



Gemeente
Leidschendam-Voorburg



Regionaal Transitiearrangement Jeugd Haaglanden

Haaglanden, 30 oktober 2013
GH28/001_rta haaglanden



Inhoud

1	Voorwoord	4
2	Disclaimer	6
3	Samenvatting	7
3.1	Regio Haaglanden	7
3.2	Doelstelling RTA Haaglanden	7
3.3	Betrokken partijen	7
3.4	Afspraken huidige financiers	7
3.5	Analyse gegevens	8
3.6	Afspraken tussen zorgaanbieders en gemeenten	8
3.7	Financiële bandbreedtes	9
3.8	Toegang en toeleiding	9
3.9	Overige zorgvormen	10
3.10	Vervolgproces	11
4	Inleiding	12
4.1	Doelstelling Regionaal Transitiearrangement	12
4.2	Status van het RTA Jeugd Haaglanden	13
5	Uitgangspunten in Haaglanden	14
5.1	Inleiding	14
5.2	Afspraken met de huidige financiers over 2014 en de overdracht naar 2015	14
5.2.1	Uitvoeringsprogramma 2014 Stadsgewest Haaglanden	14
5.2.2	Productieafspraken 2014 Zorgverzekeraars	15
5.3	Betrokken partijen	16
5.4	Reikwijdte	17
5.5	Landelijke afspraken	17
5.6	Voorbehouden	18
6	Jeugdzorg in Haaglanden in beeld	19
6.1	Inleiding	19
6.1.1	Focus	19
6.2	Macrobudgetten	20
6.3	Van macrobudgetten naar instellingsbudgetten; mitsen en maren	21
6.3.1	Macrogegevens	21
6.3.2	Instellingsbudgetten	23
6.4	Instellingsbudgetten 2012	23
6.4.1	Vergelijkbaarheid gegevens	23
6.4.2	Marktverdeling	23

6.4.3	Analyse ambulant vs. Residentieel	29
6.4.4	Samengevat	30
6.5	Eventuele veranderingen in budgetten	31
6.6	Financiële bandbreedtes	32
7	Sturingsmogelijkheden	34
7.1	Reële taakstelling	34
7.2	Zorginhoudelijke sturing	35
8	Afspraken gemeenten en jeugdzorgaanbieders	37
8.1	Zachte landing	37
8.2	Zakelijke opdracht	37
8.2.1	Inhoudelijk beoogde resultaten	37
8.2.2	Financiële beoogde resultaten	38
8.2.3	Randvoorwaarden	39
8.3	Lange termijn afspraken tussen gemeenten en aanbieders	39
8.4	Fricatiekosten	40
8.4.1	Afspraken met aanbieders over frictiekosten	40
8.4.2	Inventarisatie en onderbouwing van de frictiekosten	41
8.5	Nieuwe, vernieuwende en andere aanbieders	41
8.6	Onderwerpen voor de innovatieagenda	42
9	Toegang en toeleiding	43
9.1	Vooraf	43
9.2	Wettelijke plicht Jeugdwet: wat moeten gemeente in 2015 hebben georganiseerd?	43
9.3	Het CJG/netwerksamenwerking/sociale wijkteams vormen het knooppunt	44
9.4	Aan de slag zonder indicatieorganen	45
9.5	Het gedwongen kader	46
9.6	Overige vormen van toegang	46
9.7	Sturing en inzicht	46
9.8	Verder proces	47
10	Continuïteit van zorgvormen	48
10.1	Jeugdbescherming en Jeugdreclassering	48
10.2	AMHK	48
10.3	Pleegzorg	48
	Bijlage I: Checklist TSJ	49
	Bijlage II Materiaal transitiearrangement	51
	Bijlage III: Partners RTA	54

1 Voorwoord

Voor u ligt het Regionaal Transitiearrangement (RTA) jeugd van de 9 samenwerkende gemeenten in de regio Haaglanden. Een document gericht op kansen in de toekomst, maar ook nog vol met onzekerheden en vraagstukken voor nadere uitwerking. Dat kan ook niet anders, de transitie van de jeugdzorg is een complex vraagstuk. Het kost de partijen Rijk, gemeenten, huidige financiers en instellingen tijd om grip op de feiten te krijgen en grip op krimpscenario's.

De gemeenten in Haaglanden pakken de uitdagingen op vanuit een al jaren bestaande samenwerking in de jeugdzorg, als Stadsgewest Haaglanden. In 2011 ("verdrag van Wassenaar") hebben de gemeenten reeds besloten om binnen de nieuwe verantwoordelijkheden in elk geval de jeugdzorg gezamenlijk op te pakken.

Het RTA Jeugd Haaglanden is een belangrijk tussenproduct waarin reeds gemaakte afspraken samenkomen en waarin vooruit wordt gekeken naar de mijlpalen die de komende periode op de agenda van gemeenten, huidige financiers en instellingen staan. Landelijk doel van het RTA is hoofdzakelijk om aandacht te besteden aan de overgangssituatie ("zorgen dat het goed loopt"). Hier hebben de Haaglandse gemeenten een belangrijke doelstelling aan toegevoegd, namelijk ook vooruit kijken naar de structurele situatie en er voor zorgen dat de gewenste veranderingen in de jeugdzorg tot stand komen.

Het Stadsgewest Haaglanden (als huidige financier van Jeugdzorg) is altijd een belangrijke partner geweest voor de 9 samenwerkende gemeenten. De winst van de afgelopen periode is dat het partnerschap intensief is uitgebreid met jeugdhulpaanbieders, zorgverzekeraars en op lokaal niveau cliëntenorganisaties.

De 9 gemeenten willen, zonder er een gesloten systeem van te maken, een meerjarenverbinding aangaan met de belangrijkste (jeugd)zorgaanbieders uit de regio, niet alleen ten aanzien van de zorg voor jeugd, maar ook voor het brede sociale domein.

In dit RTA Jeugd Haaglanden geven we aan, dat:

- De continuïteit van zorg wordt gerealiseerd in 2015 en op welke wijze dat gebeurt,
- De continuïteit van infrastructuur wordt gerealiseerd, zodanig dat voor cliënten die in 2015 jeugdzorg ontvangen van de huidige aanbieders, de zorgcontinuïteit geborgd is,
- De macrotaakstelling (4% 2015, 10% 2016, 15% 2017) gerealiseerd wordt,
- Dit arrangement geldt voor alle vormen van zorg voor jeugd die onder de nieuwe verantwoordelijkheden vallen van de gemeenten, waaronder jeugdbescherming, jeugdreclassering, de activiteiten van AMK, Pleegzorg,
- De toeleidingsfuncties per 1 januari 2015 zijn belegd, op welke wijze dat gebeurt en welke stappen daarvoor nog gezet moeten worden,
- De potentiële frictiekosten die kunnen ontstaan in de transitieperiode in beeld zijn en hierover afspraken zijn gemaakt met gemeenten, jeugdzorgaanbieders, verzekeraars en het Stadsgewest,
- De budgetten voor 2015 in beeld zijn en hierover afspraken zijn gemaakt ten aanzien van zorgvormen en jeugdzorgaanbieders,
- Dit arrangement is vastgesteld door de Colleges van B&W uit de gemeenten Delft, Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Midden Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Wassenaar, Westland en Zoetermeer.

Tot slot geeft dit document een agenda van onderwerpen die de komende periode door de samenwerkende gemeenten in de regio Haaglanden, de jeugdzorgaanbieders, het Stadsgewest Haaglanden en de zorgverzekeraars wordt opgepakt ter voorbereiding op de nieuwe verantwoordelijkheden per 1 januari 2015. Hieronder valt ook eventueel noodzakelijke bovenregionale samenwerking rond zorg in het gedwongen kader. We hebben alle vertrouwen in het slagen van dit proces zodat de jeugdigen in Haaglanden tijdige en kwalitatieve zorg ontvangen.

31 oktober 2013,

De 9 samenwerkende gemeenten in de regio Haaglanden

2 Disclaimer

Met betrekking tot het arrangement gelden de volgende voorbehouden.

1. De afspraken zijn een kader waarvan nadere details **na 31-10-2013** worden uitgewerkt
2. De uitkomsten die in dit transitiearrangement zijn opgenomen zijn gemaakt op basis van de informatie die op dit moment beschikbaar is. Er is hoofdzakelijk gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- Meicirculaire 2013
- Vektiscijfers (juli 2013)
- Gegevens zoals aangeleverd door de aanbieders en instellingen

Er is hoor- en wederhoor toegepast bij alle grote aanbieders: al hun gegevens zijn expliciet bij hen teruggelegd. Daarnaast is er intensief contact geweest met het Stadsgewest Haaglanden en de zorgverzekeraar over de beschikbare gegevens. Waar mogelijk hebben zij een toets uitgevoerd.

De kwaliteit, eenduidigheid en toekomstbestendigheid van dit materiaal is beperkt. Deze beperkingen vinden hun weerslag in de uitkomsten in dit arrangement. Dit betekent dat deze aan de TSJ worden voorgelegd onder voorbehoud van:

- Definitieve vaststelling budget 2015 via meicirculaire 2014,
- Toe- of afnames van het volume in 2015,
- Beoordeling door de Gemeenteraden ten aanzien van de meerjarenafspraken met aanbieders,
- Definitieve invulling (inhoudelijk en budgettair) van landelijk beleid (regeer- en zorgakkoord) en de doorwerking hiervan in budgetten en verantwoordelijkheden voor gemeenten,
- Definitieve invulling (inhoudelijk en budgettair) van de inkoopafspraken met de huidige financiers in 2013 en 2014 en de doorwerking hiervan in budgetten en verantwoordelijkheden voor gemeenten,
- Correcte aanlevering van gegevens door rijk, instellingen, verzekeraars en andere partijen.

Indien het bedrag van de meicirculaire 2014 (exclusief macrotaakstellingen) substantieel afwijkt van het bedrag dat nu aan jeugdzorg wordt uitgegeven in Haaglanden, maken gemeenten en instellingen nieuwe afspraken. Gezamenlijk wordt dan bepaald of de macrotaakstelling in relatie tot het huidige budget reëel en verantwoord is.

Een ander aandachtspunt is dat veel instellingen niet alleen te maken hebben met de regio Haaglanden, maar ook met andere regio's. Eventuele druk vanuit andere regio's kan onverwachte effecten hebben binnen de regio Haaglanden.

3 Samenvatting

3.1 Regio Haaglanden

De regio Haaglanden bestaat uit de 9 samenwerkende gemeenten die per 1 januari 2015 de verantwoordelijkheid krijgen voor alle jeugdhulp aan jongeren tot 18 jaar. Het betreft de gemeenten: Delft; Den Haag; Leidschendam-Voorburg; Midden-Delfland; Pijnacker-Nootdorp; Rijswijk; Wassenaar; Westland; Zoetermeer.

Het arrangement is regionaal en heeft betrekking op alle jeugdzorg (provinciaal gefinancierde hulp (Jeugdbescherming en Jeugdreclassering, de toegangstaken, AMK) en hulp die gefinancierd wordt vanuit AWBZ en ZVW (jeugd-GGZ en zorg voor kinderen met een verstandelijke beperking)). Het arrangement is gebaseerd op de bestuurlijke afspraken die op 26 juni 2013 zijn gemaakt over regionale samenwerking (zie bijlage VIII in het bijlageboek).

3.2 Doelstelling RTA Haaglanden

- **Continuïteit:** de doelstelling van de afspraken is dat de continuïteit van zorg geborgd is. Dat betekent dat cliënten de zorg en ondersteuning krijgen die nodig is, waarbij voorkomen moet worden dat bij de transitie cliënten tussen wal en schip vallen.
- **Innovatie:** om de beoogde veranderingen in de zorg voor jeugd te realiseren, in het licht van de veranderende samenleving en met oog voor kwaliteit én financiële houdbaarheid, is transformatie cruciaal. De hervorming biedt kansen die vaak in de samenwerking tussen de partijen tot stand kunnen komen.
- **Risico's en mogelijke externe effecten:** het transitieproces wordt gekenmerkt door overdracht, verschuiving van taken en verantwoordelijkheden, nieuwe systemen, een nieuw werkproces. Het is van belang dat de samenwerkingspartners vooraf de risico's en externe effecten identificeren, beheersmaatregelen formuleren en successen proberen te verzilveren.

3.3 Betrokken partijen

De Regio Haaglanden heeft zich ingespannen om te achterhalen welke jeugdhulpaanbieders momenteel betrokken zijn bij zorg aan kinderen uit de gemeenten in Haaglanden. In het arrangement is een overzicht opgenomen van alle thans bekende instellingen en op basis van hun opgave de voor continuïteit van zorg geraamde budgetten.

Voor zover het de innovatie en risicobeheersing betreft, is het arrangement vanwege de beperkte doorlooptijd waarbinnen dit tot stand moest komen intensief voorbereid met een beperkt aantal Jeugdhulpaanbieders (focusinstellingen) met een sterk regionale binding aan Haaglanden en een groot volume aan zorg, die daarmee substantieel onderdeel uitmaken van de regionale infrastructuur (90%). De 12 focusinstellingen zijn de preferente gesprekspartners. Met hen wordt partnerschap voor de komende 3 jaren uitgewerkt en wordt gezamenlijk (gemeenten en aanbieders) een innovatieagenda opgesteld.

3.4 Afspraken huidige financiers

Het transitiearrangement heeft betrekking op het jaar 2015. Dat is het eerste jaar dat de gemeenten individueel verantwoordelijk zijn voor alle zorg voor jeugd. Het voorbereidingsjaar 2014 heeft een sleutelrol in dit proces. Daarin vindt de overdracht plaats tussen Stadsgewest Haaglanden en de zorgverzekeraars als latende partij en de gemeenten als ontvangende partij(en). Voor het uitvoeringsjaar 2014 worden zowel

inhoudelijke als procesmatige (kennisoverdracht) afspraken gemaakt met de huidige financiers om de overdracht zo soepel mogelijk te laten verlopen en zo vroeg mogelijk te anticiperen op de beoogde transformatie in 2015.

3.5 Analyse gegevens

- De gegevensuitvraag is gedaan bij 54 instellingen.
- In de meicirculaire is een totaal budget voor de gemeenten in de regio Haaglanden opgenomen van 205 miljoen euro. Dit budget is gebaseerd op de historische zorguitgaven.
- Het grootste deel van dit budget (60%) is in de huidige situatie landelijke en stadsgewestelijke subsidie. De budgetten die overkomen uit de AWBZ en de ZVW zijn in omvang ongeveer vergelijkbaar (ongeveer 20%).
- Naar inmiddels bekend is, is het bedrag in de meicirculaire 2013 met onzekerheden omkleed. Het is door die onzekerheden niet mogelijk om de cijfers uit de uitvraag 'rond te rekenen'. Wel is een grove toetsing en vergelijking mogelijk. Deze laat zien dat het bedrag dat nu in kaart is gebracht rond de uitvraag € 59 miljoen hoger is dan de budgetten uit de meicirculaire. Er is een totaalbedrag van 264 miljoen euro door middel van de uitvragen in kaart gebracht.
- Dat betekent dat de uitvraag bij de zorgaanbieders 129% is van het bedrag in de meicirculaire
- Twaalf instellingen zijn verantwoordelijk voor ruim 90% van het budget en vertegenwoordigen de volle breedte van het veld. Deze 12 aanbieders geven inhoudelijk een goed beeld van de relevante opgaven in de verschillende vormen van zorg. De 9 samenwerkende gemeenten in Haaglanden zien deze 12 focusaanbieders als preferente gesprekspartners.
- De formatie Jeugdformaat/De Jutters beschikt over circa 43% van de totale omzet in de regio Haaglanden (subsidie + ZvW). Hiervoor leveren ze zorg en ondersteuning aan circa 48% van alle Haaglandse jeugdzorgcliënten.
- Jeugdformaat beschikt over bijna de helft van het *subsidie*gefinancierde budget in de regio Haaglanden. De Jutters beschikt over bijna tweederde van het totale ZvW-budget. Ipse de Bruggen is de grootste leverancier van AWBZ-gefinancierde zorg in de regio, namelijk bijna de helft van het budget.
- Wat betreft zorgvormen is het merendeel ambulant (36% van de omzet) waarvoor circa 51% van de jeugdigen wordt geholpen. Het percentage residentiële zorg in termen van aantal jeugdigen is beperkt (circa 6%), daar tegenover staat een omzetpercentage van circa 27%.

3.6 Afspraken tussen zorgaanbieders en gemeenten

- De gemeenten in Haaglanden willen met jeugdhulpaanbieders op basis van zakelijk partnerschap een meerjarenafspraak aan gaan over de periode 2015 – 2016 – 2017. Dit partnerschap wordt voorbereid in 2014. Het gaat daarbij in elk geval om de focusaanbieders in categorie 1 en 2 (zie hoofdstuk 4), waarbij er expliciet ruimte is voor andere en vernieuwende aanbieders. De afspraken met deze aanbieders zijn algemeen verbindend. Deze aanbieders nemen de verantwoordelijkheid om instellingen met een zeer specialistisch profiel buiten de regio bij het zorgaanbod te betrekken, zodat alle benodigde zorgvormen aanwezig zijn in de regio Haaglanden.
- De aanbieders die met de gemeenten in Haaglanden een zakelijk partnerschap aangaan, nemen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor 0% frictiekosten.
- De macrobezuiniging van 4% 2015, 10% 2016, 15% 2017 over het totale budget voor Haaglanden wordt ingeboekt. Ijkpunt is de meicirculaire van 2014.
- Indien het bedrag van de meicirculaire (exclusief macrotaakstellingen) substantieel afwijkt van het bedrag dat nu aan jeugdzorg wordt uitgegeven in Haaglanden, maken gemeenten

en instellingen nieuwe afspraken. Gezamenlijk wordt dan bepaald of de macrotaakstelling in relatie tot het huidige budget reëel en verantwoord is.

- De regio Haaglanden boekt de landelijke taakstelling naar dit schema in, maar wenst vanaf 2015 op de macrotaakstelling van 4% - deze wordt aan de sector onttrokken – tevens een innovatietaakstelling; deze is in 2015 minimaal 11%. Deze wordt *niet aan de sector onttrokken* maar wordt zichtbaar gemaakt als op besparing en verbetering gerichte innovatie, binnen de door de gemeenten gestelde kaders.
- Gemeenten en aanbieders stellen gezamenlijk een innovatieagenda op voor de jaren 2014, 2015, 2016 en 2017, waarbij jeugd het vertrekpunt is, maar er ook ruimte is voor het brede sociale domein.
- De samenwerkende 9 gemeenten in de regio Haaglanden geven gezamenlijk invulling aan het opdrachtgeverschap (onder meer met betrekking tot inhoudelijke kaders en toekomstige inkoop).
- Er blijft ruimte voor maatwerk voor elke gemeente afzonderlijk, maar het verzoek om maatwerk ten aanzien van zwaardere vormen van zorg, wordt eerst besproken tussen de gemeenten voordat het verzoek belegd wordt bij de aanbieders. Op die manier worden de administratieve lasten voor aanbieders beperkt.
- De gemeenten en aanbieders monitoren gezamenlijk het verloop van de kosten en opbrengsten en maken tussentijds afspraken over beheersmaatregelen.
- De gemeenten en aanbieders maken gezamenlijk procesafspraken om invulling te geven aan het vervolg.
- De innovatieagenda wordt voor de Kerst (2013) opgeleverd en uiterlijk 1 februari 2014 door B&W en de gemeenteraden vastgesteld.

3.7 Financiële bandbreedtes

Een van de eisen ten aanzien van het RTA is dat het arrangement aangeeft welk budget gemeenten in 2015 voornemens zijn aan te wenden per aanbieder, per type zorg en voor hoeveel jeugdigen en trajecten. De 9 samenwerkende gemeenten zijn voornemens om niet één op één mee te gaan in deze eis ten aanzien van het RTA, omdat dit te kort doet aan de afspraken die worden gemaakt met de aanbieders (zie hoofdstuk 7). De onderhandelingen over het budget voor 2015 starten pas in 2014. Nu de budgetten vastzetten leidt ook tot een zwakkere onderhandelingspositie en strookt niet met de verantwoordelijkheden van de Gemeenteraad.

De omvang van het budget per aanbieder hangt af van de keuzes die gemaakt worden in de innovatieagenda. De bewegingen zijn duidelijk, maar de concrete omvang van de verschuiving wordt besloten als de innovatieagenda wordt vastgesteld, eind december 2013. Voornemen is om voor nu te werken met bandbreedtes, waarbij uiteindelijk de innovatieagenda leidend is.

3.8 Toegang en toeleiding

- Gemeenten vormen fysieke en digitale toegangswegen tot (jeugd)hulp. Uitgangspunt is stroomlijnen van de toegang. Daarnaast is er ook toegang tot de jeugdhulp via de huisarts, school en de laagdrempelige infrastructuur in de wijken. De gemeenten in Haaglanden zullen dat op verschillende manieren vormgeven.
- Punt van nader onderzoek in 2014 is waar de grens ligt van doorverwijzing naar de zwaardere zorg (cq. of het mogelijk is een logische knip te leggen tussen vrij-toegankelijke en niet vrij-toegankelijke hulp). Gemeenten streven ernaar om bij vorming van de lokale infrastructuur de huidige expertise die nu bij Bureau Jeugdzorg aanwezig is onder voorwaarden in te zetten.

- De gemeenten willen gebruik maken van het advies van de regionale jeugdhulpaanbieders om een eenvoudig screenings ('triage')-instrument (bijvoorbeeld pluis/niet-pluis, complexiteit etc.) te ontwikkelen dat regiobreed kan worden toegepast.
- De gemeenten onderzoeken de mogelijkheden (diagnostiek en multidisciplinaire besluitvorming) van een specialistenpool, waarbij betrokkenheid van een of meer jeugdhulpaanbieders en andere vormen van ondersteuning een optie is.
- De gemeenten zullen met de (koepels van) lokale huisartsen, JGZ en jeugdhulpaanbieders afspraken maken over een zo efficiënt mogelijke werkwijze.
- De gemeenten willen ruimte creëren voor professionals om aan de slag te gaan met ouders en jeugdigen zonder gelijk in indicatietrajecten te vervallen. Daarbij zijn het primair ouders en jeugdigen zelf die een ondersteuningsplan opstellen.
- Een bijzondere vorm van toegang is toeleiding naar zorg in het gedwongen kader. Gemeenten in Haaglanden experimenteren momenteel met de uitoefening van drang en dwang in de procedure naar de Raad voor de Kinderbescherming en de kinderrechter. Daarbij worden ouders nadrukkelijker onderdeel van die procedures en wordt getracht meer te voorzien in continuïteit van hulpverlener bij de hulpverlening.
- *De gemeenten in Haaglanden hebben onderling afgesproken eind 2013 het functioneel ontwerp voor de toegang tot jeugdhulp gereed te hebben.*

3.9 Overige zorgvormen

Jeugdbescherming en Jeugdreclassering

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het waarborgen van de veiligheid van jeugdigen en kunnen ingrijpen als die veiligheid in het geding is. De gemeenten beschikken over een toereikend aanbod van gecertificeerde instellingen zodat de uitspraak van een rechter – of andere instantie – kan worden uitgevoerd. In de regio is de pilot jeugdbeschermingstafel (casus overleg bescherming) erop gericht in de toekomst de toeleiding naar JB en JR te stroomlijnen en hierin ouders en het lokale veld nadrukkelijker te betrekken.

AMHK

Het AMHK vindt haar wettelijke basis in de Wmo. Er wordt een projectstructuur ingericht voor het uitwerken van een viertal scenario's over de toekomstige positionering van het AMHK. Van belang is de betrokkenheid van het jeugddomein daarbij. De betrokken uitvoerende instellingen krijgen een adviserende rol. De opdracht onderscheidt vier fasen:

1. Bepalen welke taken het AMHK gaat uitvoeren;
2. Bepalen welke gemeenten samen een AMHK vormen;
3. Bepalen van de organisatie die uitvoering gaat geven aan het AMHK;
4. (Door-)ontwikkelen van een visie op de aansluiting van het AMHK op de lokale/ regionale zorg- en veiligheidsketen.

Fase 1 t/m 3 moeten uiterlijk 1 juli 2014 afgerond zijn. Het AMHK moet uiterlijk 1/1/2015 gerealiseerd zijn.

Pleegzorg

Voor pleegzorg geldt geen maximale duur voor de continuïteit van zorg. Met de huidige grote aanbieder van pleegzorg in de regio Haaglanden wordt intensief overlegd over continuïteit en verdere innovatie. In Haaglanden is de afgelopen jaren al veel geïnvesteerd in de innovatie van de pleegzorg (waaronder netwerkplaatsing). Het groter worden van het aandeel netwerkpleegzorg t.o.v. bestandspleegzorg is een ontwikkeling die al jaren loopt vanuit het bewustzijn dat familie of bekenden een belangrijke rol kunnen spelen bij het vervangen van de ouders. De verschuiving van residentie (leefgroep) naar pleegzorg en gezinshuizen is een nog te versterken ontwikkeling.

3.10 Vervolgproces

Het vervolgproces verbonden aan de verdere uitwerking van het RTA Haaglanden (inclusief invulling zakelijk partnerschap), ziet er als volgt uit:

12 November	Heidag Innovatieagenda Met alle aanbieders (de 54), projectleiders Jeugd regio Haaglanden, vertegenwoordiging directeuren sociaal domein, Stadsgewest en zorgverzekeraar
November	Informeren Gemeenteraden over RTA Haaglanden
Nov/Dec	Verder verdieping innovatieagenda Periodieke bijeenkomsten gemeenten en aanbieders
Nov/Dec	Extra gegevenscheck t.b.v. verschil meicirculaire en gegevensuitvraag bij aanbieders
December	Financiële paragraaf van de innovatieagenda opstellen
20 Dec	Voorleggen van de innovatieagenda aan de portefeuillehouders Jeugd
1 Februari 2014	Besluitvorming innovatieagenda in B&W en Gemeenteraden

Overige onderwerpen die ook worden opgepakt, maar niet speciaal in het kader van het RTA:

December 2013	▪ Programma van eisen zorginkoop ▪ Wijze van risicodeling
Januari 2014	▪ Wel/niet gebruik bestaande inkopers zorg ▪ Beleidskaders Jeugd en AWBZ/Wmo vastgesteld ▪ Besluit hoe inkoop 1e lijn zich verhoudt tot inkoop 2e lijn ▪ Governance regionaal aansturingsmodel (w.o. bestuurlijke tafels) ▪ Wijze van monitoring en verantwoording
Februari 2014	▪ Model inkoopinfrastructuur ▪ Voorlopige budgetten H9 inkoop
April 2014	▪ Inkoopinfrastructuur operationeel ▪ Beleidskader inkoop H9
November 2014	▪ Toegang nieuwe cliënten operationeel ▪ Vaststellen verordening ▪ Definitieve contracten
Januari 2015	▪ Start decentralisaties

4 Inleiding

Per 1 januari 2015 wordt de nieuwe wet Jeugd van kracht. De wet regelt de overheveling van begrotingsgefinancierde zorg en premiegefinancierde zorg (via AWBZ en Zvw) naar gemeenten, met een totaalbedrag van tenminste 3,3 miljard (met een korting oplopend tot 450 miljoen in 2017). Op bestuurlijk niveau komt de verantwoordelijkheid voor alle jeugdhulp bij de gemeenten te liggen. Doordat alle budgetten en verantwoordelijkheden nu op één bestuurslaag (de gemeenten) worden belegd, biedt de Jeugdwet de kans om een omslag te maken naar meer integrale, preventieve ondersteuning en zorg dichtbij.

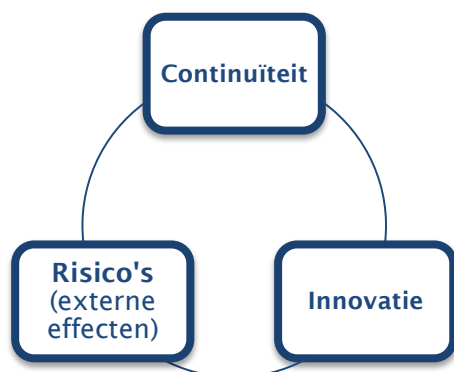
Het gaat in andere woorden om een vergaande stelselwijziging waar bovendien een relatief korte voorbereidingstijd is. Om de continuïteit van de zorg voor cliënten in 2015 te borgen en de inrichting ervan bij de gemeenten zo goed mogelijk te faciliteren, hebben het Rijk, de VNG en het IPO een aantal initiatieven ondernomen. Eén daarvan is de tripartiete afspraak over het opstellen van regionale transitiearrangementen om zo de continuïteit van zorg, het beperken van de frictiekosten en het beperken van de discontinuïteit van de infrastructuur te bewerkstelligen.

4.1 Doelstelling Regionaal Transitiearrangement

Het transitieproces is een samenspel van *latende en ontvangende* partijen en het ontstaan van vernieuwing en nieuwe verhoudingen. In de regio Haaglanden vindt voor de nieuwe Jeugdwet dit samenspel plaats op (boven)lokaal en regionaal lokaal niveau tussen vier partners: gemeenten, Stadsgewest Haaglanden, zorgverzekeraars en aanbieders. De cliënten(vertegenwoordigers) hebben een belangrijke adviesrol in de transitie, maar die wordt evenwel vooral op lokaal niveau betrokken bij het toekomstige beleidsproces.

Het is van belang dat bovenstaande partijen met elkaar afspraken maken op regionaal niveau over drie belangrijke aandachtspunten in het transitieproces:

- A. **Continuïteit:** de doelstelling van de afspraken is dat de continuïteit van zorg geborgd is. Dat betekent dat cliënten de zorg en ondersteuning krijgen die nodig is. Waarbij voorkomen moet worden dat bij de transitie cliënten tussen wal en schip vallen.
- B. **Innovatie:** om de beoogde veranderingen in de zorg voor jeugd te realiseren, in het licht van de veranderende samenleving en met oog voor kwaliteit én financiële houdbaarheid, is transformatie cruciaal. De hervorming biedt kansen die vaak in de samenwerking tussen de partijen tot stand kunnen komen.
- C. **Risico's en mogelijke externe effecten:** het transitieproces wordt gekenmerkt door overdracht, verschuiving van taken en verantwoordelijkheden, nieuwe systemen, een nieuw werkproces. Het is van belang dat de samenwerkingspartners vooraf de risico's en externe effecten identificeren, beheersmaatregelen formuleren en successen proberen te verzilveren.

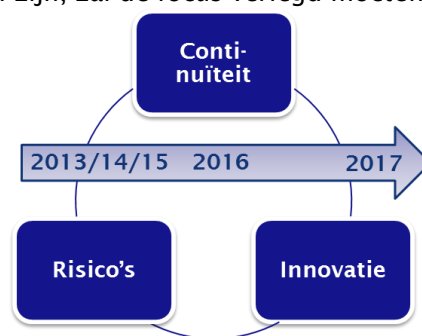


Deze drie aandachtspunten hangen nauw met elkaar samen. Naarmate de focus te veel ligt op innovatie kan de continuïteit in gevaar komen en kunnen – door mogelijke rigoureuze veranderingen – de transactiekosten en risico's hoog zijn. Als de focus te veel ligt risico's kan het organisatiebelang gaan prevaleren boven de

continuïteit van zorg en komt de benodigde verandering niet op gang. Als de focus te veel ligt op behoud van continuïteit kan de financiële houdbaarheid in gedrang komen en blijven kansen om de effectiviteit en kwaliteit te verbeteren, liggen.

In de eerste jaren na de inwerkingtreding van de nieuwe wetten, zal de focus van de uitvoerende partijen voor een groot deel liggen bij het behoud van continuïteit en het beperken van risico's. De nieuwe taken en verantwoordelijkheden zullen ingeregeld moeten worden in de nieuwe werkprocessen bij de uitvoerende partijen. Cliëntbelang staat zoveel mogelijk voorop en de beleidsruimte is in het eerste jaar nog relatief beperkt. Naarmate de nieuwe verantwoordelijkheden steeds meer ingeregeld zijn, zal de focus verlegd moeten worden naar innovatie en transformatie.

In Haaglanden is daarom besloten om de focus van de RTA's niet te beperken tot continuïteit en risico's, maar ook te starten met het ontwikkelen van innovatie en transformatie, zonder een zachte landing van de nieuwe gemeentelijke verantwoordelijkheden uit het oog te verliezen.



4.2 Status van het RTA Jeugd Haaglanden

De colleges stellen het RTA eenzijdig vast. Daarmee is het geen afdwingbaar contract met de zorgaanbieders. Dit RTA beschrijft beleidsintenties en wordt beschouwd als belangrijke peilmoment in de regionale samenwerking tussen gemeenten in Haaglanden en tussen gemeenten en instellingen. De intenties van het RTA worden verder uitgewerkt in een regionaal beleidskader en een innovatieagenda, die in de gemeenteraden worden vastgesteld.

Pas in mei 2014 worden de budgetten voor gemeenten definitief (nieuwe meicirculaire) en kunnen met de zorgaanbieders overeenkomsten worden gesloten. De definitieve budgetverdeling wordt ter besluitvorming voorgelegd aan de Gemeenteraad.

5 Uitgangspunten in Haaglanden

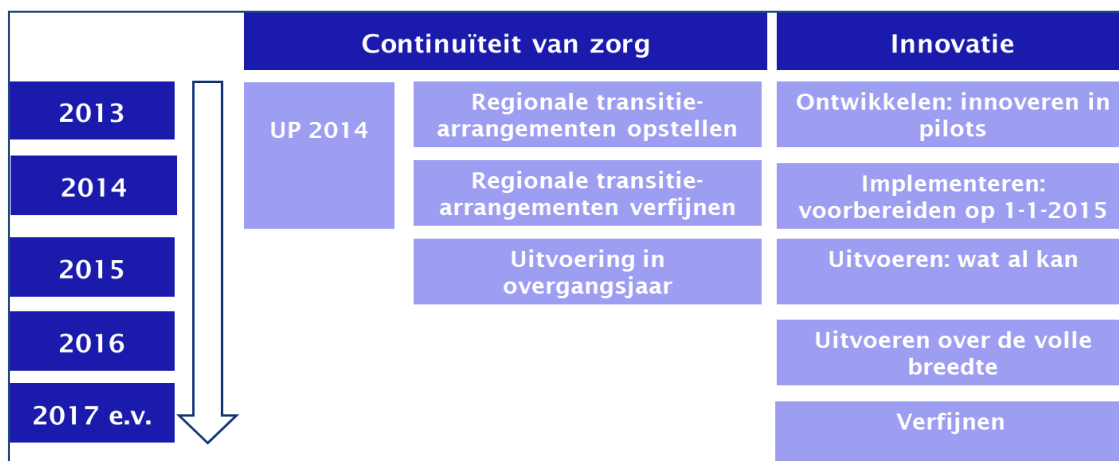
5.1 Inleiding

De gezamenlijke opdrachtgevers van het traject zijn de 9 samenwerkende gemeenten. In samenwerking met het Stadsgekwest en de zorgverzekeraar bepalen zij de invulling van het traject. Een grote rol is weggelegd voor aan de regio Haaglanden verbonden jeugdhulpaanbieders. Samen met hen wordt bepaald hoe de transitie in de regio vorm krijgt. Het betreft de organisaties die zorg leveren aan kinderen met een indicatie van Bureau Jeugdzorg Haaglanden (BJZ), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of waarvoor op verwijzing van de huisarts een DBC aanwezig is.

Bij de start ligt de focus op het realiseren van de continuïteit van zorg voor het overgangsjaar 2015. Daarbij is ook de relatie gelegd met wat dat zou kunnen betekenen voor het jaar 2014. Echter, daar houdt het traject niet op. Gedurende het proces – als de contouren van het transitiearrangement duidelijker worden – is de horizon verlengd naar 2016 e.v. en wordt ook innovatie en efficiency geagendeerd.

De gemeenten in Haaglanden kiezen ervoor om rekening te houden met transactiekosten boven frictiekosten. De gemeenten gaan niet aan de slag met het inventariseren van mogelijke frictiekosten, omdat op die manier het risico ontstaat dat er te behoudend wordt gedacht. De aandacht gaat uit naar het stimuleren van organisaties om de frictiekosten op 0% te houden: wat is hiervoor nodig? Eerdere onderzoeken (Balance) wijzen uit dat dat ook mogelijk is in Haaglanden, waar de vastgoedproblematiek beperkt is. De transactiekosten hebben een verbinding met het realiseren van innovatie en vernieuwing. Daarvoor is enige ruimte. Zie hiervoor hoofdstuk 7.

De totstandkoming van het RTA jeugd in Haaglanden is niet een eenmalige exercitie. Het RTA maakt onderdeel uit van een traject dat al veel eerder is gestart en de komende jaren nog verder invulling krijgt. Het gezamenlijke traject voor de komende periode ziet er als volgt uit:



5.2 Afspraken met de huidige financiers over 2014 en de overdracht naar 2015

5.2.1 Uitvoeringsprogramma 2014 Stadsgekwest Haaglanden

Het transitiearrangement heeft betrekking op het jaar 2015. Dat is het eerste jaar dat de gemeenten individueel verantwoordelijk zijn voor alle zorg voor jeugd. Het

voorbereidingsjaar 2014 heeft een sleutelrol in dit proces. Daarin vindt de overdracht plaats tussen Stadsgewest als latende partij en de gemeenten als ontvangende partij(en). In het uitvoeringsprogramma 2014 van het Stadsgewest worden de afspraken vastgelegd om het jeugdzorgaanbod voor 2014 te realiseren en te financieren. Tussen Stadsgewest en gemeenten is afgesproken om het uitvoeringsprogramma 2014 gezamenlijk op te stellen zodat het document ook kan dienen als overdracht. Dat betekent voor het uitvoeringsprogramma 2014 dat:

- a Instellingen binnen de huidige kaders uitvoering geven aan hun taken,
- b Gemeenten in 2014 al de huidige toegangstaken van BJZ naar lokaal niveau halen,
- c Gemeenten in 2014 de planning van de ambulante hulp overnemen,
- d Bij de uitvoering van die taken in 2014 op basis van een innovatieagenda rekening wordt gehouden met de veranderingen die na 1 januari 2015 ingezet worden door de gemeenten,
- e Stadsgewest en gemeenten afspraken hebben gemaakt over de wijze waarop de transitie in formele zin zal plaatsvinden.

Met het Stadsgewest en de door het Stadsgewest gefinancierde aanbieders is afgesproken om in 2014 zoveel mogelijk op de toekomstige situatie voor te sorteren. Hiermee wordt voorkomen dat de discontinuïteit tussen beleid vóór 1 januari 2015 en ná 1 januari 2015 te groot wordt. Op deze manier krijgen de huidige instellingen de gelegenheid om zich voor te bereiden op de toekomstige situatie (vernieuwing, ombouw en krimp), kunnen de organisaties anticiperen op het toekomstige beleid van de gemeenten en kunnen (financiële) risico's beperkt worden.

5.2.2 Productieafspraken 2014 Zorgverzekeraars

Het uitvoeringsprogramma 2014 heeft uitsluitend betrekking op de organisaties waarvoor het Stadsgewest nu de opdrachtgever is. De transitiearrangementen hebben betrekking op meer organisaties, namelijk alle geïndiceerde vormen van jeugdzorg, dus ook die organisaties die nu door de zorgverzekeraar c.q. het zorgkantoor gefinancierd worden.

Ook met de zorgverzekeraars (DSW en CZ) wordt het gesprek gevoerd om in het jaar 2014 te anticiperen op de ontwikkelingen in 2015 en verder. Dit gesprek heeft een tweeledig karakter: inhoudelijk en procesmatig.

Inhoudelijk

De 9 samenwerkende gemeenten hebben samen met de zorgverzekeraars c.q. zorgkantoren gekeken waar hun uitgangspunten ten aanzien van transitie en transformatie van jeugdhulp overeenkomen. Hiervoor is onder meer een analyse gemaakt van de inkoopcontracten van de zorgverzekeraars (zie bijlage IV, bijlagenboek). Op het eerste oog komen de uitgangspunten met elkaar overeen. De gesprekken met de zorgverzekeraars zijn de afgelopen periode geïntensiveerd en zullen ook – met het oog op de transitie – verder inhoudelijke verdieping krijgen.

Procesmatig

Met de zorgverzekeraar worden ook gesprekken gevoerd over de wijze waar op korte termijn gebruik gemaakt kan worden van hun kennis en expertise over inkoop. Deze gesprekken zijn de afgelopen periode geïntensiveerd. Gesproken wordt over een zogenaamde dakpanconstructie waarin zorgverzekeraars en gemeenten in het overgangsjaar 2015 gezamenlijk de inkoop op zich nemen en de gemeenten in de loop van het jaar de rol van de zorgverzekeraar overnemen. Gedurende deze periode is er sprake van intensieve kennisoverdracht en train-de-trainer.

De intentie is om bovenstaande constructie gezamenlijk verder uit te werken, waar de volgende afwegingen momenteel worden gemaakt:

Continuïteit. De 9 samenwerkende gemeenten zijn druk aan de slag om tijdig het gehele proces van inkoop- en bekostiging op te starten. Het gezamenlijke traject met de zorgverzekeraar helpt om in elk geval ervoor te zorgen dat de financiering van instellingen gecontinueerd wordt en daarmee de instellingscontinuïteit geborgd.

Efficiency. De kennis en kunde van het Stadsgewest en de zorgverzekeraars zijn belangrijk om de efficiency en effectiviteit in het overgangsjaar te behouden.

Uitvoeringskosten. Voor de continuering van hun huidige inkooptaken zullen de zorgverzekeraars een vergoeding vragen. De 9 samenwerkende gemeenten maken gezamenlijk de afweging of deze kosten opwegen tegen de voordelen.

5.3 Betrokken partijen

Het RTA Jeugd Haaglanden heeft betrekking op alle *huidige* aanbieders die premie gefinancierd (zorgkantoor/zorgverzekeraar) of Rijk/Stadsgewest gefinancierd worden. Dat betekent dat de zorgcontinuïteit van cliënten die bij deze jeugdzorgaanbieders zorg krijgen gegarandeerd is.

In Haaglanden gaat het over meer dan 50 aanbieders, met nog een overtreffend aantal vrijgevestigden. Het merendeel van de aanbieders speelt een relatief kleine rol in de regio of heeft hun zwaartepunt in andere regio's liggen. Om te komen tot gedegen planvorming en innovatie is het noodzakelijk om slagkracht te houden. Daarom hebben de 9 samenwerkende gemeenten in de regio Haaglanden onderscheid gemaakt in 4 categorieën aanbieders:

Categorie 1: Sterk regionale binding, groot volume aan zorg, substantieel onderdeel van de regionale infrastructuur (90%).

Categorie 2: Sterke regionale binding met een beperkt volume aan zorg, w.o. de vrijgevestigden, maar wel onderdeel van de infrastructuur

Categorie 3: Buiten de regionale infrastructuur en ad-hoc zorg bieden.

Categorie 4: Landelijk transitiearrangement met landelijk werkende instellingen

De aanbieders in de regio zijn toegedeeld naar de vier categorieën. Hierover zijn alle aanbieders geïnformeerd, schriftelijk en in een bestuurlijke conferentie (maart en oktober 2013). De gemeenten hanteren per categorie de volgende uitgangspunten:

- **Categorie 1:** primaire gesprekspartners. Twaalf jeugdhulpaanbieders zijn omwille van de werkbaarheid en beschikbare tijd gevraagd met de gemeenten intensief samen te werken bij de inhoudelijke vormgeving aan het RTA. Met deze instellingen wordt gewerkt aan zakelijk partnerschap voor de komende 3 jaar
- **Categorie 2:** nu niet bij de vormgeving van het RTA betrokken, maar wordt gevraagd na 31-10 aan te haken, onder dezelfde condities als voor 'de 12'. De 12 staan hiervoor open.
- **Categorie 3:** Met deze instellingen worden in het kader van dit arrangement geen andere afspraken gemaakt dan de wettelijke zorggarantie. Uitgangspunt is dat de zorg primair in de regio wordt geboden *tenzij*. Dit *tenzij* kan betrekking hebben op aspecten als veiligheid, specialisme en keuzevrijheid. Dit zijn onderwerpen voor nadere uitwerking.
- **Categorie 4:** Aparte landelijke afspraken.

Kleinere spelers vragen een andere aanpak nu, maar ook in 2015 en daarna. Dat geldt ook voor vrijgevestigden. Met een vertegenwoordiging van de vrijgevestigden is gesproken over hun rol en de garantie van zorgcontinuïteit. Voor hen geldt dat de bewijslast wordt

omgedraaid. Er wordt in Haaglanden een budget gereserveerd voor PGB-houders en voor de vrijgevestigden. Het is dan aan deze partijen om er voor te zorgen dat de cliënten in 2015 niet tussen wal en schip vallen. Randvoorwaarden om dit mogelijk te maken zijn:

- De samenwerkende gemeenten organiseren de toegang goed en communiceren hier helder over met de aanbieders
- Deze spelers weten waar ze naartoe moeten met hun cliënt om de continuïteit van zorg te borgen
- Er is een budget geraamd voor 2015 zodat er ook financiële ruimte is om de continuïteit van zorg bij de kleinere spelers te borgen
- Er wordt periodiek een nieuwsbrief gemaakt waarmee deze spelers op de hoogte worden gehouden

De focusinstellingen zijn: Jeugdformaat, BJZ, De Jutters, Ipse de Bruggen, Horizon, Middin, GGZ Delfland, William Schrikker Groep (WSG), Hoenderloo Groep, GLD (Leger des Heils), Rivierduinen e.a., Opvoedpoli

In Bijlage II is een overzicht opgenomen van alle gesprekspartners.

5.4 Reikwijdte

De minimale reikwijdte voor het transitiearrangement is:

- Er is voor de regio Haaglanden één regionaal Transitiearrangement opgesteld.
- De afspraken in dit arrangement hebben betrekking op alle jeugdzorg waarvoor gemeenten verantwoordelijk worden vanaf 1 januari 2015, voor maximaal 1 jaar. Het arrangement heeft tot doel de continuïteit van zorg voor cliënten die op 31-12-2014 in zorg zijn (zittende cliënten) en voor cliënten die op 31-12-2014 een aanspraak op zorg hebben te waarborgen.
- De afspraken zoals overeengekomen zijn bestuurlijk vastgesteld door alle colleges van B&W van de deelnemende regio's
- De afspraken overeengekomen in dit arrangement worden opgenomen in het lokale beleid van de deelnemende gemeenten.

5.5 Landelijke afspraken

Voor zover de cliënten uit de regio Haaglanden specialistische jeugdzorg ontvangen die valt onder het landelijk transitiearrangement, gelden de voorwaarden van dat arrangement. De regio Haaglanden gaat er vanuit dat 2,2% van het totaalbudget noodzakelijk is voor deze zorg.

Dit geldt voor de volgende functies¹:

- Specialismen Jeugdzorg Plus :
 - ☐ Jeugdzorg Plus voor jongeren onder 12 jaar;
 - ☐ zeer Intensieve Kortdurende Observatie en Stabilisatie;
 - ☐ gesloten opname van tienermoeders tijdens zwangerschap of met pasgeboren kind.
- Topklinische GGZ specialistische 3e lijns voorzieningen

¹ Bron:

http://www.vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2013/20130626_vn_ginitiatieflandelijkeafsprakenoverinkoop.pdf

- Verstandelijk beperkte jongeren met zorgzwaartepakket (ZZP) 4 en 5 met ernstige bijkomende problematiek en landelijke achtervang ZZP LVG 4 en 5
- Gespecialiseerde diagnostiek van VB en Jeugd-GGz
- Expertise en behandelcentrum geweld in afhankelijkheidsrelaties onder 18 jaar.
- Forensische zorg: inzet van erkende gedragsinterventie binnen jeugdreclassering.

5.6 Voorbehouden

De uitkomsten die in dit transitiearrangement zijn opgenomen zijn gemaakt op basis van de informatie die op dit moment beschikbaar is. Er is hoofdzakelijk gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- Meicirculaire 2013
- Vektis cijfers (juli 2013)
- Gegevens zoals aangeleverd door de aanbieders en instellingen.

Er is hoor- en wederhoor toegepast bij aanbieders: al hun gegevens zijn expliciet bij hen teruggelegd. Daarnaast is er intensief contact geweest met het Stadsgewest Haaglanden en de zorgverzekeraar over de beschikbare gegevens. Waar mogelijk hebben zij een toets uitgevoerd.

De kwaliteit, eenduidigheid en toekomstbestendigheid van dit materiaal is beperkt. Deze beperkingen vinden hun weerslag in de uitkomsten in dit arrangement. Dit betekent dat deze aan de TSJ worden voorgelegd onder voorbehoud van:

- Definitieve vaststelling budget 2015 via meicirculaire 2014
- Toe- of afnames van het volume in 2015
- Beoordeling door de Gemeenteraden
- Definitieve invulling (inhoudelijk en budgettair) van landelijk beleid (regeer- en zorgakkoord) en de doorwerking hiervan in budgetten en verantwoordelijkheden voor gemeenten
- Definitieve invulling (inhoudelijk en budgettair) van de inkoopafspraken met de huidige financiers in 2013 en 2014 en de doorwerking hiervan in budgetten en verantwoordelijkheden voor gemeenten
- Correcte aanlevering van gegevens door rijk, instellingen, verzekeraars en andere partijen.

Indien het bedrag van de meicirculaire (exclusief macrotaakstellingen) substantieel afwijkt van het bedrag dat nu aan jeugdzorg wordt uitgegeven in Haaglanden, maken gemeenten en instellingen nieuwe afspraken. Gezamenlijk wordt dan bepaald of de macrotaakstelling in relatie tot het huidige budget reëel en verantwoord is.

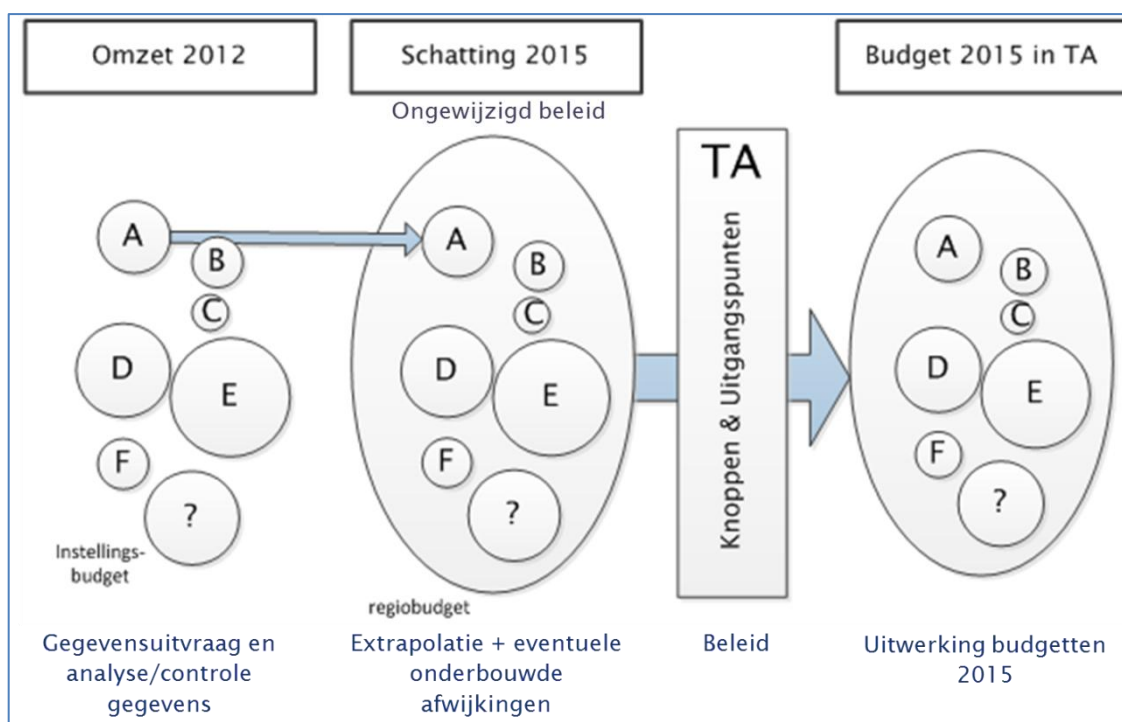
6 Jeugdzorg in Haaglanden in beeld

6.1 Inleiding

Om inzicht te krijgen in de cijfers in de regio is intensief contact geweest met de individuele aanbieders. De 9 samenwerkende gemeenten hebben een brede uitvraag opgesteld, die verder gaat dan de uitvraag zoals opgesteld in opdracht van de VNG. De 9 gemeenten hebben met de uitvraag ook inzicht verkregen in de soort trajecten, omvang van de trajecten en de trajectprijzen. Deze gegevens vormen een goede basis om ook gezamenlijk invulling te geven in de innovatie en de innovatie ook kwantitatief weer te geven.

Onderstaand schema toont hoe de cijfers in dit transitiearrangement (TA) tot stand zijn gekomen:

- De omzetcijfers 2012 vormen de basis en zijn verkregen via een uitvraag bij in het totaal 54 instellingen.
- Deze cijfers zijn vervolgens geëxtrapoleerd om te komen tot een prognose voor 2015.
- Daar waar nodig, is een correctie toegepast om aan te sluiten bij bestaande ontwikkelingen. Dit hoofdstuk heeft betrekking op de eerste twee fasen van de gegevensanalyse en leidt tot een prognose voor 2015. In volgende hoofdstukken wordt duidelijk gemaakt welke beleidsinterventies de 9 Haaglandse gemeenten gezamenlijk willen toepassen voor het jaar 2015 en welke kwantitatieve effecten daaraan verbonden zitten. De verwerking van deze beleidsmatige effecten leiden uiteindelijk tot een budget voor 2015 (vierde en laatste fase).



6.1.1 Focus

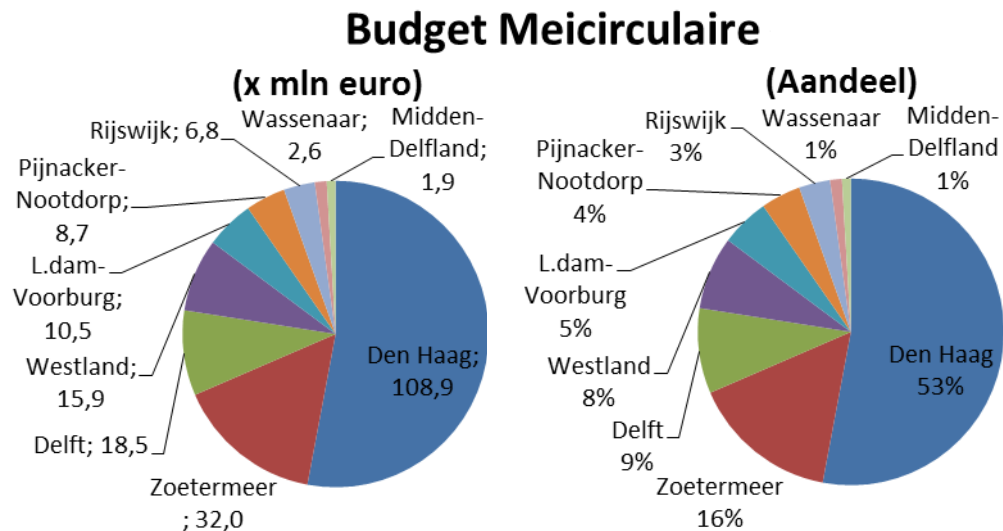
De gegevensuitvraag is gedaan bij 54 instellingen. Dit zijn alle instellingen die voor het proces al bekend waren of tijdens het proces bekend werden als jeugdzorgverleners aan jeugdigen in de regio Haaglanden. De omvang van de instellingen is heel verschillend:

Instellingsbudget	Aantal instellingen
4-57 miljoen euro	10
0-4 miljoen euro	44

Deze analyse focust op de 10 instellingen die op basis van de grootte van de omzet de grootste spelers binnen de regio zijn, aangevuld met twee spelers die op basis van regiobinding zijn geselecteerd. Met deze 12 instellingen is ruim 90% van het bekende budget gedekt. Op basis van het materiaal dat nu binnen is, gaat het om de volgende 12 instellingen: Jeugdformaat, BJZ, De Jutters, Ipse de Bruggen, Horizon, Middin, GGZ Delfland, William Schrikker Groep (WSG), Hoenderloo Groep, GLD (Leger des Heils), Rivierduinen e.a., Opvoedpoli.

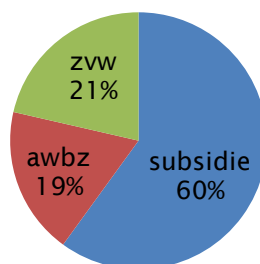
6.2 Macrobudgetten

In de meicirculaire is een totaal budget voor de gemeenten in de regio Haaglanden opgenomen van 205 miljoen euro. Dit budget is gebaseerd op de historische zorguitgaven en is als volgt verdeeld over de negen gemeenten:

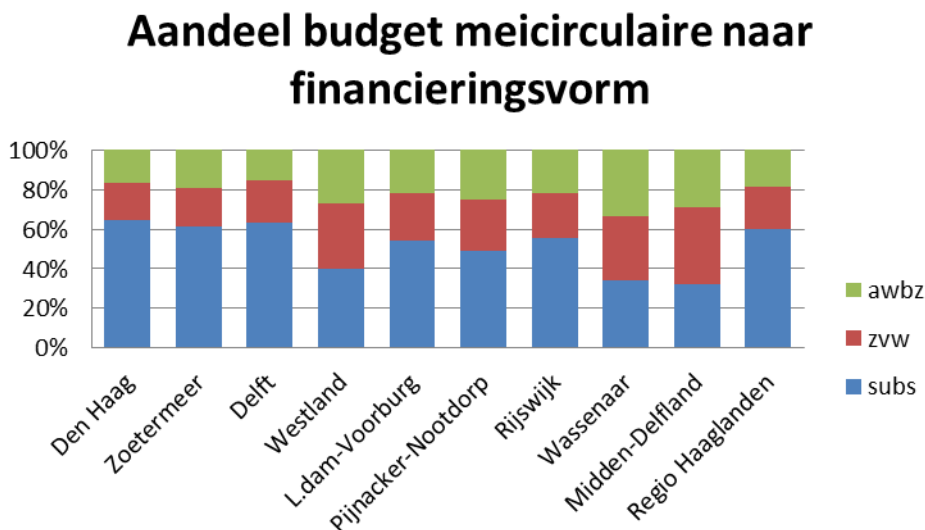


Het grootste deel van dit budget (60%) is in de huidige situatie landelijke en stadsgewestelijke subsidie. De budgetten die overkomen uit de AWBZ en de ZVW zijn in omvang ongeveer vergelijkbaar (ongeveer 20%).

Verdeling budget mei-circulaire naar financieringsvorm



Er zijn hier wel verschillen tussen de gemeenten onderling. Per gemeente ziet de verdeling er als volgt uit.



Wat met name opvalt is het relatief lage aandeel subsidie in Westland, Wassenaar en Midden-Delfland. In deze gemeenten is met name de Zorgverzekeringswet een belangrijkere financieringsvorm voor jeugdzorg in de huidige situatie. Dit wordt ook zichtbaar in de andere financiële en kwantitatieve analyses die zijn gemaakt voor de regio Haaglanden. Deze analyses hebben een andere invalshoek dan het RTA Jeugd, namelijk het gebruik en de kosten per gemeente (en niet zoals in het RTA: de omzet en het aantal cliënten per aanbieder). Door zorggebruik per gemeente, ook gerelateerd aan de zorgvorm, wordt zichtbaar welke gemeente van welke zorgvorm het meest gebruik maakt. Dit is vaak het startpunt voor een veranderingsdoelstelling voor een specifieke gemeente.

6.3 Van macrobudgetten naar instellingsbudgetten; mitsen en maren

Het cijfermateriaal aangeleverd door de instellingen wordt op twee manieren getoetst. Enerzijds aan de beschikbare macrogegevens (meicirculaire). Anderzijds bij het Stadsgewest en de zorgverzekeraars. Toch zijn er een aantal onzekere factoren in de aansluiting tussen de gegevens zoals ze aangeleverd zijn door de instellingen en de macrobudgetten.

6.3.1 Macrogegevens

De macro-budgetten in de meicirculaire zijn gebaseerd op historisch zorggebruik. In de meicirculaire is reeds rekening gehouden met de 4% korting op de jeugdzorg en een aantal andere maatregelen uit het regeerakkoord. Door een aantal van deze maatregelen kan de korting op onderdelen anders uitpakken dan 4%. *Er zijn echter veel vraagtekens bij de cijfers uit de meicirculaire.* Dit geldt niet alleen voor de regio Haaglanden, maar is een landelijk probleem, wat ook door de Algemene Rekenkamer wordt onderschreven.

Onzekere factoren in de macro-cijfers zijn onder andere:

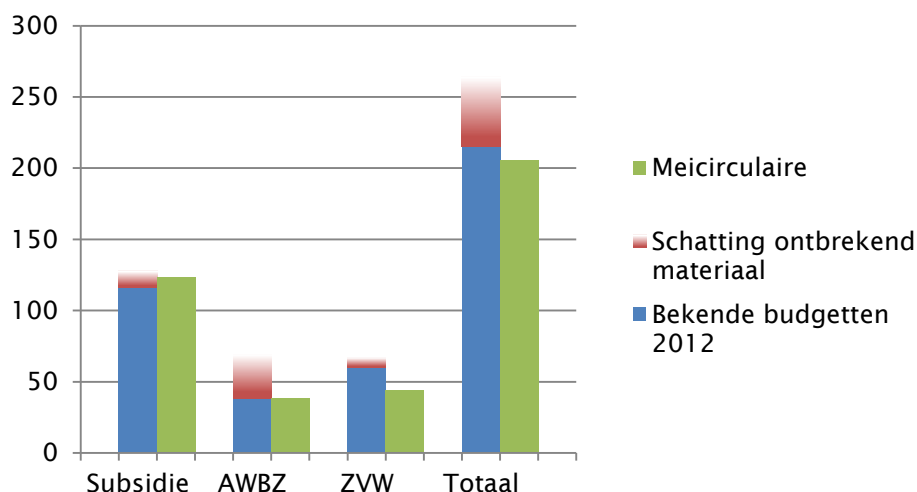
- De cijfers over het historisch zorggebruik zijn (gedeeltelijk) gebaseerd op schattingen of productieafspraken in plaats van werkelijk gebruik

- Overige relevante bezuinigingen uit het regeerakkoord zijn zoveel mogelijk meegenomen. Als de financiële uitwerking nog onbekend was, zijn schattingen opgenomen.
- Maatregelen uit het zorgakkoord of op basis van kamervragen zijn nog niet meegenomen.

Er is hiermee ook nog geen duidelijkheid over de exacte omvang van de over te hevelen budgetten. Naar verwachting zullen er zowel op landelijk, regionaal als lokaal niveau nog verschuivingen optreden.

Het is door de onzekerheden niet mogelijk om de cijfers uit de uitvraag 'rond te rekenen'. Wel is een grove toetsing en vergelijking mogelijk. Deze laat zien dat het bedrag dat nu in kaart is gebracht hoger is dan de budgetten uit de meicirculaire. Op dit moment is een totaal bedrag van 264 miljoen door middel van de uitvragen (en schattingen van ontbrekend materiaal) in kaart gebracht. Dit verhoudt zich als volgt tot de meicirculaire.

Bekende budgetten t.o.v. meicirculaire



Er is een schatting gemaakt van het budget voor vrijgevestigden en PGB op basis van materiaal van de zorgverzekeraars. Het beeld dat ontstaat is dat het grootste deel van de budgetten in kaart is gebracht en dat regio Haaglanden dus goed zicht heeft op de relevante zorgaanbieders.

Op basis van de huidige stand van zaken wordt duidelijk dat er een substantieel hoger jeugdzorgbudget in de regio omgezet wordt, dan op basis van de meicirculaire mag worden verwacht. Met name op AWBZ en ZvW zijn de verschillen aanmerkelijk. Het verschil in benodigd budget is op dit moment 29% (dus de uitvraag levert een bedrag op dat 29% hoger is dan het bedrag in de meicirculaire). Hierbij is gebruik gemaakt van voorlopige inschattingen voor de budgetten op PGB, vrijgevestigden, ontbrekende gegevens jeugdzorgplus en landelijke specialismen. Voor het in kaart brengen van de nog ontbrekende gegevens wordt samengewerkt met de huidige financiers. Wat betreft de vrijgevestigden hebben de individuele zorgverzekeraars aangegeven geen sluitend materiaal aan te kunnen leveren. Hiervoor is Haaglanden afhankelijk van het beschikbaar komen van landelijke Vektiscijfers.

Het is niet duidelijk wat de oorzaak van het verschil is. Een zogenaamde "vervuiling van de uitvraag" (dubbeltellingen e.d.) heeft hierop geen substantiële invloed. Mogelijke andere

verklaringen: additionele bezuinigingen opgenomen in de meicirculaire, onjuistheden in de meicirculaire, overbruggingsfinanciering ZvW. Een verdere uitleg over mogelijke verschillen en onzekerheden in de budgetten is te vinden in Bijlage V in het bijlageboek.

6.3.2 Instellingsbudgetten

Ook in de gegevensuitvraag bij instellingen zitten onzekerheden. Ten eerste is met name binnen de zorgverzekeringswet een deel van de trajecten gestart in 2012 op dit moment nog niet afgerond en afgerekend. Het is daardoor voor instellingen niet altijd mogelijk om de realisatie van 2012 te geven.

Ten tweede zijn nog niet alle administraties ingericht om gegevens aan te kunnen leveren via het woonplaatsprincipe. Dit betekent dat instellingen niet altijd in staat zijn de jongeren aan de juiste gemeente te koppelen. Dit geldt met name voor instellingen die zorg verlenen aan jongeren in residentiële zorg.

Ten derde zijn de afgelopen jaren met name in de zorgverzekeringswet een aantal wijzigingen doorgevoerd in de financiering. De overgang van bekostiging in verrichtingen naar bekostiging in DBC's heeft geleid tot een overgangssituatie waarin in sommige gevallen ook overgangsbudgetten beschikbaar zijn. Dergelijke budgetten zijn wel meegenomen in de uitvraag, aangezien ze een deel van de omzet van zorgaanbieders zijn, maar zullen in 2015 niet meer relevant zijn.

Het stadsgewest en de verzekeraars zijn betrokken om de gegevens op hoofdlijnen te verifiëren zodat er geen budgetten over het hoofd worden gezien of juist dubbel geteld.

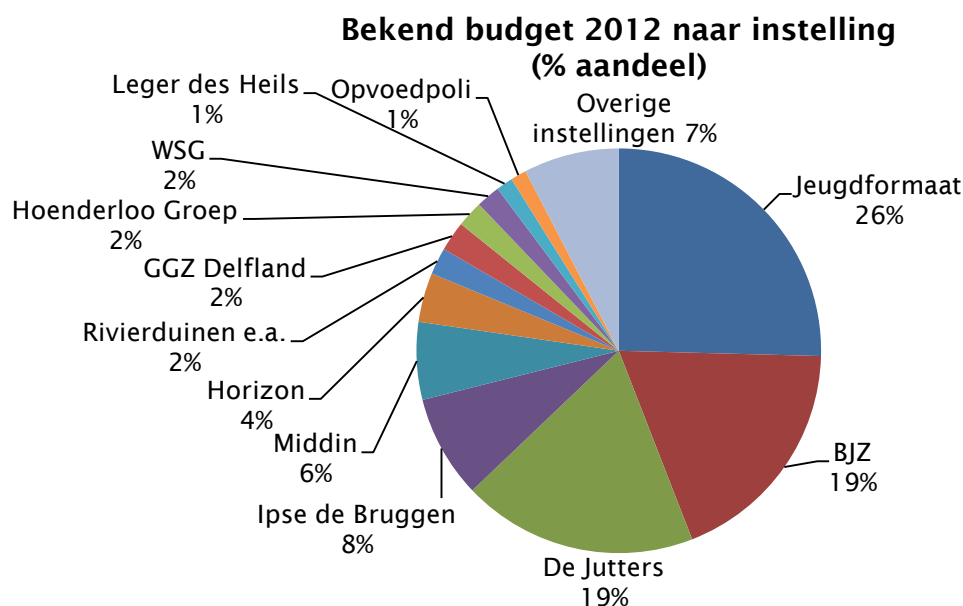
6.4 Instellingsbudgetten 2012

6.4.1 Vergelijkbaarheid gegevens

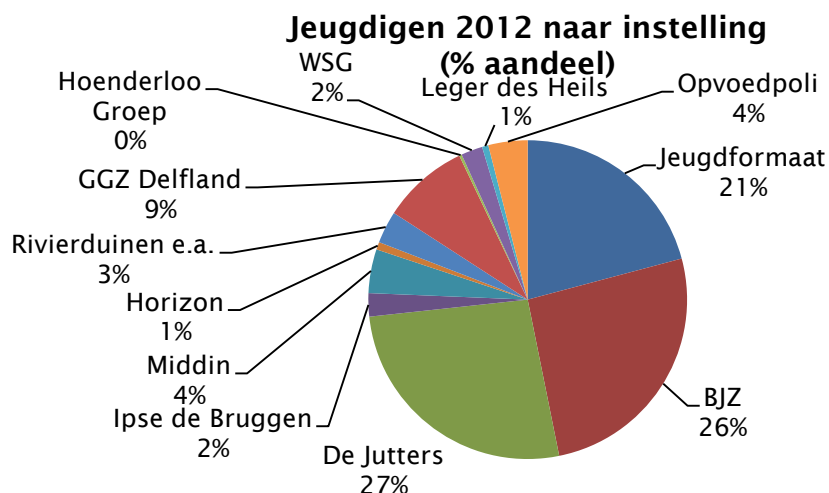
Binnen de decentralisatie valt een breed palet aan zorgvormen dat momenteel via 4 verschillende financieringsbronnen worden bekostigd. Niet alleen op zorginhoud zijn er verschillen, ook de terminologie en de manier van administreren verschilt. Dit maakt dat zorg in veel gevallen niet één op één te vergelijken is. In de hierna volgende analyse is getracht zaken zoveel mogelijk onder één noemer te brengen om toch een samenhangend beeld te kunnen schetsen. Hier zitten echter wel beperkingen aan. Met name op detailniveau zal nadere analyse en gegevensuitvraag in het kader van de definitieve zorginkoop 2015 meer inzicht geven.

6.4.2 Marktverdeling

De 12 focusaanbieders zijn verantwoordelijk voor *meer dan 90%* van het herleidbare budget in 2012. Het gaat om 204,6 miljoen euro dat als volgt is verdeeld:



Op basis van voorlopige gegevens kan een vergelijkbaar overzicht van het aantal unieke cliënten naar instelling worden opgesteld².

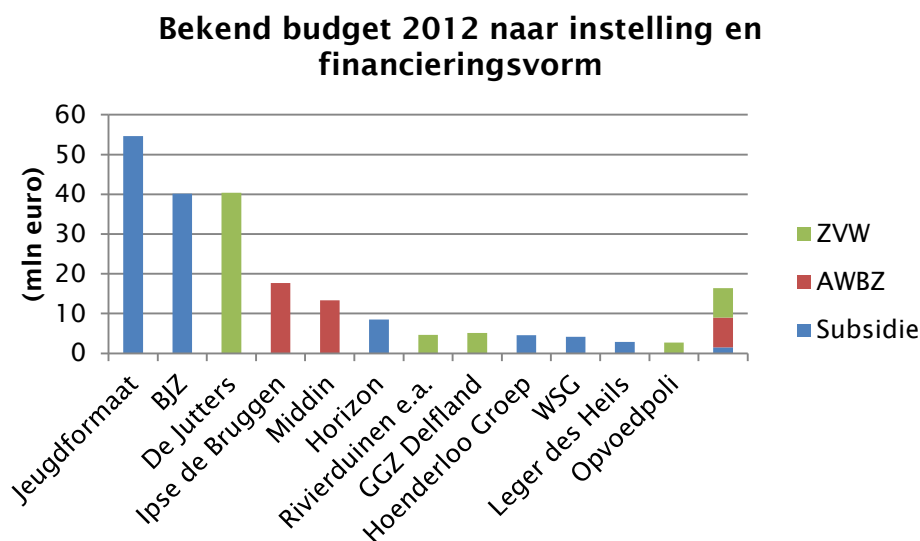


Het aantal unieke cliënten is niet altijd eenduidig. Doordat een cliënt in een jaar meerdere zorgvormen kan ontvangen, kan het voorkomen dat jeugdigen dubbel geteld worden. Dit speelt met name een rol bij jeugdigen die zorg ontvangen bij verschillende instellingen. Het overgrote deel van de cliënten van Bureau Jeugdzorg is bijvoorbeeld terug te vinden bij andere zorgaanbieders, aangezien het veelal om doorverwijzingen gaat. Voor een aantal instellingen zijn aannames gedaan om tot een aantal cliënten te komen.

² Voor het jeugdigen overzicht is er voor ZVW vanuit gegaan dat het aantal DBC's gelijk is aan het aantal jeugdigen.

Instellingen met een groot budget in relatie tot het aantal cliënten leveren relatief zware zorg (zie bijvoorbeeld Horizon of Ipse de Bruggen). Instellingen met een klein budget in relatie tot het aantal cliënten leveren juist lichtere vormen van zorg (zie GGZ Delfland en De Jutters).

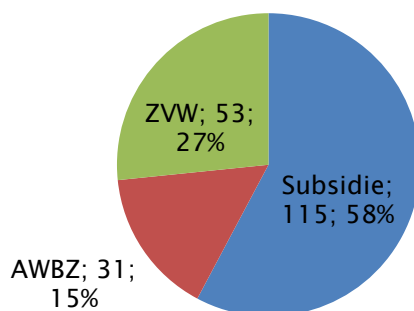
Ieder van deze 12 instellingen is gespecialiseerd in zorg binnen een specifieke financieringsvorm.



Deze 12 instellingen zijn dus niet alleen verantwoordelijk voor ruim 90% van het budget, maar vertegenwoordigen ook de volle breedte van het veld. Daarmee geven ze inhoudelijk een goed beeld van de relevante opgaven in de verschillende vormen van zorg.

Voor deze 12 'focus-instellingen' bestaat de omzet voor 59% uit subsidie (stadsgewest en rijk), voor 26% uit ZVW en voor 15% uit AWBZ:

**Totaal omzet focus-instellingen 2012
(mln euro en % aandeel)**

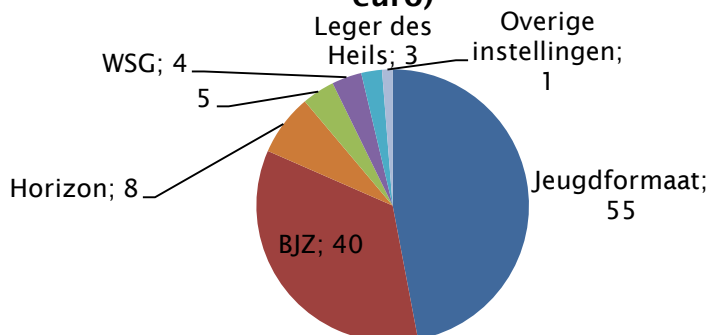


Opvallend is dat vergeleken met de meicirculaire het ZvW budget een groter deel uitmaakt (26% tov 21%) en het AWBZ budget een kleiner deel (15% tov 19%). Het kleinere AWBZ deel

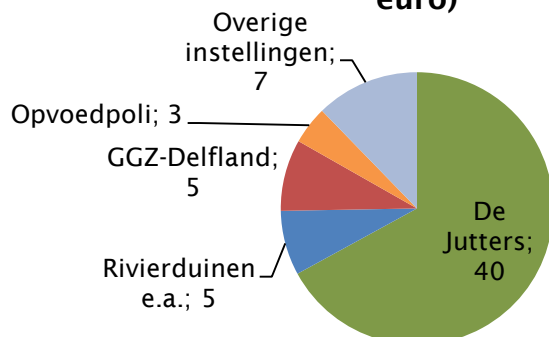
is verklaarbaar doordat een relatief groot deel van dit budget in PGB budgetten zit. De zorg die geleverd wordt via PGB's wordt voornamelijk ingekocht bij kleinere zorgaanbieders en is daarom slechts beperkt terug te vinden bij de groep van 12 grootste zorgaanbieders. Waarom het ZVW-deel veel hoger uitpakt, wordt nog onderzocht. Mogelijk dat hier overbruggingsgelden voor de wijziging in bekostiging een (deel van de) oorzaak zijn.

De budgetverdeling over verschillende zorgaanbieders naar de verschillende financieringsbronnen, is in onderstaande figuren weergegeven.

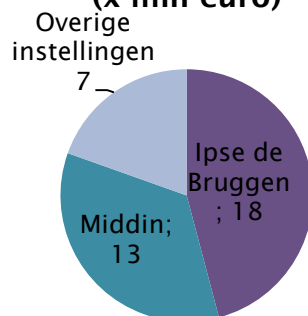
Bekend Subsidie budget naar instelling (x mln euro)



Bekend ZVW budget naar instelling (x mln euro)



Bekend AWBZ budget naar instelling (x mln euro)

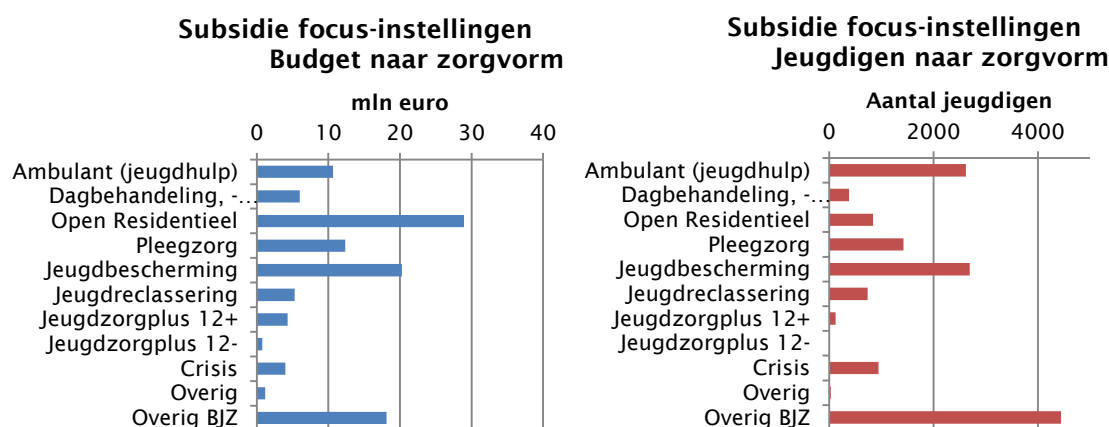


Binnen de twaalf focusinstellingen zijn dus ook al grote verschillen in de omzet voor jeugdigen in Haaglanden. Binnen ieder van de sectoren is de jeugdzorg in Haaglanden dus

te karakteriseren als een markt met een klein aantal zeer grote spelers, met een omzet van meer dan €10 miljoen. Daarnaast is er een beperkt aantal iets kleinere spelers, met omzetten van tussen de €4 en €10 miljoen, en tot slot een groot aantal zorgaanbieders die een kleinere omzet hebben.

Budgetten naar zorgvorm

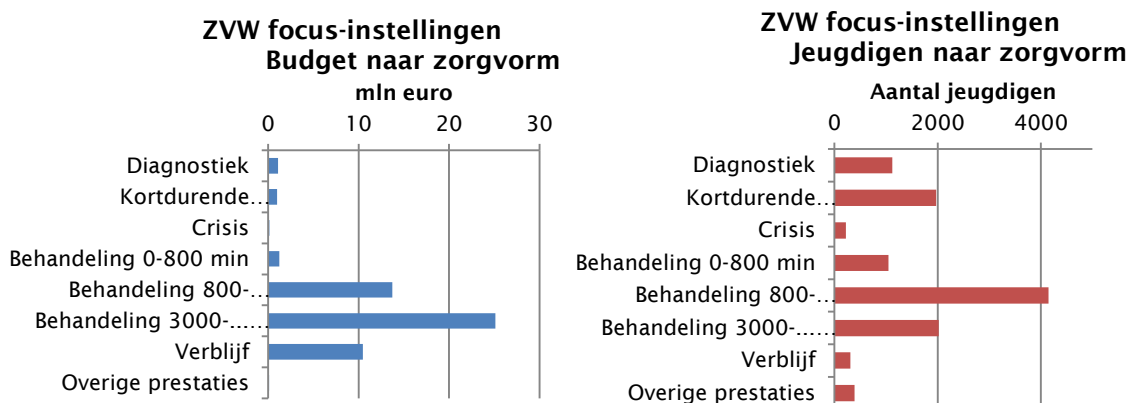
De volgende grafieken tonen de verdeling van budgetten en cliënten uit 2012 van de 12 focus-instellingen naar zorgvorm. Ook hier geldt dat de verhouding tussen budget en aantal cliënten een indicatie voor de zorgzwaarte is (veel cliënten, minder budget = lichtere zorg).



Het grootste deel van het subsidiebudget gaat om in open residentiële zorg, terwijl het aantal jeugdigen dat van deze zorg gebruik maakt relatief beperkt is. De reden is dat dit een zeer zware vorm van zorg is, waarvoor bovendien ook nog verblijfskosten betaald moeten worden. In vergelijking hiermee zijn de budgetten bij pleegzorg, waar ook verblijf betaald moet worden, relatief laag. Dit heeft twee verklaringen. Ten eerste is de zorg die in instellingen geleverd wordt complexer dan die in pleegzorg. Een tweede verklaring is dat pleegzorg nu al erg sober georganiseerd is. De zorgduur is bij pleegzorg vaak wel langer, soms wel tot het 18^e levensjaar. Daardoor kunnen de totale kosten voor een cliënt uiteindelijk toch hoger uitpakken.

Wat opvalt is het grote aantal jeugdigen in overige trajecten van Bureau Jeugdzorg (bijna 4500). Het gaat hier om de functie toegang, die nu nog bij Bureau Jeugdzorg belegd is. Aangezien jeugdigen in de provinciale jeugdzorg over het algemeen een indicatie van Bureau Jeugdzorg ontvangen voor ze bij een andere instelling terechtkomen, is het logisch dat het aantal jeugdigen hier hoog is. Ook het bedrag dat aan toegang besteed wordt, is aanzienlijk. Deze functie zal in de toekomst anders georganiseerd worden, maar het bedrag zal wel integraal overgeheveld worden naar gemeenten.

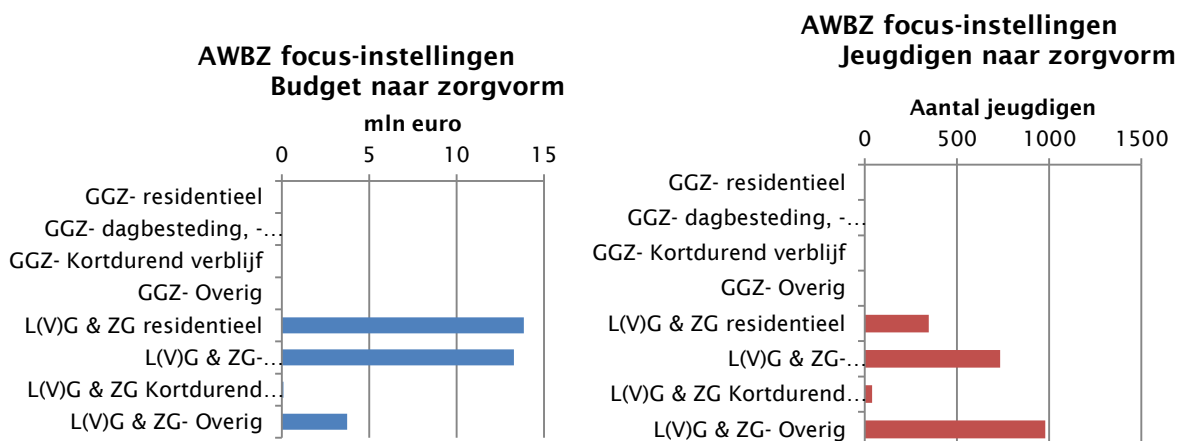
Ook in de zorgverzekeringswet is een duidelijk verschil te zien tussen lichtere en zwaardere zorg. Ook hier maakt het grootste deel van de jeugdigen gebruik van lichtere behandelingen, maar zit het grootste deel van het budget in de zwaardere behandelingen en verblijf.



Het valt op dat het aantal diagnostiektrajecten in verhouding laag is vergeleken met het aantal jeugdigen in de toegang van Bureau Jeugdzorg. Bij verzekerde zorg is de diagnostiek in veel gevallen onderdeel van de behandeling of wordt de eerste diagnostiek gedaan door de huisarts of de jeugdarts. In tegenstelling tot bij de gesubsidieerde zorg loopt de toegang tot psychiatrische zorg in veel gevallen niet via de gemeente, die hier dus ook geen budget voor krijgt.

De verhouding tussen de kosten voor verblijf en het aantal jeugdigen dat gebruik maakt van verblijf is ongeveer gelijk als in de gesubsidieerde zorg. In beide gevallen gaat het om ruim €30.000 euro per jeugdige. Dit is met name opvallend aangezien de behandeling apart geadministreerd wordt en niet opgenomen is in de tarieven voor residentiële zorg. Toch zijn de verblijfstarieven per dag in de verzekerde zorg veel hoger dan in de gesubsidieerde zorg. Hier staat tegenover dat de verblijfsduur over het algemeen korter is. De combinatie van hogere tarieven en kortere trajectduur zorgt ervoor dat de gemiddelde kosten per jeugdige uiteindelijk hetzelfde zijn.

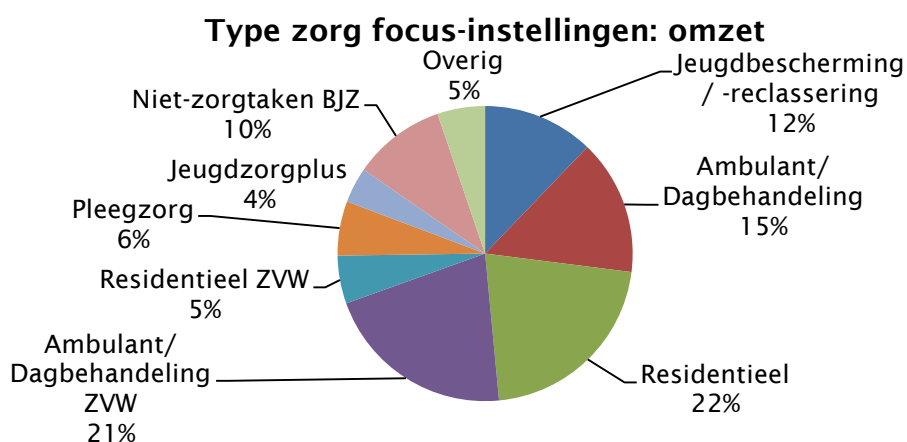
De AWBZ-focusinstellingen zijn vooral gericht op zorg voor LVG-jeugdigen.



Ook hier is te zien dat een aanzienlijk deel van het budget in residentiële zorg zit, terwijl het aantal jeugdigen dat gebruik maakt van deze zorgvorm relatief laag is. De verschillen zijn wel minder groot dan bij de andere zorgvormen, ondanks het feit dat de behandeling wel in het tarief voor residentiële zorg verwerkt zit bij deze zorgvorm.

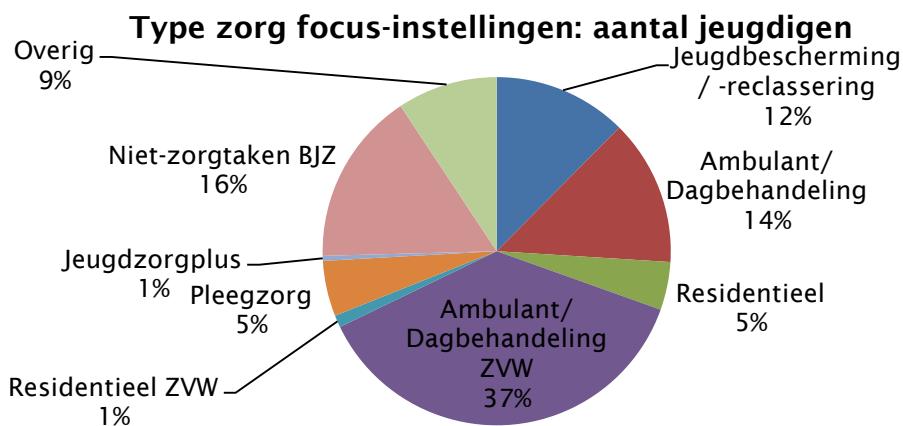
6.4.3 Analyse ambulant vs. Residentieel

Bovenstaande grafieken geven een zeer gedetailleerd beeld naar zorgvorm. In deze paragraaf is getracht iets meer op hoofdlijnen inzicht te geven in de inrichting van de zorg. Hierbij is met name gekeken naar de verdeling tussen ambulant en residentieel. De omzetverdeling van de focusinstellingen over verschillende zorgvormen is in onderstaande figuur weergegeven.



Zoals eerder aangegeven zijn er beperkingen aan de analysemogelijkheden. Belangrijke beperking hier is dat binnen de ZVW het verblijf los van de behandeling wordt bekostigd. Het is daarmee in het materiaal niet altijd duidelijk welke behandelkosten horen bij een verblijfsplaats en welke behandelkosten ambulant worden gemaakt. Bij de gesubsidieerde en AWBZ zorg zijn deze behandelkosten wel onder de noemer residentieel opgenomen. Voor de figuren betekent dit dat Residentieel ZVW puur de kosten voor het verblijf zijn, terwijl bij de overige zorgvormen hier ook behandelkosten zijn opgenomen. In de praktijk is Residentieel ZVW groter ten koste van Ambulant ZVW.

In onderstaande figuur staat ook het aantal jeugdigen per zorgvorm.



Ook in deze totaaloverzichten is te zien dat iets meer dan de helft van de jeugdigen in ambulante trajecten zit, waarvan het grootste deel in verzekerde zorg. De residentiële zorg neemt wel een relatief groot deel van het budget in. In totaal is 31% van de zorg residentieel, tegenover 7% van de jeugdigen die residentiële zorg ontvangt.

Daarnaast is een aanzienlijk deel van het budget gereserveerd voor de niet-zorgtaken van bureau jeugdzorg. Het gaat hier bijvoorbeeld om toegang en coördinatie van gesloten jeugdzorg. Deze taken zullen in het nieuwe stelsel in een andere vorm uitgevoerd worden.

6.4.4 **Samengevat**

Voor de volledigheid hieronder de gegevens voor 2012 in tabelvorm:

Omzet 2012 (x mln euro)	Totaal omzet (mln euro) Focus instellingen	Aandeel (%)	Aantal unieke cliënten	Aandeel (%)
Zorgvorm				
Omzet jeugdigen in Haaglanden	200,5			
Subsidie	111,4	56%		
<i>Ambulant (jeugdhulp)</i>	11	5%	2622	13%
<i>Dagbehandeling/dagbesteding</i>	6	3%	384	2%
<i>Open Residentieel</i>	29	14%	843	4%
<i>Pleegzorg</i>	12	6%	1423	7%
<i>Jeugdbescherming</i>	20	10%	2694	13%
<i>Jeugdreclassering</i>	5	3%	737	4%
<i>Gesloten residentieel (Jeugdzorgplus, 12 plus)</i>	4	2%	121	1%
<i>Gesloten residentieel (Jeugdzorgplus, 12 min)</i>	1	0%	6	0%
<i>Spoedeisende zorg (Crisis)</i>	4	2%	949	4%
<i>Overig</i>	19	9%	4476	22%
ZVW	54,9	28%		
<i>Diagnostiek</i>	1	1%	1147	6%
<i>Kortdurende behandeling</i>	1	0%	1971	10%
<i>Crisis</i>	0	0%	238	1%
<i>Behandeling 0-800 min</i>	1	1%	1104	6%
<i>Behandeling 800-3000 min</i>	14	7%	4174	21%
<i>Behandeling 3000-... min</i>	26	13%	2036	10%
<i>Verblijf (incl kapitaalslasten)</i>	10	5%	309	2%
<i>Overige prestaties</i>	0	0%	390	2%
AWBZ	31,3	16%		
<i>GGZ ZZP (intramuraal, incl. kapitaalslasten)</i>	0	0%	4	0%
<i>GGZ- dagbesteding/dagbehandeling</i>	0	0%	0	0%
<i>GGZ- Kortdurend verblijf/logeren</i>	0	0%	0	0%
<i>GGZ- Overig</i>	0	0%	0	0%
<i>L(V)G & ZG ZZP (intramuraal, incl. kapitaalslasten)</i>	14	7%	348	2%
<i>L(V)G & ZG- dagbesteding/dagbehandeling</i>	13	7%	734	4%
<i>L(V)G & ZG Kortdurend verblijf/logeren</i>	0	0%	40	0%
<i>L(V)G & ZG- Overig</i>	4	2%	980	5%

In Bijlage II is het materiaal per instelling voor in het transitiearrangement terug te vinden.

6.5 Eventuele veranderingen in budgetten

Zoals eerder al opgemerkt, zijn door de complexiteit van de materie en de grote diversiteit in instellingen en zorgvormen zijn verschillende bronnen beperkt vergelijkbaar. Naast deze algemene kanttekeningen, kunnen er ook nog om andere redenen verschuivingen optreden.

Vrijgevestigden en PGB's

Voor de vrijgevestigden is op dit moment 10% van het budget voor ZVW gebudgetteerd. Voor PGB's (of ZiN bij kleine instellingen) is 70% van het budget gebudgetteerd. Hoewel dit op basis van de beschikbare gegevens redelijke aannames zijn, kunnen deze bedragen anders uitvallen als de uitgesplitste Vektiscijfers beschikbaar zijn.

Specialistische zorgvormen

Bij instellingen met relatief veel goedkope trajecten, zal de fluctuatie in kosten voor gemeenten over de jaren heen niet groot zijn. Voor zeer specialistische en dure zorgvormen, is dit niet het geval. Bij aanbieders die veel specialistische zorg leveren, kunnen de aantallen en omzet voor een specifieke regio in verschillende jaren sterk fluctueren.

Landelijke afspraken

Voor een aantal van deze instellingen zijn afspraken gemaakt in het landelijke transitiearrangement. Gemeenten blijven echter wel verantwoordelijk voor de kosten. Landelijk werkende instellingen hebben het ene jaar geen jongeren uit de regio, en het volgende jaar 5. Dit lijkt geen grote verandering, maar met trajectprijzen van rond de €100.000 kan dit voor een regio een stevige aanslag op het budget betekenen. Voor een individuele gemeente is dit effect nog groter. Daardoor kunnen de kosten in een specifiek jaar voor een individuele gemeente of regio aanmerkelijk hoger zijn dan de landelijk geraamde 2,2%.

Nieuwe aanbieders en groei

Een aantal zorgaanbieders in de regio is relatief nieuw en heeft de afgelopen jaren een sterke groei doorgemaakt (soms per jaar een verdubbeling). Vaak zijn dit relatief kleine spelers, die vooruitlopen op de transitiedoelstellingen en innovatieve werkwijzen hanteren. Het gaat hier bijvoorbeeld om de Opvoedpoli en Impegno. Voor deze instellingen is een extrapolatie van het budget uit 2012 op instellingsniveau niet realistisch en in het kader van de transitiedoelstellingen mogelijk ook niet wenselijk. Het is belangrijk om in de uiteindelijke inkoopafspraken en contracten deze instellingen in het vizier te houden. Ook bestaande instellingen zijn soms in 2013 uitgebreid ten opzichte van 2012, bijvoorbeeld door een toename in de zorgvraag. Bij toekomstige ramingen is het belangrijk dit soort zaken mee te nemen.

Fusies en overnames

Instellingen groeien niet alleen door autonome groei, maar ook door fusies en overnames. Voor de budgetraming 2015 moeten dit soort verschuivingen, die ook komend jaar nog kunnen optreden, correct worden meegenomen. Dat betekent dat een verandering in de markt aanleiding kan zijn om de budgetverdeling te wijzigen. Dit is een van de redenen dat budgetten pas in 2014 definitief vastgesteld kunnen worden.

Afbakening arrangement

In het transitiearrangement zijn budgetten in kaart gebracht die overgeheveld worden in het kader van de Jeugdwet. Daarnaast zijn er nog andere activiteiten die de doelstellingen van de transitie kunnen versterken. Een aantal instellingen worden uit andere middelen betaald, maar zijn wel gericht op het versterken van de eigen kracht van gezinnen, waardoor de kinderen minder zorg nodig hebben. Het gaat hier bijvoorbeeld om Mee, maar ook om een aantal activiteiten van Philadelphia. Deze activiteiten zijn niet in het arrangement opgenomen, maar kunnen wel een belangrijke partner zijn bij het behalen van de transformatiedoelstellingen.

Van 2012 naar 2015

De cijfers uit 2012 kunnen dus niet zomaar doorgetrokken worden naar 2015. Toch zal dit voor de meeste zorgaanbieders wel een realistisch plaatje opleveren. Daarom zal de regio Haaglanden voor de cijfers in 2015 in principe uitgaan van de cijfers van 2012, met voorbehoud van de verschuivingen die nog plaatsvinden in de nieuwe circulaire.

6.6 Financiële bandbreedtes

In het toetsingskader van de TSJ staat aangegeven dat in het RTA duidelijk moet zijn wat het budget per aanbieder wordt in 2015: *“Het arrangement geeft aan welk budget gemeenten in 2015 voornemens zijn aan te wenden per aanbieder, per type zorg en voor hoeveel jeugdigen en trajecten”*

De 9 samenwerkende gemeenten zijn voornemens om niet één op één mee te gaan in deze eis, omdat dit te kort doet aan de afspraken die worden gemaakt met de aanbieders (zie hoofdstuk 7). De onderhandelingen over het budget voor 2015 starten pas in 2014. Nu de budgetten vastzetten, leidt ook tot een zwakkere onderhandelingspositie en strookt niet met de verantwoordelijkheden van de Gemeenteraad.

De omvang van het budget per aanbieder hangt af van de keuzes die gemaakt worden in de innovatieagenda. De bewegingen zijn duidelijk (bijvoorbeeld meer in de eigen leefomgeving, betekent meer ambulant, betekent minder residentieel; zie ook bijlage III en VII in het Bijlageboek), maar de concrete omvang van de verschuiving wordt besloten als de innovatieagenda wordt vastgesteld, eind december 2013. Nu bedragen afspreken zet de ontwikkeling ook té vast en het is daarom niet logisch om dit mee te nemen in dit RTA.

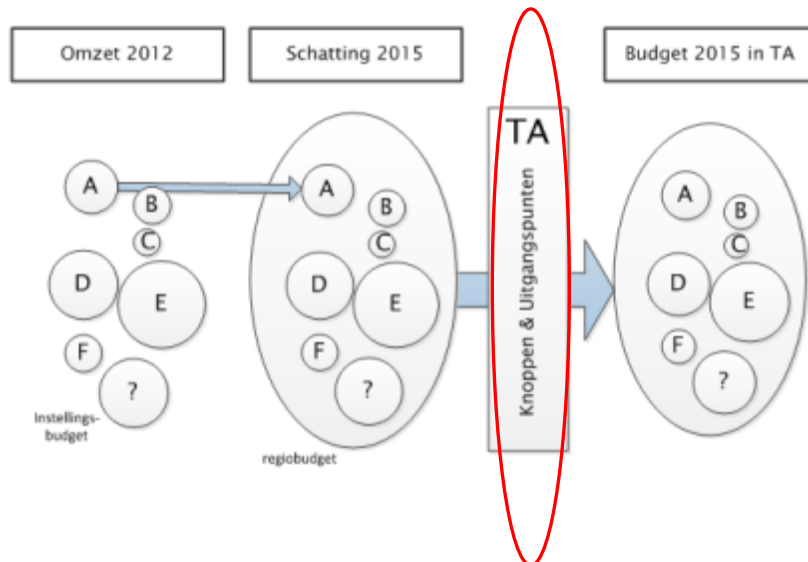
Voornemen is om voor nu te werken met bandbreedtes: dat betekent elke instelling een taakstelling van minimaal 7,5% met een bandbreedte van 3,75% hoger c.q. lager. Dit is echter nog wel afhankelijk van het uiteindelijke budget voor de Jeugdwet dat voor de gemeenten in de regio beschikbaar komt. Het is voor gemeenten niet mogelijk het huidige gat van 29% tussen de meicirculaire en de budgetten zoals ze opgegeven zijn in de uitvraag te dichten met de rest van de begroting.

Uitgaande van het budget van de meicirculaire 2013, zou de budgetverdeling er als volgt uitzien:

Zorgaanbieder	Minimum budget (x €1000)	Maximum budget (x €1000)	Huidig budget (x €1000)
Jeugdformaat	40.436	43.853	54.620
Bureau Jeugdzorg	17.221	18.676	22.030
Toegang, AMK etc	12.496	13.552	18.111
De Jutters	29.897	32.424	40.384
Ipse de Bruggen	13.080	14.186	17.669
Middin	9.857	10.690	13.314
Horizon	6.266	6.795	8.464
Rivierduinen e.a.	3.422	3.712	4.623
GGZ Delfland	3.793	4.114	5.123
Hoenderloo Groep	3.343	3.625	4.515
William Schrikker groep	3.052	3.310	4.123
Leger des Heils	2.114	2.292	2.855
Opvoedpoli	2.009	2.179	2.714
Overige instellingen	12.133	13.159	16.389

Op basis van deze tabel zouden de uiteindelijke budgetten voor zorgaanbieders aanzienlijk lager uitvallen dan ze nu zijn. Het is duidelijk dat dit grote risico's met zich meebrengt voor de zorgcontinuïteit. Als dit beeld niet verandert na verdere controle van de cijfers en de definitieve budgetten in de meicirculaire 2014, zullen de gemeenten opnieuw in gesprek gaan met de zorgaanbieders.

7 Sturingsmogelijkheden

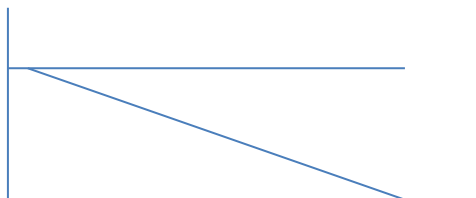


De mogelijke beleidskeuzes in combinatie met de eisen aan het transitiearrangement beïnvloeden de beleidsruimte van gemeenten om de budgetten in 2015 “vrij” in te zetten. In dit hoofdstuk worden een aantal vrijheden en beperkingen omschreven – gebaseerd op de gegevensuitvraag – die de ruimte bepalen voor de sturings- en beïnvloedingsmogelijkheden vanaf 2015.

7.1 Reële taakstelling

De Haaglandse gemeenten hebben met elkaar afgesproken dat er meteen in het eerste jaar ruimte is voor transformatie. Dat betekent dat er ook *financiële* ruimte moet zijn voor transformatie. Dat vraagt inzicht in de beïnvloedbare ruimte, onder de randvoorwaarde dat de zorgcontinuïteit in 2015 geborgd is.

Jeugdigen die per 31-12-2014 gebruik van maken van zorg kunnen deze zorg in ieder geval gedurende 2015 (of korter indien de indicatie afloopt) bij dezelfde aanbieder ontvangen. Tegelijkertijd hebben jeugdigen die al een indicatie hebben, recht op zorg die past bij die indicatie. Dit betekent dat voor 2015 een deel van de zorgplekken en dus van het budget vastligt. In de loop van 2015 stromen bestaande jeugdigen uit, terwijl nieuwe jeugdigen instromen.



De doorlooptijd van de zorg bepaalt hoe snel de bestaande cliënten uitstromen en dus hoe groot het deel van de zorgplekken en het budget is dat vastligt. Bij relatief lange trajecten is de uitstroom traag en het deel dat vastligt groter dan bij relatief korte trajecten.

Er is grote diversiteit in zorgvormen en trajecten. Er zijn hele korte trajecten waar zorgcontinuïteit nauwelijks een rol zal spelen, maar ook hele langdurige trajecten waar bijna alle bestaande cliënten aan het eind van 2015 nog steeds in zorg zullen zijn.

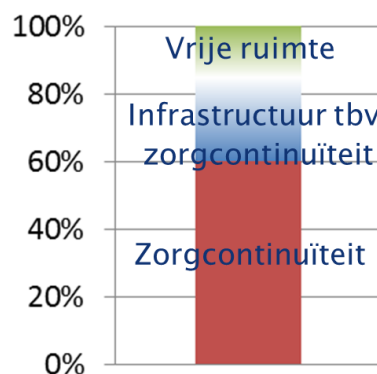
Op basis van het materiaal van de instellingen wordt een zeer grove schatting gemaakt:

- ZVW: gemiddelde doorlooptijd 1 jaar³, dit betekent 50% bestaande cliënten, 50% nieuwe instroom (voor residentieel en ambulant)
- AWBZ: gemiddelde doorlooptijd is meerdere jaren, 90% bestaande cliënten, 10% nieuwe instroom (residentieel en ambulant)
- Subsidie: gemiddelde doorlooptijd is zeer wisselend, residentieel 50-80% bestaande cliënten, ambulant 25% bestaande cliënten.

Dit betekent dat grofweg 60% van het budget (120 mln) in 2015 vastzit op de zorgcontinuïteit van bestaande cliënten.

Maar ook de nieuwe instroom is niet volledig vrij te beïnvloeden. Schuiven in de nieuwe instroom heeft namelijk direct gevolgen voor de infrastructuur en vormt daarmee een risico voor de zorgcontinuïteit van zittende cliënten. Deze zittende cliënten zijn immers afhankelijk van die infrastructuur.

Vanuit het perspectief van zorgcontinuïteit is de beïnvloedingsruimte voor gemeenten in 2015 dus beperkt. Dit heeft ook consequenties voor de jaren erna. De ruimte die er wel is, zit naar verwachting op trajecten met een korte doorlooptijd en beperkte infrastructuur. Het gaat dan met name om ambulante vormen van zorg.



Op basis van bovenstaande analyse besluiten de gemeenten voor een taakstelling van 15% in 2015⁴, waarbij er sprake is van 4% macrotakstelling (onttrekken aan het budget) en 11% innovatietaakstelling (andere invulling gericht op toekomstige besparing en verbetering).

7.2 Zorginhoudelijke sturing

Het uitgangspunt in Haaglanden is dat zorg zo zwaar is als moet en zo licht als kan (in één keer goed⁵). Dit stelt hoge eisen aan intake en screening en vraagt dat de zorgvormen een samenhangend geheel vormen en niet volledig los van elkaar beschouwd kunnen worden. Sturing op individuele zorgvormen heeft daarmee consequenties voor andere zorgvormen.

Dit leidt tot een aantal aandachtspunten. De eerste is dat vanwege de verschillen in doorlooptijden en daarmee zorgcontinuïteit de verschillende zorgvormen sneller (ambulant)

³ De doorlooptijd van een DBC is per definitie 1 jaar. De daadwerkelijke duur van de zorg kan afwijken, hier zijn echter geen gegevens over.

⁴ Deze 15% maakt onderdeel uit van de vrije ruimte zoals in de tekst en visueel is weergegeven.

of juist langzamer(residentieel) te beïnvloeden zijn. Dit vraagt extra aandacht als het gaat om het herinrichten van het palet aan zorgvormen en de snelheid waarmee dit kan.

De tweede is dat korte termijn winsten op individuele zorgvormen op lange termijn contraproductief kunnen zijn. Een voorbeeld dat vaak genoemd wordt is dat als je jeugdigen te lichte zorg biedt (korte termijn goedkoper), dan dit op langere termijn tot zwaardere zorg leidt. Extra aandacht is nodig om consequenties van veranderingen ook op lange termijn inzichtelijk te maken. Een derde aandachtspunt is dat aanpalende activiteiten zoals wijkteams en preventie randvoorwaardelijk zijn voor structurele veranderingen in het zorgpalet.

Op basis van de beoogde resultaten kunnen een aantal “knoppen” geïdentificeerd worden waarmee efficiency-, effectiviteit- en kwaliteitsverbetering kan plaatsvinden:

- Gebruik van meer ambulante (lichtere) zorgvormen, oa.:
 - ☐ Verschuiving van residentieel naar ambulant
 - ☐ Verschuiving van zware residentiële/ambulante trajecten naar lichtere trajecten
 - ☐ Meer nulde en eerste lijn, minder tweede-/derdelijn
- Lagere (traject)prijzen (p), oa.:
 - ☐ Verkorten trajecten
 - ☐ Minder/goedkopere uren per traject
- Lagere aantallen (q), oa.:
 - ☐ Aantal trajecten/plekken/cliënten gaat omlaag.

De gemeenten kiezen op basis van bovenstaande analyse voor een meerjarig partnerschap met aanbieders van samenwerking en vernieuwing. In een gezamenlijke innovatieagenda wordt het totaal aan beoogde bewegingen in samenhang gezien. Dat vraagt ook van de aanbieders dat zij samenwerken om innovatie en taakstellingen over de instellingen heen te bewerkstelligen en niet de innovaties en financiële consequenties binnen hun eigen instelling “oplossen”.

Bovenstaande “knoppen” bieden een houvast voor de gemeenten om met de aanbieders in gesprek te gaan, maar worden nu niet gebruikt als harde doelstellingen. Samen met de aanbieders worden concrete output- en outcome-indicatoren geformuleerd waarmee de innovatietaakstelling wordt onderbouwd.

8 Afspraken gemeenten en jeugdzorgaanbieders

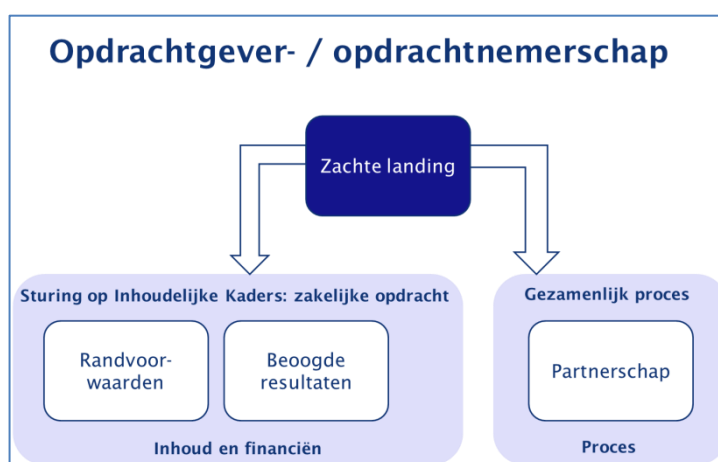
De analyses in hoofdstuk 5 en 6 zijn een opmaat naar de afspraken tussen gemeenten en aanbieders.

8.1 Zachte landing

Het uitgangspunt van samenwerken tussen gemeenten, zorgaanbieders en de huidige financiers is gebaseerd op het principe van een zachte landing. Een zachte landing kan volgens de 9 samenwerkende gemeenten in Haaglanden het best bereikt worden door *zakelijk partnerschap*. Dat betekent enerzijds een duidelijke *zakelijke opdracht* (inhoud en financiën) en anderzijds een *gezamenlijk proces* van aanbieders en gemeenten. Een

zakelijke opdracht betekent dat gemeenten heldere beoogde resultaten (w.o. taakstelling en beleidsintenties) en *randvoorwaarden* (w.o. kwaliteit, geen wachtlijsten, etc.) formuleren waaraan de aanbieders moeten voldoen. Daarnaast wordt een gezamenlijk proces ingericht waarin gemeenten en aanbieders als *partners* samenwerken aan de

veranderingen in de jeugd. Met de 12 aanbieders die nu reeds een groot marktaandeel hebben in Haaglanden en een sterke binding hebben met de regio willen de 9 gemeenten een meerjarig partnerschap afspreken die enerzijds in het teken staat van continuïteit van zorg, innovatie en transformatie en anderzijds ruimte geeft voor introductie van nieuwe aanbieders. Op die manier worden de risico's – en daarmee de frictiekosten – beperkt, zonder de doelen en beoogde resultaten van de stelselwijziging uit het oog te verliezen.



8.2 Zakelijke opdracht

Binnen het partnerschap formuleren de gemeenten hun wensen en randvoorwaarden als zakelijke opdracht. Deze zakelijke opdracht bestaat uit drie elementen: inhoudelijk beoogde resultaten, financiële beoogde resultaten en randvoorwaarden.

8.2.1 Inhoudelijk beoogde resultaten

In de op 1 juli jl. verschenen concept-wet zijn voor decentralisatie zorg voor jeugd de volgende doelstellingen verwoord:

- preventie en vroege signalering van opgroei-, opvoedings- en psychische problemen en stoornissen;
- demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, buurten, scholen en voorzieningen als kinderopvang en peuterspeelzalen;
- het bevorderen van de opvoedvaardigheden van de ouders en de sociale omgeving, opdat de ouders zoveel mogelijk in staat worden gesteld om zelf de verantwoordelijkheid voor de opvoeding te dragen;

- het inschakelen, herstellen en versterken van het eigen probleemoplossend vermogen van de jeugdige, zijn ouders en zijn sociale omgeving (eigen kracht);
- het bevorderen van de veiligheid van de jeugdige in de opvoedsituatie waarin hij opgroeit;
- integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt 'één gezin, één plan, één regisseur'.

In de regio Haaglanden operationaliseren we deze doelstellingen in een vijftal speerpunten, die momenteel samen met de 12 focusaanbieders worden geoperationaliseerd (zie bijlage VII in het Bijlageboek):

- 1 Efficiency. Eind 2016 is de door het Rijk bepaalde efficiencykorting op het jeugdzorgbudget van 15% gerealiseerd. De korting moet worden gerealiseerd door (a) innovaties in de zorg én (b) door het efficiënter gebruik van vastgoed, vervoersmiddelen en personeel waarover instellingen beschikken. Het resultaat is dat de zorgconsumptie vermindert. Zorg is zo zwaar als moet en zo licht als kan
- 2 Systeemgericht. Ouders benutten hun eigen kracht en die van de omgeving bij het oplossen van ontwikkel- en opvoedproblemen. Bij alle zorg die wordt geboden, wordt het systeem (opvoeders, het gezin) betrokken. Dit met het oog op het versterken van de draagkracht van het systeem en, daardoor, het vergroten van de kans op blijvende resultaten van de geboden zorg.
- 3 Normale leven. Hulp die geboden wordt is gericht op herstel van het normale leven van kind en gezin.
- 4 Eigen leefomgeving. Hulp en bescherming wordt (zoveel mogelijk) ingeroepen in de natuurlijke en vertrouwde leefomgeving, het kind wordt niet doorverwezen.
- 5 Samenhang. Waar mogelijk en nodig hulp uit alle domeinen (alle vormen van jeugdzorg/bescherming, veiligheid, welzijn, schuldhulpverlening en re-integratie) in samenhang inzetten.

8.2.2 Financiële beoogde resultaten

De macro-bezuiniging in het kader van de decentralisatie loopt op van 4% in 2015 naar 10% in 2016 en 15% in 2017⁵. Deze macro-bezuiniging betekent dat het totale budget dat wordt ingezet voor jeugdzorg, daalt. In het partnerschap met de instellingen is afgesproken dat deze macrokorting voor bijbehorende jaren wordt ingeboekt en dat daarmee het totale budget voor jeugdzorg conform bovenstaand ritme naar beneden wordt bijgesteld (△4% in 2015, △6% in 2016, △5% in 2017).

Echter de 9 samenwerkende gemeenten in Haaglanden hebben de ambitie om in het eerste jaar de transformatie in te zetten, daarom wordt niet gesproken over een taakstelling van 4% in 2015, maar *een taakstelling van 15% in 2015*. Deze taakstelling bestaat uit twee delen: een macrotaakstelling van 4% en een innovatietaakstelling van (minimaal) 11%. De gemeenten hebben aangegeven dat zij zo vroeg mogelijk ruimte willen creëren voor transformatie. Dat vraagt om het anders inzetten en waar mogelijk vrijspelen van budgetten die ingezet kunnen worden ter compensatie van eventuele transactie- en innovatiekosten en gericht zijn op toekomstige besparing en verbetering.

⁵ Naast de decentralisatiebezuiniging is naar verwachting op specifieke onderwerpen sprake van additionele bezuinigingen op basis van landelijk beleid. De gemeenten implementeren dit beleid en de bijbehorende bezuinigingen in principe integraal.

8.2.3 Randvoorwaarden

De beoogde resultaten worden gerealiseerd binnen de volgende randvoorwaarden:

- Zorgcontinuïteit in 2015
- Frictiekosten 0%
- Keuzevrijheid cliënt
- Geen wachtlijsten
- Kwaliteit: professionaliteit, vakbekwaamheid, opleidingsniveau, etc.
- Arbeidsmarkt-effect: inzicht in de potentiële arbeidsmarkteffecten
- Effectief gebruik bestaande infrastructuur

Ook deze randvoorwaarden worden in partnerschap van gemeenten en aanbieders verder geoperationaliseerd.

8.3 Lange termijn afspraken tussen gemeenten en aanbieders

De samenwerkende gemeenten in Haaglanden hebben bewust gekozen voor een model van *samenwerking en vernieuwing*.



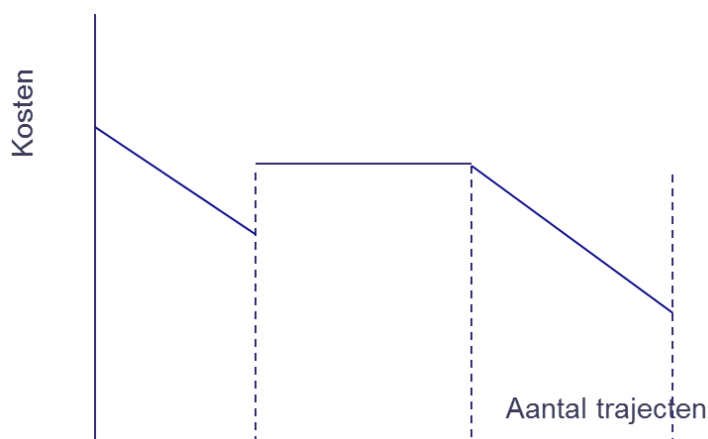
De afspraken die de gemeenten en de aanbieders in dat kader willen maken, luiden:

- De gemeenten in Haaglanden willen met jeugdhulpaanbieders op basis van zakelijk partnerschap een meerjarenafspraak aan gaan over de periode 2015 – 2016 – 2017. Dit partnerschap wordt voorbereid in 2014. Het gaat daarbij in elk geval om de focusaanbieders in categorie 1 en 2 (zie hoofdstuk 4), waarbij er expliciet ruimte is voor andere en vernieuwende aanbieders. De afspraken met deze aanbieders zijn algemeen verbindend. Deze aanbieders nemen de verantwoordelijkheid om instellingen met een zeer specialistisch profiel buiten de regio bij het zorgaanbod te betrekken, zodat alle benodigde zorgvormen aanwezig zijn in de regio Haaglanden.
- De aanbieders die met de gemeenten in Haaglanden zakelijk partnerschap aangaan, nemen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor 0% frictiekosten
- De macrobezuiniging van 4% 2015, 10% 2016, 15% 2017 over het totale budget voor Haaglanden wordt ingeboekt. Ijkpunt is de meicirculaire van 2014.
- Indien het bedrag van de meicirculaire (exclusief macrotaakstellingen) substantieel afwijkt van het bedrag dat nu aan jeugdzorg wordt uitgegeven in Haaglanden, maken gemeenten en instellingen nieuwe afspraken. Gezamenlijk wordt dan bepaald of de macrotaakstelling in relatie tot het huidige budget reëel en verantwoord is.
- De regio Haaglanden boekt de landelijke taakstelling naar dit schema in, maar wenst vanaf 2015 op de macrotaakstelling van 4% - deze wordt aan de sector onttrokken – tevens een innovatietaakstelling; deze is in 2015 minimaal 11%. Deze wordt *niet aan de sector onttrokken* maar wordt zichtbaar gemaakt als besparing en verbetering gerichte innovatie, binnen de door de gemeenten gestelde kaders

- Gemeenten en aanbieders stellen gezamenlijk een innovatieagenda op voor de jaren 2014, 2015, 2016 en 2017, waarbij jeugd het vertrekpunt is, maar er ook ruimte is voor het brede sociale domein
- De samenwerkende 9 gemeenten in de regio Haaglanden geven gezamenlijk invulling aan het opdrachtgeverschap (onder meer met betrekking tot inhoudelijke kaders en toekomstige inkoop)
- Er blijft ruimte voor maatwerk voor elke gemeente afzonderlijk, maar het verzoek om maatwerk ten aanzien van zwaardere vormen van zorg, wordt eerst besproken tussen de gemeenten voordat het verzoek belegd wordt bij de aanbieders. Op die manier worden de administratieve lasten voor aanbieders beperkt.
- De gemeenten en aanbieders monitoren gezamenlijk het verloop van de kosten en opbrengsten en maken tussentijds afspraken over beheersmaatregelen.
- De gemeenten en aanbieders maken gezamenlijk procesafspraken om invulling te geven aan het vervolg.
- De innovatieagenda wordt voor de Kerst (2013) opgeleverd en uiterlijk 1 februari 2014 door B&W en de gemeenteraden vastgesteld.

8.4 Frictiekosten

Frictiekosten ontstaan op het moment dat er zorg afgebouwd moet worden, terwijl de kosten voor de zorg nog doorlopen. Het gaat dan om vaste lasten zoals bijvoorbeeld voor personeel, huisvesting en overhead. De omvang en de snelheid van de afbouw bepalen in welke mate de afbouw zonder frictiekosten plaats kan vinden. Als of de omvang of de snelheid groter wordt dan een bepaald punt, kunnen de (frictie)kosten plots toenemen. Er moet dan bijvoorbeeld een pand worden afgestoten of een afdeling gesloten.



Er is door de gemeenten in Haaglanden bewust gekozen om in het transitiearrangement rekening te houden met transactiekosten boven frictiekosten. Dit betekent dat wordt uitgegaan van frictiekosten van 0% en dat in gezamenlijkheid wordt gezien wat nodig is om dit te realiseren. Dit betekent dat er in 2015 een grens zit aan de omvang van de taakstelling voor de instellingen. Deze grens ligt op het punt waar de frictiekosten plots oplopen. De frictiekosten zijn daarmee een resultante en niet een uitgangspunt. Dat is een van de belangrijkste redenen waarom de Haaglandse gemeenten niet gestart zijn met het in kaart brengen van de frictiekosten. Frictiekosten ontstaat uitsluitend als gevolg van keuzes.

8.4.1 Afspraken met aanbieders over frictiekosten

De afspraak tussen gemeenten en aanbieders is dat de aanbieders – *over de grenzen van hun eigen instelling heen* – de frictiekosten in de regio opvangen. Dat is volgens hen

haalbaar omdat de veranderingen geleidelijk over een langere periode ingevoerd worden, in afstemming en samenwerking met de aanbieders. Door het proces over een langere periode te verspreiden, zijn er meer mogelijkheden om risico's te identificeren en beheersmaatregelen in te voeren. Aangezien aanbieders in partnerschap met de gemeenten werken aan de vernieuwing in de Jeugdhulp kunnen ze ook tijdig anticiperen op de ontwikkelingen. Het is niet de individuele instelling die de frictiekosten moet opvangen, maar er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid onder de aanbieders in de regio. Op die manier wordt onnodig banenverlies en onnodige kapitaalvernietiging voorkomen. Het streven is dat er gezamenlijke maatregelen (banenpools, regionale zorginfrastructuur, etc) worden ontwikkeld waarin de verschuivingen worden opgevangen.

Tijd is belangrijke randvoorwaarde voor de aanbieders om te participeren in het partnerschap. Echter tijd is een schaars goed. Door zo vroeg mogelijk te starten, wordt het partnerschap ook aan de voorkant, namelijk het jaar 2014, vormgegeven. In het uitvoeringsprogramma van 2014 van het Stadsgewest en in samenspraak met de zorgverzekeraars worden afspraken gemaakt met jeugdzorgaanbieders om al in 2014 te anticiperen op de veranderingen: zowel inhoudelijk als financieel. In 2014 beschikt het Stadsgewest Haaglanden over een financiële buffer om innovatie-investeringen alvast naar voren te trekken, de ontstane transactiekosten zo vroeg mogelijk te financieren, waardoor in latere jaren ruimte ontstaat om zelf eventuele kosten op te kunnen vangen.

8.4.2 Inventarisatie en onderbouwing van de frictiekosten

Alhoewel de afspraak met de aanbieders is, dat zij zelf de potentiële frictiekosten – in gezamenlijk naar vermogen – opvangen, is er ook met hen afgesproken dat zij wel inzichtelijk maken welke mogelijke kosten zij dan opvangen. De aanbieders geven namelijk aan dat het van hen een grote inspanning vraagt om continuïteit van zorg te garanderen bij de bezuinigingen van $\Delta 4\%$ in 2015, $\Delta 6\%$ in 2016 en $\Delta 5\%$ in 2017. Door wel de frictiekosten expliciet te maken, wordt ook duidelijk wat de omvang van de verantwoordelijkheid is, die ze voor hun rekening nemen.

Er zijn twee opdrachten geformuleerd:

- A. De aanbieders maken inzichtelijk welke kosten zij voor hun eigen rekening nemen bij een macrotaakstelling van 4% en een innovatietaakstelling van 11%
- B. De aanbieders maken inzichtelijk waar het break-even-punt ligt en waarom het zelf opvangen van frictiekosten bij eventuele hogere taakstellingen (bijvoorbeeld innovatietaakstelling van 15% of 20% in 2015 of hogere Rijkskortingen) niet haalbaar zijn. Beide opdrachten worden momenteel ingevuld door de samenwerkende jeugdzorgaanbieders.

In de bijlage VI van het Bijlageboek wordt een eerste vingeroefening getoond van het initiatief van aanbieders – in samenwerking met een financieel deskundige van de gemeenten – om de zelf op te vangen frictiekosten in beeld te brengen.

8.5 Nieuwe, vernieuwende en andere aanbieders

Voor alle ("54") aanbieders die nu zorg verlenen aan cliënten uit de Haaglandse regio geldt continuïteit van zorg (onder de randvoorwaarde dat de macrobezuinigingen minimaal worden gerealiseerd). Daarbij zijn de 12 focusaanbieders de eerste gesprekspartner. Met hen wordt de innovatieagenda opgesteld. De afspraken die gemaakt worden met de 12

aanbieders zijn “algemeen verbindend” voor alle aan de regio verbonden aanbieders (“de 54”).

Wel is er expliciet ruimte voor andere vernieuwende aanbieders en voor aanbieders met specialistische zorgvormen. In de innovatieagenda – die de komende periode wordt opgesteld en er uiterlijk eind december 2013 moet liggen – wordt expliciet vermeld welke aanbieders en op welke wijze zij (en andere toekomstige aanbieders) worden betrokken cq een rol kunnen krijgen in het innovatieproces in Haaglanden.

Dat geldt ook voor de verbinding met het lokale. In de innovatieagenda wordt ook de vertaalslag gemaakt hoe de verbinding verloopt tussen de lokale jeugdhulp en de regionale jeugdhulp en welke investeringen dat vraagt in preventie en vroegsignalering en tot welke concrete resultaten dit leidt in de zware jeugdhulp.

8.6 Onderwerpen voor de innovatieagenda

In de maanden juni, juli, augustus, september en oktober is er intensief contact geweest met de aanbieders in de regio. Allereerst is er met alle zorgaanbieders een individueel gesprek gevoerd. In dit gesprek kwamen drie onderwerpen aan de orde:

- Uitnodiging voor een gezamenlijk traject: participeren in een gezamenlijk traject ten behoeve van de continuïteit van zorg, inventariseren van risico's en het realiseren van innovatie
- Gegevensuitvraag: inventariseren van de belangrijkste gegevens bij de instellingen om zicht te krijgen op het totale budget in 2015 en het aantal cliënten waarvoor de zorgcontinuïteit gegarandeerd moet worden
- Innovatieve ideeën: eerste inventarisatie van mogelijkheden en innovatieve ideeën.

In de maanden na de zomer is het collectieve contact (tussen instellingen, tussen instellingen en gemeenten) geïntensiveerd doordat er op verschillende momenten bestuurlijke gesprekken, inhoudelijke heidagen en bestuurlijke conferenties zijn georganiseerd. Tijdens de heidagen is reeds een start gemaakt met de invulling van de innovatieagenda voor 2014, 2015, 2016 en 2017 en hebben gemeenten en aanbieders intensief kennis met elkaar gemaakt en een gezamenlijk traject afgesproken.

Ten behoeve van dit Regionale Transitiearrangement zijn de volgende onderwerpen gezamenlijk (12 aanbieders, 9 gemeenten) verder uitgewerkt, namelijk:

- Operationaliseren van de beoogde inhoudelijke resultaten en randvoorwaarden
- Operationaliseren van de taakstelling in 2015
- Identificeren van de belangrijkste transformatieopgaven en deze vertalen naar concrete indicatoren
- Opgaven, randvoorwaarden en uitgangspunten voor de toegang
- Invulling geven aan opdrachtgever- en opdrachtnemerschap.

In het bijlagenboek (bijlage VI) wordt een eerste uiteenzetting van deze onderwerpen gepresenteerd.

9 Toegang en toeleiding

9.1 Vooraf

Gemeenten hebben naast de transitie van de jeugdzorg ook te maken met de overgang van de onderdelen (begeleiding, verzorging) uit de AWBZ en de Participatiewet. Gemeenten worden dus verantwoordelijk voor vrijwel de volledige ondersteuning aan kwetsbare burgers. Het leggen van dwarsverbanden tussen de drie transities is van groot belang. Gemeenten streven er naar het ondersteuningsaanbod niet meer te organiseren binnen de grenzen van de huidige domeinen (jeugd, welzijn, zorg, werk, etc.), maar door centraal te stellen wat nodig is om inwoners mee te laten doen.

Als adagium geldt 'zorg en voorzieningen zijn zo licht als kan en zo zwaar als moet'.

Daarbij gaat het om maatwerk tussen de eigen mogelijkheden van de burger en additionele ondersteuning tot intensieve behandeling. De zorg wordt waar dat kan zo dicht mogelijk bij inwoners (in de wijk) geregeld en geleverd.

Dit betekent dat de te vormen voorzieningen voor toegang daarop ook worden toegerust. Het tempo waarin dat gebeurt, kan tussen de gemeenten verschillen en ook kan in de vormgeving lokale eigenheid ontstaan. Dit betreft onder meer de breedte (0 tot 100 of meer gericht op jeugd en gezinnen), de mate waarin en of de toegangsfunctie zelf ambulante hulp biedt en het werkgeverschap voor de toegangs-medewerkers. In de regio is afgesproken gemeenten eind 2013 hun toegangsconcept helder hebben.

9.2 Wettelijke plicht Jeugdwet: wat moeten gemeente in 2015 hebben georganiseerd?

Met de nieuwe Jeugdwet vervalt het wettelijke recht op zorg. Daarvoor komt in de plaats de verplichting aan gemeenten om indien noodzakelijk 'voorzieningen' te treffen. De jeugdhulpplicht geeft de gemeenten de verantwoordelijkheid om daar waar een jeugdige of zijn ouders dit nodig hebben in verband met opvoed- en opgroei problemen, psychische problemen en stoornissen een voorziening te treffen met als doel dat de jeugdige gezond en veilig kan opgroeien, kan groeien naar zelfstandigheid, voldoende zelfredzaam kan zijn en maatschappelijk kan participeren. In de nieuwe Jeugdwet is de formele indicatiestelling door indicatieorganen verdwenen. Dit neemt niet weg dat gemeenten nog steeds moeten organiseren dat ouders en/of andere aanmelders bij de gemeente of een door de gemeente aangewezen organisatie terecht moeten kunnen voor:

- advies over en het bepalen en het inzetten van de aangewezen vorm van jeugdhulp (bij niet-vrij toegankelijke jeugdhulp een zgn. 'verleningsbeslissing')
- de toegang tot het gedwongen kader en het organiseren van de uitvoering van de kind- beschermingsmaatregelen en jeugdreclassering.

Gemeenten krijgen meer in het algemeen, voortvloeiend uit het IVRK⁶, wettelijk de verantwoordelijkheid om de jeugdhulp voor jeugdigen, ouders en professionals herkenbaar en laagdrempelig te organiseren (art. 2.5). Gemeenten zorgen er voor dat jeugdigen en hun ouders binnen de gemeente of een daartoe door de gemeente aangewezen organisatie terecht kunnen (indien nodig ook buiten kantooruren) met vragen en zorgen over de opvoeding, ontwikkeling, geestelijke gezondheid of veiligheid van een kind. Ondersteuning

⁶ Internationale Verdrag voor de rechten van het kind

wordt zoveel mogelijk in de eigen omgeving van het kind en het gezin geboden. De uitgangspunten van eigen kracht en één gezin, één plan, één regisseur staan hierbij centraal. De verantwoordelijkheid omvat tevens het treffen van voorzieningen op het gebied van jeugdhulp bij problemen met het opgroeien en opvoeden en psychische problemen en stoornissen, de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. De gemeente kan in haar verordening onderscheid maken tussen vrij-toegankelijke ('overige') en niet vrij-toegankelijke ('individuele') voorzieningen op het gebied van jeugdhulp. Voor een individuele voorziening is een verleningsbesluit nodig.

9.3 Het CJG/netwerksamenwerking/sociale wijkteams vormen het knooppunt

Voor de gemeenten is uitgangspunt de toeleiding naar jeugdhulp straks te stroomlijnen via één toegangspoort. De gemeenten in Haaglanden zullen die toegangspoort op verschillende manieren vorm geven: via het CJG, netwerksamenwerking en/of (brede) sociale wijkteams (hierna 'lokale infrastructuur'). Hiervoor wordt ook wel de term frontlijnsturing gehanteerd. Gemeenschappelijk in de gemeentelijke plannen is de inzet van professionals/generalisten t.b.v. vraagverkenning en probleemduiding. Zij hebben de opdracht meer lichte, goedkopere, collectieve, vrijwillige vormen van zorg aan te bieden in plaats van zwaardere, duurdere, individuele, specialistische vormen van zorg. Dit neemt uiteraard de noodzaak tot het inzetten van zwaardere jeugdhulp in bepaalde gevallen niet weg. Punt van nader onderzoek in 2014 is waar de grens ligt van doorverwijzing naar de zwaardere zorg (c.q. of het mogelijk is een logische knip te leggen tussen vrij-toegankelijke en niet vrij-toegankelijke hulp). Gemeenten streven er naar om bij vorming van de lokale infrastructuur de huidige medewerkers van de toegang van Bureau Jeugdzorg onder voorwaarden in te zetten.

Gemeenten vormen fysieke en digitale toegangswegen/loketten tot (jeugd)hulp. Daarnaast is er ook toegang tot de jeugdhulp via de huisarts, school en de laagdrempelige infrastructuur in de wijken. In veel gemeenten maken jeugdhulpaanbieders deel uit van de lokale infrastructuur, waardoor multidisciplinaire samenwerking bij beoordeling en toeleiding eenvoudiger zijn te realiseren. In bepaalde evidente gevallen zou het ook mogelijk kunnen zijn dat zorgaanbieders zelf besluiten.

Medewerkers van de lokale infrastructuur (veelal de generalisten) willen zoveel mogelijk outreachend bij organisaties (vindplaatsen) periodiek aanwezig zijn, of anderszins aangesloten, om primair samen met ouders, jongere en aanmelders te bespreken wat er aan de hand is en wat men wil oplossen. Dit aan de hand van vragen als:

- Is er iets aan de hand en wat?
- Wat is er nodig?
- Wie gaat dat doen?
- Is afstemming nodig en wie gaat dat doen?
- Wat zijn de te behalen doelen en wanneer zouden die behaald moeten kunnen zijn.

Voor de vraag 'is er iets aan de hand en wat?' willen de gemeenten gebruik maken van het advies van de regionale jeugdhulpaanbieders om een eenvoudig screenings ('triage')-instrument (bijvoorbeeld pluis/niet-pluis, complexiteit etc.) te ontwikkelen dat regiobreed kan worden toegepast. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de reeds ontwikkelde en/of toegepaste instrumenten bij bijv. BJZ en in huidige pilots.

De gedachten gaan er nu naar uit dat op basis van de screening of op basis van de beschikbare info van de vindplaatsen en het gesprek met ouders- en jeugdigen de generalist ofwel zelf aan de slag gaat met het gezin, bijvoorbeeld met ambulante hulp, of direct (zo mogelijk 'warm') wordt doorgeleid naar specialistisch aanbod. In bepaalde

gevallen wordt extra expertise ingezet voor nadere probleemduiding of diagnostiek en multidisciplinaire besluitvorming. Adagium is steeds: 1-gezin, 1-plan, 1 hulpverlener cq. regisseur

De gemeenten onderzoeken ten behoeve van dit laatste de mogelijkheden (diagnostiek en multidisciplinaire besluitvorming) van een specialistenpool, waarbij betrokkenheid van een of meer jeugdhulpaanbieders en andere vormen van ondersteuning een optie is. Daarbij speelt onder meer de vraag in relatie tot betrokkenheid van één aanbieder of er een duidelijke grens moet zijn tussen de advisering, zorgbepaling en de zorglevering (zorgaanbod) door dezelfde partij(en), gelet op de onafhankelijkheid van de zorgbepaling.

De rol van de huisarts

De Jeugdwet regelt dat jeugdhulp toegankelijk is na een verwijzing door de huisarts, de jeugdarts en de medisch specialist. De gemeenten zullen met de (koepels van) lokale huisartsen, JGZ en jeugdhulpaanbieders afspraken maken over een zo efficiënt mogelijke werkwijze. Het blijft aan de (huis)arts om de te beoordelen of hij verwijzing aangewezen vindt. Na een dergelijke verwijzing staat meestal nog niet vast welke hulp nodig is en is de integraliteit nog niet gegarandeerd.

De gemeenten in Haaglanden maken daarom met de jeugdhulpaanbieders voor het casusniveau afspraken over samenwerking met de generalisten van de lokale infrastructuur. Op beleidsniveau maken gemeenten en jeugdhulpaanbieders afspraken over de onderscheiden verantwoordelijkheden ten aanzien van budgetbeheersing. Deze afspraken zullen ook ingaan op hoe de arts, jeugdhulpaanbieders en de lokale infrastructuur goed van elkaar op de hoogte zijn van de doorverwijzing of behandeling van een kind, zodat de integrale benadering rond het kind en het principe van 1 gezin - 1 regisseur - 1 plan, met name bij multiproblematiek, opdat professionals van elkaar weten dat zij bij het gezin betrokken zijn. Gezocht wordt naar digitale mogelijkheden om dit proces eenvoudig te faciliteren.

Daarnaast zal de jeugdhulpaanbieder rekening moeten houden met de regels die de gemeente bij verordening heeft gesteld. De verordening zal regelen welk aanbod van de gemeente alleen via een verleningsbesluit toegankelijk is.

9.4 Aan de slag zonder indicatieorganen

De gemeenten willen ruimte creëren voor professionals om aan de slag te gaan met ouders en jeugdigen zonder gelijk in indicatietrajecten te vervallen. De gedachten gaan er nu naar uit dat gemeenten ouders en jeugdigen in staat stellen een ondersteuningsplan op te stellen, in veel gevallen met ondersteuning van de generalisten of de professionals van de specialistenpool. Dit ondersteuningsplan beschrijft de noodzakelijke onderdelen van de in te zetten jeugdhulp en mogelijk andere vormen van ondersteuning. Betreft de zorg een individuele voorziening, dan dient volgens de wetgever een verleningsbesluit te worden opgesteld. . Verleningsbesluiten zijn voor beroep vatbare beslissingen.

Deze werkwijze van verleningsbesluiten heeft iets weg van de bureaucratie waar we van af wilden. De gemeenten willen graag middels pilots in 2014 ervaring opdoen met de samenwerking tussen de lokale infrastructuur en de jeugdhulpaanbieders. In het bijzonder zal ook worden uitgeprobeerd hoe het verleningsbesluit een natuurlijk onderdeel kan worden van het beoordelings- en toeleidingsproces in plaats van een formele hobbel. Meer in het bijzonder zal worden onderzocht of de formulering van een dergelijk besluit het dynamische hulpverleningsproces kan faciliteren in plaats van dat het een keurslijf wordt.

Op dit moment is het voornemen van de gemeenten om de volgende vormen van jeugdhulp niet-vrij-toegankelijk te laten zijn en er sprake is van een verleningsbesluit:

- jeugdhulp buiten de regio
- jeugdzorg-plus
- klinische GGZ
- langdurige opname in een VB-instelling
- pleegzorg
- een persoonsgebonden budget.

Gemeenten besluiten afzonderlijk of en welk deel van ambulante zorg vrij-toegankelijk word, waarvoor geen verleningsbesluiten nodig zijn.

De condities waaronder een PGB kan worden verstrekt zijn onderwerp van lokaal beleid en kunnen derhalve in Haaglanden verschillen.

9.5 Het gedwongen kader

Een bijzondere vorm van toegang is de organisatie naar het gedwongen kader. Gemeenten in Haaglanden experimenteren momenteel met de uitoefening van drang- en dwang in de procedure naar de Raad voor de Kinderbescherming en de kinderrechter. Daarbij worden ouders nadrukkelijker onderdeel van die procedures en wordt getracht meer te voorzien in continuïteit van persoon bij de hulpverlening.

Als de kinderrechter een ondertoezichtstelling of gezagsbeëindiging uitsprekt, wijst hij gelijktijdig in de beschikking de gecertificeerde instelling aan die de maatregel gaat uitvoeren. Dit kan de rechter juist omdat de raad voor de kinderbescherming in zijn verzoekschrift een concreet advies geeft over welke gecertificeerde instelling de maatregel zou moeten uitvoeren. De raad voor de kinderbescherming neemt een gecertificeerde instelling in zijn verzoekschrift op die na overleg met de gemeente en gezien de concrete omstandigheden van het geval hiervoor het meest geschikt lijkt. De raad voor de kinderbescherming is verplicht om hierover met de gemeente te overleggen. De gemeente is dus aan de voorkant van de besluitvorming betrokken. Hierover worden in 2014 op Haaglandenniveau gedetailleerde afspraken gemaakt op basis van de ervaringen in de pilot(s).

9.6 Overige vormen van toegang

Naast de min of meer reguliere vormen van toegang tot jeugdhulp zijn er ook situaties dat jeugdhulp in beeld komt na betrokkenheid van de Crisisdienst en/of AMHK. Het omgekeerde kan ook: dat vanuit jeugdhulp de Crisisdienst / AMHK betrokken wordt. Hierover hebben de gemeenten al afspraken gemaakt dit in regionaal verband te gaan organiseren. De uitwerking van procedures en de organisatorische inbedding van AMKH en CIT staan voor voorjaar 2014 in de planning. Hierbij wordt nauw samengewerkt met Bureau Jeugdzorg Haaglanden.

9.7 Sturing en inzicht

Gemeenten en jeugdhulpaanbieders werken samen in een regionale kennisinfrastructuur. Deze databank is een bron van informatie waar het gaat om periodiek op niet-casulistisch niveau inzicht verkrijgen van verwijsstromen, meervoudig aanbod, spreiding van vraag en aanbod over (deelgebieden van) de regio. Op termijn biedt deze infrastructuur mogelijk ook kansen t.a.v. planning.

Op de totstandkoming van de bekostigingssystemen wordt elders in het transitiearrangement gerapporteerd.

9.8 Verder proces

De gemeenten in Haaglanden hebben onderling afgesproken eind 2013 het functioneel ontwerp voor de toegang tot jeugdhulp gereed te hebben. Daarvoor is een werkgroep van gemeenten en Bureau Jeugdzorg actief. Separaat loopt een adviestraject voor het betrekken van specialistische kennis bij de vraagverheldering (specialistenpool). Dat traject eindigt eind 2013.

In 2014 vindt nadere detaillering en uitwerking plaats in de vorm van pilots. Zo is het de bedoeling dat de toegangstaken van het huidige Bureau Jeugdzorg in de loop van 2014 zijn overgeheveld naar de lokale infrastructuren (afpraak Uitvoeringsprogramma 2014).

10 Continuïteit van zorgvormen

10.1 Jeugdbescherming en Jeugdreclassering

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het waarborgen van de veiligheid van jeugdigen en kunnen ingrijpen als die veiligheid in het geding is. De gemeenten beschikken over een toereikend aanbod van gecertificeerde instellingen zodat de uitspraak van een rechter – of andere instantie - kan worden uitgevoerd. Hiervoor worden door de samenwerkende gemeenten contracten afgesloten met gecertificeerde instellingen.

In de Jeugdwet (zoals die per 1-7-2013 aan de Tweede Kamer is aangeboden) zijn kwaliteitseisen opgenomen ten behoeve van de certificering van instellingen die jeugdbescherming en jeugdreclassering gaan uitvoeren. De certificeringseisen zijn nog niet vastgesteld. Omdat zorgcontinuïteit wettelijk is vastgelegd voor het overgangsjaar 2015, geldt dit als bovenliggend aan certificeringsregels. Daarom gaat de Regio Haaglanden afspraken aan met de huidige aanbieders van JB/JR, ook als deze nog niet op 1-1-2015 zouden zijn gecertificeerd (wat wel het streven moet zijn).

In de regio is de pilot jeugdbeschermingstafel (casus overleg bescherming) er op gericht in de toekomst de toeleiding naar JB en JR te stroomlijnen en hierin ouders en het lokale veld nadrukkelijker te betrekken.

Waar nodig zal rond de zorg in het gedwongen kader bovenregionaal worden samengewerkt.

10.2 AMHK

Het AMHK vindt haar wettelijke basis in de Wmo. Er wordt een projectstructuur ingericht voor het uitwerken van een viertal scenario's over de toekomstige positionering van het AMHK. Van belang is de betrokkenheid van het jeugddomein daarbij. De betrokken uitvoerende instellingen krijgen een adviserende rol. De opdracht onderscheidt vier fasen:

1. Bepalen welke taken het AMHK gaat uitvoeren;
2. Bepalen welke gemeenten samen een AMHK vormen;
3. Bepalen de organisatie die uitvoering gaat geven aan het AMHK;
4. (Door-)ontwikkelen van een visie op de aansluiting van het AMHK op de lokale/ regionale zorg- en veiligheidsketen.

Fase 1 t/m 3 moeten uiterlijk 1 juli 2014 afgerond zijn. Het AMHK moet uiterlijk 1/1/2015 gerealiseerd zijn.

10.3 Pleegzorg

Pleegzorg is een vorm van (deeltijd)verblijf waarbij jeugdigen in een gezinssituatie wonen. Voor pleegzorg geldt geen maximale duur voor de continuïteit van zorg. Met de huidige grote aanbieder van pleegzorg in de regio Haaglanden wordt intensief overlegd over continuïteit en verdere innovatie. In Haaglanden is de afgelopen jaren al veel geïnvesteerd in de innovatie van de pleegzorg (waaronder netwerkplaatsing). Pleegzorg wordt gezien als een zorgvorm dat een reëel alternatief is voor residentiele zorg en wordt ook op de toekomstige innovatieagenda geagendeerd voor doorontwikkeling.

Bijlage I: Checklist TSJ

Checklist conform de vereisten van de TSJ		
Nr.	Actie	Aanwezig
1.	Het arrangement heeft in ieder geval betrekking op het jaar 2015	Ja
2.	Het arrangement heeft betrekking op cliënten die op 31-12-2014 in zorg zijn en op cliënten die op 31-12-2014 een aanspraak op zorg hebben, maar deze zorg op dat moment nog niet krijgen	Ja
3.	Het arrangement heeft betrekking op alle zorg waarvoor gemeenten vanaf 2015 verantwoordelijk worden	Ja
4.	Het arrangement heeft betrekking op zorgaanbieders, uitvoerders van jeugdbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering en activiteiten van het AMK	Ja
5.	Het arrangement heeft betrekking op maatregelen voor jeugdbescherming en jeugdreclassering en de activiteiten van het AMK	Ja
6.	De afspraken over continuïteit van pleegzorg in het arrangement kennen geen maximumduur	Ja
7.	Het arrangement geeft aan hoe en bij wie de toeleidingsfuncties met ingang van 2015 zijn belegd	Is in ontwikkeling, zie hfdst 8
8.	Het arrangement geeft aan of bestaande aanbieders de zorg aan “zittende cliënten” in 2015 met de voorgenomen budgetten van gemeenten zullen continueren	Nee, het macrobudget is vooralsnog ontoereikend
9.	Het arrangement geeft aan hoe gemeenten de zorgcontinuïteit van “wachlijstcliënten” realiseren	Ja
10.	Het arrangement geeft aan welk budget gemeenten in 2015 voornemens zijn aan te wenden per aanbieder, per type zorg en voor hoeveel jeugdigen en trajecten (hierbij kan rekening worden gehouden met het onderscheid in hulpaanbieders, zoals beschreven in de uitwerking van de arrangementen die is bijgevoegd bij de brief van de Staatssecretaris van VWS van 26 juni jl.)	Nee, er zijn bandbreedtes gehanteerd; Afspraken volgen in de loop van 2014
11.	Het arrangement bevat een inventarisatie van de frictiekosten per aanbieder	Hierover zijn met de aanbieders afspraken gemaakt
12.	Het arrangement omvat een onderbouwing van de frictiekosten per aanbieder op basis van de door de gemeenten aangegeven plannen over zorginkoop per 1-1-2015	Hierover zijn met de aanbieders afspraken gemaakt
13.	Uit het arrangement blijkt op welke wijze en in hoeverre de frictiekosten worden beperkt	Ja
14.	Het arrangement is opgesteld na goed overleg met de huidige financiers en de relevante aanbieders	Ja
15.	Het arrangement is opgesteld door de samenwerkende gemeenten in	Ja

	een regio	
16.	De regio die een arrangement heeft opgesteld stemt overeen met de indeling die aan de VNG is aangereikt	Ja
17.	Het arrangement is op bestuurlijk niveau in de regio vastgesteld	Ja
18.	Het arrangement is uiterlijk 31 oktober 2013 door de TSJ ontvangen	Ja

Bijlage II Materiaal transitiearrangement

Omzet (x 1.000 euro) per aanbieder en per zorgvorm in 2012

Financiering	Zorgvorm	Jeugdforma	BJZ	De Jutters	Ipse de Bruggen	Middin	Horizon	Rivierduinen e.a.	GGZ Delfland	Hoenderloo Groep	William Schrikker groep	Leger des Heils	Opvoedpoli
	Totaal omzet	57870	89782	45375	275932	165851	141519	201210	52659	41400	xxx	15197	2807
	Omzet jeugdigen in Haaglanden	54620	39714	40384	17669	13314	8464	4623	5123	4515	4123	2855	2714
Subsidie	Ambulant (jeugdhulp)	10.411					14					227	
Subsidie	Dagbehandeling/dagbesteding	6.002											
Subsidie	Open Residentieel	23.611					2.738			1.528		1.064	
Subsidie	Pleegzorg	11.130					636				577		
Subsidie	Jeugdbescherming		16.590								3.055	635	
Subsidie	Jeugdreclassering		4.788								491		
Subsidie	Gesloten residentieel (Jeugdzorgplus, 12 plus)						4.298			2.915			
Subsidie	Gesloten residentieel (Jeugdzorgplus, 12 min)						756						
Subsidie	Spoedeisende zorg (Crisis)	3.465								72		438	
Subsidie	Overig		226				22					492	
Subsidie	Overig BJZ		18.111										
								358					
ZVW	Diagnostiek			462				116	131				153
ZVW	Kortdurende behandeling			431				1	411				22
ZVW	Crisis			132				143	17				1
ZVW	Behandeling 0-800 min			682				1.673	383				12

ZVW	Behandeling 800-3000 min			8.545				2.163	2.841				653
ZVW	Behandeling 3000-... min			19.735				169	1.341				1.872
ZVW	Verblijf (incl kapitaalslasten)			10.286									
ZVW	Overige prestaties			110									
AWBZ	GGZ ZZP (intramuraal, incl. kapitaalslasten)												
AWBZ	GGZ- dagbesteding/dagbehandeling												
AWBZ	GGZ- Kortdurend verblijf/logeren												
AWBZ	GGZ- Overig												
AWBZ	L(V)G & ZG crisis (intramuraal, incl. kapitaalslasten)												
AWBZ	L(V)G & ZG ZZP (intramuraal, incl. kapitaalslasten)				6.815	7.039							
AWBZ	L(V)G & ZG- dagbesteding/dagbehandeling				8.848	4.438							
AWBZ	L(V)G & ZG Kortdurend verblijf/logerem				96								
AWBZ	L(V)G & ZG- Overig				1.910	1.837							

Aantal cliënten per aanbieder en per zorgvorm in 2012

Financiering	Zorgvorm	Jeugdformaat	BIZ	De Jutters	Ipsse de Bruggen	Middin	Horizon	Rivierduinen e.a.	GGZ Delfland	Hoenderloo Groep	William Schrikker groep	Leger des Heils	Opvoedpoli
	Totaal aantal unieke jeugdigen in Haaglanden	5.256	6.550	6.670	595	1.122	194	825	2.217	65	551	161	1.003
Subsidie	Ambulant (jeugdhulp)	2503	0	0	0	0	69	0	0	0	0	PM	0
Subsidie	Dagbehandeling/dagbesteding	384	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Subsidie	Open Residentieel	690	0	0	0	0	55	0	0	36	0	PM	0
Subsidie	Pleegzorg	1356	0	0	0	0	13	0	0	0	54	0	0
Subsidie	Jeugdbescherming	0	2192	0	0	0	0	0	0	0	420	PM	0
Subsidie	Jeugdreclassering	0	660	0	0	0	0	0	0	0	77	0	0
Subsidie	Gesloten residentieel (Jeugdzorgplus, 12 plus)	0	0	0	0	0	92	0	0	29	0	0	0
Subsidie	Gesloten residentieel (Jeugdzorgplus, 12 min)	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0
Subsidie	Spoedeisende zorg (Crisis)	847	0	0	0	0	0	0	0	1	0	PM	0
Subsidie	Overig	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	PM	0
Subsidie	Overig BJZ	0	4445	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
								151					
ZVW	Diagnostiek	0	0	595	0	0	0	272	252	0	0	0	123
ZVW	Kortdurende behandeling	0	0	910	0	0	0	1	758	0	0	0	29
ZVW	Crisis	0	0	196	0	0	0	130	22	0	0	0	1
ZVW	Behandeling 0-800 min	0	0	563	0	0	0	503	307	0	0	0	50
ZVW	Behandeling 800-3000 min	0	0	2463	0	0	0	228	928	0	0	0	258
ZVW	Behandeling 3000-... min	0	0	1463	0	0	0	3	150	0	0	0	180
ZVW	Verblijf (incl kapitaalslasten)	0	0	306	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZVW	Overige prestaties	0	0	390	0	0	0	0	0	0	0	0	0
								0					
AWBZ	GGZ ZZP (intramuraal, incl. kapitaalslasten)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AWBZ	GGZ- dagbesteding/dagbehandeling	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AWBZ	GGZ- Kortdurend verblijf/logerem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AWBZ	GGZ- Overig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AWBZ	L(V)G & ZG crisis (intramuraal, incl. kapitaalslasten)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AWBZ	L(V)G & ZG ZZP (intramuraal, incl. kapitaalslasten)	0	0	0	169	179	0	0	0	0	0	0	0
AWBZ	L(V)G & ZG- dagbesteding/dagbehandeling	0	0	0	386	348	0	0	0	0	0	0	0
AWBZ	L(V)G & ZG Kortdurend verblijf/logerem	0	0	0	40	0	0	0	0	0	0	0	0
AWBZ	L(V)G & ZG- Overig	0	0	0	385	595	0	0	0	0	0	0	0

Bijlage III: Partners RTA

Projectleiders

Mevrouw O. Lemmen
De heer A. Opstelten
Mevrouw P. Wijnen
M. M. Hagen
M. B. Verhoek
Mevrouw L. Savas
Mevrouw L. Ploos van Amstel
Mevrouw L.M. van de Brande
De heer B.P.M. Vermolen

Gemeente Delft
Gemeente Den Haag
Gemeente Leidschendam-Voorburg
Gemeente Midden-Delfland
Gemeente Pijnacker-Nootdorp
Gemeente Rijswijk
Gemeente Wassenaar
Gemeente Westland
Gemeente Zoetermeer

Wethouders

De heer L. Vokurka
De heer drs. K. Klein
Mevrouw drs. S. Bruines
Mevrouw T. Van Nimwegen-Van Wieringen
Mevrouw J. Van Egmond
De heer J. Bolte
Mevrouw mr F. Koser Kaya
Mevrouw M. de Goeij-van der Klugt
Mevrouw M.E. van Leeuwen

Gemeente Delft
Gemeente Den Haag
Gemeente Leidschendam-Voorburg
Gemeente Midden-Delfland
Gemeente Pijnacker-Nootdorp
Gemeente Rijswijk
Gemeente Wassenaar
Gemeente Westland
Gemeente Zoetermeer

Stadsgewest

De heer Th. de Ruiter
Mevrouw A Hartman
De heer F. Oumar

Stadsgewest
Stadsgewest
Stadsgewest

Zorgverzekeraars

Mevrouw S. Goedoen
Mevrouw C. Vreugdenhil
Mevrouw D. Van der Loo

DSW
DSW
CZ

Focus-zorgaanbieders

Jeugdformaat

Bureau Jeugdzorg
De Jutters

Iipse de Bruggen
Horizon
Middin
GGZ Delfland
William Schrikker Groep

De heer F. Venus
De heer B. Timman
De heer A. Bouman
De heer H. Beelen
De heer R. Mets
De heer A. Theil
De heer W. Gorrissen
De heer F. Fillekes
De heer H. du Prie
Mevrouw G. van den Brink
De heer G. Ockeloen
De heer M. van Muijen
Mevrouw J. Dautzenberg

Hoenderloo
Leger des Heils

Rivierduinen
Opvoedpoli

Overige zorgaanbieders

De Waag
Parnassia
Impegno
SGJ

Agathos/Leliezorggroep
Curium LUMC
Eleos
Intermetzo
Buitenwereld
s Heeren Loo
Inzowijs
Gemiva-SVG

Stichting Anton Constandse
Regionaal instituut voor dyslexie
Lievegoed
Philadelphia
Vereniging zorgboerderijen
De la Salle
Virenze

De Hondsborg
Stichting Taalhelp
Stichting JJC
Schakenbos
Lijn5
GGZ Centraal
Tactus
Karakter
Het gezicht van Bosman
ADHD behandelcentrum
De Rading
De Bascule
12-learn en IOZ
Sgzoetermeer
Vereniging vrijgevestigden
De Hoop
Juzt

Eigen Kracht Centrale

Mevrouw T. Otte
De heer B. Sprokkereef
Mevrouw E. Smeets
Mevrouw Y. Mur
De heer M. Huijer

De heer W. Pontier
Mevrouw L. Klasing
De heer K. Rijks
De heer B. Nitrau
De heer J. Roose
Mevrouw M. den Breejen
De heer B. Siebelink,
De heer H.J. van den Berg
Mevrouw P. Krauss
Mevrouw M. Veen
Mevrouw M. Hylkema
De heer E. van der Zijden
De heer M. van Helvoirt
De heer P. de Geer
De heer B. Koops
De heer H. Vlasblom
Mevrouw J. van Herwaarden
Mevrouw G. Michels
De heer P. van der Hoog
Mevrouw L. Glomb
Mevrouw A. Pistorius
Mevrouw D. Borro
Mevrouw H. van Gils
Mevrouw M. Heemskerk-Van der Sprong
De heer H. Kalkwiek
Mevrouw E. van der Velden
De heer S. Goossen
Mevrouw T. Wognum
Mevrouw S. van der Wal
De heer J. van den Brink
Mevrouw K. Gerritsen
De heer D. Birnie
Mevrouw S. Kiewiet de Jonge
De heer G. de Beer
Mevrouw N. van Wermeskerken
De heer H. van den Hoeven
De heer P. Wullems
De heer E. van Balen
De heer E. Höppener
De heer C. Dresen
Mevrouw D. Koning

Powerkids

Xmotion
Otto Gerhard Heldring
Lindhout
Vitree
Stichting Polliewollie

Mevrouw H. Termorshuizen

De heer H. Oldenhof
Mevrouw M.H. van Binsbergen

De heer P. Hofman
De heer Schmit