. Dit heeft geleid tot analyses tot op caseniveau en er is gezocht naar verklaring van verschillen. Dieperliggende oorzaken van verschillen tussen gemeenten zijn nog niet onderzocht. Duidelijk is wel dat inmiddels de gemeenten andere prioriteiten of accenten hebben aangebracht, vaak ontstaan door overleg met lokale welzijnsorganisaties. Dit kan natuurlijk leiden tot verschillen in zorgverbruik. In diverse regionale overleggen op diverse niveaus worden basisinformatie, ervaringen en best practices gedeeld. Het gaat dan over bijvoorbeeld de wijze van organiseren van de integrale toegang, effectmeting, vroegsignalering, aanpak 18-/18+.

Aanbeveling
Wij denken dat het de gemeenten kan helpen om de uitgaven aan jeugdzorg onder controle te houden door de kosten op lopende trajecten te monitoren. In het bijzonder waar het wijkteam zelf niet de verwijzing heeft gemaakt, bestaan hier mogelijk baten. Hiermee kunnen 'verrassingen' worden voorkomen. Aangezien dit type verwijzing gemiddeld 2/3 van alle verwijzingen betreft, ligt hier een kans. Zodoende kunnen alle cliënten in de gemeente gekend worden en kan in de lopende behandeling in dialoog (met zorgverleners, gemeente, cliënt) beoordeeld worden wat de meest passende zorg voor de cliënt is, óók in ogenschouw nemend de maatschappelijke kosten. Hier zal het streven niet sec kostenminimalisering zijn, maar er kan wel in gezamenlijkheid beoordeeld worden of de behandeling die gekozen is voor de cliënt, gezien zijn context en historie, de beste manier is om de cliënt/het huishouden te ondersteunen in hun hulpvragen. Hier lijkt een rol te liggen voor het RISB en de zorgadministraties die op basis van alle data en de expertise hierop een dashboard[33] en signaalfunctie het best lijken te kunnen vervullen. De insteek van het RISB om de gemeenten ook zelf met de data te laten werken en daar inzichten in te laten doen, lijkt een juiste om de gemeenten meer bewustzijn en alertheid te laten ontwikkelen. Ontzorgen op dit punt lijkt tevens gepast, aangezien er bepaalde expertise nodig is om met grotere datasets te werken. Respondenten geven dikwijls aan dat de rapportage en de datadump van het RISB niet gemakkelijk werkbaar noch te interpreteren zijn.

6.7 Verschillen in de uitvoering van de zorg

In deze quick scan hebben we gekeken naar de wijkteams en de doorverwijzingen. We hebben geen gedetailleerde data om te beoordelen of er verschillen zijn per gemeente, per verevend perceel de mate waarin zorg in wijkteams wordt uitgevoerd en in welke mate zorg wordt doorverwezen. Op basis van de huidige data kunnen we niet inzichtelijk maken welke zorg per verevend perceel, per gemeente is verleend door wijkteams en welke doorverwijzingen zijn gedaan door die wijkteams in de periode 2016, 2017 en 2018[34].

6.8 Kostenverschillen tussen aanbieders (behandelduur, behandelprijs)

Bevindingen
- De tarieven van aanbieders waren verschillend in de periode 2016-2018. Respondenten denken niet dat dit een significante verklaring biedt voor de verschillen in zorgkosten tussen gemeenten.
- Bij de nieuwe aanbesteding 2019 is in werkgroepen gewerkt naar standaardtarieven voor de aanbesteding van 2019.

Tussenconclusie
De tarieven in 2016-2018 tussen aanbieders voor trajecten waren verschillend en dat heeft effect gehad op de uitgaven aan zorg. In deze quick scan is niet gebleken wat de impact van deze verschillen is op het totaal. Respondenten bij gemeenten en het RISB achten de impact hiervan beperkt.

[33] Bijvoorbeeld met een PowerBI, Tableau, BigQuery, Data Studio of Looker Tooling.
[34] Dit is een zeer gedetailleerde analyse die vraagt om data in detail. Mogelijk is dit op termijn intern mogelijk.

7. Bijlagen

7.1 Lijst met belangrijkste gesprekspartners

Regionaal
- Christa Hoogenveen (RISB coördinatieteam)
- Jolanda Versteegh (financieel strategisch adviseur)
- Mark Kip (data-analist)

Amersfoort
- Frans van Eck (Beleid)
- Nico Opstelten (Toegang en Uitvoering)
- Eva Hameling (interim accountant, manager Transformatie naar de zeven breedspectrumaanbieders)

Baarn
- Pauline Mol Lous (Beleid, beleidsadviseur)
- Rosanne ten Wolde (teamleider Lokaal Team)
- Ingrid Oosinga (financieel adviseur)

Bunschoten
- Dienke van Dijk (Beleid, beleidsadviseur Jeugd)
- Alienke ten Heuw (Toegang en Uitvoering, medewerker Sociaal Team)

Eemnes
- Lambertha Seijbel (Beleid)
- Linde Wilmink (Toegang en Uitvoering)

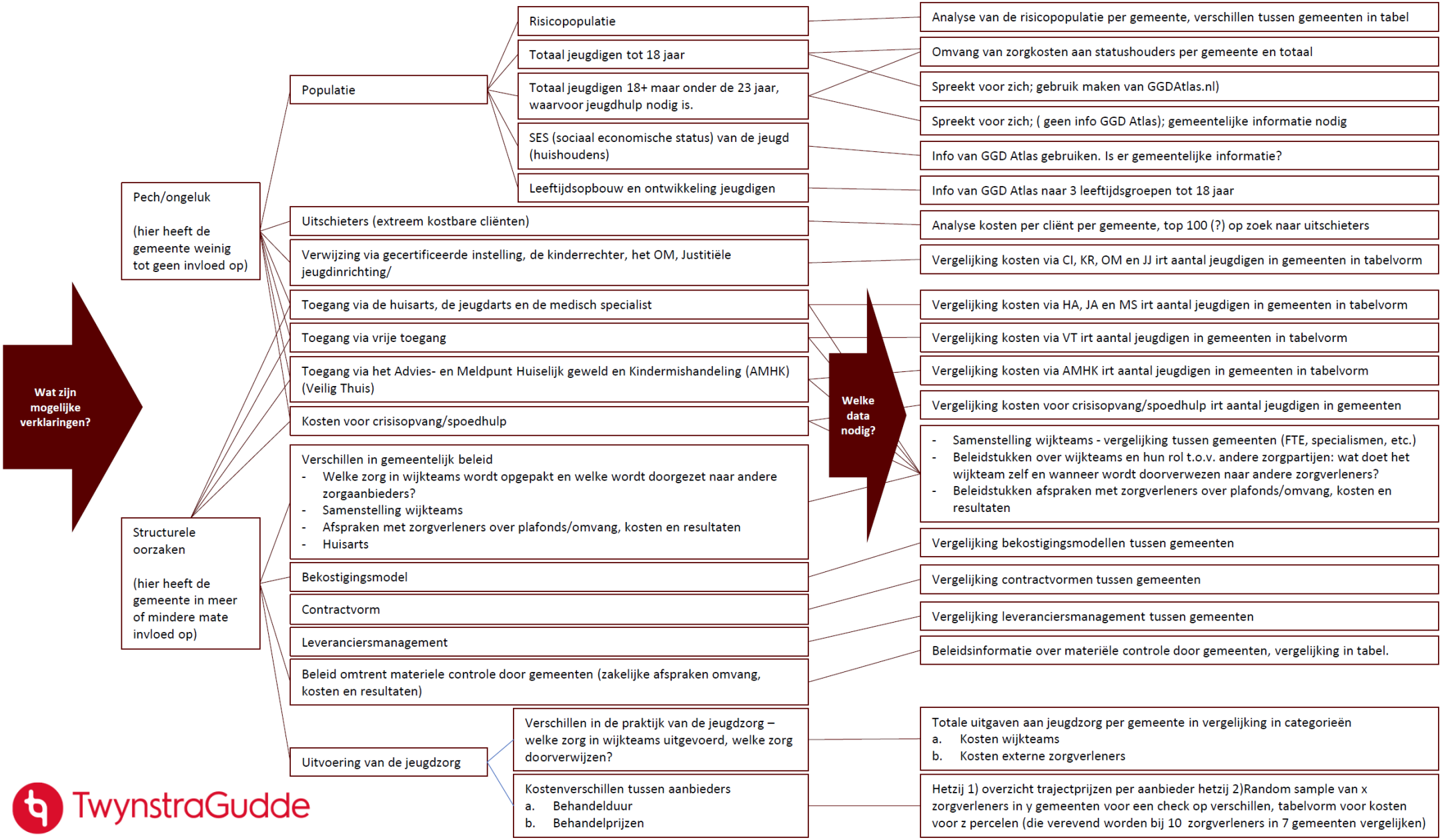
Leusden
- Ilse Lesshen (Beleid)
- Lonneke Bruidegom (Toegang en Uitvoering)

Soest
- Reinier Heere (Beleid, beleidsadviseur Jeugd)
- Martijn Benschop (Toegang en Uitvoering, kwaliteitsmedewerker)
- Martijn Vetketel (beleidsadviseur, welzijnswerk)
- Elma Hamaker (Wmo, beleidsadviseur)
- Gijs Toren (financieel adviseur Sociaal Domein)

Woudenberg
- Marieke Meeuwenoord (Beleid)
- Sanne van de Wetering (teamleider Toegang en Uitvoering)
- Neline van Rhijn (juridisch kwaliteitsmedewerker en jurist Bezwaar & Beroep)
- Zaïra van den Boogaard (financieel beleidsadviseur Sociaal Domein)

7.2 Mogelijke verklaringen voor verschil in uitgaven aan zorg als scope van dit onderzoek

Zie figuur hierna.



TwynstraGudde