

Marktanalyse in het kader van de transitie jeugdzorg

Rapport

BMC | advies
management



Marktanalyse in het kader van de transitie jeugdzorg

december 2011

dr.ir. Jos. A.H. Baecke MPM, projectleider
drs. Peter J.J. Bremmer
Peter van Osch
Gert Ranter
mr.drs. Tim H.G. Robbe (Robbe Adviesbureau)

In opdracht van
Ministerie van VWS
Projectnummer: 107250 / ZO-2311-52970

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1 Inleiding	7
2 Huidige markt	8
2.1 Inhoudelijke aspecten	8
2.2 Bekostiging	11
3 Gewenste markt	15
3.1 Inhoudelijke aspecten	15
3.2 Bekostiging	17
4 Risico's en knelpunten	19
5 Sturing en bekostiging nader bezien	26
6 Subsidiëren, contracteren, aanbesteden en mededinging	33
6.1 Subsidiëren en contracteren	33
6.2 Marktordening en aanbesteden	38
6.3 Mededinging	42
7 Inkoopmodellen bij de transitie	44
8 Conclusies en aanbevelingen	49
8.1 Conclusies	49
8.2 Aanbevelingen	50
9 Geraadpleegde documenten	53
Bijlage: Ervaringsdeskundigen	55

Samenvatting

De transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten zal verandering brengen in de marktverhoudingen. Gemeenten zullen een samenhangend aanbod voor de cliënten moeten creëren, maar niet alle (specialistische) zorg kan door individuele gemeenten worden ingekocht. Vormen van samenwerking lijken noodzakelijk. Aan de kant van de zorgaanbieders zullen ook ontwikkelingen ontstaan om in te spelen op de veranderingen.

De uitkomsten van de nieuwe marktverhoudingen zijn nog onduidelijk. De transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten kan leiden tot ongewenste situaties. Situaties waarbij – onbedoeld door de betrokken partijen – het belang van de cliënt in het nauw komt. De vraag die het ministerie zich stelt is: ‘Moet de landelijke of gemeentelijke overheid maatregelen (bijvoorbeeld aanvullende regelgeving) nemen om ongewenste situaties te voorkomen?’ Om deze vraag te beantwoorden is door BMC een marktanalyse uitgevoerd. De hoofdvragen voor deze marktanalyse zijn:

‘Leiden de nieuwe marktverhoudingen tot ongewenste situaties in de zorg voor jeugd en zo ja, welke maatregelen van de overheid zijn eventueel nodig om ongewenste situaties te voorkomen?’

Voor de uitvoering van de marktanalyse is een documentenanalyse uitgevoerd, zijn interviews gehouden met ervaringsdeskundigen uit de verschillende deelsectoren in de jeugdketen en heeft een feedbackbijeenkomst plaatsgevonden om de conceptbevindingen te bediscussiëren en te verdiepen.

Er is een brede consensus tussen partijen over de inhoudelijk beoogde doelen met de transitie. De opvatting is dat door bundeling van budgetten de beoogde integrale aanpak beter mogelijk is en dat door deze budgetten onder te brengen bij gemeenten het zorgdomein beter kan worden verbonden met algemene voorzieningen en leefdomeinen.

Sturen op outcome/maatschappelijke effecten wordt door alle partijen een belangrijk uitgangspunt gevonden. Partijen noemen dit als het ware in één adem met het belang van partnership in het jeugddomein. Echter, outcome-meting is thans nog te onduidelijk en ongevoelig om uitsluitend hierop sturing en verantwoording te baseren. Er moet rekening mee worden gehouden dat er al snel behoefte is aan verdere onderbouwing op basis van informatie over throughput en output.

Waar het gaat om de bestuurlijke en organisatorische vormgeving wordt door partijen een aantal risico's en knelpunten gesignaleerd. De belangrijkste thema's hierbij zijn:

- beperkte kennis en ervaring bij gemeenten over de jeugdzorg;
- de schaalgrootte van de meeste gemeenten, te beperkt voor inkopen van zorg;
- ontstaan van diversiteit tussen gemeenten, hetgeen leren van elkaar bemoeilijkt;
- gespecialiseerde jeugdzorg, die minder flexibel is en daardoor kwetsbaar bij inkopen.

Subsidiëren en contracteren zijn twee basisinstrumenten voor inkopen. Bij (privaatrechtelijke) contracten gaan partijen een wederkerige relatie aan. De ene

partij levert een dienst waar de andere partij een betaling tegenover stelt. Bij (publiekrechtelijke) subsidies vindt bekostiging van activiteiten plaats door een bestuursorgaan die door een partij (al) worden ontplooid. Bij een contract is sprake van een juridisch afdwingbare prestatieplicht, maar bij een subsidie kan ook geld worden teruggehaald bij onjuiste of onvolledige besteding. Bij contracten is er meer keuzevrijheid voor de inkopers dan bij subsidies. De keuzevrijheid voor gemeenten zal echter, vanwege de noodzaak van kwaliteitsborging, zeker bij complexe zorg, relatief beperkt zijn. Contracteren biedt meer prikkels voor verbetering van zorg, echter, er zijn verschillende andere instrumenten waarmee dit doel ook kan worden bereikt, zoals prestatiesturing, benchmarking, klanttevredenheidsonderzoek, innovatiebudgetten en persoonsvolgende budgetten.

Subsidiëren is Europees rechtelijk houdbaar. Jeugdzorg is geen beleidsterrein dat op Europees niveau harmonisatiewetgeving kent. Dit betekent dat het subsidiariteitsbeginsel geldt en Nederland in principe het beleidsterrein kan inrichten naar eigen inzicht. Het mededingingsrecht is een Europees rechtsgebied dat wat bevoegdheden betreft wel is voorbehouden aan de Europese Unie. Staatssteunrecht is hiervan een belangrijk onderdeel. Zo er in de jeugdzorg al sprake zou zijn van 'verboden' staatssteun, kan dit worden voorkomen door de jeugdzorg aan te merken als een Dienst van Algemeen Economisch Belang (DAEB). Dus Nederland kan desgewenst voor de gehele jeugdzorg of delen daarvan een subsidieplicht instellen. De vraag of al dan niet sprake is van een markt is hierbij niet relevant. Dit is een vraag van andere orde.

Op basis van de bevindingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

(1) Sturing en bekostiging

Bij voorkeur wordt door gemeenten gewerkt met integrale prijzen voor cliënttrajecten (personeelsvolgende budgetten) en wordt er gestuurd op outcome. Gezien de hiervoor nog geldende beperkingen wordt als houvast en mogelijkheden om van elkaar te leren (benchmarken) aanbevolen om landelijk richtlijnen aan te reiken op het gebied van:

- kwaliteitseisen instellingen (bijvoorbeeld certificering);
- kwaliteitseisen professionals (opleidingsniveau, ervaring en registratie);
- eenvoudig systeem voor ordening bekostigingseenheden (contacturen en verblijfsdagen als bouwstenen) dat bruikbaar is voor de verschillende compartimenten;
- jaarlijks richtprijzen vaststellen voor onderscheiden soorten van contacturen en verblijfsdagen (met benchmarkgegevens). Mede op basis hiervan kunnen gemeenten en zorgaanbieders onderling zelf prijzen vaststellen voor modules en trajecten;
- universele prestatie-indicatoren (bruikbaar in de verschillende compartimenten);
- model subsidieverordening (VNG).

(2) Samenwerking gemeenten

Om het vraagstuk van de schaalgrootte bij de transitie jeugdzorg op te lossen is samenwerking tussen gemeenten noodzakelijk. Het kan bij deze samenwerking

variëren tussen het alleen gezamenlijk (technisch) inkopen van gespecialiseerde zorg tot het voeren van integraal beleid op basis waarvan alle zorgvormen gezamenlijk worden ingekocht. Men kan de kosten verdelen naar rato van het verdeelmodel (solidariteitsprincipe) of naar rato van het feitelijke gebruik per gemeente. Afhankelijk van de keuzes die hierin worden gemaakt wordt het een samenwerking waarin men zich gezamenlijk verantwoordelijk voelt voor het totaal (solidariteit) of een samenwerking waarin toch voortdurend het risico bestaat van afschuiven van lichtere hulp (van individuele gemeenten) naar zwaardere hulp (van samenwerkende gemeenten). Aanbevolen wordt om te kiezen voor een samenwerking tussen gemeenten met zowel een gezamenlijk beleid als een gezamenlijke inkoop op alle deelgebieden van het jeugd domein. Dit correspondeert met de aanpak welke door gemeenten bijvoorbeeld al jaren wordt gehanteerd voor het inkopen van jeugdgezondheidszorg (4-19-jarigen). Eenvoudiger samenwerkingsvormen leveren al snel problemen op qua verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

(3) Samenwerking zorgaanbieders

Hoe de markt van zorgaanbieders zich verder zal ontwikkelen is niet precies bekend. Dit zal mede afhangen van hoe het wettelijk kader zorg voor jeugd er komt uit te zien en hoe de opstelling van gemeenten zal worden. Wanneer het gaat om samenwerking tussen zorgaanbieders lijkt het in het belang van de cliënt eerder wenselijk om te zoeken naar regionale samenwerkingsvormen (of fusie) tussen zorgaanbieders van verschillende deelsectoren dan naar samenwerkingsvormen (of fusie) tussen zorgaanbieders binnen dezelfde deelsectoren. De eerste samenwerkingsvorm kan meer bijdragen aan het garanderen van een integraal jeugdzorgpakket dan de tweede samenwerkingsvorm. Samenwerking (of fusie) binnen dezelfde deelsectoren zal voor deze organisaties voorts veelal grotere werkgebieden betekenen, met als risico een grotere afstand tot het gemeentelijke domein. Als jeugdzorgaanbieders worden aangemerkt als ondernemingen, zullen verdergaande vormen van samenwerking (of fusie) uiteraard altijd mededingingsrechtelijk worden getoetst door de NMa.

Wat betreft de samenwerkingsvorm wordt in het kader van trajectfinanciering bijvoorbeeld gedacht aan een constructie per regio van één hoofdaannemer met verschillende onderaannemers. Een alternatieve vorm voor de constructie hoofdaannemer – onderaannemers zou bijvoorbeeld kunnen zijn het vormen van een (regionaal werkende) bedrijfscoöperatie tussen zorgaanbieders vanuit de verschillende deelsectoren. Gemeenten kopen dan niet in bij een hoofdaannemer maar bij de gezamenlijke coöperatie.

(4) Inkoopmodellen bij transitie

Voor de compartimenten 0 tot en met 2 wordt ervan uitgegaan dat voor deze voorzieningen de (voornamelijk) bestaande subsidierelaties met gemeenten blijven bestaan. AMK, jeugdbescherming en jeugdreclassering (uit compartiment 3) kunnen worden beschouwd als typische overheidstaken. Ook hiervoor is een subsidieregeling het meest voor de hand liggend. Voor de overige onderdelen van jeugdzorg uit compartiment 3 die worden gedecentraliseerd, namelijk jeugd- en

opvoedhulp, jeugdzorgPlus, jeugd-GGZ en jeugd-LVG, zijn drie inkoopmodellen met elkaar vergeleken. Te weten:

- Model 1: subsidieplicht voor complexere hulp (hulp met verblijf) en subsidiëren of contracteren voor andere (eenvoudiger) hulp;
- Model 2: geen subsidieplicht, contracteren als basisvorm en subsidiëren kan;
- Model 3: groeimodel met in beginfase model 1 en daarna eventueel model 2.

Model 1 doet het meest recht aan de bestaande situatie in de jeugdzorg en is Europees rechtelijk houdbaar. Dit model is ook in lijn met de meest gangbare manier van inkopen bij gemeenten in de meer preventieve compartimenten (0 tot en met 2). Model 2 wordt niet aanbevolen want is een erg grote stap. Dit model betekent namelijk tegelijkertijd én overdracht van middelen uit verschillende domeinen naar gemeenten én implementatie van een heel ander inkoopregime waarmee geen enkele partij echt vertrouwd is. Wanneer de voorkeur zou uitgaan naar model 2, wordt aanbevolen om te kiezen voor het groeimodel (model 3), waarbij model 2 meer wordt gezien als een toekomstperspectief waartoe na evaluatie eventueel later (bijvoorbeeld na vijf jaar) kan worden besloten. Dus nadat partijen aan elkaar gewend zijn geraakt in het nieuwe stelsel en de gewenste zorgstructuur meer is uitgekristalliseerd.

1 Inleiding

De transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten zal verandering brengen in de marktverhoudingen. Onduidelijk is nog hoe deze nieuwe verhoudingen in de praktijk vorm zullen krijgen. Gemeenten zullen een samenhangend aanbod voor de cliënten moeten creëren, maar niet alle (specialistische) zorg kan door individuele gemeenten worden ingekocht. Het vormen van samenwerking lijkt daarom noodzakelijk. Aan de kant van de zorgaanbieders zullen ook ontwikkelingen ontstaan om in te spelen op de grote toename van het aantal financiers dan wel de gemeenten.

De uitkomsten van de nieuwe marktverhoudingen zijn nog onduidelijk. De transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten kan leiden tot ongewenste situaties. Situaties waarbij – onbedoeld door de betrokken partijen – het belang van de cliënt in het nauw komt. De vraag die het ministerie zich stelt is: ‘Moet de landelijke of gemeentelijke overheid maatregelen (bijvoorbeeld aanvullende regelgeving) nemen om ongewenste situaties te voorkomen?’ Om deze vraag te beantwoorden is door BMC een marktanalyse uitgevoerd. De bevindingen van deze marktanalyse worden beschreven in dit rapport.

De hoofdvragen voor deze marktanalyse zijn:

‘Leiden de nieuwe marktverhoudingen tot ongewenste situaties in de zorg voor jeugd en zo ja, welke maatregelen van de overheid zijn eventueel nodig om ongewenste situaties te voorkomen?’

Hier toe dienen de volgende deelvragen te worden beantwoord:

- Hoe ziet de huidige en gewenste markt eruit?
- Welke inkoopmodellen zullen (bij geen maatregelen) gebruikt gaan worden?
- Wat zijn voor de jeugdzorg de best passende modellen?
- Wat kan, mag en moet op basis van het nationale recht en het Europese recht?
- Is proactief beleid van de overheid nodig om ongewenste situaties te voorkomen? En zo ja, welke maatregelen horen daarbij?

Voor de uitvoering van de gevraagde marktanalyse is een documentenanalyse uitgevoerd, zijn interviews gehouden met ervaringsdeskundigen uit de verschillende deelsectoren in de jeugdketen en heeft een feedbackbijeenkomst plaatsgevonden om de conceptbevindingen te bediscussiëren en te verdiepen. Voor de deelnemers van de interviews en de feedbackbijeenkomst wordt verwezen naar de bijlage.

In hoofdstuk 2 en 3 wordt op hoofdlijnen de huidige en gewenste markt besproken. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op mogelijke risico's en knelpunten bij de transitie jeugdzorg. In hoofdstuk 5 worden de sturingsvisie en de gewenste bekostiging nader uitgewerkt. In de daaropvolgende hoofdstukken 6 en 7 wordt de gewenste markt nader ingevuld. In deze hoofdstukken komen vooral de thema's subsidiëren, contracteren, aanbesteden en mededinging aan de orde. Het rapport wordt afgesloten met de belangrijkste conclusies en aanbevelingen.

2 Huidige markt

2.1. Inhoudelijke aspecten

De huidige jeugdsector bestaat uit een groot aantal deelterreinen waarbij verschillende partijen en financieringsstromen betrokken zijn. In onderstaand schema wordt een overzicht gegeven van de huidige jeugdsector. Inhoudelijk wordt hieronder de huidige situatie samengevat op basis van het rapport 'Werk in uitvoering' (Van Yperen & Van Woudenberg, 2011).

Schema: de huidige jeugdsector

Deelsector	Voorzieningen/instaties
Nulde lijn, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> • Scholen • Kinderopvang • Vrije tijdsbesteding, verenigingen, etc. • Woningbouwcorporaties • Arbeidsbemiddeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedagogische basisvoorzieningen
Eerste lijn, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> • Consultatie • Huisartsen • Advies- en licht pedagogische hulp • Schoolmaatschappelijk werk 	<ul style="list-style-type: none"> • Centra voor Jeugd en Gezin • Jeugdgezondheidszorg • Thuiszorgorganisaties • Huisartsen • Maatschappelijk Werk en MEE • Zorgaanbieders • Zorg- en Adviesteams
Tweede lijn, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> • Jeugd- en opvoedhulp • Jeugd-GGZ • Jeugd-LVG • Jeugdbescherming en -reclassering • JeugdzorgPlus • Justitiële jeugdinrichtingen • Gespecialiseerde onderwijsvoorzieningen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bureaus Jeugdzorg • CIZ • Zorgaanbieders

Algemene jeugdvoorzieningen

In de eerste plaats zijn er de algemene jeugdvoorzieningen, ook wel 'pedagogische basisvoorzieningen' of 'nulde lijn' genoemd. Hier hebben jeugdigen en hun opvoeders veel mee te maken. Het betreft scholen, kinderopvang, sportverenigingen en dergelijke. Deze basisvoorzieningen kunnen veel bijdragen om de ontwikkeling en opvoeding van jeugdigen te optimaliseren en ervoor te zorgen dat alledaagse vragen en problemen niet ontsproten en snel te verhelpen zijn.

Ook woningbouwcorporaties, arbeidsbemiddeling en vrijetijdsbesteding zijn van belang in de nulde lijn. Een goede huisvesting, dagbesteding (arbeid, school en vrije tijd) en een minimuminkomen zijn voor jongeren en gezinnen belangrijke basisvoorwaarden om goed te functioneren. Gebreken hierin vormen belangrijke risicofactoren.

Deze algemene jeugdvoorzieningen maken strikt genomen geen deel uit van het jeugdzorgstelsel, maar zijn daarvoor vanuit preventief oogpunt dus wel van belang. Op dit terrein hebben we te maken met diverse financieringen, maar de uitwerking daarvan blijft binnen de context van deze marktanalyse verder buiten beschouwing.

De eerste lijn

Onder de eerste lijn vallen de jeugdgezondheidszorg, de opvoed- en opgroei-ondersteuning, advisering aan jeugdigen en opvoeders en de lichte hulpverlening. Volgens de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) en Wpg (Wet publieke gezondheid) zijn gemeenten thans al verantwoordelijk voor de realisering van een voldoende hoeveelheid en kwaliteit van aanbod op dit terrein.

In gemeenten kunnen er veel verschillende instanties opereren die dit aanbod verzorgen, zoals kraamzorg, thuiszorgorganisaties, consultatiebureaus, GGD's, pedagogische adviesbureaus, maatschappelijk werk, MEE en jeugdzorgaanbieders. Deze instanties zorgen onder meer voor deskundigheidsbevordering van professionals en uitvoering van preventieve programma's in de algemene jeugdvoorzieningen, vroegtijdige signalering en zo vroeg mogelijk aanpakken van problemen (vroeghulp).

De bedoeling is dat al deze instanties gaan samenwerken in CJG's (Centra voor Jeugd en Gezin). Deze ontwikkeling is enkele jaren geleden in gang gezet. De gemeente is hierbij de aangewezen regisseur. Met uitzondering van de huisartsenzorg en MEE vindt de financiering van de eerste lijn grotendeels plaats door gemeenten. Aan ZAT's (Zorg Advies Teams) en schoolmaatschappelijk werk wordt veelal bijdragen door zowel gemeenten als onderwijsinstellingen.

De tweede lijn

Op het snijvlak van de eerste en tweede lijn opereren de ZAT's, Bureaus Jeugdzorg en CIZ. De ZAT's zijn ervoor bedoeld scholen te ondersteunen bij de snelle signalering, aanpak van zorgleerlingen en te zorgen voor een adequate verwijzing en samenhangende hulp aan leerlingen die meer gespecialiseerde zorg nodig hebben. In ZAT's vindt veelal ook participatie plaats vanuit CJG's, Bureaus Jeugdzorg, leerplicht en politie.

De Bureaus Jeugdzorg vormen de toegangspoort tot de jeugd- en opvoedhulp oftewel de provinciale jeugdzorg. De toegang tot de jeugd-LVG verloopt grotendeels via CIZ en de toegang tot de jeugd-GGZ grotendeels via verwijzingen van huisartsen. Jeugdbescherming, justitiële jeugdinrichtingen en jeugdreclassering worden ingezet op aanwijzing van de rechter.

Behalve dat Bureaus Jeugdzorg toegangspoort tot de tweede lijn (indicatiestelling) zijn, zijn ook het advies- en meldpunt kindermishandeling (AMK), de jeugdbescherming, de jeugdreclassering en de Kindertelefoon onderdeel van het takenpakket van Bureaus Jeugdzorg. Het AMK heeft drie taken, namelijk advies, consultatie en onderzoek. Als onderzoek nodig is, spreekt men van een melding en

neemt de medewerker de verantwoordelijkheid van de melder over. In dat geval voert het AMK onderzoek uit en regelt waar nodig bescherming en/of hulp.

Jeugd- en opvoedhulp werd in het verleden jeugdhulpverlening genoemd. Het betreft de provinciale jeugdzorg. Het omvat ambulante hulp, intensief pedagogische thuishulp, daghulp, residentiële hulp en pleegzorg. Veel van de hulp wordt uitgevoerd als onderdeel van een beschermingsmaatregel. De problemen uit zich meestal in gedragsproblemen, emotionele problemen, tekorten in sociale competenties, ADHD en druk gedrag, vaak in combinatie met opvoedingsproblemen. Een deel van de populatie heeft ontwikkelingsproblemen. In deze doelgroep worden ook veel multiprobleemgezinnen gevonden. Een nieuw onderdeel is de jeugdzorgPlus, dat voorheen 'gesloten jeugdzorg' werd genoemd. JeugdzorgPlus is bedoeld voor jongeren van wie de opgroei- of opvoedingsproblemen een opname en verblijf in een gesloten setting noodzakelijk maken. Het betreft civielrechtelijke plaatsingen.

De jeugd-GGZ biedt hulp aan jeugdigen met psychiatrische stoornissen en psychische problemen, zoals autisme, ADHD, eetstoornissen, depressiviteit, verslaving, angststoornissen, gedragsstoornissen of schizofrenie. De GGZ-instellingen bieden doorgaans preventie, eerstelijns-GGZ, ambulante zorg, klinische zorg en langdurig verblijf. Ongeveer de helft van de cliënten bestaat uit ouders. Een klein deel van de populatie heeft een dusdanig ernstige problematiek dat deze is aangewezen op zeer specialistische kinder- en jeugdpsychiatrie. Dit betreft dan ernstige vormen van autisme, eetstoornissen, psychosen, depressiviteit of angststoornissen.

Vanuit twintig Orthopedagogische Behandelcentra (OBC's) voor jeugd-LVG wordt hulp geboden aan kinderen en jongeren die in hun ontwikkeling zijn belemmerd en die zich op grond van hun lagere intellectuele functioneren én beperkte sociale aanpassingsvermogen niet (zonder hulp) kunnen handhaven in maatschappelijke verbanden, zoals gezin, school, werk, groep, leeftijdsgenoten of buurt.

Jeugdbescherming is aan de orde als de ontwikkeling van een jeugdige veilig gesteld moet worden. Of dit nodig is, wordt onderzocht door de Raad voor de Kinderbescherming. Afhankelijk van de uitkomst kan de rechter een maatregel van kinderscherming opleggen. De meest voorkomende maatregel is de ondertoezichtstelling (OTS). Ontheffing of ontzetting uit de ouderlijke macht zijn zwaardere maatregelen. Bij een OTS krijgt het kind een gezinsvoogd van Bureau Jeugdzorg toegewezen. Deze persoon begeleidt het kind en zijn ouders. In principe blijft het kind thuis wonen. Vaak blijkt het nodig om aanvullende hulp te regelen in de vorm van intensieve orthopedagogische thuishulp. De rechter kan ook besluiten de jeugdige (tijdelijk) in een pleeggezin of tehuis te plaatsen.

Bij jeugdigen die een delict hebben begaan, organiseert de Raad voor de Kinderbescherming onder meer vroeghulp en zorgt voor diagnostiek en advies. De jeugdreclassering biedt juridische en praktische ondersteuning in het juridisch proces en is verantwoordelijk voor de uitvoer van opgelegde maatregelen en straffen (en vaak ook de vroeghulp). Veel van de jeugdigen krijgen bij een maatregel of straf begeleiding of een training of gedragsinterventie die erop gericht is de kans op

recidive te verkleinen. De trainingen of interventies worden vaak verzorgd door daarvoor gespecialiseerde aanbieders, waaronder de justitiële jeugdinstellingen.

In de verschillende voorzieningen binnen de tweede lijn vinden we vaak dezelfde jeugdigen en gezinnen. Veel van hen zijn op verschillende voorzieningen tegelijk aangewezen. In een aantal deelsectoren werkt men ook nog met een derde lijn. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om gesloten vormen van opvang in topklinische zorg voor zeer specifieke problemen.

2.2 Bekostiging

De eerste lijn

De bekostiging van de eerste lijn vindt overwegend plaats in de vorm van subsidies, waarbij in meer of mindere mate expliciete afspraken worden gemaakt over te leveren prestaties. Het gaat vooral om collectieve preventie en individuele (preventieve) begeleiding die actief worden ingezet. Een individuele vraag van burgers ligt er niet aan ten grondslag en aan de vaststelling van de hoogte van de subsidie ligt meestal geen PxQ-systematiek ten grondslag. De toegang tot deze voorzieningen is in principe vrij. Er hoeft geen formele verwijzing of indicatie aan ten grondslag te liggen. De uitvoerende organisaties zijn vooral preferente aanbieders van de gemeenten die veelal al gedurende langere tijd een subsidierelatie onderhouden met de gemeenten.

De tweede lijn

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de inkopers van de hierboven in het kort beschreven hulp vanuit de huidige tweede lijn. De justitiële jeugdinstellingen zijn hierin voor de volledigheid opgenomen, maar blijven in deze marktanalyse verder buiten beschouwing.

Tabel: overzicht tweede lijn

Onderdeel	Inkoper
Toegang en AMK (BJZ)	Provincie / stadsregio
Jeugdbescherming en -reclassering (BJZ)	Justitie via provincie / stadsregio
Jeugd- en opvoedhulp	Provincie / stadsregio
JeugdzorgPlus	VWS
Jeugd-GGZ	Zvw: zorgverzekeraars AWBZ: zorgkantoren
Jeugd-LVG	Zorgkantoren
Justitiële Jeugdinstellingen (JJl's)	Justitie

Voor de financiering van de toegang en AMK bij Bureaus Jeugdzorg en de jeugd- en opvoedhulp bij zorgaanbieders is door het Rijk aan provincies/stadsregio's een doeluitkering ter beschikking gesteld. Daarnaast worden aanvullend door provincies wel autonome middelen ingezet. Deze autonome middelen worden vooral incidenteel ingezet, om bijvoorbeeld wachtlijsten weg te werken of om innovatieprojecten mogelijk te maken.

Om de hoogte van de jaarlijkse subsidies voor de toegang en AMK vast te stellen voor Bureaus Jeugdzorg is in het verleden wel gewerkt aan de ontwikkeling van een PxQ-systematiek, maar deze is landelijk formeel nooit geïmplementeerd. Verschillen in werkwijzen tussen Bureaus Jeugdzorg en het ontwikkelstadium waarin Bureaus Jeugdzorg verkeerden zijn hiervoor een belangrijke verklaring. Door veel Bureaus Jeugdzorg en provincies wordt een PxQ-systematiek wel gehanteerd om de hoogte van de subsidie te ramen, maar van een feitelijke afrekening op basis van PxQ is geen sprake. Er zijn dus ook landelijk geen richtprijzen voor de toegang en het AMK van Bureaus Jeugdzorg.

Anders ligt dit voor de Bureaus Jeugdzorg waar het gaat om de jeugdbescherming en jeugdreclassering. Hiervoor worden door Justitie jaarlijks tarieven vastgesteld. Verder zijn hierbij de datum van ingang en de datum van beëindiging van een maatregel bepalend voor de hoogte van de subsidie. De rechter stelt deze data vast. Er heeft de afgelopen jaren veel discussie plaatsgevonden over de hoogte van de tarieven voor jeugdbescherming en jeugdreclassering. Diverse Bureaus Jeugdzorg vinden deze tarieven te laag. Op dit moment wordt ten aanzien hiervan door de Algemene Rekenkamer nader onderzoek uitgevoerd. Voor de jeugdbescherming en jeugdreclassering gelden tarieven op jaarbasis, waarbij wordt uitgegaan van een bepaalde caseload. Hierbij worden naar zwaarte van de te leveren inzet enkele varianten onderscheiden.

Voor de financiering van jeugd- en opvoedhulp werden in het recente verleden hulpvarianten onderscheiden. De hoofdindeling hierbij was: ambulante hulp, pleegzorg, daghulp en residentiële hulp. Ambulante hulp is er later aan toegevoegd. Dit werd vroeger niet als een aparte hulpvariant onderscheiden. Hiervoor is ook nooit een richtprijs vastgesteld. Voor de drie andere varianten werden in het verleden wel richtprijzen (per capaciteitsplaats) gehanteerd. Sinds enkele jaren worden de hulpvormen bij jeugd- en opvoedhulp op basis van voorstellen van de Commissie-Kaiser op een andere manier ingedeeld. De nieuwe hoofdindeling is gebaseerd op de functies: jeugdhulp, verblijf en observatiediagnostiek. Een belangrijke reden voor deze nieuwe indeling was dat de jeugdhulp zowel in een ambulante setting als in een setting met verblijf (deeltijd, residentieel of pleegzorg) is aan te bieden. Deze nieuwe onderverdeling zorgde voor meer flexibiliteit en de mogelijkheid om meer zorg op maat te bieden. Per functie worden naargelang de intensiteit verschillende bekostigingseenheden onderscheiden. Bij jeugdhulp gaat het dan om een prijs per uur en bij verblijf om een prijs per dag. De laatste jaren zijn er tussen provincies meer verschillen ontstaan door de ontwikkeling van traject- of lumpsumfinanciering. Huisvesting wordt in de jeugdzorg al sinds jaar en dag op historische basis apart gefinancierd.

Provincies kunnen bij de hierboven beschreven systematiek zelf de hoogte van de tarieven bepalen. De systematiek is gebaseerd op te leveren output. Een belangrijk probleem daarbij is dat het lastig is om te sturen op resultaat (outcome). Het bij een bepaalde cliënt behaalde resultaat is veelal gebaseerd op een gecombineerde inzet van verschillende bekostigingseenheden (bijvoorbeeld jeugdhulp en 24-uursverblijf). Deze gecombineerde inzet is in feite een cliënttraject en een dergelijk cliënttraject levert wel een resultaat op dat is uit te drukken in prestatie-indicatoren. Dit is een

belangrijke reden om te streven naar trajectfinanciering. Bij trajectfinanciering krijgt de zorgaanbieder een bepaald bedrag per cliënttraject. Overijssel is in 2011 als eerste provincie gestart met de implementatie van trajectfinanciering. Hierop wordt in hoofdstuk 5 verder ingegaan.

JeugdzorgPlus wordt gesubsidieerd door het Ministerie van VWS. Hiervoor gelden op dit moment tarieven per capaciteitsplaats, onder de voorwaarde van een minimale bezettingsgraad. Er wordt gewerkt aan het bekostigen van trajecten, inclusief ambulante zorgverlening en nazorg. De verwachting is dat hiertoe in 2012 pilots starten met onder andere als doel het bepalen van een redelijke prijs per traject.

De zorg in de jeugd-GGZ wordt gefinancierd vanuit de Zvw of de AWBZ. De geneeskundige zorg en verblijf < 1 jaar (klinisch) wordt vanuit de Zvw gefinancierd. Begeleiding (individuele/groep), verblijf > 1 jaar (klinisch) en verblijf in een RIBW worden vanuit de AWBZ gefinancierd. Voor de AWBZ-gefinancierde zorg is een indicatiebesluit van Bureau Jeugdzorg of CIZ verplicht. Op dit moment wordt met zorgverzekeraars voor de jeugd-GGZ vanuit de Zvw een contract afgesloten op basis van DBC's (diagnosebehandelcombinaties). Voor de van voor 2008 gebudgetteerde zorg is gedurende een overgangperiode nog wel een garantieregeling van toepassing.

De GGZ-instellingen die reeds GGZ leverden vóór 2008 vallen binnen het representatiemodel. Het representatiemodel houdt in dat twee of drie zorgverzekeraars, die als marktleiders voor een bepaalde regio zijn aangewezen, de andere zorgverzekeraars representeren bij het inkopen van zorg. Zorgverzekeraars kunnen met vrijgevestigden en GGZ-instellingen voor eigen verzekerden ook nog aparte contracten afsluiten.

De jeugd-LVG wordt gefinancierd vanuit de AWBZ en wordt ingekocht door zorgkantoren. De zorgvormen in de jeugd-LVG zijn intramurale behandeling, dagbehandeling en behandeling/begeleiding in de gezinssituatie. Een aparte categorie van intramurale behandelpaatsen vormen de MFC's (Multifunctionele Centra). Het gaat hierbij om behandeling van jeugdigen met een combinatie van LVG en psychische problematiek. Bekostiging van deze intramurale paatsen vindt vanaf het begin plaats vanuit de AWBZ (en niet na één jaar, zoals in de jeugd-GGZ). Daarnaast is er in de jeugd-LVG sprake van PGB's die in de praktijk waarschijnlijk veel worden ingezet voor 'bed, bad, brood' in particuliere voorzieningen. Dit gaat dan om jeugdigen voor wie geen plek is in de reguliere (jeugd)zorg maar die ergens ondergebracht moeten worden, vanwege problemen die ze in de omgeving hebben of geven.

De NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) stelt maximumtarieven vast voor zowel de Zvw als de AWBZ. Zorgverzekeraars en zorgkantoren onderhandelen vervolgens met instellingen over de prijs.

Voor het leveren van AWBZ-zorg is een toelating van het CIBG in het kader van de WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen) nodig. Bij de functie verblijf (met of zonder behandeling) is mede toestemming van het zorgkantoor nodig. Na toelating dient een nieuwe zorgaanbieder vervolgens mee te doen in de inkoopprocedure van het

zorgkantoor. Het zorgkantoor laat beperkt nieuwe zorgaanbieders toe. Bij verblijf geldt nu nog een contracteerplicht door het zorgkantoor. Dit biedt een zekere bescherming aan de betreffende zorgaanbieders van verblijf. Jeugd-LVG is voorbehouden aan instellingen die toegelaten zijn als orthopedagogisch behandelcentrum (OBC). Er zijn echter ook sommige reguliere instellingen verstandelijk-gehandicaptenzorg die mondjesmaat LVG aanbieden, maar die declareren dit op basis van VG. OBC's zien dit als een zekere vorm van concurrentie.

3 Gewenste markt

3.1 Inhoudelijke aspecten

Het nieuwe beleid is erop gericht om de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid voor een groot aantal voorzieningen, inclusief de gespecialiseerde jeugdzorg, bij de gemeenten neer te leggen. Alleen de justitiële jeugdinrichtingen worden dan nog rechtstreeks door het Rijk gefinancierd. Inhoudelijk wordt hieronder de gewenste situatie verder uitgewerkt op basis van de beschrijving in het rapport 'Werk in uitvoering' (Van Yperen & Van Woudenberg, 2011).

Met de komst van de CJG's is er een basis gelegd voor de transitie jeugdzorg. De oprichting van CJG's werd ingegeven door de slecht toegankelijke en versnipperde zorg in het preventieve domein, een onoverzichtelijk niet-vraaggericht aanbod van diensten en onvoldoende coördinatie van zorg. De CJG's zijn in ontwikkeling en nog lang niet af. Met de transitie van de jeugdzorg ontstaat er een nieuwe situatie, hetgeen consequenties zal hebben voor de in ontwikkeling zijnde CJG's.

De visie dat zorg dichtbij en gemakkelijk toegankelijk moet zijn is inmiddels breedgedragen. Die visie geldt ook voor de meer specialistische jeugdzorg. Een breedgedragen opvatting is voorts dat we nog veel kunnen inzetten op het versterken van de opvoeding en dat we af moeten van 'zorg overnemen'. Er kan nog veel gewerkt worden aan het herstel van het gewone leven en het versterken van de eigen kracht en autonomie van jeugdigen en hun ouders.

De verbouwing is niet slechts bedoeld om financieringsstromen en bestuurlijke verantwoordingen te verleggen. Die zijn wel heel wezenlijk, maar zijn volgend op de inhoudelijke veranderingen die we willen bereiken. De beoogde inhoudelijke verandering is gericht op minder inzet van gespecialiseerde voorzieningen en meer inzet van voorzieningen om de opvoeding in de eigen sociale context te versterken.

Voor deze beoogde omslag is jeugdbeleid nodig dat berust op twee pijlers:

Pijler 1: Verbeteren kwaliteit van de omgeving

Beoogd wordt het realiseren van een sterke en positieve basis in onze samenleving voor jeugd en ouders door het versterken van enerzijds de informele steun van sociale netwerken (bouwen aan de civil society) en anderzijds algemene voorzieningen.

Pijler 2: Een samenhangende zorgstructuur versterken

Deze pijler is erop gericht de opvoeding niet over te nemen, maar zo veel mogelijk te versterken. Deze tweede pijler is aanvullend op de eerste pijler. De gewenste zorgstructuur kan worden onderverdeeld in drie compartimenten (Stam & van Yperen, 2011), namelijk:

- Opvoeding versterken (compartiment 1)
Opvoeding versterken is beschikbaar voor iedereen. Hierbij wordt onder meer

preventie, opvoedingsondersteuning en jeugdgezondheidszorg geboden. Waar nodig wordt vanuit dit compartiment intensieve hulp ingeroepen en gecoördineerd. Ook worden vanuit dit compartiment informele steun en sociale netwerken georganiseerd.

- Versterking van ondersteuning (compartiment 2)
Dit tweede compartiment biedt waar nodig intensievere hulp in het eerste compartiment. Deze hulp komt zo veel mogelijk naar jeugdigen en de (beroeps)opvoeders toe. Het CJG en ZAT zijn belangrijke schakelpunten voor het inroepen van deze extra ondersteuning.
- Opvoeding overnemen (compartiment 3)
Deze hulp doorbreekt de oorspronkelijke opvoedingscontext en wordt dus zo min mogelijk ingezet. Het gaat dan bijvoorbeeld om hulpverlening in het kader van een maatregel van jeugdbescherming of jeugdreclassering, fulltime residentiële hulp, gesloten opnames of plaatsing in een aparte school voor speciaal onderwijs. Zo mogelijk wordt deze hulp ook geboden vanuit het eerste compartiment.

De compartimenten vormen geen organisatorische eenheden. De scheidslijnen markeren alleen dat er eisen zijn ten aanzien van het besluit om bepaalde soorten hulp en ondersteuning in te zetten. Zorg uit het eerste compartiment is voor iedereen vrij toegankelijk. Over de inzet vanuit het tweede compartiment beslist de cliënt in overleg met een daarvoor gekwalificeerde professional. Bij het derde compartiment gaat het om complexere problematiek waarvoor bij de toegang nadere diagnostiek nodig zal zijn om te komen tot een onderbouwd hulpplan. In het gedwongen kader is daarnaast het oordeel van de rechter aan de orde. In het derde compartiment zal het vaak gaan om duurdere zorgvormen.

Bij het schakelen tussen de verschillende compartimenten is een belangrijke coördinerende rol weggelegd voor platforms als CJG's en ZAT's. Het is cruciaal dat in de eerste fase van een traject de juiste keuzes worden gemaakt op basis van een goede diagnostiek (gericht op competenties). De financier zal hierbij de mogelijkheid willen hebben van een (al dan niet steekproefsgewijze) objectieve toets op de legitimiteit van de inzet van middelen. Een dergelijke toets hoeft niet per se aan de voorkant plaats te vinden, maar kan ook tussentijds of achteraf als er meer informatie bekend is over de feitelijke probleemsituatie. Dit past bij het werken vanuit vertrouwen.

Op basis van de hierboven geschetste inhoudelijke visie deden van Yperen & Woudenberg (2011) het voorstel om bij de verdere inrichting van de jeugdketen tien kwaliteitseisen als uitgangspunt te nemen. Deze kwaliteitseisen zijn:

- de jeugdige en de opvoeder centraal;
- eigen kracht versterkend;
- uitnodigend en laagdrempelig voor groot bereik in compartiment 0 en 1;
- vroegtijdig ondersteunen door goede signalering en outreachend werken;
- vasthoudend zijn als veiligheid van de jeugdige of de samenleving in het geding is;
- effectieve en efficiënte diensten aanbieden en bureaucratie voorkomen;

- gecoördineerd samenwerken: één gezin, één plan;
- gemotiveerde en competente werkers;
- bestuurlijk draagvlak voor vernieuwing en eenduidige sturing;
- lerende organisatie.

3.2 Bekostiging

Op basis van de inhoudelijke visie op de jeugdketen voor de gewenste markt worden in onderstaande tabel de verschillende te onderscheiden voorzieningen geordend. Daarbij is tevens aangegeven wie in de gewenste markt de inkoper van zorg zal zijn.

Tabel: onderdelen gewenste situatie

Onderdeel	Inkoper
Kwaliteit omgeving (compartiment 0) <ul style="list-style-type: none"> • Scholen • Kinderopvang • Vrije tijdsbesteding, verenigingen, etc. • Woningbouwcorporaties • Arbeidsbemiddeling 	schoolbesturen woningbouwcorporaties gemeenten particuliere bijdragen
Opvoeding versterken (compartiment 1) <ul style="list-style-type: none"> • Opvoedingsondersteuning • Jeugdgezondheidszorg 	gemeenten
Versterken van ondersteuning (compartiment 2) <ul style="list-style-type: none"> • Zorgcoördinatie (CJG en ZAT) • Licht hulp (van AMW of andere zorgaanbieder) 	gemeenten onderwijs*
Opvoeding overnemen (compartiment 3) <ul style="list-style-type: none"> • AMK • Jeugdbescherming en -reclassering** • Jeugd- en opvoedhulp** • JeugdzorgPlus • Jeugd-GGZ • Jeugd-LVG 	gemeenten

*) bij ZAT en eventueel schoolmaatschappelijk werk

***) inclusief aanbod van de Landelijke Werkende Voorzieningen (LWI's)

Met uitzondering van onderwijs en huisvesting zullen gemeenten alle in de jeugdketen betrokken voorzieningen gaan bekostigen. Justitiële jeugdinrichtingen zullen in de nieuwe situatie rechtstreeks bekostigd blijven worden door het Ministerie van Justitie en vallen buiten deze marktanalyse.

Een belangrijk uitgangspunt bij de transitie jeugdzorg is dat door de ontschotting van de bekostiging gemeenten kunnen komen tot een integrale aanpak bij de zorg voor jeugdigen. Qua bekostiging betekent dit dat het mogelijk moet zijn om verschillende expertisegebieden te combineren tot gewenste zorgarrangementen. Het gaat daarbij ook om combinaties vanuit verschillende deelsectoren. Uit hoofdstuk 2 kan worden geconcludeerd dat in de huidige markt de bekostiging van de jeugdsector een lappendeken is met een diversiteit aan regels. Dit is een van de belangrijkste redenen waarom in het huidige stelsel de samenwerking zo moeizaam verloopt.

Uniformering en vereenvoudiging van de bekostiging in de gehele jeugdsector is dus cruciaal om te kunnen komen tot de gewenste integrale aanpak. Hoe dit kan plaatsvinden wordt in hoofdstuk 5 verder uitgewerkt.

4 Risico's en knelpunten

In dit hoofdstuk worden de bij de marktanalyse geïdentificeerde risico's en knelpunten bij de transitie beschreven. Bij sommige risico's en knelpunten worden hierbij concrete aanbevelingen gedaan. Bij andere risico's en knelpunten worden in volgende hoofdstukken oplossingen aangedragen.

Kennis en ervaring

Door veel ervaringsdeskundigen werd gebrek aan kennis en ervaring bij gemeenten over de jeugdzorg genoemd als een belangrijk risico bij de transitie. Bij deze kennis en ervaring werden twee aspecten onderscheiden, namelijk professioneel inkopen en inhoudelijke kennis over de jeugdzorg.

Voor het professioneel inkopen van jeugdzorg is kennis en ervaring vereist. Het gaat hierbij vooral om de combinatie van kennis en ervaring met betrekking tot enerzijds het technisch inkopen en anderzijds inhoudelijke kennis van de jeugdzorg. In dienstverlenende sectoren als welzijn, zorg en jeugdzorg is inkopen meestal relatief complex, omdat werkwijzen en resultaten niet altijd even eenduidig zijn te benoemen. Hier moet men als bestuurder en als inkoper mee kunnen omgaan. Men moet zakelijke afspraken kunnen maken, maar deze moeten van de andere kant ook realistisch en hanteerbaar zijn.

Provincies, zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben in de loop der jaren werkendeweg veel kennis en ervaring opgebouwd op het terrein van inkopen van jeugdzorg. Belangrijk is dat deze kennis en ervaring tijdens de transitie niet verloren gaat. De moeilijkheidsgraad van het inkopen van jeugdzorg is ook nog afhankelijk van hoe er straks zal worden ingekocht. Wanneer er gekozen wordt voor subsidiëren is dit bijvoorbeeld eenvoudiger dan wanneer er gekozen wordt voor contracteren en aanbesteden (zie hiervoor verder hoofdstuk 6 en 7).

Schaalgrootte

Door de meeste ervaringsdeskundigen is in de interviews aangegeven dat de gemeentelijke schaal geschikt is om relaties te leggen tussen verschillende domeinen, maar dat tegelijkertijd voor de meeste gemeenten de schaal te beperkt is voor integraal beleid en inkoop van jeugdzorg. Er zal na de transitie op gemeentelijk niveau behoefte blijven bestaan aan bepaalde specialistische voorzieningen. Het gaat hierbij veelal om kostbare voorzieningen (één capaciteitsplaats jeugdzorgPlus kost bijvoorbeeld op jaarbasis circa € 125.000,—). Duidelijk is dat het hier voor vele gemeenten op jaarbasis gaat om relatief kleine aantallen (bijvoorbeeld minder dan tien gevallen op jaarbasis). Door deze kleine aantallen hebben fluctuaties een relatief grote impact en vormen deze een beperking om op deze schaal goed onderbouwd inkoopbeleid te voeren.

In 2009 gaf de Commissie-Paas ook al aan dat er op zeker niveau behoefte is aan samenwerking tussen gemeenten. Deze commissie reikte voor de benodigde samenwerking tussen gemeenten een aantal varianten aan, namelijk:

- Gemeenten kiezen de GGD als gemeenschappelijke organisatie.

- Gemeenten sluiten aan bij de indeling in veiligheidsregio's.
- Gemeenten richten (nieuwe) samenwerkingsverbanden op.
- Gemeenten richten een samenwerkingsverband op en nodigen de provincie uit als partner.
- Centrumgemeenten nemen het initiatief en laten kleine omliggende gemeenten aansluiten.
- Grote steden organiseren de inkoop zelf.
- Gemeenten zijn vrij in hun keuze voor een samenwerkingsverband, mits zij voldoen aan de randvoorwaarden.

Om het vraagstuk van de schaalgrootte op te lossen is samenwerking tussen gemeenten noodzakelijk. Het kan bij deze samenwerking variëren tussen het alleen gezamenlijk (technisch) inkopen van gespecialiseerde zorg tot het voeren van integraal beleid op basis waarvan alle zorgvormen gezamenlijk worden ingekocht. Men kan de kosten verdelen naar rato van het verdeelmodel (solidariteitsprincipe) of naar rato van het feitelijke gebruik per gemeente. Afhankelijk van de keuzes die hierin worden gemaakt wordt het een samenwerking waarin men zich gezamenlijk verantwoordelijk voelt voor het totaal (solidariteit) of een samenwerking waarin toch voortdurend het risico bestaat van afschuiven van lichtere hulp (van individuele gemeenten) naar zwaardere hulp (van samenwerkende gemeenten).

Wanneer gekozen wordt voor samenwerking tussen gemeenten wordt door de onderzoekers aanbevolen om te kiezen voor een samenwerking met zowel een gezamenlijk beleid als een gezamenlijke inkoop op alle deelgebieden van het jeugd domein. Dit correspondeert met de aanpak welke door gemeenten bijvoorbeeld al jaren wordt gehanteerd voor het inkopen van jeugdgezondheidszorg. Eenvoudiger samenwerkingsvormen leveren al snel problemen op qua verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Continuïteit

Een tweetal onderwerpen werd in de interviews door ervaringsdeskundigen regelmatig genoemd in relatie tot de continuïteit bij de transitie, namelijk: bestuur en bestaande netwerken.

Wat betreft de bestuurlijk continuïteit wordt genoemd: de vierjaarlijkse gemeentelijke verkiezingen. De zorgaanbieders hebben nooit de garantie dat ze na de verkiezingen nog te maken hebben met dezelfde portefeuillehouder en hetzelfde programma 'jeugd'. Ook kan het zijn dat de verdeling van portefeuilles wisselt. Zo kan de zorgaanbieder (afhankelijk van de breedte van het aanbod) in verschillende perioden te maken krijgen met één of meer portefeuillehouders. Op de andere bestuursniveaus (Rijk en provincies) is sprake van een vergelijkbare situatie, maar op die niveaus wordt de doorwerking van bestuurswisselingen als minder direct ervaren door de uitvoerende organisaties.

Bij de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg werd geconstateerd dat er nog veel moet gebeuren aan verbetering van samenwerking tussen partijen om te kunnen spreken van een integrale aanpak. Desalniettemin zijn er in de loop der tijd ook goed functionerende samenwerkingsverbanden ontstaan. Een risico dat door

ervaringsdeskundigen wordt genoemd is het bij de transitie verloren gaan van deze opgebouwde samenwerkingsverbanden, omdat nu op een andere schaal beleid gemaakt gaat worden.

Diversiteit

Bij de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg werd geconstateerd dat veel innovatie werd bemoeilijkt omdat provincies autonoom waren bij het invullen van nadere regels en werkwijzen. Dit heeft er mede aan bijgedragen dat bijvoorbeeld het automatiseren en professionaliseren van werkwijzen moeizamer verliep dan wellicht mogelijk was geweest met meer centrale sturing. Uiteraard moet hier bij de transitie ook een middenweg in gevonden worden, maar ervaringsdeskundigen zien bij de transitie (waar immers de verantwoordelijkheden bij individuele gemeenten komen te liggen) wel het risico van een grote diversiteit aan regels en werkwijzen. Partijen die voor één gemeente werken zullen hier minder hinder van ondervinden dan partijen die op een bovenlokale schaal werkzaam zijn.

Het gaat hierbij niet alleen om de diversiteit die zou kunnen ontstaan bij het inkopen van zorg, maar ook om diversiteit in de uitvoering van het primaire proces. Bijvoorbeeld: ook in de onlangs door Deloitte (2011) uitgevoerde inventarisatie van aandachtspunten voor specifieke doelgroepen bij de transitie jeugdzorg werd het risico geconstateerd van afstemmingsproblemen tussen het lokale domein en bovenlokaal georganiseerde ketens. Het op een efficiënte manier op- en afschalen van hulp kan hierbij bijvoorbeeld een belangrijk knelpunt zijn.

Uiteraard gaat het bij de transitie om een lokale invulling, maar aanbevolen wordt om te zorgen voor eenheid van taal en het hanteren van uniforme kaders. Het hanteren van eenzelfde basisprincipes en aanpakken, zoals bijvoorbeeld Triple P, is daarom gewenst. Daarnaast resteren er nog vele vrijheidsgraden voor een lokale invulling van beleid. Van belang is om hierin een goede balans te vinden. Wenselijk is dat landelijk het initiatief wordt genomen om de eenheid van taal te bevorderen en te komen tot algemene richtlijnen voor sturingsinformatie en kwaliteitseisen (zie ook hoofdstuk 5).

Monopolies en keuzevrijheid

Vaak zit er een negatieve klank aan monopolies. Het wordt zo geïnterpreteerd dat er dan minder te kiezen is voor de cliënt en voor de inkoper. Veel provincies beschikken thans over meerdere aanbieders van provinciale jeugdzorg. Echter, veelal zijn deze aanbieders werkzaam in een grotendeels geografisch afgebakend gebied, zodat het overgrote deel van de zorg in zo'n gebied door één hoofdspeler wordt geleverd. Andere aanbieders leveren dan in meer of mindere mate op onderdelen aanvullende zorg. Dit is vooral het geval op het terrein van ambulante hulp en/of specifieke voorzieningen waarvoor een grotere schaal vereist is. In de deelsectoren jeugd-GGZ en jeugd-LVG is de situatie niet wezenlijk anders georganiseerd dan in de provinciale jeugdzorg. Ook hier ligt het de nadruk op zorgverlening voor een bepaalde regio.

Vanuit economisch perspectief kan een monopolie kostenverhogend (en kwaliteitsverlagend) werken. Deze redenering wordt in de bredere zorg wel gebruikt

om concurrentie te stimuleren. Waar nuttig is het uiteraard van belang om ook in het jeugddomein concurrentie te stimuleren. Zeker waar het gaat om minder complexe en flexibelere zorgvormen gebeurt dat soms ook al. Echter, er zijn in de jeugdzorg ook complexe zorgvormen die kwetsbaar zijn en waarbij concurrentie een minder voor de handliggende optie is. Dit heeft vooral te maken met kwaliteitsborging. Deze situatie voor de jeugdzorg kan worden vergeleken met de actuele discussie over ziekenhuizen, waarbij bijvoorbeeld wordt voorgesteld om in het kader van kwaliteitsborging niet langer alle specialismen in alle ziekenhuizen te blijven aanbieden. Met andere woorden: er zijn grenzen aan het stimuleren van concurrentie om tot een goede prijs-kwaliteitverhouding te komen.

Er zijn enkele provincies (Drenthe, Friesland en Zeeland) waar slechts één aanbieder is voor provinciale jeugdzorg. Bij de visitatie in het kader van het Afsprakenkader Jeugdzorg 2010-2011 (2011) bleek dat deze provincies daar geen moeite mee hebben. Zij geven aan dat het uiteraard wel van belang is om met die ene partij zakelijke afspraken te maken en oog te hebben voor de geleverde prestaties. 'Je moet elkaar wel scherp houden.' Er blijft altijd de mogelijkheid om op onderdelen te kiezen voor een andere of meerdere aanbieders. Zo worden voor nieuwe diensten wel nieuwe aanbieders aangetrokken om ook innovatie bij reguliere aanbieders te stimuleren. Provincies met één aanbieder ervaren dat aanpassing van beleid (bijvoorbeeld substitutie van residentiële naar ambulante) eenvoudiger is door te voeren, omdat men hierbij minder te maken heeft met afhankelijkheden tussen meerdere spelers.

De vraag is of met de bestaande praktijk in de verschillende deelsectoren de keuzevrijheid van de cliënt in het geding is. Over het algemeen wordt er in de jeugdzorg bij een plaatsing in een residentiële of intramurale setting naar gestreefd om de reisafstand zo beperkt mogelijk te houden. Echter, hieraan zijn ook grenzen, omdat een specifiek aanbod ook een bepaalde schaal vraagt. Het betekent dat om meer kwaliteit te kunnen bieden de keuzevrijheid voor de cliënt in zekere zin meer wordt beperkt.

Een oplossing waaraan in dit verband in het belang van de cliënt gedacht moet worden is de mogelijkheid van een second opinion (Deloitte, 2011). Ook het monitoren van de cliënttevredenheid is hierbij een belangrijk instrument, zodat wanneer er klachten mochten worden geconstateerd met betrekking tot de keuzevrijheid er vervolgens gericht gezocht kan worden naar verbetermogelijkheden.

Bij dit onderwerp dienen nog twee kanttekeningen te worden geplaatst. In de eerste plaats moet worden opgemerkt dat bij een groot deel van de jeugdzorg sprake is van een gedwongen kader, hetgeen natuurlijk beperkingen met zich meebrengt wat betreft de keuzevrijheid. In de tweede plaats moet worden opgemerkt dat in de zorg voor jeugdigen de hulpverlener zelf in de cliëntrelatie veel bepalender is dan het instituut van waaruit deze hulpverlener werkt. Met andere woorden: het zal bij de keuzevrijheid vaak minder gaan om een keuzemogelijkheid tussen instellingen en meer om een keuzemogelijkheid tussen hulpverleners. Dit kan aan de orde zijn wanneer er geen sprake is van een klik met de voorgestelde hulpverlener. De intenties zijn dat in het toekomstige stelsel meer gewerkt gaat worden met bijvoorbeeld gezinscoaches. Hierbij is (in de praktijk nu al) een belangrijk

uitgangspunt dat de keuze voor een gezinscoach in samenspraak met het gezin wordt gemaakt.

18-plus

De leeftijdsgrens van 18 jaar heeft bij de Wet op de jeugdzorg knelpunten opgeleverd. Bij jeugdigen die reeds in zorg zijn voordat ze 18 jaar worden kan de zorg daarna worden gecontinueerd, maar wanneer pas na 18 jaar een eerste beroep op jeugdzorg wordt gedaan kan dit niet worden gehonoreerd. Dit terwijl in veel situaties 18-plussers nog wel baat zouden hebben bij deze specifieke zorg. Ook voor jeugdzorgPlus is de leeftijdsgrens van 18 jaar een hard gegeven. Verlengen van een kindbeschermingsmaatregel na de 18^e verjaardag is in het kader van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (artikel 5) uitgesloten. Indien verlenging van hulp voor deze doelgroep wenselijk is, zal dit in het vrijwillige kader moeten gebeuren. De hulp wordt dan meestal geboden door een GGZ- of LVG-aanbieder. Het motiveren van jongeren is hierbij een belangrijk aandachtspunt.

In andere domeinen, zoals onderwijs en jeugdbeleid en de deelsectoren jeugd-GGZ en jeugd-LVG, bestaat deze strakke leeftijdsgrens tot op heden niet. Vermoedelijk zal voor de overheveling van jeugd-LVG en jeugd-GGZ de leeftijdsgrens tot en met 22 jaar gehanteerd worden. Ongeacht de gekozen leeftijdsgrens ontstaat er door de transitie wel een nieuwe knip tussen jeugd- en volwassenenzorg, die voor de GGZ bekostigd wordt door zorgverzekeraars en voor de LVG door zorgkantoren (in de toekomst worden dat voor de LVG ook de zorgverzekeraars). Deze nieuwe knip zal in de nabije toekomst blijvende aandacht vragen en het vereist in ieder geval een goede afstemming tussen gemeenten enerzijds en zorgverzekeraars en zorgkantoren anderzijds. Een concrete oplossing is hier niet voorhanden. Het is wel nuttig om de omvang van budget dat besteed wordt aan dergelijke hulp voor 18 tot 23 jarigen te ramen en te monitoren, omdat het bij deze cliënten veelal gaat om relatief dure zorg. Mocht een besluit over de overheveling van deze leeftijdscategorie toch anders uitvallen dan nu gedacht, dan valt de financiering daar relatief eenvoudig op aan te passen.

Bezuinigingen

Door de economische recessie zijn bezuinigingen bij de overheid een belangrijk thema. Bij gemeenten worden op dit moment vele bezuinigingen doorgevoerd. Het is niet te verwachten dat gemeenten bij de transitie jeugdzorg veel extra middelen zullen inzetten.

Daar komt bij dat in de Bestuursafspraken tussen Rijk, VNG en IPO over de transitie een korting is afgesproken in 2015 van € 80 miljoen en vanaf 2017 € 300 miljoen. Dit is circa 10% van het totale budget dat thans omgaat in het gehele jeugddomein. Geïnterviewden geven in het algemeen aan dat er met de transitie efficiencywinst is te boeken door te zorgen voor bijvoorbeeld betere aansluitingen tussen domeinen en door bureaucratie en dubbelwerk eruit te halen. Verder zijn er inhoudelijk gezien kansen om efficiencywinst te boeken door bijvoorbeeld preventie en vroegsignalering en door meer gebruik te maken van eigen kracht van gezinnen en de context. Deze intenties moeten grotendeels nog wel in de praktijk worden gerealiseerd. Daarnaast

mag worden verwacht dat als meer wordt ingezet op vroegsignalering dit in eerste instantie een grotere zorgvraag met zich mee kan brengen. Een dergelijk effect trad ook op toen de Bureaus Jeugdzorg als toegangspoort tot de jeugdzorg werden geformaliseerd.

We spreken thans meer van de 'transitie jeugdzorg' dan van de 'decentralisatie jeugdzorg'. Hiermee wordt met name bedoeld dat het niet alleen gaat om overheveling van budgetten van het ene naar het andere bestuursniveau, maar ook dat er heel wat moet gebeuren aan verandering van werkwijzen en deskundigheid van mensen vooraleer de beoogde effecten kunnen worden bereikt. Dit heeft tijd nodig. Gemeenten moeten dan ook voldoende gelegenheid hebben om dit samen met de andere betrokken partijen goed tot ontwikkeling te brengen.

Kwetsbaarheid instituten

In het debat over de transitie jeugdzorg klinkt de wens door van een resultaatgerichte werkwijze in de jeugdsector. Bij de hulpverlening moet het perspectief voor de cliënt en het gezin de basis zijn. Gemeenten zullen ruimte wensen om zorg op maat te kunnen inkopen en om de kanteling te maken van het meer afstandelijke instituut naar het werken in de wijk.

Zorgaanbieders zullen op deze ontwikkelingen anticiperen. Daarnaast is het een gegeven dat er behoefte zal blijven bestaan aan gespecialiseerde zorg die soms alleen geboden kan worden in instituten met de mogelijkheid van een 24-uursopname of waarvan zeer specialistische kennis nodig is. Het is inherent aan dit soort aanbod voor specifieke behoeften dat de flexibiliteit hiervan minder groot is dan wanneer het gaat om de meer courante zorgvormen.

De kwetsbaarheid van dergelijke gespecialiseerde instituten is algemeen bekend en was voor provincies, zorgverzekeraars en zorgkantoren reden om een zekere continuïteit te borgen door het aangaan van meerjarige verplichtingen. Aanbevolen wordt om bij de transitie deze verplichtingen mee over te hevelen naar de gemeenten. Er zal in ieder geval sprake moeten zijn van een overgangssituatie. Uiteraard moet het daarna mogelijk zijn om naar behoefte dit soort verplichtingen aan te passen.

Het bestaan van een zekere kwetsbaarheid en inflexibiliteit van dergelijke instituten heeft mede consequenties voor de mogelijkheden die er zijn bij het inkopen van zorg. Het gaat hierbij om onderwerpen als subsidiëren, contracteren en/of aanbesteden. Deze onderwerpen komen in hoofdstuk 6 en 7 aan de orde.

Weerstand

Bij sommige partijen bestaat een zekere weerstand tegen de transitie jeugdzorg. Het meest bekende voorbeeld hiervan is de jeugd-GGZ die in feite in het geheel niet onder de gemeentelijke regie en bekostiging wil vallen. Bij andere partijen zal er ongetwijfeld op bepaalde onderdelen van de transitie weerstand bestaan of gaan ontstaan.

De ervaringsdeskundigen wijzen erop dat het belangrijk is om uitzonderingen in regelgeving te voorkomen en de nieuwe wet consequent uit te voeren. Wanneer uitzonderingen worden toegestaan, kan dit de beoogde werking van het nieuwe stelsel ernstig belemmeren. In feite waren dergelijke aspecten ook een belangrijke oorzaak van het niet goed functioneren van de Wet op de jeugdzorg. Een zeer belangrijk onderdeel van deze wet was bijvoorbeeld de ene toegang tot de jeugdzorg om cliënten behulpzaam te zijn en om te komen tot een integrale aanpak. Die ene toegang is er niet gekomen, met alle nadelige gevolgen van dien.

5 Sturing en bekostiging nader bezien

Sturen op outcome

Een belangrijke randvoorwaarde om goed te anticiperen op de vraag van de cliënt is dat er ruimte is voor en vertrouwen in de professionals. Hierop zal niet alleen de werkwijze van het organisatiemanagement gericht moeten zijn, maar ook de inkoper kan hier een bijdrage aan leveren door de focus te leggen op het wat en niet op het hoe. Om tot de gewenste ruimte voor de hulpverleners te komen is door inkopers sturing op outcome te prefereren. Wat de (maatschappelijke) effecten van de hulpverlening zijn is voor gemeenten een belangrijker vraag dan hoe deze effecten met de hulpverlening precies worden bereikt. Wel worden gemeenten ervoor verantwoordelijk om de jeugdketen zo te organiseren dat deze effectief en efficiënt functioneert. Dat betekent ook dat bij het inkopen van zorg keuzes gemaakt moeten en kunnen worden. Door bij de gemeentelijke sturing maatschappelijke effecten centraal te plaatsen zijn relaties met andere domeinen, zoals wonen, werk en vrije tijd, ook gemakkelijker te leggen, hetgeen noodzakelijk is om te komen tot integraal beleid en tot een betere balans tussen preventie en gespecialiseerde zorg.

Opgemerkt moet echter worden dat de effectiviteit van interventies in de jeugdketen (nog) niet altijd even duidelijk is en dat het benoemen van de bereikte resultaten in concrete situaties soms nog lastig is. Bovendien is het realiseren van maatschappelijke effecten ook iets wat meerjarige inspanningen noodzakelijk maakt. Sturen op (alleen) outcome lijkt daarmee een te weinig gevoelig instrument voor het jaarlijks inkopen van zorg.

Gemeenten zullen bij het inkopen van zorg dus niet zonder meer kunnen volstaan met alleen afspraken over een budget en de te bereiken resultaten. Dit zou op te veel onderdelen een black box en onzekerheid tot gevolg hebben. In zekere zin zal er (zeker vooralsnog) naast informatie over budgetten en outcome behoefte blijven bestaan aan bepaalde informatie over de uitgevoerde hulpverlening ter onderbouwing van de geraamde budgetten. Hierbij moet gedacht worden aan parameters over throughput en/of output (bijvoorbeeld in termen van uren cliëntcontact, aantal verblijfsdagen en tarieven voor uren hulp en dagen verblijf). Dergelijke parameters zijn sowieso voor zorgaanbieders zelf altijd al van belang voor een adequate bedrijfsvoering, benchmarking en dergelijke.

Zorgvormen en tarieven

In onderstaande tabel worden voor de verschillende deelsectoren de tot nu toe gehanteerde soorten van bekostigingseenheden genoemd. Wanneer het gaat om collectieve preventie of algemene voorzieningen is het aanbod gericht op de totale bevolking of op een bepaalde doelgroep. Er is dan geen sprake van cliënten die individueel hulp ontvangen. We spreken voor het tarief dan vooral in termen van een prijs/inwoner (jeugdige).

Bij alle andere deelsectoren heeft men altijd te maken met individuele cliënten en kan de output worden uitgedrukt in contacturen of verblijfsdagen. Deze output is zichtbaar voor de cliënt en de inkoper kan zich aan de hand hiervan ook een beeld

vormen van hoeveel hulp er wordt geboden. Bij dergelijke zorgvormen past een tariefeenheid in de vorm van een prijs/uur respectievelijk een prijs/dag.

Tabel: Bekostigingseenheden

Deelsector	Onderdeel	Eenheid	Dimensie
Collectieve voorzieningen	CJG, JGZ, AMW	Programma	prijs/inwoner
Provinciale jeugdzorg	jeugdhulp	BKE	prijs/uur
	verblijf	BKE	prijs/dag
Jeugdbescherming/jeugdreclassering			prijs/jaar
Jeugd-LVG	extramuraal		prijs/uur
	intramuraal	ZZP	prijs/dag
Jeugd-GGZ	extramuraal	DBC	prijs/traject
	Intramuraal*		prijs/dag

*) t/m 2012 nog op basis van oude NZa-parameters en betreft een prijs/dag; Beleidsregel CA 300-504

Deze tariefseenheden corresponderen met de bekostigingseenheden die thans in de provinciale jeugdzorg, jeugd-GGZ (DBC) en jeugd-LVG (ZZP: Zorgzwaartepakket)) worden gehanteerd of zijn daartoe te herleiden. Een knelpunt voor de jeugd-GGZ thans is dat een DBC-systematiek wordt gehanteerd waarvan de basis is ontwikkeld in de GGZ voor volwassenen. Een ervaring is voorts dat wanneer het gaat om samenwerking tussen sectoren de DBC-systematiek in de jeugd-GGZ ook knelpunten oplevert. Voor tarieven in de jeugdbescherming en jeugdreclassering wordt uitgegaan van een prijs/cliënt/jaar. Een dergelijke prijs is echter ook weer opgebouwd uit een prijs/uur en een gemiddeld aantal contacturen/cliënt/jaar (of caseload).

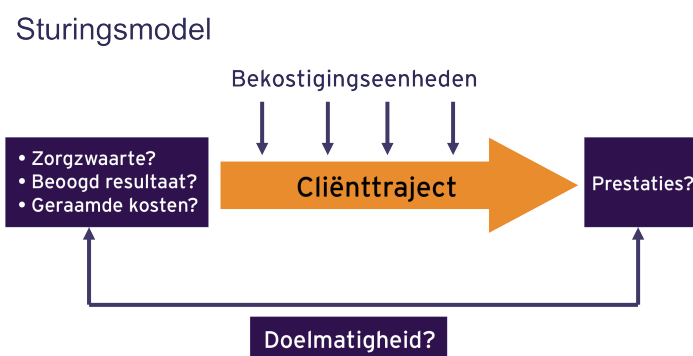
Tussen de doelen van verschillende zorgvormen kunnen dusdanige verschillen bestaan dat het hierbij wenselijk is om verschillende procedures te volgen bij het inkopen en/of de wijze van verantwoording. Belangrijke karakteristieken van zorgvormen in dezen zijn:

- Behandeling/begeleiding (met afspraak over effect);
- Bestendinging (afspraak over stut en steun);
- Beschikbaarheid (bijvoorbeeld crisisdienst).

Bij behandeling en begeleiding zijn duidelijker afspraken te maken over het te behalen resultaat, maar bij bestendinging gaat het om het op peil houden van een bepaalde situatie. Bij een crisisdienst kan, zeker wanneer hierbij verblijfsfaciliteiten noodzakelijk zijn, niet alleen worden afgerekend op de geleverde dienstverlening, maar zal ook de beschikbaarheid een rol spelen bij de bekostiging. Bekende voorbeelden hiervan uit een ander domein zijn de ambulancedienst en de brandweer. In de jeugdzorg is de trend aanwezig om crisisdiensten zo veel mogelijk in een ambulante setting aan te bieden. Hier ligt vooral een inhoudelijk motief aan ten grondslag, maar daarnaast biedt deze ontwikkeling meer flexibiliteit waar het gaat om de beschikbaarheid.

Trajectfinanciering en samenwerking zorgaanbieders

Het is voor gemeenten in principe mogelijk om een bepaald volume aan contacturen en verblijfsdagen in te kopen bij zorgaanbieders. Voor enkelvoudige problematiek waarbij één hulpvorm (enkelvoudige dienst) wordt geboden aan de cliënt zijn de aan de betreffende cliënt bestede uren ook direct te relateren aan prestatie-indicatoren. Echter, bij meervoudige problematiek worden vaak verschillende zorgvormen/ diensten (meervoudige dienst) geboden om tot verbetering van de situatie te komen. Dit geheel vormt dan een 'cliënttraject'. De afzonderlijke bekostigingseenheden zijn dan niet te relateren aan de prestatie-indicatoren, maar het gehele cliënttraject weer wel (zie onderstaand schema). De wens om te sturen op outcome is een belangrijke reden om over te stappen op trajectfinanciering.



Bij trajectfinanciering wordt bij het inkopen uitgegaan van een gemiddelde prijs per traject. Voor bepaalde cliëntprofielen of zorgzwaartes is een bepaald traject met een bepaalde prijs voorstelbaar. In de praktijk blijkt het nog lastig om dergelijke trajecten goed te ordenen en prijzen vast te stellen. Duidelijk is dat ervaringsgegevens nodig zijn om tot afspraken over inhoud en prijs van dergelijke trajecten te komen. In de provincie Utrecht loopt een onderzoek naar de haalbaarheid van dergelijke cliëntprofielen. Door Stam en Doodkorte (2011) wordt als alternatief een zevental niveaus voor bekostiging voorgesteld.

Een alternatief waarmee het specificeren van cliënttrajecten naar cliëntprofielen of zorgzwaartes kan worden vermeden, is om te kiezen voor één hoofdaannemer in een afgebakende regio. Op basis van historische gegevens is het totaalvolume aan zorg en het totale aantal cliënten voor een regio veelal te achterhalen en is dus een gemiddelde prijs per cliënt voor de te verwachten hulpbehoefte af te spreken. In de provincie Overijssel heeft men op deze wijze voor de provinciale jeugdzorg trajectfinanciering ingevoerd. De provincie Overijssel is hierbij onderverdeeld in drie subregio's en voor elke subregio worden door de provincie met één hoofdaannemer productieafspraken gemaakt vanaf 2011.

Bij trajectfinanciering kan het (na de transitie) ook gaan om combinaties van hulp uit twee of meer deelsectoren (bijvoorbeeld provinciale jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-LVG). Ook voor dergelijke situaties zou men dan ook al snel uitkomen op een constructie met één hoofdaannemer en één of meer onderaannemers. De hoofdaannemer is voor de inkoper diegene die integraal verantwoordelijk is voor het met het traject behaalde resultaat. Bij één hoofdaannemer per regio is deze dus integraal verantwoordelijk voor alle gecontracteerde hulp (trajecten) in die betreffende regio.

Een alternatieve vorm voor de constructie hoofdaannemer – onderaannemers kan bijvoorbeeld bestaan uit het vormen van een (regionaal werkende) bedrijfscoöperatie tussen zorgaanbieders vanuit de verschillende deelsectoren (provinciale jeugdzorg, jeugd-LVG en jeugd-GGZ). De leden van de bedrijfscoöperatie zijn zelf ondernemer en laten de coöperatie centraal alle of een aantal diensten verzorgen. Gemeenten kopen dan niet in bij een hoofdaannemer maar bij de coöperatie. Er ligt dan een belangrijke verantwoordelijkheid bij de coöperatie om te zorgen voor een integrale aanpak. Deze vorm van samenwerking is in Midden-Brabant geopperd.

Hoe de markt van zorgaanbieders zich verder zal ontwikkelen is niet precies bekend. Dit zal mede afhangen van hoe het wettelijk kader zorg voor jeugd er komt uit te zien en hoe de opstelling van gemeenten zal worden. Wanneer het gaat om samenwerking tussen zorgaanbieders lijkt het in het belang van de cliënt eerder wenselijk om te zoeken naar regionale samenwerkingsvormen (of fusie) van zorgaanbieders van verschillende deelsectoren dan naar samenwerkingsvormen (of fusie) van zorgaanbieders binnen dezelfde deelsectoren. De eerste samenwerkingsvorm kan meer bijdragen aan het garanderen van een integraal jeugdzorgpakket dan de tweede samenwerkingsvorm. Samenwerking (of fusie) binnen dezelfde deelsectoren zal voor deze organisaties voorts veelal betekenen: grotere werkgebieden, met als risico een grotere afstand tot het gemeentelijke domein. Indien jeugdzorgaanbieders worden gezien als ondernemingen zal bij verdergaande vormen van samenwerking (of fusie) altijd mededingingsrechtelijke toetsing plaatsvinden door de NMa. Hierop wordt in hoofdstuk 6 verder ingegaan.

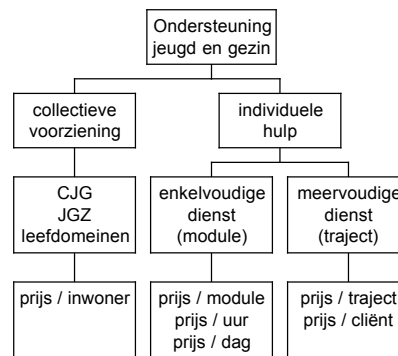
Eenvoud en uniform

Uit het voorgaande kan zeker worden geconcludeerd dat eenheid van taal en uniformeren voor de verschillende expertisegebieden een belangrijk aandachtspunt is. Zonder een dergelijke uniformering is het voor gemeenten in feite onmogelijk om te komen tot integraal beleid. De mogelijkheid om werkwijzen en prijzen te kunnen vergelijken is hiervoor een basisvoorwaarde.

Om op inhoudelijk terrein te komen tot meer eenheid van taal kan worden gedacht aan systematieken als bijvoorbeeld Triple P. Voor de indeling van bekostiging op het brede terrein van 'ondersteuning jeugd en gezin' is in ieder geval het onderscheid tussen collectieve voorzieningen en individuele hulp van belang, omdat er op basis van verschillende bekostigingseenheden bekostigd zal (blijven) worden. Aanvullend is daarbij voor de individuele hulp het onderscheid tussen enkelvoudige diensten (modules) en meervoudige diensten (trajecten) nog van belang. Uiteraard kan hierbij de 'individuele hulp' ook worden opgevat als hulp aan een 'individueel gezin'. De voorgestelde indeling wordt samengevat in onderstaand schema.

Dit schema kan worden gehanteerd om allerlei bestaande en nieuwe zorgvormen op uniforme wijze te classificeren en om de meest gangbare bouwstenen daarvan te voorzien van een tarief. In de huidige markt met DBC's worden veel zorgarrangementen onderscheiden. Dit suggereert flexibiliteit. Echter, wanneer het gaat om samenwerking en het bieden zorg op maat, waarbij er behoefte is om specialismen op een iets andere manier te combineren, levert dit in de bekostigingssystematiek als snel problemen op, met inflexibiliteit tot gevolg.

Schema: soorten dienstverlening en bekostiging



Of het nu gaat om lichte hulp, jeugd- en opvoedhulp, jeugd-GGZ, jeugd-LVG, jeugdzorgPlus, jeugdbescherming of jeugdreclassering, in alle gevallen is het mogelijk om de hulp uit te drukken in 'contacturen' per cliënt of in 'verblijfsdagen'. Voor de contacturen en verblijfsdagen (bouwstenen) zijn gemiddelde prijzen te ramen. Uiteraard is een zekere differentiatie noodzakelijk, omdat een contactuur van bijvoorbeeld een maatschappelijk werkende goedkoper is dan die van een psychiater en een verblijfsdag in een gezinshuis goedkoper is dan die in een jeugdzorgPlus-voorziening. Om het systeem hanteerbaar te houden is het wel belangrijk om deze differentiaties tot een minimum te beperken. Dit kan ook als er gewerkt wordt vanuit vertrouwen in plaats van wantrouwen. Een dergelijke uniforme benadering voor de verschillende deelsectoren is voor gemeenten essentieel om te kunnen komen tot meer integraal beleid. Er moet ruimte zijn om verschillende expertisegebieden (ook qua kosten) te combineren tot nieuwe (efficiëntere) zorgarrangementen.

Waar het gaat om meervoudige diensten moet het, indien wenselijk, mogelijk zijn om te bekostigen met een gemiddeld(e) prijs/traject of een gemiddelde prijs/cliënt. Dit draagt dan bij aan eenvoud en flexibiliteit. Maar het systeem moet tegelijkertijd de mogelijkheid blijven bieden aan gemeenten om in te kopen op basis van losse contacturen hulp en verblijfsdagen. Zeker bij innovatieprojecten en om diensten te kunnen inkopen van nieuwe zorgaanbieders of zeer gespecialiseerde zorgaanbieders (nichespelers) zal er aan bekostigingseenheden op dit niveau blijvend behoefte zijn.

Zorgaanbieders hebben de afgelopen jaren allen ervaring opgedaan met de implementatie van PxQ, DBC's en/of ZZZP's. Zij hebben met deze manieren van bekostiging meer grip gekregen op hun kosten, maar de bekostigingseenheden zelf waren veelal te gedetailleerd en leidden tot een grote administratieve last. Met deze opgebouwde ervaringen als basis kan wel worden verder gebouwd aan uniformering tussen deelsectoren, met een sterk vereenvoudigde bekostigingssystematiek als resultaat. De voorgestelde manier van bekostigen betekent voor de verschillende deelsectoren zeker geen stap terug; ook niet voor de jeugd-GGZ, die de eerste ervaringen heeft met DBC's. De voorgestelde manier bouwt voort op de grip die men inmiddels heeft gekregen op kosten en voegt daar meer flexibiliteit aan toe.

Kwaliteitseisen, richtprijzen en benchmarking

Het toewerken naar uniformering van bekostigingseenheden is iets wat op landelijk niveau met de verschillende deelsectoren zal moeten worden opgepakt. Dit is niet iets wat individuele gemeenten zelf kunnen organiseren.

De logische vervolgvraag hierbij is of de uniformering alleen een raamwerk voor bekostiging moet opleveren dat toepasbaar is voor alle denkbare zorgvormen in de jeugdsector of dat dit raamwerk ook gevuld moet worden met richtprijzen.

Aanbevolen wordt om jaarlijks landelijk richtprijzen vast te stellen voor de onderscheiden soorten contacturen en verblijfsdagen op basis van benchmarkgegevens. Dit biedt gemeenten houvast voor wat reële prijzen zijn voor de bouwstenen van zorgarrangementen. Het is hierbij niet de bedoeling om landelijk prijzen te berekenen voor complete zorgarrangementen of cliënttrajecten. Dat zou te veel inbreuk doen op de beoogde beleidsvrijheid voor gemeenten. Het is juist de bedoeling om met de transitie jeugdzorg in te spelen op lokale mogelijkheden en zorgarrangementen te creëren waarin deze lokale mogelijkheden maximaal benut worden. Dit betekent dat in principe de inhoud van arrangementen en dus ook de prijs van deze arrangementen tussen gemeenten kan variëren.

Om richtprijzen voor contacturen en verblijfsdagen landelijk te kunnen vaststellen, zullen ook landelijk afspraken gemaakt moeten worden over de uitgangspunten die aan de berekening van de prijzen ten grondslag (moeten) liggen. Hiertoe behoren ook bepaalde kwaliteitseisen, omdat deze invloed kunnen hebben op de prijs. De belangrijkste uitgangspunten voor berekening van richtprijzen waarover landelijk afspraken gemaakt moeten worden, zijn:

- kwaliteitseisen instellingen (bijvoorbeeld certificering);
- kwaliteitseisen professionals (opleidingsniveau, ervaring en registratie);
- salarisschalen cao;
- productiviteit (norm voor directe en indirecte uren);
- overhead en apparaatskosten (norm voor opslagpercentages);
- huisvesting (norm voor oppervlakte en prijs/m²).

Belangrijk is dat de landelijke richtprijzen voor contacturen en verblijfsdagen transparant zijn opgebouwd, zodat wanneer aanbieders in de regio afwijkende prijzen hanteren desgewenst altijd kan worden nagegaan waardoor de verschillen worden veroorzaakt en of men dit acceptabel vindt. Benadrukt wordt dat dit geen verplichting moet zijn voor gemeenten om dit nader te analyseren, maar het is wel van belang dat de mogelijkheid er is om nadere analyses uit te voeren en gedetailleerdere vergelijkingen te maken.

Wanneer er consensus is over de hiervoor voorgestelde ordening van richtprijzen en de berekening daarvan, is tegelijkertijd een belangrijke basis gelegd voor bijvoorbeeld benchmarking. Benchmarking is een belangrijk instrument voor de doorontwikkeling van de jeugdsector. Gemeenten kunnen eigen beleid ontwikkelen. De mogelijkheden voor dit eigen beleid zijn haast onbeperkt. Het risico hiervan is dat het beleid zo divers kan worden dat vergelijking tussen gemeenten en compartimenten niet of nauwelijks meer mogelijk is.

Belangrijk is om de hiervoor geschetste ontwikkeling te voorkomen. Daarom is het naast de ordening en raming van richtprijzen van belang dat er op landelijke schaal afspraken worden gemaakt over te hanteren prestatie-indicatoren. Ook hierbij is uniformering over deelsectoren/compartimenten heen gewenst. In het verleden is voor de provinciale jeugdzorg een set met tien prestatie-indicatoren gedefinieerd rondom vier kerndoelen van hulpverlening. Ter illustratie wordt deze set in onderstaande tabel samengevat.

Tabel: prestatie-indicatoren

Kerndoel	Prestatie-indicator
Hulpvragen van cliënten zijn beantwoord	1 Mate van doelrealisatie
	2 Mate van cliënttevreden
	3 Mate van reguliere beëindiging hulp
Autonomie van cliënt versterkt	4 Mate vermindering ernst problematiek
	5 Mate van herhaald beroep op hulp
	6 Mate doorstroming naar lichtere en zwaardere hulp
Veiligheid jeugdige hersteld	7 Mate waarin gedwongen kader (ondertoezichtstelling of voogdij) niet langer nodig is
	8 Mate waarin ondertoezichtstelling en voogdij succesvol zijn beëindigd
Jeugdige vormt geen bedreiging voor veiligheid van samenleving	9 Mate waarin jeugdreclassering niet langer nodig is
	10 Mate waarin recidive van jeugdige delinquenten uitblijft

Belangrijk is dus dat bij de transitie jeugdzorg een set met prestatie-indicatoren wordt ontwikkeld dat bruikbaar is voor vergelijkingen tussen gemeenten, maar dus ook tussen de compartimenten binnen gemeenten. Met andere woorden: het is wenselijk dat er sprake is van uniformiteit in prestatie-indicatoren (en eenheid van taal) tussen de compartimenten, want het is juist op basis van vergelijking tussen compartimenten dat gemeenten beleidskeuzes zullen maken (bijvoorbeeld: doen we meer preventie en lichte hulp of doen we meer gespecialiseerde zorg en wat levert overall het beste resultaat?).

6 Subsidiëren, contracteren, aanbesteden en mededinging

6.1 Subsidiëren en contracteren

Voor het inkopen van zorg staat een drietal instrumenten ter beschikking, namelijk:

- privaatrechtelijk contract;
- publiekrechtelijke subsidie;
- moderne subsidie.

Privaatrechtelijke contracten vallen onder het Privaatrecht en publiekrechtelijke subsidies onder het Bestuursrecht. Bij privaatrechtelijke contracten gaan partijen een wederkerige relatie aan. De ene partij levert een dienst waar de andere partij een betaling tegenover stelt. De te leveren dienst en de betaling zijn juridisch afdwingbaar. Een privaatrechtelijk contract betreft een overheidsopdracht als dit voldoet aan de definitie in het Besluit aanbestedingsregels voor overheidsopdrachten (Bao). Een privaatrechtelijk contract is een overheidsopdracht als er sprake is van een schriftelijke overeenkomst onder bezwarende titel tussen één of meer ondernemers en één of meer aanbestedende diensten (bijvoorbeeld gemeenten).

Bij publiekrechtelijke subsidies vindt bekostiging van activiteiten plaats door een bestuursorgaan (bijvoorbeeld een college van B&W) die door een partij (al) worden ontplooid. De gemeente stelt subsidie beschikbaar, maar is zelf niet een vragende of opdrachtgevende partij, zoals bij privaatrechtelijke contracten wel het geval is. Een subsidie valt onder de Algemene wet bestuursrecht (Awb) artikel 4.21.

Hybride vormen van privaatrechtelijke contracten en publiekrechtelijke subsidies komen ook voor. Deze noemen wij hier 'moderne subsidie'. Voorbeelden hiervan zijn de Prestatiesubsidie en de Beleidsgestuurde contractfinanciering (BCF). Hierbij maakt men vrijwel altijd gebruik van uitvoeringsovereenkomsten. Door gebruik te maken van zo'n overeenkomst ontstaat er een hybride juridisch instrument dat zowel publiekrechtelijke als privaatrechtelijke elementen bevat. Juist het gebruikmaken van een overeenkomst om prestaties in een subsidie af te dwingen, wat traditioneel niet eigen is aan een subsidie, maakt dat moderne subsidies ook onder het aanbestedingsrecht vallen. Immers, het aanbestedingsrecht regelt welke procedures overheden moeten volgen om overeenkomsten te kunnen sluiten waarbij zij prestaties afdwingen. Om deze marktanalyse verder niet nodeloos complex te maken beperken wij ons hier verder tot de twee algemene basisvormen, namelijk subsidiëren en contracteren. Voor 'moderne subsidies' geldt dan dat het een combinatie van beide basisvormen betreft.

De meningen van de geïnterviewde ervaringsdeskundigen over subsidiëren en contracteren in relatie tot de transitie van de jeugdzorg worden in onderstaande tabel samengevat.

Tabel: meningen over subsidiëren en contracteren

Subsidiëren <ul style="list-style-type: none">• Hierbij kan meer sprake zijn van partnership• Biedt meer rechtsbescherming (via de bestuursrechter)• Subsidies zijn twijfelachtig als de vraag uitgaat van de subsidiegever zelf• Biedt meer mogelijkheden om elkaars expertise te benutten
Contracteren <ul style="list-style-type: none">• Er is meer sprake van concurrentie• Meer risico dat nadruk op prijs komt te liggen (waardoor verschraving van zorg)• Minder flexibel op ontwikkelingen in te spelen (vanwege minder partnership)• Minder geschikt, omdat zorg zich minder laat vangen in harde economische regels• Riskant voor gespecialiseerde zorg (minder flexibel vanwege vastgoed en schaarse expertise)

Wat naar voren komt in deze inventarisatie van meningen is dat er veel waarde wordt gehecht aan goed partnership. Dit geldt zowel van de kant van de gemeenten als van de kant van de zorgaanbieders. Daarnaast hebben zorgaanbieders vooral angst voor een situatie waarbij de nadruk komt te liggen op prijs. De kans hierop is meer aanwezig wanneer gekozen wordt voor het instrument van contracteren gekoppeld aan een openbare aanbesteding. Dit zou nog eens versterkt kunnen worden doordat bij gemeenten (nog) onvoldoende inhoudelijke kennis aanwezig is over de jeugdzorgsector. Gemeenten kunnen dan de gewenste dienstverlening niet goed specificeren en de aanbieders en aanbiedingen minder goed beoordelen. Zorg lijkt in het geheel niet op bijvoorbeeld potloden. Een potlood is prima te specificeren en voor iedereen ook duidelijk te specificeren. Dit maakt het mogelijk om aanbiedingen goed op te stellen én goed te beoordelen.

De vraag is wat nu de werkelijke verschillen tussen subsidiëren en contracteren zijn die ertoe doen bij de transitie jeugdzorg. Daarom worden in onderstaande tabel beide instrumenten op een zevental kenmerken nader met elkaar vergeleken.

Een belangrijk onderscheid tussen subsidiëren en contracteren is dat subsidiëren alleen kan in het algemeen belang. Bij contracteren is dit geen vereiste (kenmerk 3). Consequentie hiervan is dat de gemeente bij subsidiëren niet een dienst kan inkopen voor de eigen organisatie. Dit volgt ook uit het feit dat subsidie alleen kan worden ingezet ten behoeve van (activiteiten voor) burgers (kenmerk 7). De gemeente kan wel beschrijven welke activiteiten en onder welke voorwaarden zij subsidie wil verlenen, maar de feitelijke vraag naar jeugdzorg komt uit de samenleving. Voor het aanbod worden voorstellen gedaan door ketenpartners en gemeenten maken hieruit keuzes over wat wel en niet te subsidiëren. Subsidie kan dus alleen worden verstrekt in het 'algemeen belang' en jeugdzorg kan hiertoe worden gerekend.

Tabel: kenmerken van subsidiëren en contracteren

Kenmerk	Subsidiëren	Contracteren
1 Is sprake van commerciële transactie gekenmerkt door winsttoegmerk?	Nee, enkel gericht vergoeding van kostprijs	Ja, vergoeding van kostprijs plus <i>winstmarge</i> is mogelijk
2 Neemt de gemeente het initiatief?	Gemeente geeft aan welke activiteiten en onder welke voorwaarden	Gemeente wil dienst afnemen en formuleert eisen en wensen
3 Wordt het algemeen belang gediend?	Kan alleen het algemeen belang dienen	Kan in algemeen belang maar hoeft niet (bijvoorbeeld levering van kantoorartikelen)
4 Hoe invulling publiekrechtelijke taak?	Sturing vooraf en achteraf (vooraf bekostigen en achteraf controle op juiste besteding)	Wederzijdse prestatie-uitwisseling (leveren vs betalen)
5 Is er sprake van een afdwingbare prestatie?	Nee, je haalt geld terug bij onvolledige of onjuiste besteding (levering)	Ja, er is sprake van <i>prestatieplicht</i> en dus afdwingbaarheid
6 Zijn de activiteiten door gemeente nauwkeurig omschreven?	Het 'wat' is omschreven Het 'hoe' is niet omschreven	Het 'wat' en/of 'hoe' kunnen worden omschreven
7 Zijn er derden bij betrokken?	Altijd gericht op derden (burgers)	Kan zich richten op derden (burgers)

Ook bij de huidige Wet op de jeugdzorg is sprake van een dergelijke situatie. Voor de omvang van de vraag wordt door Bureau Jeugdzorg op basis van cliëntenstromen advies uitgebracht aan de provincie. Alvorens de subsidie vast te stellen voert de provincie met de zorgaanbieders overleg, zodat van ieders ervaringen gebruikgemaakt kan worden alvorens de definitieve 'subsidiebeschikkingen' worden vastgesteld. Bij contracteren kan dezelfde route worden gevolgd, maar dan is het duidelijk de gemeente die de vraag en aanbod op elkaar afstemt door middel van een inkoopprocedure die leidt tot een contract.

Een tweede onderscheid betreft de afdwingbaarheid van de prestatie (kenmerk 5). Bij contracteren is sprake van een prestatieplicht en zijn dus de prestaties die gemeenten en aanbieders overeenkomen afdwingbaar. De prestaties liggen vast in het contract. Het suggereert meer zekerheid voor de inkoper dan bij subsidiëren, omdat bij subsidiëren formeel geen sprake is van een prestatieplicht. Echter, de gemeente kan bij subsidiëren wel geld terugvorderen bij een onvolledige of onjuiste besteding (kenmerk 4). In de praktijk maakt dit formele verschil niet zo veel uit, omdat ook bij subsidiëren de inkoper dus een sturingsmogelijkheid heeft bij een onvolledige of onjuiste besteding, zij het op andere wijze (terugvordering in plaats van ingebrekestelling) en op een ander moment (achteraf in plaats van tijdens).

Bij contracteren neemt de gemeente het initiatief. De gemeente wil een dienst afnemen en formuleert de eisen en wensen (kenmerk 2). Bij subsidiëren is formeel geen sprake van een dergelijk initiatief bij de gemeente, maar de gemeente geeft wel aan welke activiteiten zij wil financieren onder welke voorwaarden. Het is zelfs zo dat bij subsidiëren de uitvoeringseisen specifiekere kunnen zijn dan bij contracteren via

een aanbesteding. Het stellen van eisen aan organisaties en hun aanbiedingen in contracteren via een aanbesteding is onderworpen aan strengere regels die voortvloeien uit de aanbestedingsrechtelijke beginselen. Bij subsidiëren heeft men rekening te houden met beginselen van behoorlijk bestuur, maar de verplichtingen die daaruit voortvloeien voor gemeenten bij het stellen van eisen zijn minder verstrekkend dan bij de aanbestedingsrechtelijke beginselen. Bij subsidie kan men bijvoorbeeld als eis stellen dat de uitvoerende organisatie 'HKZ-gecertificeerd' en 'lokaal actief' moet zijn, terwijl men bij contracteren hoogstens als eis kan stellen dat de uitvoerende organisatie 'HKZ-gecertificeerd of gelijkwaardig' moet zijn en 'lokaal actief wil worden'.

Bij contracteren kan het 'wat' en/of het 'hoe' door de gemeente worden omschreven, maar dat is niet noodzakelijk. Gemeenten kunnen voorafgaand aan het contract in een aanbesteding omschrijven welke dienst zij willen ontvangen (het wat) en/of hoe zij die dienst uitgevoerd willen zien (het hoe). Dit komt als prestatie in het contract. Bij subsidiëren is wel het wat (dus: de dienst dan wel de activiteit), maar niet het hoe omschreven (dus: hoe de dienst dan wel de activiteit moet worden uitgevoerd; kenmerk 6). Dit laatste hoeft geen belemmering te zijn als men bij de transitie jeugdzorg redeneert vanuit de visie dat toegewerkt moet worden naar een systeem dat is gebaseerd op vertrouwen en dat er meer ruimte moet komen voor de professionals. Deze visie wordt breed gedeeld bij betrokken partijen.

Bij subsidiëren vindt alleen vergoeding van de kostprijs plaats van de betreffende activiteit. Er is dus geen sprake van een transactie (kenmerk 1). Bij contracteren is wel sprake van een transactie, omdat naast een vergoeding voor de kostprijs een winstmarge kan worden meegenomen in de betaling. Dit kan worden gezien als een prikkel die bij subsidiëren afwezig is. De vraag is echter of die prikkel altijd werkt. Immers, gemeenten kunnen een winstmarge willen betalen, maar dat wil niet zeggen dat aanbieders ook prijzen ontvangen waarop zij winst kunnen maken. Sterker nog, aanbieders is toegestaan om onder de kostprijs te werken, wat ook risico's met zich kan meebrengen voor de beoogde kwaliteit. Vraag is wel welke prikkels nog meer kunnen worden ingebouwd. Hierop wordt in de volgende paragraaf ingegaan.

Van belang om te vermelden is dat het hanteren van een 'subsidieplicht' in het jeugddomein Europees rechtelijk houdbaar is. Jeugdzorg is geen beleidsterrein dat op Europees niveau harmonisatiewetgeving kent. Dit betekent dat het subsidiariteitsbeginsel geldt en dat Nederland in principe het beleidsterrein kan inrichten naar eigen inzicht. Alleen als zij in de nieuwe wetgeving ook een vergunningstelsel zou willen introduceren, moet zij dit stelsel afstemmen op de eisen die de zogenoemde Dienstenrichtlijn daaraan stelt. Het stelsel moet dan toegankelijk zijn voor jeugdzorgaanbieders uit andere lidstaten van de Europese Unie. Deze aanbieders krijgen daarbij overigens niet direct recht op de subsidies die gemeenten moeten verlenen, aangezien de wijze van financieren van de diensten onder het subsidiariteitsbeginsel blijft vallen. Met andere woorden: het opnemen van een 'subsidieplicht' voor jeugdzorgdiensten is Europees rechtelijk geen probleem. Het feit dat deze bevoegdheid overigens bestaat voor de nationale wetgever betekent direct dat deze mogelijkheid ook bestaat voor de gemeentelijke wetgever, zolang de nationale wetgever daartoe ruimte biedt.

Voor het opnemen van een subsidieplicht, zowel op nationaal niveau in de nieuwe wet als op gemeentelijk niveau bij verordening, is dus Europees rechtelijk ruimte. Wél zullen de gevolgen van een subsidieplicht, op welk niveau dan ook vastgesteld, nog getoetst moeten worden aan het staatssteunrecht. Het mededingingsrecht, waarvan het staatssteunrecht een belangrijk onderdeel vormt, is namelijk een Europees rechtsgebied dat wat betreft bevoegdheden wel is voorbehouden aan de Europese Unie. De Europese Unie kent ook op mededingingsrechtelijk gebied een dwingend kader waaraan lidstaten moeten voldoen. Er bestaat dus geen ruimte om van dit kader af te wijken.

De vraag is echter of er in de jeugdzorg sprake is van staatssteun in Europees rechtelijke zin. En als daarvan sprake is, of dit dan verboden staatssteun betreft. Alleen dan is een subsidieplicht immers niet haalbaar. Pas als aan vier cumulatieve voorwaarden is voldaan, is er sprake van staatssteun:

- De steun wordt door de overheid verleend of met overheidsmiddelen bekostigd.
- De steun verschaft een economisch voordeel aan onderneming(en) die zij niet langs de normale commerciële weg zouden hebben verkregen.
- Dit voordeel is selectief, wat inhoudt dat het ten goede komt aan bepaalde onderneming(en).
- Het voordeel moet de mededinging vervalsen of dreigen te vervalsen en een (potentiële) invloed op de interstatelijke handel hebben.

Verschillende redeneringen met betrekking tot staatssteun zijn mogelijk.

De eerste is dat geen sprake is van 'verboden' staatssteun. In deze redenering stelt men dat slechts aan één voorwaarde van 'verboden' staatssteun is voldaan, namelijk dat de jeugdzorgaanbieder worden bekostigd uit overheidsmiddelen. Vervolgens is het de vraag of de subsidies aan de overige drie cumulatieve voorwaarden voldoen. Het voordeel dat jeugdzorgaanbieders eventueel verkrijgen door de overheidsmiddelen moet selectief zijn, dus voorbehouden zijn aan een ondernemer of groep van ondernemers. Dat is maar zeer de vraag. Een subsidieplicht zoals in dit rapport is bedoeld, discrimineert niet naar onderneming of groep van ondernemingen. De subsidie moet in principe te verkrijgen zijn voor eenieder die de diensten aanbiedt, afhankelijk van het verdelingsmechanisme van die subsidie. De vraag is dus of het voordeel selectief is. Hierna is het van belang om vast te stellen of de subsidies de mededinging vervalsen of dreigen te vervalsen en of zij het interstatelijke handelsverkeer beïnvloeden. Ondanks dat de Europese Commissie snel tot dergelijke conclusies komt, blijkt uit niets dat subsidies voortvloeiende uit een wettelijke subsidieplicht voor jeugdzorg de mededinging in de jeugdzorg of aanpalende 'markten' kunnen vervalsen. Dit wordt wel anders als gemeenten zelf de keuze krijgen uit subsidie of contracteren; dan kan een aanbieder die in één gemeente subsidie krijgt, die een andere aanbieder niet krijgt, zo wellicht een concurrentievoordeel verkrijgen. Toch lijkt dit geen probleem te zijn, omdat er dan ook sprake moet zijn van potentiële verstoring van de interstatelijke handel. Op dit moment, en ook in de nabije toekomst, lijkt de jeugdzorg niet een markt waarop interstatelijk handelsverkeer plaatsvindt.

Een tweede redenering is dat in principe wel sprake is van 'staatssteun', maar dat, onder voorwaarden, die staatssteun Europees rechtelijk gezien geoorloofd is. Men

doet dan een beroep op zogenoemde 'Altmark'-criteria. Deze criteria zijn cumulatief en bestaan achtereenvolgens uit:

- De begunstigde onderneming is daadwerkelijk belast met de uitvoering van een Dienst van Algemeen Economisch Belang (DAEB).
- De verplichting is duidelijk omschreven.
- De parameters voor de berekening van compensatie zijn vooraf, objectief en transparant vastgesteld.
- De keuze voor een onderneming is gemaakt na een openbare aanbesteding (in onze casus niet relevant) of het bedrag van compensatie is vastgesteld aan de hand van de kosten die een gemiddelde, goed beheerde onderneming zou hebben gemaakt, met daarbij een redelijke winst.

De jeugdzorg wordt in deze redenering gezien als een DAEB. Lidstaten hebben veel vrijheid bij het vaststellen welke diensten DAEB zijn. Om de Altmark-criteria goed toe te passen moeten jeugdzorgaanbieders expliciet belast zijn met de uitvoering van jeugdzorg waarbij de verplichtingen duidelijk zijn omschreven. De compensatie (subsidie) moet vervolgens vooraf, objectief en transparant zijn vastgesteld. De compensatie moet tot slot vastgesteld zijn aan de hand van kosten die een gemiddelde, goed beheerde onderneming zou maken, met een redelijke winstmarge. Bij het opnemen van een subsidieplicht in de wet zou aan deze criteria kunnen worden voldaan door ze expliciet uit te schrijven. Daarnaast kan door benchmarking en het inzetten van methoden om zicht te krijgen op kosten en kostprijsberekeningen de subsidie gewoon voldoen aan de gevraagde wijze van berekenen en vaststellen van de compensatie. Overigens zouden gemeenten, als zijzelf een keuze krijgen op lokaal niveau voor contracteren of subsidiëren, ook voor deze methode kunnen kiezen bij verordening, om daarmee dus het risico op verboden staatssteun te verkleinen.

Verder moet in dit kader nog worden opgemerkt dat er hiervoor steeds van wordt uitgegaan dat jeugdzorginstellingen ondernemingen zijn. Als jeugdzorginstellingen echter niet onder de definitie van een onderneming zouden vallen (zie mededinging), kan er sowieso geen sprake meer zijn van staatssteun.

6.2 Marktordening en aanbesteden

Belangrijke doelen van marktordening om tot verbeteringen in het jeugddomein te komen zijn:

- creëren van keuzevrijheid voor de inkoper;
- creëren van keuzevrijheid voor de cliënt;
- bevorderen van effectiviteit, efficiency en kwaliteit;
- bevorderen van innovatie en flexibiliteit.

Er is een aantal instrumenten beschikbaar waarmee een bijdrage geleverd kan worden aan de realisatie van deze doelen. Deze instrumenten werden door DSP (2008) geïnventariseerd en beschreven en worden in onderstaande tabel samengevat. Dit overzicht met instrumenten geeft een indruk waaraan gedacht kan worden bij het invoeren van prikkels.

Tabel: instrumenten

<ul style="list-style-type: none">• Prestatiesturing• Benchmarking• Klanttevredenheidsonderzoek• Kwaliteitssysteem/certificering• Flexibele budgetten	<ul style="list-style-type: none">• Innovatiebudgetten• Persoonsvolgende budgetten• Toelating nieuwe aanbieders• Aanbesteding
---	--

In de praktijk blijkt dat deze instrumenten steeds meer worden ingezet om te sturen en te komen tot verbeteringen in de jeugdzorg. Zo zijn er stappen gezet met de implementatie van prestatie-indicatoren in de provinciale jeugdzorg. Het is wel een langdurig proces, omdat het een andere visie vraagt op uitvoering en sturing in de jeugdzorg. Klanttevredenheidsonderzoeken worden ook steeds frequenter uitgevoerd in de verschillende deelsectoren. Provincies hebben de afgelopen jaren flexibele budgetten (autonome middelen) ingezet voor de bekostiging van tijdelijke projecten om bijvoorbeeld wachtlijsten weg te werken en/of innovatie te bevorderen (bijvoorbeeld in het kader van het Afsprakenkader Jeugdzorg 2010-2011). Over het algemeen wordt zeker voor nieuw aanbod bezien of het wenselijk is om nieuwe aanbieders toe te laten. Dit mede om reguliere aanbieders te stimuleren te innoveren. Het denken in persoonsvolgende budgetten heeft (in de vorm van trajectfinanciering) bij verschillende provincies de aandacht. Van het instrument aanbesteden wordt in de verschillende deelsectoren van de jeugdzorg maar in zeer beperkte mate of niet gebruikgemaakt.

In zijn algemeenheid kan worden geconcludeerd dat er wel stappen gezet zijn in het gebruik van deze instrumenten, maar dat er nog wel een aantal slagen is te maken om deze instrumenten volledig te benutten. Duidelijk is in ieder geval dat er heel wat mogelijkheden zijn om een bijdrage te leveren aan de realisatie van de doelen die beoogd worden bij marktordening. Al deze instrumenten kunnen ook in het nieuwe stelsel benut worden om prikkels in te bouwen. Relatief veel wordt thans gesproken over aanbesteden om tot verdere verbeteringen in de zorgsector te komen. Het is slechts één van de mogelijkheden om aan verbeteringen te werken, maar op aanbesteden wordt hieronder wel uitgebreider ingegaan.

Aanbesteden is onlosmakelijk verbonden met contracteren. Wanneer gekozen wordt voor contracten als instrument voor inkopen heeft men met Europese regelgeving te maken. Niet alleen deze regelgeving, het Bao, maar ook het inkoopbeleid van gemeenten is van toepassing, als er sprake is van een 'overheidsopdracht' zoals hiervoor is aangegeven. Bij privaatrechtelijke contracten is de aanwezigheid van een overheidsopdracht een gegeven.

Het Bao is overigen pas van toepassing als de waarde van de overheidsopdracht de Europese drempelwaarde overschrijdt. Momenteel is deze drempel voor gemeenten voor opdrachten voor dienstverlening € 193.000,00 exclusief btw. Elke twee jaar stelt de Europese Commissie de drempel opnieuw vast. Dat zal ook op 1 januari 2012 weer gebeuren. De verwachting is, omdat dit steeds nog gebeurde, dat de Europese Commissie de drempel verder verlaagt.

Overschrijdt de waarde van de opdracht de drempelwaarde van het Bao, dan is het Bao van toepassing. De gemeenten moeten dan vaststellen of de opdracht een dienst is die voorkomt op bijlage 2A of bijlage 2B van het Bao. Gemeenten mogen ervan uitgaan dat de in te kopen jeugdzorgdiensten voorkomen op bijlage 2B, categorie 25, Gezondheidszorg en maatschappelijke diensten. Dit betekent dat niet het gehele Bao van toepassing is op het plaatsen van de opdracht, maar slechts twee artikelen. Deze artikelen betreffen het verbod op discriminatoire specificaties én de plicht om achteraf op Europees niveau te publiceren aan wie de gemeenten de opdracht gunnen. De aanbestedingswetgeving is verder niet van toepassing.

Als er sprake is van een opdracht die beneden de drempelwaarde ligt of, zoals bij jeugdzorg, van een opdracht voor diensten die voorkomen op bijlage 2B, dan kunnen ook buiten het Bao nog wel aanbestedingsrechtelijke eisen gelden voor de procedure die gemeenten moeten volgen. Dit is dan afhankelijk van de vraag of er sprake is van een 'duidelijk grensoverschrijdend belang' en wat er geregeld is in het gemeentelijke inkoopbeleid.

Als de betreffende opdracht een zogenoemd duidelijk grensoverschrijdend belang kent, moeten gemeenten alle aanbestedingsrechtelijke beginselen die voortvloeien uit het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VwEU) toepassen. Dit betekent dat ondernemers uit andere lidstaten kennis moeten kunnen nemen van de opdracht en, als zij offereën, een gelijke behandeling moeten krijgen als nationale ondernemers. De gemeenten moeten steeds individueel beoordelen op basis van objectieve criteria of een 'duidelijk grensoverschrijdend belang' bestaat. Twee vragen zijn daarbij vooral relevant:

- Is er werkelijk(!) interesse bij ondernemers uit andere lidstaten van de Europese Unie?
- Kunnen deze ondernemers de betreffende opdracht ook werkelijk(!) rechtstreeks (dus niet via een Nederlandse dochter of iets dergelijks) uitvoeren?

Als gemeenten op basis van een analyse beide vragen positief beantwoorden, moeten zij de Europese aanbestedingsrechtelijke beginselen toepassen. In andere gevallen is dit op basis van Europese wet- en regelgeving niet verplicht.

Op dit moment is het onduidelijk of er, als gemeenten de verantwoordelijkheid krijgen voor jeugdzorg, werkelijk interesse bestaat bij ondernemers uit andere lidstaten van de Europese Unie om die zorg te leveren en of zij die zorg dan ook werkelijk kunnen uitvoeren. Enerzijds is dat onduidelijk, omdat gemeenten de vrijheid krijgen om de opdracht voor jeugdzorg zelf vorm te geven. Hoe zij dat gaan doen is nu nog niet met zekerheid te zeggen. De modaliteiten van de opdracht zullen echter van belang zijn voor een buitenlandse aanbieder om wel of niet daarin geïnteresseerd te geraken. Anderzijds is het onduidelijk in hoeverre buitenlandse aanbieders überhaupt rechtstreeks jeugdzorg kunnen aanbieden in Nederland. Uit onderzoek blijkt dat de context waarbinnen aanbieders jeugdzorg aanbieden in andere lidstaten van de Europese Unie dermate verschilt dat het overnemen van 'best practices' heel moeilijk is.

In 2006 moest de Duitse aanbieder Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands (CJD) nog gebruikmaken van een Nederlandse dochter, Valyouth, om zorg te kunnen

aanbieden in Nederland. Op de website van CJD is ook niets terug te vinden van Nederlandse of andere buitenlandse activiteiten. Deze indirecte penetratie van de Nederlandse markt geldt niet als een signaal voor een duidelijk grensoverschrijdend belang. Op 24 juni 2011 gepubliceerd onderzoek van de Europese Commissie met de titel "Evaluation Report: Impact and Effectiveness of EU Public Procurement Legislation" bevestigt de gebrekkige integratie van de Europese 'markt'. De grensoverschrijdende opdrachtverlening door alle overheden van de Europese Unie in alle 27 lidstaten op het gebied van zorg en maatschappelijke dienstverlening blijkt niet meer dan 0,1%. Van alle Nederlandse Europese aanbestedingen in alle sectoren gaat overigens slechts 1,8% direct naar een onderneming in een andere lidstaat.

Gemeenten die eigen inkoopbeleid hebben moeten dat ook uitvoeren. Inkoopbeleid vormt namelijk Nederlands bestuursrechtelijk gezien een beleidsregel. Het niet uitvoeren van dat beleid kan een onrechtmatige overheidsdaad opleveren richting belanghebbenden. Denk hierbij aan een beleid dat stelt dat de gemeente boven een bepaalde drempel drie of meer offertes moet opvragen. Dit dan niet doen is onrechtmatig. Indien gemeenten dus anders met jeugdzorg willen omgaan dan in gebruikelijke inkooptrajecten, moeten zij dit benoemen in het beleid of gebruikmaken van een in dat beleid opgenomen generieke uitzonderingsbepaling.

Ook als er geen inkoopbeleid bestaat, of een uitzondering mogelijk is, leidt het vrijwillig organiseren van een competitieve aanbestedingsprocedure (in concurrentie opvragen van offertes, dus niet bij onderhandelingen) eveneens tot de verplichting om aanbestedingsrechtelijke beginselen toe te passen. Algemene beginselen van behoorlijk bestuur krijgen dan op die wijze toepassing in een privaatrechtelijke setting. In gevallen waarin geen competitieve aanbestedingsprocedure plaatsvindt gelden nog steeds de algemene beginselen van behoorlijk bestuur. Echter, dan in traditionele zin en dus meer gericht op zorgvuldigheid en verantwoording van besluitvorming richting aan de procedure deelnemende ondernemingen en burgers dan op het bieden van gelijke kansen aan en het gelijk behandelen van alle potentieel(!) geïnteresseerde ondernemers.

Het aanbestedingsrechtelijk kader ervaren gemeenten, maar ook jeugdzorgaanbieders, als complex. Hiervoor is al aangegeven dat jeugdzorg zelf relatief moeilijk is te specificeren en dat de structuren waarbinnen zij wordt uitgevoerd complex zijn. De vraag is of de gemeentelijke inkoop en de 'verkoop' van jeugdzorgaanbieder daarom professioneel genoeg zijn om de regels op juiste wijze toe te passen om niet alleen rechtmatigheid maar zeker ook doelmatigheid na te streven. Andere operaties, zoals de Wet werk en bijstand, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet inburgering, lieten steeds weer zien dat een stapsgewijze introductie van beleidsvrijheid bij voorheen sterk centraal aangestuurde sectoren te prefereren valt. In al deze wetten leidde directe decentralisatie tot veel problemen. Ook het direct af stappen van een wettelijke subsidieplicht voor complexe vormen van jeugdzorg kan een averechts effect hebben op wat men wil bereiken.

6.3 Mededinging

Los van de vraag of gemeenten aanbesteden (met contracten) of subsidie verlenen, geldt nog de vraag of aan de kant van zorgaanbieders niet ook wat zal veranderen bij een herziening van de marktordening. Deze vragen staan los van elkaar, omdat de bevoegdheid dan wel de plicht om aan te besteden of te subsidiëren voor gemeenten niet direct in verband kan worden gebracht met de vraag of jeugdzorgaanbieders onder het mededingingsrecht vallen. En vice versa.

Om als gemeenten een aanbestedingsplicht te hebben, moet er sprake zijn van een overheidsopdracht. Onderdeel daarvan is dat gemeenten een contract sluiten met 'ondernemers'. Als er sprake is van 'ondernemers' is er sprake van een markt, omdat het Europese recht elke entiteit die ongeacht winstoogmerk producten en diensten aanbiedt op een markt als zodanig aanmerkt. Op dat moment vallen jeugdzorgaanbieders als ondernemers onder het Mededingingsrecht. Het is echter niet zo dat, als jeugdzorgaanbieders zijn aan te merken als 'ondernemers', daaruit direct volgt dat gemeenten altijd moeten aanbesteden. Om een overheidsopdracht te hebben moet er immers ook nog sprake zijn van een schriftelijk contract onder bezwarende titel. Bij (klassieke) subsidies is die afwezig; omdat verschillende aanbieders echter (al is dat wellicht theoretisch) in aanmerking kunnen komen voor de subsidie, zijn zij ook dan nog steeds 'ondernemers'.

De NMa oordeelde al eerder dat thuiszorgaanbieders onder het ondernemersbegrip vallen. Zij bieden namelijk thuiszorgdiensten aan op een markt en ontvangen hiervoor een vergoeding van onder andere gemeenten. De NMa maakt hierbij geen onderscheid tussen het ontvangen van subsidies of betalingen op basis van een aanbesteed contract.

Welke vorm de transitie ook gaat krijgen, onafhankelijk van de vraag of gemeenten dus verplicht of vrijwillig gaan aanbesteden of subsidie gaan verlenen, voor de zorgaanbieders zullen al snel vraagstukken gaan spelen op het gebied van Mededingingsrecht. Dit is het recht met betrekking tot concurrentie. Mededingingsrecht moet een effectieve concurrentie verzekeren. Dit wordt gedaan door een aantal gedragingen te verbieden of te controleren. Ook in de jeugdzorg kunnen deze verboden en controles gelden. Als leidraad kunnen hierbij gelden de door de NMa in 2010 gepubliceerde 'Richtsnoeren zorg'. Op basis van deze richtsnoeren zijn de belangrijkste aandachtspunten te benoemen voor de zorgaanbieders, dus ook voor jeugdzorgaanbieders.

Het Nederlandse mededingingsrecht kent een tweetal verboden en één gebod:

- het verbiedt kartelafspraken tussen ondernemingen;
- het verbiedt het misbruik van een economische machtspositie door een onderneming;
- het verplicht tot goedkeuring van fusies en overnames van ondernemingen.

Concrete uitspraken van de NMa over de jeugdzorg betreffen momenteel alleen de gesloten jeugdzorg. Deze diensten vallen volgens de NMa niet onder het ondernemersbegrip. Voor de aanbieders van gesloten jeugdzorg bestaat geen mogelijkheid om met enige vorm van marktgedrag, zoals beslissingen aangaande

aanbod, prijs, kwaliteit en capaciteit, de vraag naar gesloten jeugdzorg te beïnvloeden of op deze vraag in te spelen. Over de 'open jeugdzorg' deed de NMa verder geen uitspraak. De bedoeling van de transitie lijkt wel te zijn, ongeacht of gemeenten gebruikmaken van aanbesteden of subsidiëren, dat zorgaanbieders in de 'open jeugdzorg' invloed gaan uitoefenen op het aanbod aan zorg door zich te onderscheiden (marktgedrag).

Als aanbieders van (open) jeugdzorg onder het begrip 'onderneming' vallen, dienen zij daar ook naar te handelen. In dit verband werd door Frieslab (Bouman & Popma, 2010) een interessant onderzoek gedaan met betrekking tot de spanning tussen enerzijds gewenste ketenzorg en anderzijds het verbod van kartelafspraken in het kader van het Mededingingsrecht. Iedere afspraak met betrekking tot dergelijke thema's wordt door de NMa afzonderlijk beoordeeld, omdat bij de beoordeling verschillende factoren een rol kunnen spelen, zoals omzet, marktaandeel, cliëntenaantallen en samenwerkingsvorm.

Er zijn in ieder geval wel enkele algemene voorwaarden aan te geven, genoemd in de richtsnoeren, waaraan mededingingsrechtelijk in ieder geval voldaan moet worden bij samenwerking/ketenzorg, namelijk:

- Er is sprake van aantoonbare efficiëntieverbetering.
- Effect komt ten goede aan de cliënten.
- Er is geen minder ingrijpende en mededingingsbeperkende oplossing.
- Er moet voldoende restconcurrentie in de markt overblijven.

Ervan uitgaande dat aanbieders van 'open jeugdzorg' door de NMa worden aangemerkt als ondernemingen, zullen zorgaanbieders die op een bepaalde manier willen samenwerken dan wel fuseren in ieder geval rekening moeten houden met deze algemene voorwaarden.

7 Inkoopmodellen bij de transitie

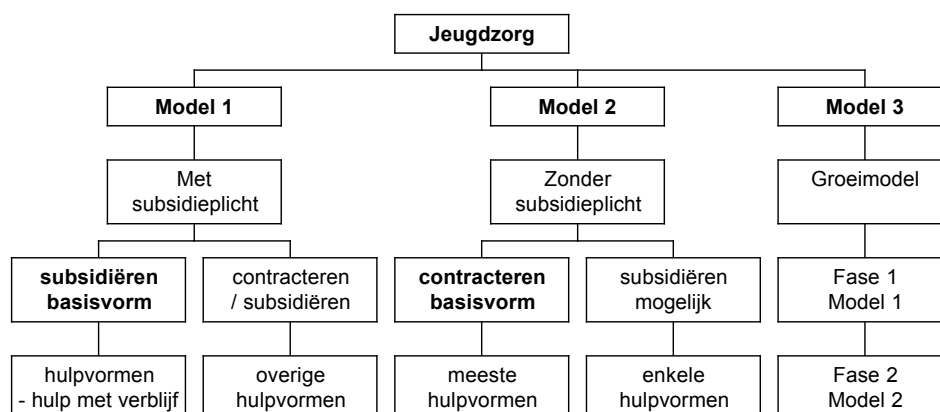
In dit hoofdstuk worden mogelijke modellen besproken voor het inkopen van zorg. Voor de compartimenten 0 tot en met 2 wordt ervan uitgegaan dat voor deze voorzieningen de (voornamelijk) reeds bestaande subsidierelaties met gemeenten blijven bestaan. Deze bestaande praktijk kan een voorbeeld zijn voor gemeenten voor het inkopen van zorg in het derde compartiment. AMK, jeugdbescherming en jeugdreclassering in het derde compartiment kunnen worden beschouwd als typische overheidstaken. Ook hiervoor is een subsidieregeling voor de hand liggend. Daarom heeft dit hoofdstuk verder alleen betrekking op de overige onderdelen in het derde compartiment, namelijk jeugd- en opvoedhulp, jeugdzorgPlus, jeugd-GGZ en jeugd-LVG.

In de vorige hoofdstukken zijn de bouwstenen aangereikt voor het nader invullen van mogelijke inkoopmodellen bij de transitie. Deze inkoopmodellen moeten het mede mogelijk maken de gewenste situatie te creëren zoals beschreven in hoofdstuk 3 en 5, met de huidige situatie, zoals beschreven in hoofdstuk 2, als vertrekpunt. Daarbij wordt waar mogelijk rekening gehouden met de geïnventariseerde risico's en knelpunten in hoofdstuk 4 en instrumenten in hoofdstuk 6.

Inkoopmodellen

Drie mogelijke inkoopmodellen worden onderscheiden. Model 1 heeft qua inkopen verwantschap met de huidige Wet op de jeugdzorg, model 2 heeft veel verwantschap met de Wet maatschappelijke ondersteuning en model 3 betreft een groeimodel waarbij gestart wordt met model 1 en dat na verloop van tijd overgaat in model 2 (zie onderstaande schema). Het groeimodel is het meest verwant met het model dat in Zweden is gehanteerd bij de decentralisatie van aan de Wet maatschappelijke ondersteuning verwante taakvelden.

Schema: inkoopmodellen bij transitie voor jeugdzorg



In model 1 (met subsidieplicht) wordt de huidige wijze van inkopen zoals voorgeschreven in de Wet op de jeugdzorg grotendeels doorgezet naar de nieuwe wet. De gemeente wordt dan echter in plaats van de provincie de organisatie die de bevoegdheid krijgt om op basis van de nieuwe wet subsidie te verlenen. De

subsidieplicht geldt alleen voor de complexe hulpvormen (hulp met verblijf). Gemeenten stellen daartoe een speciale subsidieverordening jeugdzorg op. Minder complexe zorgvormen uit het derde compartiment (zoals ambulante hulp) worden in dit model van de 'subsidieplicht' uitgezonderd. Dit deel van het aanbod kunnen gemeenten naar eigen inzicht subsidiëren of contracteren. Model 1 bestaat dus uit het verplicht voorschrijven van het subsidie instrument voor intramurale/residentiële jeugdzorg, met de keuzevrijheid voor gemeenten om minder complexe jeugdzorg te subsidiëren of te contracteren. Inkoopprocedures zijn op deze manier meer toegespitst op wat thans in de praktijk haalbaar lijkt. Een nevenvoordeel van model 1 kan zijn dat dit in lijn is met de manier van inkopen bij gemeenten voor de meer preventieve compartimenten (0 tot en met 2) tot nu toe. Het gaat daarbij dan vooral om jeugdgezondheidszorg, maatschappelijk werk en andere CJG-activiteiten die grotendeels met gemeentelijke subsidies worden bekostigd. Model 1 zal daarom de beoogde integratie van de jeugdzorg uit het derde compartiment met de compartimenten 0 tot en met 2 kunnen vergemakkelijken.

Doel van een wettelijk geregelde subsidieplicht in model 1 is het bieden van een zekere bescherming aan zorgaanbieders van complexere (kwetsbare) hulpvormen. Wanneer voor deze hulpvormen geen wettelijke subsidieplicht wordt gehanteerd, betekent dit dat individuele gemeenten voor het inkopen van deze kwetsbare hulpvormen altijd kunnen kiezen tussen subsidiëren of contracteren. Door gemeenten volledig vrij te laten in het kiezen van een juridisch instrument ontstaan er verschillende werkwijzen bij het inkopen van hulpvormen. De beoogde bescherming bij complexe hulpvormen is daarmee niet goed te borgen.

In model 2 wordt de huidige wijze van inkopen zoals voorgeschreven in de Wet op de jeugdzorg grotendeels losgelaten. De wet bevat dan dus geen wettelijke subsidieplicht meer. In zo'n model lijkt de wet dus meer op bijvoorbeeld de Wet maatschappelijke ondersteuning. Daarin staat dat gemeenten bepaalde resultaten moeten bereiken en daarbij zo veel als mogelijk derden moeten betrekken. De wijze waarop een gemeente dat doet is dan helemaal vrij. De beoogde basisvorm is contracteren, maar gemeenten kunnen dus voor alle zorgvormen naast contracteren kiezen voor subsidiëren.

Model 3 is een groei-model en is gebaseerd op een combinatie van de beide andere modellen. In de eerste fase wordt uitgegaan van model 1 en in de tweede fase van model 2. De gedachte hierachter is dat de overdracht van de gehele jeugdzorg op zichzelf al een gehele operatie is. Starten met model 1 is minder ingrijpend en dus veiliger. Als dit model zich goed heeft gezet, kan evaluatie plaatsvinden (bijvoorbeeld na vijf jaar) en kan daarna desgewenst een doorontwikkeling plaatsvinden naar model 2. Het kan op dat moment ook zo zijn dat men aan model 2 geen behoefte meer heeft.

Beoordeling inkoopmodellen

De drie inkoopmodellen worden hieronder met elkaar vergeleken aan de hand van een zevental criteria. Deze criteria zijn geformuleerd op basis van de bevindingen bij de uitgevoerde marktanalyse. De criteria zijn:

- mogelijkheden voor focus op maatschappelijke effecten/outcome;

- mogelijkheden voor partnership (en verbinden compartimenten/benutten netwerken);
- mogelijkheden voor het bevorderen van eenheid van taal;
- keuzevrijheid voor inkoper (omgaan met monopolies);
- vereiste kennis en ervaring (met betrekking tot inkoop en inhoud);
- mogelijkheden voor bescherming van (kwetsbare) gespecialiseerde voorzieningen;
- mogelijkheid om een voordelige prijs te kunnen bedingen.

De beoordelingen van de drie modellen op deze zeven criteria worden in onderstaande tabel samengevat en in onderstaande tekst nader toegelicht.

Tabel: vergelijking modellen per criterium*

Criterium	Model 1	Model 2	Model 3
Focus op maatschappelijke effecten	+	+	+
Partnership	+	-	+
Bevorderen eenheid van taal	++	-	+
Keuzevrijheid voor inkoper	-	++	+
Hoge eis aan kennis en ervaring inkoper	+	--	+
Beschermen gespecialiseerde voorzieningen	++	--	+
Prijs	0	0	0

*) ++ is zeer gunstig; + is gunstig; 0 is neutraal; - is ongunstig; -- is zeer ongunstig

Focus op maatschappelijke effecten komt in deze marktanalyse als zeer gewenst naar voren (hoofdstuk 5). De focus op maatschappelijke effecten is voor gemeenten bij alle drie de geschetste inkoopmodellen in gelijke mate mogelijk (gunstig). In alle drie de modellen is het mogelijk om de vraag in de samenleving leidend te laten zijn. De score is hier niet 'zeer gunstig', omdat de sturing op maatschappelijke effecten (outcome) in dit jeugd domein zeker ook (nog) beperkingen kent, zoals uiteengezet is in hoofdstuk 5.

De behoefte aan partnership werd in deze marktanalyse door alle partijen benadrukt. Wat betreft de mogelijkheden hiertoe bestaan er duidelijke verschillen tussen model 1 en 2. De mogelijkheden hiertoe zijn bij model 1 aanzienlijk gunstiger dan bij model 2. Met partnership wordt hier ook gedoeld op de mogelijkheid om in gezamenlijkheid met ketenpartners te werken aan het opbouwen van zorgstructuren en om reeds goed functionerende netwerken te blijven benutten. Bij model 2 is eerder sprake van een meer afstandelijke (zakelijke) relatie en concurrentie en is de aanbieder bijvoorbeeld meer aanspreekbaar op de afgebakende dienstverlening dan op het integrale resultaat.

De jeugdzorg is nog volop in ontwikkeling. Partijen kunnen nog veel van elkaar leren. Eenheid van taal is hiervoor zeker gewenst (zie hoofdstuk 4). Ook voor sturing en bekostiging is het dan wenselijk om vergelijkbare uitgangspunten te hanteren (zie hoofdstuk 5). De mogelijkheden voor eenheid van taal verschillen sterk tussen model 1 en 2. Bij model 1 zijn de mogelijkheden daartoe zeer gunstig. Op geleide van landelijke voorstellen voor een aantal basisprincipes kunnen alle gemeenten en zorgaanbieders hier baat bij hebben. Model 2 is in dezen ongunstig, omdat hier

sprake is van volledige beleidsvrijheid en gemeenten hierin dus per definitie eigen keuzes kunnen maken.

De keuzevrijheid voor de gemeenten als inkoper is in model 2 zeer gunstig en bij model 1 ongunstig. Bij model 2 wordt concurrentie tussen zorgaanbieders in zekere zin gestimuleerd, maar het is de vraag of concurrentie in deze setting zich goed verdraagt met de noodzaak van een betere ketensamenwerking. Bij de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg (2009) werd concurrentie regelmatig genoemd als oorzaak van beperkte samenwerking in de jeugdketen. In hoofdstuk 4 worden over het belang van keuzevrijheid enkele relativerende opmerkingen gemaakt. Een gegeven is bijvoorbeeld dat om kwaliteit te kunnen bieden met betrekking tot specialistische zorg ook in een vrije markt de keuzemogelijkheden al snel beperkt kunnen zijn. Daar komt bij dat voor de cliënttevredenheid de kwaliteit van de professional steeds meer bepalend wordt gevonden dan de kwaliteit van de organisatie. Verder moet worden opgemerkt dat ook als er wordt gekozen voor model 2 er toch sprake zal moeten zijn van een overgangssituatie waarin er gelegenheid is om de meerjarige verplichtingen van provincies, zorgverzekeraars en zorgkantoren jegens zorgaanbieders af te bouwen.

Model 2 stelt hogere eisen aan de kennis en ervaring van de inkoper dan bij model 1 het geval is. Bij model 1 kan meer worden teruggevallen op het partnership. Geïnterviewde ervaringsdeskundigen achten de benodigde kennis en ervaring bij gemeenten (hoofdstuk 4) beperkt en zien dit als een serieus risico wanneer er wordt gekozen voor model 2.

Bij de marktanalyse is duidelijk geworden dat de flexibiliteit bij de aanbieders van gespecialiseerde jeugdzorg vaak beperkt is (hoofdstuk 4). Investerings in gebouwen en schaarse specialistische expertise zijn hierbij de meest kwetsbare punten. Deze zorgaanbieders kunnen daardoor bijvoorbeeld niet van het ene op het andere jaar een substantieel deel van het aanbod ombouwen. Hiervoor is langere-termijnbeleid noodzakelijk. Model 1 biedt in vergelijking tot model 2 een veel gunstiger context voor bescherming van deze kwetsbare zorgaanbieders. In feite biedt model 1 ook meer bescherming aan gemeenten zelf dan bij model 2 het geval is. Wanneer het namelijk gaat om het contracteren van kwetsbare en schaarse complexe hulp (volgens model 2) kunnen gemeenten al snel elkaars concurrenten worden, omdat het aantal voor een regio beschikbare voorzieningen al snel veel geringer is dan het aantal gemeenten.

De veronderstelling is vaak dat met contracteren een voordeliger prijs kan worden bedongen dan met subsidiëren. Bij alle drie de modellen is contracteren mogelijk bij de eenvoudiger hulpvormen. Dus hiervoor zal prijs geen onderscheidend criterium zijn. Het verschil in prijs zou dus gemaakt moeten worden bij de complexere zorgvormen (hulp met verblijf). Dit valt te betwijfelen. De inflexibiliteit door de voor deze complexere zorgvormen vereiste specifieke expertise en huisvesting is daar een belangrijke verklaring voor. Het is mede daarom bijvoorbeeld ook niet te verwachten dat er op dit complexere gebied noemenswaardige concurrentie zal ontstaan. Gegeven deze context valt niet te verwachten dat prijs in het jeugddomein een relevant discriminerend criterium zal zijn bij de vergelijking van de drie voorgestelde modellen. Om de prijs-kwaliteitverhouding te bewaken zijn andere

instrumenten beschikbaar, zoals benchmarken en dergelijke, zoals is toegelicht in hoofdstuk 6.

Overall komt model 1 als gunstiger naar voren dan model 2. Bij alle hiervoor gemaakte vergelijkingen neemt het groeimodel (model 3) een middenpositie in. Dit is ook niet verwonderlijk, omdat het een combinatie is van model 1 en 2. Het duidt er wellicht ook op dat de ongunstige scores op model 2 in de toekomst wellicht minder groot zijn, omdat met behulp van model 1 partijen aan elkaar gewend zijn geraakt; men heeft van elkaar geleerd hoe 'integrale zorg voor jeugdigen' werkt en er kan na enkele ervaringsjaren worden teruggevallen op een goed opgebouwde lokale en regionale basisstructuur. Hierdoor zou contracteren van complexere zorg tegen die tijd misschien minder risicovol kunnen worden.

8 Conclusies en aanbevelingen

De hoofdvraag voor deze marktanalyse was:

‘Leiden de nieuwe marktverhoudingen tot ongewenste situaties in de zorg voor jeugd en zo ja, welke maatregelen van de overheid zijn eventueel nodig om ongewenste situaties te voorkomen?’

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies en aanbevelingen met betrekking tot deze hoofdvraag samengevat.

8.1 Conclusies

(1) Inhoudelijke consensus

Er is een brede consensus tussen partijen over de inhoudelijk beoogde doelen met de transitie. De opvatting is dat door bundeling van budgetten de beoogde integrale aanpak beter mogelijk is en dat door deze budgetten onder te brengen bij gemeenten het zorgdomein beter kan worden verbonden met algemene voorzieningen en leefdomeinen.

(2) Sturen op outcome en partnership

Sturen op outcome/maatschappelijke effecten wordt door alle partijen een belangrijk uitgangspunt gevonden. Partijen noemen dit als het ware in één adem met het belang van partnership in het jeugddomein. Echter, meten van outcome kent zeker in het jeugddomein vooralsnog knelpunten en om bepaalde maatschappelijke effecten te realiseren zijn vaak meerdere jaren nodig. Met andere woorden: outcome-meting is thans nog te onduidelijk en ongevoelig om uitsluitend hierop sturing en verantwoording te baseren. Er moet rekening mee worden gehouden dat er al snel behoefte is aan verdere onderbouwing op basis van informatie over throughput en output.

(3) Risico's en knelpunten

Waar het gaat om de bestuurlijke en organisatorische vormgeving wordt door partijen een aantal risico's en knelpunten gesignaleerd. De belangrijkste thema's hierbij zijn:

- Er is beperkte kennis en ervaring bij gemeenten over de jeugdzorg.
- Jeugdzorg is volop in ontwikkeling. Hierdoor zijn er (nog) geen kant-en-klare oplossingen.
- De schaalgrootte van de meeste gemeenten is te beperkt voor het inkopen van zorg.
- Gebrek aan bestuurlijke continuïteit wordt vooral gezien als knelpunt op het niveau van gemeenten.
- Bezuinigingen worden gezien als een risico voor de voorgenomen transitie.
- Er is diversiteit tussen gemeenten ontstaan, hetgeen leren van elkaar bemoeilijkt.
- Gespecialiseerde jeugdzorg is minder flexibel en daardoor kwetsbaar bij inkopen.
- Bij 18-plussers ontstaan voor jeugd-GGZ en jeugd-LVG nieuwe schotten.

(4) Subsidiëren en contracteren

Subsidiëren en contracteren zijn twee basisinstrumenten voor inkopen. Bij (privaatrechtelijke) contracten gaan partijen een wederkerige relatie aan. De ene partij levert een dienst waar de andere partij een betaling tegenover stelt. Bij (publiekrechtelijke) subsidies vindt bekostiging van activiteiten plaats door een bestuursorgaan die door een partij (al) worden ontplooid. Bij een contract is sprake van een juridisch afdwingbare prestatieplicht, maar bij een subsidie kan ook geld worden teruggehaald bij onvolledige of onjuiste besteding. Bij contracten is er meer keuzevrijheid voor de inkopers dan bij subsidies. De keuzevrijheid voor gemeenten zal echter, vanwege de noodzaak van kwaliteitsborging, zeker bij complexe zorg, relatief beperkt zijn. Contracteren biedt meer prikkels voor verbetering van zorg, echter, er zijn verschillende andere instrumenten waarmee dit doel eveneens kan worden bereikt, zoals prestatiebesturing, benchmarking, klanttevredenheidsonderzoek, innovatiebudgetten en persoonsvolgende budgetten.

(5) Subsidieplicht haalbaar

Subsidiëren is Europees rechtelijk houdbaar. Jeugdzorg is geen beleidsterrein dat op Europees niveau harmonisatiewetgeving kent. Dit betekent dat het subsidiariteitsbeginsel geldt en dat Nederland in principe het beleidsterrein kan inrichten naar eigen inzicht. Het mededingingsrecht is een Europees rechtsgebied dat wat betreft bevoegdheden wel is voorbehouden aan de Europese Unie. Staatssteunrecht is hiervan een belangrijk onderdeel. Zo er in de jeugdzorg al sprake zou zijn van 'verboden' staatssteun, kan dit worden voorkomen door de jeugdzorg aan te merken als een Dienst van Algemeen Economisch Belang (DAEB).

Dus Nederland kan desgewenst voor de gehele jeugdzorg of delen daarvan een subsidieplicht instellen. De vraag of er al dan niet sprake is van een markt is hierbij verder niet relevant. Dit is een vraag van andere orde. Een subsidieplicht kan wel remmend werken op marktontwikkeling, maar dat hoeft in de onderhavige situatie geen nadeel te zijn.

8.2 Aanbevelingen

(1) Sturing en bekostiging

Bij voorkeur wordt er door gemeenten gewerkt met integrale prijzen voor cliënttrajecten (personeelsvolgende budgetten) en wordt er gestuurd op outcome. Gezien de hiervoor nog geldende beperkingen wordt als houvast en mogelijkheden om van elkaar te leren (benchmarken) aanbevolen om landelijk richtlijnen aan te reiken op het gebied van:

- kwaliteitseisen instellingen (bijvoorbeeld certificering);
- kwaliteitseisen professionals (opleidingsniveau, ervaring en registratie);
- eenvoudig systeem voor ordening bekostigingseenheden (contacturen en verblijfsdagen als bouwstenen) dat bruikbaar is voor de verschillende compartimenten;
- jaarlijks richtprijzen vaststellen voor onderscheiden soorten van contacturen en verblijfsdagen (met benchmarkgegevens). Mede op basis hiervan kunnen

gemeenten en zorgaanbieders onderling zelf prijzen vaststellen voor modules en trajecten;

- universele prestatie-indicatoren (bruikbaar in de verschillende compartimenten);
- model subsidieverordening (VNG).

(2) Samenwerking gemeenten

Om het vraagstuk van de schaalgrootte bij de transitie jeugdzorg op te lossen is samenwerking tussen gemeenten noodzakelijk. Het kan bij deze samenwerking variëren tussen het alleen gezamenlijk (technisch) inkopen van gespecialiseerde zorg tot het voeren van integraal beleid op basis waarvan alle zorgvormen gezamenlijk worden ingekocht. Men kan de kosten verdelen naar rato van het verdeelmodel (solidariteitsprincipe) of naar rato van het feitelijke gebruik per gemeente. Afhankelijk van de keuzes die hierin worden gemaakt wordt het een samenwerking waarin men zich gezamenlijk verantwoordelijk voelt voor het totaal (solidariteit) of een samenwerking waarin toch voortdurend het risico bestaat van afschuiven van lichtere hulp (van individuele gemeenten) naar zwaardere hulp (van samenwerkende gemeenten). Aanbevolen wordt om te kiezen voor een samenwerking tussen gemeenten met zowel een gezamenlijk beleid als een gezamenlijke inkoop op alle deelgebieden van het jeugddomein. Dit correspondeert met de aanpak die door gemeenten bijvoorbeeld al jaren wordt gehanteerd voor het inkopen van jeugdgezondheidszorg (4-19-jarigen). Eenvoudiger samenwerkingsvormen leveren al snel problemen op qua verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

(3) Samenwerking zorgaanbieders

Hoe de markt van zorgaanbieders zich verder zal ontwikkelen is niet precies bekend. Dit zal mede afhangen van hoe het wettelijk kader zorg voor jeugd er komt uit te zien en hoe de opstelling van gemeenten zal worden. Wanneer het gaat om samenwerking tussen zorgaanbieders lijkt het in het belang van de cliënt eerder wenselijk om te zoeken naar regionale samenwerkingsvormen (of fusie) van zorgaanbieders van verschillende deelsectoren dan naar samenwerkingsvormen (of fusie) van zorgaanbieders binnen dezelfde deelsectoren. De eerste samenwerkingsvorm kan meer bijdragen aan het garanderen van een integraal jeugdzorgpakket dan de tweede samenwerkingsvorm. Samenwerking (of fusie) binnen dezelfde deelsectoren zal voor deze organisaties voorts veelal grotere werkgebieden betekenen, met als risico een grotere afstand tot het gemeentelijke domein. Als jeugdzorgaanbieders worden aangemerkt als ondernemingen, zullen verdergaande vormen van samenwerking (of fusie) uiteraard altijd mededingingsrechtelijk worden getoetst door de NMa.

Wat betreft de samenwerkingsvorm wordt in het kader van trajectfinanciering bijvoorbeeld gedacht aan een constructie per regio van één hoofdaannemer met verschillende onderaannemers. Een alternatieve vorm voor de constructie hoofdaannemer – onderaannemers zou bijvoorbeeld kunnen zijn het vormen van een (regionaal werkende) bedrijfscoöperatie van zorgaanbieders vanuit de verschillende deelsectoren. Gemeenten kopen dan niet in bij een hoofdaannemer maar bij de gezamenlijke coöperatie.

(4) Inkoopmodellen bij transitie

Voor de compartimenten 0 tot en met 2 wordt ervan uitgegaan dat voor deze voorzieningen de (voornamelijk) reeds bestaande subsidierelaties met gemeenten blijven bestaan. AMK, jeugdbescherming en jeugdreclassering (uit het derde compartiment) kunnen worden beschouwd als typische overheidstaken. Ook hiervoor is een subsidieregeling het meest voor de hand liggend. Voor de overige onderdelen van jeugdzorg uit het derde compartiment die worden gedecentraliseerd, namelijk jeugd- en opvoedhulp, jeugdzorgPlus, jeugd-GGZ en jeugd-LVG, zijn drie inkoopmodellen met elkaar vergeleken, te weten:

- Model 1: subsidieplicht voor complexere hulp (hulp met verblijf) en subsidiëren of contracteren voor andere (eenvoudiger) hulp;
- Model 2: geen subsidieplicht, contracteren als basisvorm en subsidiëren kan;
- Model 3: groeimodel met in beginfase model 1 en daarna eventueel model 2.

Model 1 doet het meest recht aan de bestaande situatie in de jeugdzorg en is Europees rechtelijk houdbaar. Dit model is ook in lijn met de meest gangbare manier van inkopen bij gemeenten in de meer preventieve compartimenten (0 tot en met 2). Model 2 wordt niet aanbevolen, want is een erg grote stap. Het betekent namelijk tegelijkertijd én overdracht van middelen uit verschillende domeinen naar gemeenten én implementatie van een heel ander inkoopregime waarmee geen enkele partij echt vertrouwd is. Wanneer de voorkeur zou uitgaan naar model 2, wordt aanbevolen om te kiezen voor het groeimodel (model 3), waarbij model 2 meer wordt gezien als een toekomstperspectief waartoe na evaluatie eventueel later (bijvoorbeeld na vijf jaar) kan worden besloten. Dus nadat partijen aan elkaar gewend zijn geraakt in het nieuwe stelsel en de gewenste zorgstructuur meer is uitgekristalliseerd.

9 Geraadpleegde documenten

Afsprakenkader Minister voor Jeugd en Gezin en IPO over de aanpak en de financiering van de jeugdzorg in 2010 en 2011. Den Haag, 2009

Baecke, JAH ea. Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg: eindrapport. BMC, Amersfoort 2009

Baecke JAH. Sturing en bekostiging in de jeugdzorg. Jeugdbeleid 1 (2009) 3-9

Besluit van 16 juli 2005, houdende regels betreffende de procedures voor het gunnen van overheidsopdrachten voor werken, leveringen en diensten (Besluit aanbestedingsregels voor overheidsopdrachten)

Bestuursakkoord 2011-2015. Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Interprovinciaal Overleg, Unie van Waterschappen en Rijk, Den Haag 2011

Bogaart, A, A Slabbertje & L. Wolswinkel. Marktwerking in de jeugdzorg: onderzoek naar de mogelijkheden voor marktwerking in de jeugdzorg in Noord-Holland. DSP, Amsterdam 2008

Bouman S & R Popma. Keten en kartel: onderzoek naar het kartelverbod in ketenzorg. Frieslab, Leeuwarden 2010

Europese Commissie. Evaluation Report, Impact and Effectiveness of EU Public Procurement Legislation. SEC(2011) 853, Brussel 27.6.2011.

Europese Commissie. Guide to the application of the European Union rules on state aid, public procurement and the internal market to services of general economic interest, and in particular to social services of general interest. SEC(2010) 1545. 7.12.2010.

Ministerie van VWS. Voortgangsbrief jeugdzorg. Brief Tweede Kamer, Den Haag 2011

Ministerie van VWS & Ministerie Veiligheid en Justitie. Stelselwijziging zorg voor jeugd. Brief Tweede Kamer, Den Haag 2011

Nederlandse Mededingingsautoriteit. Richtsnoeren voor de Zorgsector. Maart 2010.

Ouden, W den, Jacobs, MJ & Verheij, N. Subsidierecht. Kluwer, Deventer 2004

Prenen, ECL. Subsidietendering. In: Gemeentestem 2009. 72320. 25 juli 2009.

Prestatie-indicatoren Jeugdzorg. IPO, Den Haag 2006

Rijnkels, H, Jansen A, Robbe, THG, Alkemade, J van, Grinsven, S van. Sturen van Welzijn. Movisie, Utrecht, 2010

Robbe, THG. Bestuurlijk aanbesteden: waar komt het vandaan, mag het, wat is het en waar gaat het heen? Robbe & Partners, Nieuwegein 2011

Robbe, THG. Uitzonderingen Aanbestedingsrecht Klassieke Overheden. Berghauser Pont, Amsterdam 2009

Richtlijn 2004/18/EG van het Europees Parlement en de Raad van de Europese Unie van 31 maart 2004 betreffende de coördinatie van de procedures voor het plaatsen van overheidsopdrachten voor werken, leveringen en diensten (Pb L 134)

Richtlijn 2006/123/EG van het Europees Parlement en de Raad van 12 december 2006 betreffende diensten op de interne markt (Pb L 376)

Risico's en maatregelen bij decentralisatie van extramurale begeleiding. Deloitte, 2011

Stam, PM & PPJ Doodkorte. Van denken naar doen: opvoeden versterken in de praktijk. BMC, Amersfoort 2011

Verdrag betreffende de Europese Unie en het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (Pb C 83 van 30.3.2010)

Verslag van consultatierondes met zorgaanbieders, gemeenten en cliënt- en patiëntorganisaties over aandachtspunten ten aanzien van specifieke doelgroepen bij de transitie van de jeugdzorg. Deloitte, 2011

Vrijheid en verantwoordelijkheid. Regeerakkoord VVD-CDA, Den Haag 2010

Afsprakenkader Jeugdzorg 2010-2011. Eindrapport Visitatiecommissie. IPO, Den Haag 2011

WET van 4 juni 1992, Stb. 1992, 315, houdende algemene regels van bestuursrecht (Algemene wet bestuursrecht). Laatste tekstplaatsing: Stb. 1998, 1. Inwerkingtreding: 1 januari 1994 (Stb. 1993, 693).

WET van 22 april 2004, houdende regeling van de aanspraak op, de toegang tot en de bekostiging van jeugdzorg (Wet op de jeugdzorg)

Yperen TA van & PM Stam. Opvoeden versterken. VNG, Den Haag 2010

Yperen T van & A van Woudenberg. Werk in uitvoering: bouwen aan het nieuwe jeugdstelsel. NJi, Utrecht 2011

Bijlage

Ervaringsdeskundigen

Deelnemers interviews / feedbackbijeenkomst

Provincies

Peter	Voerman	Drenthe
Alice	van Unen	Fryslân
Geeske	Walsma	Fryslân
John	Stevens	Gelderland
Hein	van Veluwen	Overijssel
Tjitte	van den Buys	Zeeland
Christine	Pollman	Stadsregio Amsterdam
Frank	de Graaff	Stadsregio Amsterdam
Wim	Hoven	Noord-Brabant
Erik	Tenneij	Noord-Brabant

Zorgverzekeraars / zorgkantoren

Peter	van den Hoek	Agis
Joop	Jaspers	Uvit
Jelke	Sloterdijk	Achmea/De Friesland
Nicole	Smeets	CZ

Zorgaanbieders

Peter	Kouwenberg	William Schrikker Groep
Gerard	Teunissen	Jarabee
Fred	Venus	Stichting Jeugdformaat
Matthieu	Goedhart	Mutsaersstichting
Dirk	Verstegen	VOBC/LVG
Frank	Bluiminck	Actiz
Egbert	Reijnen	Leo Kannerhuis

Gemeenten

Alice	van den Nieuwboer	Enschede
Erik	Dannenberg	Zwolle
Annelies	Schutte	VNG
Wim	Hoddenbagh	VNG

Landelijk

Marianne	van der Laar	LCFJ
Jan	Telgen	Universiteit Twente
Anno	van der Veen	Ministerie van VWS
Karen	Jedema	Ministerie van Financiën

Smallepad 34
3811 MG Amersfoort

POSTADRES
Postbus 490
3800 AL Amersfoort

TELEFOON
033-496 52 00

INTERNET
www.bmc.nl

