Nota solidariteit
transities Wmo en Jeugd

risicodeling tussen gemeenten in de regio Rivierenland

versie 13 mei 2014

Inhoudsopgave

1 Context....4
2 Modellen voor risicoverdeling....6
3 Risicoprofiel per zorgproduct....8
4 Koppeling risicoprofiel en modellen....9
5 Gevolgen van de keuzes....11
6 Beslispunten....13

Bijlagen:

Bijlage 1 Nadere toelichting modellen risicodeling

Bijlage 2 Relevantie risicodeling per zorgproduct

Bijlage 3 Werkplanning risicodeling

Bijlage 4 Toelichting/definities zorgproducten met een hoog risicoprofiel

Samenvatting

In de regio Rivierenland werken de 10 gemeenten op verschillende terreinen samen. Zo ook binnen de aanbestedings-, inkoop- en subsidietrajecten rond de nieuwe taken Wmo en Jeugdzorg. Deze nota is opgesteld om de financiële kwetsbaarheid van de 10 relatief kleine Rivierenlandse gemeenten te beperken.

De nota schetst waarom de gemeenten in de regio willen samenwerken. Een vraagstuk binnen de samenwerking is het delen van risico's. We onderscheiden hierbij financiële risico's (grote financiële schommelingen, budgetoverschrijdingen) en risico's op de beschikbaarheid van zorgcapaciteit (wachtlijsten).

Met de nota wordt voorgesteld de risicodeling te beperken tot enkele specialistische voorzieningen die onvoorspelbaar zijn, zeer kostbaar zijn, weinig voorkomen of een sterk fluctuerende frequentie hebben. Deze zorgproducten hebben hierdoor een hoog risicoprofiel. Hoe hoger het risico, hoe hoger de relevantie voor risicodeling. Voor alle andere voorzieningen is het voorstel geen risicodeling te laten plaatsvinden. De gemeenten zijn voor die producten individueel verantwoordelijk voor de zorgkosten, voor de beschikbaarheid van de zorg en de beheersing van de wachtlijsten.

Er zijn verschillende solidariteitsmodellen beschikbaar, met een verschillende mate van risicodeling. De modellen scoren verschillend op de criteria: haalbaar, helder, simpel en begrijpelijk. Ook kennen de modellen onderscheidende voor- en nadelen. Gelet op de criteria wordt gekozen voor een bewuste mix. Met deze nota deelt het college de modellen met de gemeenteraad en geeft het volgende advies:
1. kies voor de korte termijn: 2015 en 2016
a) voor een beperkt aantal zorgproducten met een hoog risicoprofiel:
- het waarborgmodel: volledige risicodeling;
- op basis van een nader te bepalen verdeelsleutel voor de kosten: inwonersaantal, al dan niet gewogen bijvoorbeeld naar rato van het aantal jeugdigen;
- Maak na deze periode een heroverweging: op basis van een evaluatie;
- Betrek in deze heroverweging expliciet de overstap naar een model dat het werkelijk gebruik meeweegt in de verdeelsleutel.

b) voor de overige zorgproducten met een minder hoog risicoprofiel:
- het verrekeningsmodel op basis van het woonplaatsbeginsel, zonder risicodeling.

Voor de eerste twee jaar is de combinatie van het waarborgmodel en het verrekeningsmodel een verantwoorde keuze. Het waarborgmodel is een haalbaar, helder, simpel en begrijpelijk systeem. De nadelen van het systeem zijn de eerste twee jaar gering. Na twee jaar hebben de gemeenten beter zicht op de basisinformatie en data die nodig zijn voor een verdeelsleutel waarvan het werkelijk gebruik een onderdeel uitmaakt (gemiddeld historisch gebruik).

Op basis van de huidig bekende gegevens zijn er vooralsnog vijf producten die een hoog risicoprofiel hebben, namelijk:
- voor Jeugdzorg: residentiële zorg, 24 uurs crisisopvang, spoedeisende zorg en jeugdzorg plus;
- voor AWBZ/Wmo: crisisdienst.

De komende weken doen we een verdere data-analyse. Na deze analyse vindt de definitieve selectie van de producten met een hoog risicoprofiel plaats.
Met onderlinge solidariteit kunnen de Rivierenlandse gemeenten onverwachte financiële tegenvallers opvangen en de beschikbaarheid van zorg beter waarborgen.

1 Context

De 10 Rivierenlandse gemeenten werken nauw samen in de voorbereiding van het nieuwe stelsel. In de Contourennota de samenredzame samenleving en het Beleidskader sturing, bekostiging en inkoop formuleerden zij een gedeelde visie en gaven gezamenlijke ambities vorm, waaruit sturing gegeven wordt aan de jeugdzorg en Wmo-begeleiding.

De 10 Rivierenlandse gemeenten werken regionaal samen om de volgende redenen:
- Het is een wettelijke verplichting. In de Jeugdwet en de concept-Wmo staat dat gemeenten op regionaal niveau moeten samenwerken. De mate waarin samengewerkt wordt, staat vrij. Deze samenwerking geldt in ieder geval voor:
  - een aantal jeugdzorgtaken, zoals de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen, jeugdreclassering en specialistische jeugdhulp; en voor
  - individuele zorgarrangementen die worden overgeheveld vanuit de AWBZ.
- Het huidige aanbod is sterk regionaal georganiseerd;
- Het is vanuit de inhoud nodig om regionaal te organiseren:
  - sommige behandelspecialismen zijn schaars (specialisten, Jeugdzorg Plus)
  - continue bereikbaarheid en beschikbaarheid zijn soms nodig (Kindertelefoon, pleegzorg)
- Het biedt kansen om slim te ondernemen en het rendement per zorgeuro te vergroten:
  - bundelen van activiteiten;
  - voorkomen van overlap;
  - minder kosten voor het systeem door uniformeren procedures
- Het geeft kansen voor kostenvoordelen:
  - sterkere inkooppositie;
  - gezamenlijk in stand houden van specialismen aan de vraagkant (bv contractering);
  - voor sommige doelgroepen met kleine aantallen en frequentie per gemeente;
  - mogelijkheid van risico- en kostenverevening bij dure behandelingen.

Met het Beleidskader sturing, bekostiging en inkoop besloten de regiogemeenten met dezelfde inkoop- en bekostigingsmodellen te werken. Ook besloten de gemeenten daarin welke producten Jeugdzorg en Wmo zij regionaal wensen in te kopen. Daar waar regionale inkoop geldt, maken de 10 gemeenten uniforme afspraken met zorgaanbieders over kwaliteit en prijs. Volume-afspraken kunnen afwijken per gemeente. Het inkoopproces doorlopen de gemeenten regionaal. Contracteren gebeurt per gemeente. Gemeenten blijven zelf verantwoordelijk voor de keuze wanneer zij het aanbod inzetten en voor de afrekening.

Deze nota gaat in op het verdeelvraagstuk tussen gemeenten, de zogenaamde risicoverevening en de verdeling van beschikbare hulp.

Opdracht

Met het Beleidskader sturing, bekostiging en inkoop geeft de gemeenteraad het college de volgende opdracht:
- samen met de andere Rivierenlandse gemeenten onderzoek te doen gericht op:
  het komen tot een solidariteitsmodel waarbij de risico's voor de individuele gemeenten afnemen, maar waarbij wel voldoende prikkels zijn ingebouwd voor individuele gemeenten om afwenteling op andere gemeenten te voorkomen.
- een voorstel hiertoe in juni 2014 voor te leggen aan de gemeenteraad.

Met deze nota deelt het college de modellen van risicodeling met de gemeenteraad en verzoekt de raad een principe uitspraak te doen. Deze principe-uitspraak geldt als kader voor de verdere uitwerking.

Definitie solidariteit

Verdelen financiële risico's
Een individuele gemeente kan grote financiële risico's lopen op onverwachte dure hulpverlening. Risico's kunnen ontstaan doordat sprake is van een fluctuerende vraag naar ondersteuning, waardoor kosten in een jaar veel hoger kunnen uitvallen dan gebudgetteerd. Dit betreffen voornamelijk de typen ondersteuning met een hoge prijs en relatief laag volume. Vooral voor kleinere gemeenten is de

fluctuatie van volume in deze gevallen een reëel financieel risico. Gemeenten kunnen ervoor kiezen deze risico's te delen.

voordelen van risico delen:
- Door een aantal risico's samen te dragen met de regiogemeenten neemt het risico voor iedere individuele gemeente af;
- Mogelijkheid om samen financiële tegenvallers op te vangen, die ontstaan door schommelingen in het gebruik van (exclusieve en dus dure) zorg.
- Mogelijkheid om te voorkomen dat gedurende een jaar de begroting wordt overschreden;
- Regelt voor de cliënt dat de benodigde zorg altijd ingezet kan worden, ongeacht de financiële positie van de gemeente.

Verdelen beschikbare hulp
Naast het samen dragen van financiële risico's, kunnen gemeenten ook afspraken maken over solidariteit in het gebruik van beschikbare hulp. Dit kan bijvoorbeeld meerwaarde hebben in het geval van zorg met verblijf in een tehuis of instelling. Gemeenten kunnen ervoor kiezen ingekochte plekken, beschikbaar te stellen aan andere regiogemeenten. De vraag is wat we doen in de situatie dat de ene regiogemeente onverwacht een plek tekort komt, terwijl de andere regiogemeente deze nog beschikbaar heeft. Komt de betreffende cliënt dan op de wachtlijst, terwijl er regionaal plek is? Solidariteit houdt in dit geval in, dat ingekochte plekken door de individuele gemeenten beschikbaar worden gesteld aan inwoners van andere gemeenten.

Voordelen van het delen van beschikbare hulp:
- Snelle hulp en vermindering van wachtlijsten;
- Efficiënt gebruik van beschikbare hulp en daarmee meer rendement per zorgeuro.

Afwentelen van kosten voorkomen
Het delen van financiële risico's en beschikbare hulp kent een keerzijde: het afwentelen van kosten op een andere gemeente. De individuele gemeenten hebben met de transities de opgaaf om lokaal te investeren in: het nieuwe stelsel, een andere manier van werken en de instandhouding van basisvoorzieningen, om zo de doorstroom naar tweedelijns zorg te verminderen. Als er in de gemeenten op lokaal niveau andere keuzes worden gemaakt of er niet goed wordt gestuurd, kan dat een groter beroep op de tweedelijns zorg tot gevolg hebben. In een situatie van risico delen van tweedelijns zorg, kunnen andere gemeenten daardoor voor hogere kosten komen te staan. Ook bij het delen van beschikbare hulp, kan afwenteling plaatsvinden. Gemeenten kunnen een prikkel ervaren om voorzichtig in te kopen, omdat er een gezamenlijk vangnet is. Bij de keuzes rond solidariteit moet rekening worden gehouden met de mate waarin ruimte is voor afwenteling.

Gelet op het bovenstaande zijn bij de vormgeving van solidariteit drie componenten van belang:
1. Financiële solidariteit: kostenbeheersing, spreiding financiële risico's van individuele gemeenten;
2. Afspraken over het samen efficiënt gebruiken van de beschikbare hulp;
3. Afspraken/prikkels voor iedere individuele gemeenten om afwenteling op dure zorg te voorkomen.

2 Modellen voor risicoverdeling

Voor het verdelen van risico's, zijn verschillende vormen denkbaar. We onderscheiden daarin twee grondbeginselen: solidariteit en profijt. Het solidariteitsbeginsel houdt in dat alle ondersteuningskosten over alle inwoners van de deelnemende gemeenten worden verdeeld, ongeacht het werkelijke zorggebruik. Het andere uiterste is het profijtbeginsel. Hierbij worden de ondersteuningskosten betaald door de gemeente waaruit de gebruiker komt, conform het woonplaatsbeginsel. Hiertussen zijn verschillende varianten mogelijk. In deze nota onderscheiden we drie hoofdmodellen en een bewuste mix:

1. Waarborgmodel, gebaseerd op het solidariteitsbeginsel;
2. Vlaktax model, combinatie van het solidariteits- en profijtbeginsel;
3. Verrekeningsmodel, gebaseerd op het profijtbeginsel;
4. Bewuste mix van verschillende modellen, bijvoorbeeld verschillende modellen voor verschillende producten.

Volledige risicodeling ← Risicodeling → Geen risicodeling

Waarborgmodel

Solidariteitsbeginsel; kosten samen delen
Alle ondersteunings-kosten worden over alle inwoners van de gemeenten verdeeld
Ongeacht het werkelijke gebruik
(Gewogen) aantal inwoners bepaalt de bijdrage
Opvangen fluctuaties
Waarborgen zorgcontinuïteit
Eenduidige normstelling voor de deelnemende gemeenten
Beperkt prikkel om kosten te beperken
Afwenteling naar zwaardere vormen van ondersteuning

Randvoorwaarden:
Goede onderlinge relatie / vertrouwen
Uniformering beleid en methodiek van de toegang tot gezamenlijk bekostigde ondersteuning

Vlaktaxmodel

Combinatie van solidariteit- en profijtbeginsel
Gemeenten delen risico's
Gemiddeld gebruik in het verleden bepaalt de bijdrage voor de toekomst
Spreiding van fluctuaties over meerdere jaren
Gebruiker heeft als het ware uitstel van betaling van financiële uitschieters.
De gemeente heeft de tijd zich budgettair voor te bereiden.
Brengt een hoge administratieve kostenpost met zich mee

Randvoorwaarden:
Uniform inzicht in historisch gebruik
Vooraf duidelijke afspraken over de berekening van de bijdrage, wat te doen bij overschrijding van het budget, e.d.

Verrekeringsmodel

Profijtbeginsel:
degene die profiteert, betaalt
Alle ondersteunings-kosten worden betaald door de gemeente waar de gebruiker woont.
Woonplaatsbeginsel is van toepassing.
Geen risicodeling
Grote prikkel om kosten te beperken
Geringe onderlinge afhankelijk van lokale inzet / kwaliteit
Individuele (kleinere) gemeenten lopen grotere financiële risico's

Een nadere toelichting op de modellen en de voor- en nadelen zijn opgenomen bijlage 1.

Gemeenten kunnen ook kiezen voor ‘een bewuste mix’, waarbij meerdere modellen naast elkaar kunnen worden ingezet. Dit geeft de mogelijkheid tot differentiatie; het best passende model kan bijvoorbeeld worden gekozen per functie of per transitie.

Gezien de grote diversiteit van de producten die straks door de gemeenten worden geleverd, biedt de keuze voor ‘een bewuste mix’ de beste mogelijkheid tot maatwerk. Per product wordt bezien welk model het best past.

<u>Beslispunt 1:</u>
Voor het model van risicodeling kiezen voor ‘een bewuste mix’, zodat per zorgproduct het meest passende model kan worden toegepast.

3 Risicoprofiel per zorgproduct

Voor het verdeelvraagstuk is het van belang een inschatting te maken waar de risico's voor de Rivierenlandse gemeenten liggen. De nieuwe taken Wmo en Jeugdzorg kennen een grote diversiteit aan producten. Het risico varieert per product. Hoe hoger het risico, hoe hoger de relevantie voor risicodeling. De afweging op welke producten risicodeling relevant is, dient zoveel mogelijk geobjectiveerd te worden. Daarom zijn 3 parameters (karakteristieken van het product) gebruikt, die bepalend zijn voor de mate van risico c.q. het risicoprofiel:

- Voorspelbaarheid: de mate waarin het gebruik van het zorgproduct kan worden voorspeld;
- Kostbaarheid: de kosten die gemoeid zijn met de aanspraak op het zorgproduct.
- Frequentie: het gebruik van een zorgproduct in aantallen; het volume.

Producten die onvoorspelbaar zijn, duur zijn en een laag en/of sterk fluctuerende frequentie hebben, kennen het meeste risico. Voor de selectie zijn we uitgegaan van de volgende kenmerken:

1. Onvoorspelbaar: kwalitatieve inschatting van voorspelbaarheid van het zorggebruik naar de aard van het zorgproduct;
2. Kostbaar: als de kosten per product boven de € 50.000,- per jaar uitkomen of relatief duur zijn in verband met beschikbaarheid; bijvoorbeeld hoog specialistisch en hoge kostprijs in verband met gebouwlasten bij een intramurale setting.
3. Lage of sterk fluctuerende frequentie: een aantal van 100 personen of minder voor de hele regio per jaar. Het zorggebruik is laag of kan over verschillende jaren sterk fluctueren

Als voor een zorgproduct deze kenmerken van toepassing zijn, spreken we van een hoog risicoprofiel. Een hoog risicoprofiel heeft niet alleen effect op het financiële risico, maar ook op het inhoudelijke risico. Onzekere, dure zorg met een sterk fluctuerende vraag heeft negatieve consequenties voor de (beheersbaarheid van de) financiën. Het betekent echter ook een kwalitatief risico voor de cliënt. De zorgcapaciteit moet beschikbaar zijn, terwijl deze niet goed is in te schatten. De projectgroep Wmo/Jeugdzorg scoorde alle nieuwe zorgproducten op de genoemde kenmerken. De uitkomsten zijn opgenomen in bijlage 2 Het hoge risicoprofiel blijkt met name van toepassing op zeer specialistische, maar ook urgente zorg. Juist bij deze zorg kan het ontstaan van wachtlijsten, kwalitatieve risico's hebben.

Als we de nieuwe taken Wmo en jeugdzorg toetsen aan deze drie kenmerken, hebben de volgende producten een hoog risicoprofiel:

- voor Jeugdzorg: residentiële zorg, 24-uurs crisisopvang, spoedeisende zorg en jeugdzorg plus;
- voor AWBZ/Wmo: crisisdienst.

Het scoren gebeurde op basis van de huidige gegevens. Nog niet alle basisgegevens over budgetten kosten en zorggebruik zijn echter beschikbaar. In een later stadium (zie het stappenplan in bijlage 3) vindt verdere data-analyse plaats, op grond waarvan de zorgproducten kunnen worden gescoord op het risicoprofiel. Met de huidige onderbouwing gaan we uit van risicodeling op de zorgproducten: residentiële zorg, spoedeisende crisiszorg, jeugdzorg plus en de crisisdienst. In bijlage 4 staan de zorgproducten met een hoog risicoprofiel omschreven.

<u>Beslispunt 2:</u>
Een hoog risicoprofiel toekennen aan zorgproducten met als kenmerken: hoge mate van onvoorspelbaarheid, hoge kosten en lage en/of sterk fluctuerende frequentie.

4 Koppeling risicoprofiel en modellen

Hoe hoger het risico, hoe hoger de relevantie om risico's te delen op financieel vlak en op het beschikbaar hebben van zorg. Voor de zorgproducten met een hoog risicoprofiel, is het daarom verantwoord te kiezen voor risicodeling. Voor de andere zorgproducten heeft risicodeling minder of geen toegevoegde waarde. Als we dit vertalen naar de modellen, dan kunnen we de volgende verbinding maken:

- waarborgmodel en vlaktaxmodel zijn passend voor zorgproducten met een hoog risicoprofiel;
- verrekeningsmodel is passend voor zorgproducten met een laag risicoprofiel.

Risicodeling hoeft niet alleen tussen gemeenten plaats te vinden. Gemeenten kunnen ervoor kiezen risico's ook te delen met of over te dragen aan zorgaanbieders en/of de branche. Zo kunnen afspraken worden gemaakt, dat zorgaanbieders samen bijdragen aan het oplossen van wachtlijsten door onderlinge uitwisseling van plekken. Ook kan de inkoop van plekken plaatsvinden met een bandbreedte, waarbinnen schommeling in het zorggebruik kunnen worden opgevangen.

Beslispunt 3:
Voor zorgproducten met een hoog risicoprofiel kiezen voor:

- het delen van financiële risico's én beschikbare capaciteit tussen de 10 Rivierenlandse gemeenten.
- aanvullend afspraken maken met de betreffende zorgaanbieders over een bandbreedte in de in te kopen plekken en over onderlinge uitwisseling van plekken tussen zorgaanbieders.

Voor de overige zorgproducten kiezen voor:

- het verrekeningsmodel op basis van het woonplaatsbeginsel, zonder risicodeling

De gemeenten in regio Rivierenland kiezen hiermee alleen risico's te delen op de zorgproducten die onvoorspelbaar zijn, duur zijn en een lage of sterk fluctuerende frequentie hebben: de residentiële zorg, spoedeisende crisiszorg, jeugdzorg plus en crisisdienst. Voor deze zorgproducten moet een nadere keuze worden gemaakt tussen het waarborg- of vlaktaxmodel. Om deze keuze te kunnen maken, is van belang in hoeverre de modellen voldoen aan de criteria: haalbaar, helder, simpel en begrijpelijk. Ook de voor- en nadelen van de twee modellen moeten tegen elkaar worden afgewogen.

Het is noodzakelijk dat de basisinformatie en data voor het berekenen van de kosten voor alle deelnemers eenduidig, beschikbaar en navolgbaar zijn. Er moeten vooraf heldere afspraken zijn over de verantwoording. De kostenverdeling die daaruit volgt, moet voor iedereen logisch zijn. De transities moeten gereed zijn op 1 januari 2015. Wat we besluiten, moet vanuit dit gegeven haalbaar zijn. Onder haalbaarheid verstaan we in deze nota:

- de voorwaarden om het besluit op een kwalitatief goede manier uit te voeren, in termen van beschikbaarheid van kennis, ervaring, gegevens, e.d.;
- de energie die in de uitvoering moet worden gestoken, in termen van tijd, geld en mankracht.

Als we de twee modellen vergelijken op de criteria haalbaar, helder, simpel en begrijpelijk dan scoort het waarborgmodel beter dan het vlaktaxmodel.

- Het vlaktaxmodel kent een hogere complexiteit, die meer van de randvoorwaarden vraagt. Voor dit model is goede inzage in het gemiddelde historisch, huidige en toekomstige zorggebruik én risicofactoren per gemeente nodig. De gemeenten hebben nu nog onvoldoende zicht hierop.
- Het waarborgmodel is eenvoudiger. De bijdrage die elke gemeente levert, is immers niet gekoppeld aan het feitelijke gebruik. Gemeenten leveren een bijdrage naar inwoneraantal. Indien gewenst volgens een gewogen bijdrage, bijvoorbeeld naar rato van het aantal jeugdigen in de gemeente.
- Door de complexiteit brengt het vlaktaxmodel veelal hogere administratieve kosten met zich mee. Het registratie-, monitorsysteem en de berekeningssystematiek zijn bij het waarborgmodel simpeler en daardoor minder kostbaar.
- Ook op het criterium 'begrijpelijk' scoort het waarborgmodel beter dan het vlaktaxmodel. Hoe eenvoudiger het model, hoe meer kans dat de kostenverdeling voor iedere deelnemer te begrijpen en te volgen is.
- Gelet op het bovenstaande zal de energie (tijd, geld en mankracht) die in de voorbereiding gestoken moet worden, hoger zijn bij het vlaktaxmodel.

Groot voordeel van het vlaktaxmodel ten opzichte van het waarborgmodel is echter de ingebouwde prikkel om het zorggebruik in toom te houden. De bijdrage aan de regionale pot is bij het vlaktaxmodel immers gekoppeld aan het feitelijke gebruik (gemiddeld historisch gebruik). In het waarborgmodel is deze koppeling er niet. Op de korte termijn weegt dit verschil echter nog niet zwaar. Dit komt door de keuze om alleen risico's te delen op de zorgproducten die onvoorspelbaar zijn, duur zijn en een laag volume kennen: de residentiële zorg, spoedeisende crisiszorg en jeugdzorg plus. Er ligt relatief minder causaal verband tussen enerzijds het gebruik van deze zorgproducten en anderzijds de lokale inzet op preventie en lokale kwaliteit van de toegang. Het gebruik van deze zorgproducten ligt vaker buiten de invloedsferen van de gemeente of zorgaanbieder. Het kan elke gemeente overkomen, ongeacht hoe sterk het lokale veld is georganiseerd. Daar waar preventie wel invloed heeft op het zorggebruik van de betreffende producten, zijn de effecten pas op de langere termijn merkbaar. Ook de kwaliteit van de lokale toegang speelt voor de betreffende producten een relatief kleinere rol. Zo kan een kinderrechter bijvoorbeeld bepalen tot gedwongen opname van een kind in een zorginstelling (Jeugdzorg plus).

Gelet op het voorgaande wordt een onderscheid gemaakt in de korte en langere termijn. Voor de jaren 2015/2016 is het voorstel uit te gaan van het waarborgmodel op basis van een nader te bepalen verdeelsleutel (aantal inwoners al dan niet gewogen). Dit model scoort namelijk hoger op de uitgangspunten: haalbaar, helder, simpel en begrijpelijk. Voor de periode vanaf 2017 vindt een heroverweging plaats op basis van een evaluatie. Een overstap naar het vlaktaxmodel wordt in de heroverweging expliciet meegenomen. Het vlaktaxmodel heeft namelijk het voordeel van de ingebouwde prikkel om het zorggebruik in toom te houden. Lokale inzet op preventie en kwaliteit van de lokale toegang zullen pas op termijn effect hebben.

<u>Beslispunt 4:</u>
Voor de zorgproducten met een hoog risicoprofiel (onvoorspelbaar, hoge kosten en een lage en/of sterk fluctuerende vraag) kiezen voor het volgende model van risicodeling:
- voor de jaren 2015/2016 kiezen voor het waarborgmodel op basis van een nader te bepalen verdeelsleutel (aantal inwoners al dan niet gewogen).
- voor de periode vanaf 2017 de keuze heroverwegen op basis van evaluatie. In de heroverweging een mogelijke overstap naar het vlaktaxmodel expliciet betrekken.

5 Gevolgen van de keuzes

Gevolgen voor de producten waar geen risicodeling geldt:
(van toepassing op het merendeel van de zorgproducten)
- gemeenten zijn individueel verantwoordelijk voor de kosten van de zorg;
- gemeenten zijn individueel verantwoordelijk voor voldoende weerstandscapaciteit;
- gemeenten zijn individueel verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid van zorg en de beheersing van wachtlijsten;
- gemeenten bepalen individueel het volume van afname;
- de toegang tot de betreffende regionale zorg is een lokale aangelegenheid.

Voor de producten waar wel risicodeling geldt:
(van toepassing op een beperkt aantal onvoorspelbare exclusieve en dure zorgproducten met een hoog risicoprofiel):
- Gemeenten verdelen samen de kosten van de betreffende zorg op basis van een vooraf vastgesteld verdeelsysteem (inwoneraantal), ongeacht het werkelijke zorggebruik;
- Gemeenten zorgen samen voor risicospreiding;
- Gemeenten zijn samen verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van betreffende zorg en de beheersing van wachtlijsten.
- Ingekochte plekken door de individuele gemeenten worden beschikbaar gesteld aan andere gemeenten.
- Voor wat betreft het beleidsterrein OGGZ/MO en de daaronder vallende producten (denk in dit geval aan de genoemde crisisdienst) vallen de gemeenten Zaltbommel en Maasdriel onder centrumgemeente Den Bosch. Solidariteit voor de onder de OGGZ/MO-producten binnen regio Rivierenland, ligt voor Zaltbommel en Maasdriel daarom niet voor de hand.

Noodzakelijke randvoorwaarden:
- Bereidheid en vertrouwen tussen regiogemeenten.
- Regelmatige terugkoppeling en informatiedeling tussen regiogemeenten in een open en transparante sfeer. Gemeenten delen met elkaar dat zij dezelfde opgave hebben voor hun inwoners en willen van elkaar leren.
- Gemeenten laten een eventuele neiging om tot in detail grip te hebben op de situatie los, om samenwerking mogelijk te maken.
- Er is een samenwerkingsovereenkomst, waarin de onderlinge afspraken tussen de deelnemende gemeenten zijn vastgelegd voor risicodeling op de zorgproducten met een hoog risicoprofiel.
- De kwantitatieve onderbouwing van de zorgproducten met een hoog risicoprofiel is aangevuld met objectief cijfermateriaal. We scoren de zorgproducten met behulp van verdere data-analyse op het risicoprofiel (onvoorspelbaar, hoge kosten, lage en fluctuerende frequentie). Met de huidige onderbouwing gaan we uit van risicodeling op de zorgproducten: residentiële zorg, spoedeisende crisiszorg en jeugdzorg plus.
- Elke gemeente kent vooraf de hoogte van de individuele bijdrage aan de regionale pot.
- Er is een helder, simpel en begrijpelijke berekeningssystematiek voor de bijdrage per gemeente. Er is vooraf overeenstemming over de wijze van berekening van de individuele bijdrage aan de regionale pot. Keuzemogelijkheden: op basis van het aantal inwoners op een peildatum, het gewogen aantal inwoners (bijvoorbeeld naar rato van het aantal jeugdigen) op een peildatum of in de vorm van een noodfonds /een vangnetregeling.
- Er is duidelijkheid over de budgetten, het zorggebruik en de doelgroepen in de regio;
- Er gelden uniforme regels voor de volume afname van de deelnemende gemeenten. Te veel of te weinig volume afname heeft immers direct effect op de andere gemeenten, door de risicodeling op financiën en beschikbaarheid van plekken.
- Er zijn afspraken over de inrichting van de toegang tot zorgproducten met een hoog risicoprofiel, het delen van tussentijdse wijzigingen en de wijze van monitoring van deze afspraken. De toegang tot de betreffende regionale zorg is een regionale aangelegenheid, er moet een waarborg zijn van gelijke toegang voor alle gemeenten. Te denken valt aan een verplicht consult bij het regionale expertteam voor zorgproducten waarop risicodeling plaatsvindt.
- Er zijn afspraken over het voorkomen van afwenteling dure zorg
  Te denken valt aan gezamenlijke basisuitgangspunten voor de lokale infrastructuur en het elkaar actief informeren over de (wijzigingen van de) lokale infrastructuur.
- Er zijn afspraken voor het samen delen van de beschikbare capaciteit (het gebruik van plekken).
- Er zijn afspraken over het op eenduidige wijze monitoren van het gebruik om evaluatie mogelijk te maken.

- We hebben een gezamenlijke inkoopstrategie waarmee we risico's kunnen delen met of overdragen aan de zorgaanbieders.
  Te denken valt aan het hanteren van een bandbreedte bij de inkoop van zorgplekken, zodat de eerste schommelingen daarbinnen worden opgevangen. Afspraken met zorgaanbieders over het aanhouden van ruimte voor urgente situaties. Afspraken met de branche over het onderling beschikbaar stellen van plekken tussen zorgaanbieders om samen wachtlijsten op te lossen.
- Er zijn afspraken tussen de gemeenten over de onverhoopte situatie dat de maximale bandbreedte van ingekochte plekken is bereikt en er een tekort aan plekken bestaat; wanneer is een wachtlijst verantwoord en wanneer moet extra inkoop plaatsvinden.
- Betrokkenheid en bereidheid van regionale en lokale partners en adviesraden om met elkaar visie en een andere manier van werken uit te voeren.
- Er is besluitvorming over de risicodeling tussen de gemeenten in de provincie Gelderland.
  Regio Rivierenland neemt samen met de andere zes regio's binnen de provincie Gelderland deel aan een werkgroep bovenregionale jeugdzorg. In deze werkgroep bereiden we samen de inkoop van de volgende exclusieve zeer specialistische zorgproducten voor: Jeugdzorg plus (incl. toegang), Gesloten psychiatrische zorg (zijnde niet landelijke voorzieningen), Crisis 24 uur residentieel (plekken), Open Verblijf 24 uur residentieel: terreinvoorzieningen, Spoedeisende zorg (crisis) ambulant team, (L)VB jongeren ZZP 4 en 5 en samenloop (van beperkingen en/of behandelingen) en Ondersteuning van de pleegzorg, o.a. werving en matching. De voorbereiding van de inkoop vindt bovenregionaal plaats, de contractering lokaal. Ook op dit bovenregionale niveau zijn gesprekken over wel of geen risicodeling. Eventuele voorstellen op dit niveau worden separaat aan de gemeenteraden voorgelegd.
- De uitvoering van de risicodeling van de Rivierenlandse gemeenten na 1 januari 2015 is uitgewerkt, inclusief de organisatorische aspecten en positionering.

De randvoorwaarden vragen verdere uitwerking volgens bijgaande werkplanning (zie bijlage 3).

<u>Beslispunt 5:</u>
Het college opdracht geven de randvoorwaarden nodig voor risicodeling verder uit te werken en vast te leggen in een samenwerkingsovereenkomst. De gemeenteraad hierover te informeren.

6 Beslispunten

Beslispunt 1:

Voor het model van risicodeling kiezen voor ‘een bewuste mix’, zodat per zorgproduct het meest passende model kan worden toegepast.

Beslispunt 2:

Een hoog risicoprofiel toekennen aan zorgproducten met als kenmerken: hoge mate van onvoorspelbaarheid, hoge kosten en lage en/of sterk fluctuerende frequentie.

Beslispunt 3:

Voor zorgproducten met een hoog risicoprofiel kiezen voor:
- het delen van financiële risico’s én beschikbare capaciteit tussen de 10 Rivierenlandse gemeenten.
- aanvullend afspraken maken met de betreffende zorgaanbieders over een bandbreedte in de in te kopen plekken en over onderlinge uitwisseling van plekken tussen zorgaanbieders.

Voor de overige zorgproducten kiezen voor:
- het verrekeningsmodel op basis van het woonplaatsbeginsel, zonder risicodeling

Beslispunt 4:

Voor de zorgproducten met een hoog risicoprofiel kiezen voor het volgende model van risicodeling:
- voor de jaren 2015/2016 kiezen voor het waarborgmodel op basis van een nader te bepalen verdeelsleutel (aantal inwoners al dan niet gewogen).
- voor de periode vanaf 2017 de keuze heroverwegen op basis van evaluatie. In de heroverweging een mogelijke overstap naar het vlaktaxmodel expliciet betrekken.

Beslispunt 5:

Het college opdracht geven de randvoorwaarden nodig voor risicodeling verder uit te werken en vast te leggen in een samenwerkingsovereenkomst. De gemeenteraad hierover te informeren.

Bijlage 1 Nadere toelichting modellen risicodeling

Model 1: Waarborg

In dit model wordt uitgegaan van maximale solidariteit en risicodeling tussen de deelnemende gemeenten. De kosten van elke individuele gemeente worden gezamenlijk gedragen. Iedere gemeente betaalt een vaste bijdrage in een gezamenlijke pot. Deze gezamenlijke pot is groot genoeg voor het beschikbaar hebben van gespecialiseerde zorg, waarop incidenteel een beroep moet worden gedaan. Hiermee waarborgt de regio het hebben van zorgcapaciteit. Afspraken moeten worden gemaakt op het moment dat verschillen tussen gemeenten te veel gaan oplopen of het totale beroep op de zorg te snel groeit.

Voordelen:

- de financiële risico's van schommelingen van het gebruik per gemeente worden samen gedragen. De continuïteit van zorg in de regio is daarmee gewaarborgd.
- Indien gewenst kan elke gemeente een gewogen bijdrage leveren, bijvoorbeeld naar rato van het aantal jeugdigen in haar gemeente.

Nadelen:

- gemeenten ervaren mogelijk onvoldoende prikkels om te investeren in preventie, omdat de hogere kosten verdeeld worden over alle gemeenten. Het nadeel van minder investeren in preventie komt immers niet volledig ten laste van de betreffende gemeente, maar van alle gemeenten in de regio. Om dit te voorkomen kan ervoor worden gekozen om de premie deels te laten afhangen van preventieve maatregelen en/of het daadwerkelijke beroep op de voorzieningen. Dit kan wel weer leiden tot veel interpretatieverschillen, discussie en administratieve lasten.
- De gemeenten in de regio zijn afhankelijk van elkaars inzet en kwaliteit van de toegangsbepaling. Dit vraagt een goede onderlinge relatie en vertrouwen. Verder geldt als randvoorwaarde: uniformering van beleid en methodiek van de toegang tot gezamenlijk bekostigde ondersteuning

Model 2: Vlaktax

Dit model is een combinatie van het solidariteits- en profijtbeginsel. Gemeenten betalen in dit systeem een bedrag (premie) dat is gebaseerd op het gebruik in het verleden. Dit kan een gebruik zijn over meerdere jaren of over één jaar.Als het gaat om zorgproducten met een lage en/of sterk fluctuerende frequentie, ligt een periode van drie tot vier jaar voor de hand. Na die periode wordt het gebruik per gemeente opnieuw bezien en verandert de bijdrage op basis van het nieuwe gebruik. Dit systeem kent een solidariteitsbeginsel omdat een gemeente niet wordt afgerekend op het feitelijke gebruik, maar op een gemiddeld historische gebruik. Het profijtbeginsel in dit systeem bestaat er uit dat de bijdrage is afgestemd op het daadwerkelijk gebruik uit het verleden én wordt bijgesteld na een aantal jaar op basis van het historisch gebruik. Dit model biedt gemeenten de mogelijkheid hun risico's te spreiden. De schaalgrootte van het samenwerkingsverband en de spreiding van de kosten van het gebruik van ondersteuning over een aantal jaren, vangen schommelingen voor individuele gemeenten op. Bij een goed monitoringsysteem hebben gemeenten in dit model voldoende tijd om bij te sturen op financiën en kunnen maatregelen afgesproken worden met andere gemeenten om de kosten beheersbaar te houden. Over overschotten (als gevolg van onderproductie) en tekorten (als gevolg van overproductie) moeten vooraf onderling afspraken worden gemaakt.
Een voorwaarde is wel dat er een duidelijk beeld is van het historisch zorggebruik, het huidige zorggebruik, alsmede het toekomstig zorggebruik in combinatie met de risicofactoren per gemeente.

Voordelen:

- Door schaalgrootte van het samenwerkingsverband worden individuele schommelingen per gemeente opgevangen, dus hoge mate van risicospreiding;
- Dit model biedt een gemeente de mogelijkheid tijdig bij te sturen op financiën. De methode stelt als het ware de betaling van de onvoorziene hoge kosten uit. De gemeente krijgt hiermee tijd om zich voor te bereiden op de hogere uitgaven.
- 'Veelgebruikers' ervaren een prikkel omdat het werkelijke gebruik ook onderdeel uitmaakt van de bijdragen aan de regionale pot (het profijtbeginsel klinkt dan door).

Nadelen:

- Minder prikkel voor investeren in preventie of lokale inzet en kwaliteit van de toegangsbepaling geldt ook hier, maar in mindere mate dan bij het waarborgmodel. Binnen de afgesproken periode is sprake van solidariteit, maar na de afgesproken periode komen de gevolgen wel ten laste van de betreffende individuele gemeente.
- Het model kent relatief hoge administratieve kosten.

Model 3: Verrekening

In dit model zit weinig tot geen solidariteit tussen gemeenten en wordt er op basis van het profijt-beginsel verrekend. De ondersteuningskosten worden betaald door de gemeente waaruit de gebruiker komt, conform het woonplaatsbeginsel. Dit model gaat uit van het feitelijk zorggebruik uit een bepaalde gemeente. Er zijn wel collectief productprijzen afgesproken met aanbieders. De fluctuatie in gebruik is voor rekening en risico van de individuele gemeente. Van belang bij een dergelijk systeem is, dat je met de deelnemers aan deze regeling afspraken maakt over de registratie, want het is belangrijk het gebruik en de inzet van voorzieningen te kunnen vergelijken. Dit model stelt eisen aan een adequate en uniforme monitoring van het gebruik.

Voordelen:

- Er is een lage afhankelijkheid van de andere regiogemeenten, kostenbeheersing is verbonden aan eigen keuzes en acties. Elke gemeente is immers zelf verantwoordelijk voor zijn eigen uitgaven en ervaart direct het effect van het werkelijke gebruik.
- De prikkel en de opbrengst van investeren in preventie en een kwalitatief goede toegang is maximaal. De gevolgen komen immers direct en volledig ten goede aan de individuele gemeente.

Nadelen:

- Er is geen sprake van risicospreiding. Het risico van schommelingen in het gebruik van bovenlokale voorzieningen komt direct en volledig te liggen bij individuele gemeenten. Naarmate een gemeente kleiner is, is de financiële impact van onvoorzien hoge schommeling, relatief groter;
- Gemeenten hebben vooraf geen zekerheid over de hoogte van de kosten, onverwachte tegenvallers komen geheel voor risico en rekening van de individuele gemeenten.

Model 4: Een bewuste mix

Bij de vorige drie hoofmodellen worden binnen het model alle ondersteuningskosten op dezelfde manier verdeeld. Bij een bewuste mix, kunnen meerdere modellen naast elkaar worden ingezet. Dit geeft de mogelijkheid tot differentiatie, het best passende model kan worden gekozen per functie of per transitie.

Bijlage 2 Relevantie risicodeling per zorgproduct

Producten die onvoorspelbaar zijn, duur zijn en een lage of fluctuerende frequentie hebben, kennen het meeste risico. Voor de selectie zijn we uitgegaan van de volgende kenmerken:

1. Onvoorspelbaar: kwalitatieve inschatting van voorspelbaarheid van het zorggebruik naar de aard van het zorgproduct;
2. Kostbaar: als de kosten per product boven de € 50.000,- per jaar uitkomen of relatief duur zijn in verband met beschikbaarheid; bijvoorbeeld hoog specialistisch en hoge kostprijs in verband met gebouwlasten bij een intramurale setting.
3. Lage of sterk fluctuerende frequentie: een aantal van 100 personen of minder voor de hele regio per jaar. Het zorggebruik is laag of kan over verschillende jaren sterk fluctueren

Als voor een zorgproduct deze kenmerken van toepassing zijn, spreken we van een hoog risicoprofiel. Een hoog risicoprofiel geeft een hoge relevantie om risico's te delen.

Jeugdzorg

Producten	**Keuze schaalniveau (lokaal regionaal en bovenregionaal)**		**Solidariteit wel/niet relevant**
	Inkopen	**Uitvoeren**	
Toeleiding hulp	Lokaal	Lokaal	Nee
Eerstelijns psycholoog	Lokaal	Lokaal	Nee
Jeugdbescherming	Regionaal	Regionaal	Nee
Jeugdreclassering	Regionaal	Regionaal	Nee
Jeugdhulp	Regionaal	Lokaal	Nee
Verblijf deeltijd	Regionaal	Regionaal	Nee
Verblijf (netwerk)pleegzorg	Bovenregionaal	Lokaal /Regionaal	Nee
AMHK	Regionaal	Regionaal	Nee
Preventie GGZ	Regionaal	Lokaal	Nee
Diagnostiek GGZ	Regionaal	Regionaal	Nee
Kortdurende behandeling	Regionaal	Lokaal	Nee
Gezinsbehandeling	Regionaal	Lokaal	Nee
Verslavingszorg	Regionaal	Preventie lokaal en behandeling regionaal	Nee
Beschermd wonen	Regionaal	Regionaal	Nee
Langdurige zorg en begeleiding	Regionaal	Lokaal/ Regionaal	Nee
Ambulante woonbegeleiding	Regionaal	Regionaal	Nee
Beschermd wonen	Regionaal	Regionaal	Nee
Gezinshuizen	Regionaal	Regionaal	Nee
Toegang jeugdzorg Plus	Bovenregionaal	Bovenregionaal	Nee
Crisis 24 uur residentieel	Bovenregionaal	Bovenregionaal	Ja
Verblijf 24 uur Residentieel	Bovenregionaal	Bovenregionaal	Ja
Forensische zorg (inzet erkende gedragsinterventie binnen jeugdreclassering)	Bovenregionaal	Bovenregionaal/landelijk	Nee
Spoedeisende zorg (crisis) Ambulant team	Bovenregionaal	Bovenregionaal	Ja
VB jongeren ZZP 4 en 5 en samenloop (van beperkingen en/of behandelingen) ZZP = Zorgzwaarte-pakket	Bovenregionaal	Bovenregionaal	Nee
VB jongeren met zwaardere zorg dan ZZP 5	Landelijk	Landelijk	Nee

Jeugdzorg Plus	Landelijk	Bovenregionaal/ landelijk	Ja
Expertise en behandelcentrum (geweld in afhankelijkheids-relaties)	Landelijk	Bovenregionaal/ landelijk	Nee
Gespecialiseerde diagnostiek van VB en jeugd GGZ	Landelijk	Bovenregionaal	Nee
Topklinische GGZ	Landelijk	Bovenregionaal	Nee
Gespecialiseerde diagnostiek van VB en jeugd GGZ	Landelijk	Bovenregionaal	Nee

AWBZ/Wmo

Producten	**Keuze schaalniveau (lokaal regionaal en bovenregionaal)**		**Solidariteit wel/niet van toepassing**
	Inkopen	**Uitvoeren**	
Cliëntondersteuning algemene voorziening	Lokaal	Lokaal	Nee
Cliëntondersteuning maatwerk-voorziening	Regionaal	Lokaal	Nee
Informatie & advies	Lokaal	Lokaal	Nee
Begeleiding individueel	Regionaal	Lokaal	Nee
Persoonlijke verzorging (begeleiding)	Regionaal	Lokaal	Nee
Begeleiding groep	Regionaal/lokaal	Regionaal/lokaal	Nee
Vervoer door vrijwilligers	Regionaal	Regionaal	Nee
Collectief vervoer (huidig AWBZ-vervoer, vraag-afhankelijk vervoer)	Regionaal	Regionaal	Nee
Kortdurend verblijf	Bovenregionaal*	(boven)regionaal	Nee
Crisisdienst	Bovenregionaal*	Bovenregionaal	Ja
Meldpunt huiselijk geweld	Bovenregionaal	Bovenregionaal	Nee
Anonieme hulplijn	Bovenregionaal	Bovenregionaal	Nee

*regio Gelderland-Zuid of Noord Brabant

Bijlage 3 Werkplanning risicodeling

Wat?	Wanneer?
Financiële en achterliggende data-analyse op basis van geobjectiveerd cijfermateriaal met als doel: ○ vaststellen welke zorgproducten een hoog risicoprofiel hebben (onvoorspelbaar, kostbaar, lage en/of fluctuerende frequentie) ○ kunnen maken van een onderbouwde keuze voor een simpele en eenduidige berekeningssystematiek voor de bijdragen aan de regionale pot (aantal inwoners, gewogen aantal inwoners, noodfonds) ○ vaststellen basisgegevens en data voor het berekenen van de noodzakelijke omvang van de regionale pot en de individuele bijdragen per gemeente (zorggebruik, doelgroepen)	mei 2014
In samenspraak met de andere zes regio's binnen de provincie Gelderland, besluitvorming voorbereiden over wel/geen risicodeling tussen gemeenten in de provincie Gelderland	mei 2014
Duidelijkheid van het Rijk over de budgetten, verdeling van de budgetten over de verschillende zorgproducten	juni 2014
Opstellen uniforme regels voor de volume-afname van de deelnemende gemeenten.	juni 2014
Vaststellen van de volume-afnames van de deelnemende gemeenten en de benodigde brandbreedte ten behoeve van het inkoopproces	juni 2014
Uitwerken van de afspraken voor het samen delen van beschikbare capaciteit en de gevolgen voor het inkoopproces c.q. de afspraken met zorgaanbieders en/of de branche.	juni 2014
Gezamenlijke uitgangspunten opstellen over de inrichting van de toegang tot zorgproducten met een hoog risicoprofiel, het delen van tussentijdse wijzigingen en de wijze van monitoring van de afgesproken uitgangspunten	juni 2014
Gezamenlijke uitgangspunten opstellen over het voorkomen van afwenteling op zorg met een hoog risicoprofiel	juni 2014
De uitvoering van de risicodeling na 1 januari 2015 uitwerken (inclusief de organisatorische aspecten en positionering).	juni 2014
Opstellen samenwerkingsovereenkomst, met daarin de onderlinge afspraken tussen de gemeenten voor risicodeling op de zorgproducten met een hoog risicoprofiel. College besluit op de samenwerkingsovereenkomst en brengt de Gemeenteraad op de hoogte van de samenwerkingsovereenkomst	aug. 2014
Voorbereiden organisatie en positionering na 1 januari 2015	sept.-dec. 2014

Bijlage 4 Toelichting/definities zorgproducten met een hoog risicoprofiel

Residentiële Jeugdzorg:	In de residentiële jeugdzorg verblijven kinderen en jongeren, op vrijwillige of gedwongen basis, dag en nacht buiten hun eigen omgeving. Er bestaan verschillende typen residentiële zorg zoals gesloten, besloten en open leefgroepen. Ook zijn er leefgroepen met een deeltijdarrangement - waarbij jongeren deels in de groep wonen en bijvoorbeeld in het weekend thuis zijn.
Jeugdzorg Plus:	Jeugdzorg Plus is er voor jongeren met ernstige gedragsproblemen die zich aan de noodzakelijke behandeling dreigen te onttrekken. Het is hulp met dwang en drang voor jongeren voor wie een machtiging gesloten jeugdzorg is afgegeven door de kinderrechter.
24-uurs crisisopvang:	24-uurs crisisopvang aan kinderen en jongeren die acuut onderdak of een veilig adres nodig hebben.
Spoedeisende zorg:	Spoedeisende zorg is speciaal bedoeld om snel in te kunnen grijpen bij een crisissituatie, waarbij een kind (of de ouders) gevaar loopt. Spoedeisende zorg regelt dat het gezin direct specialistische hulp krijgt. De Spoedeisende zorg is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar.
Crisisdienst:	Crisisdienst is een 24 uurs telefoondienst waarmee je een beoordeling van een psychiater kunt opvragen. Dit is nodig als de politie iemand aantreft die in psychische crisis is. De crisisdienst is een psychiater die ter plaatse iemand beoordeeld en besluit of iemand (tegen zijn wil) opgenomen kan worden in een psychiatrische instelling.