VINTURA

Onderzoek naar de prikkelwerking en gevolgen van inhoudelijke afbakening van de Jeugdwet



Utrecht, 15 oktober 2026

drs. Roland Eising
Melanie Knieriem, MSc
Daisy Pieterse, MSc
Liselotte Tjon, MSc

Definitieve rapportage

Onderzoek naar de prikkelwerking en gevolgen van inhoudelijke afbakening van de Jeugdwet

Vintura B.V.
Jaarbeursplein 6
3521 AL Utrecht
www.vintura.com

Contactpersoon
Melanie Knieriem
mknieriem@vintura.com
+31682249748

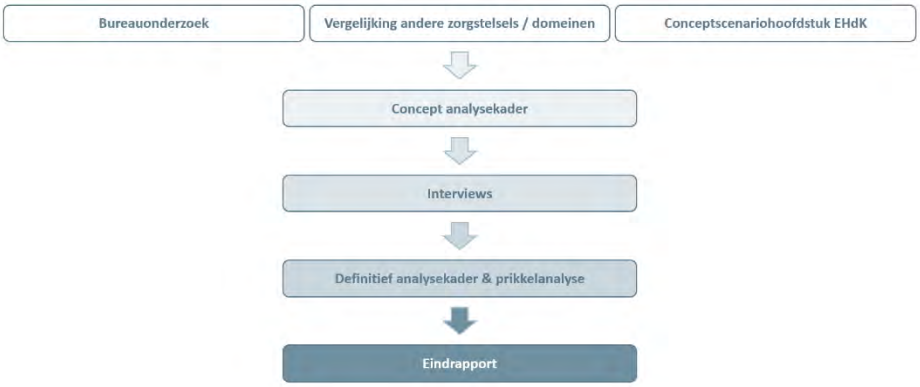
Inhoudsopgave

Managementsamenvatting 5
1 Inleiding 9
1.1 Aanleiding 9
1.2 Onderzoeksvragen 9
1.3 Methode 10
1.4 Opbouw rapportage 11
2 Achtergrondinformatie en inhoudelijk kader 12
2.1 Huidige situatie jeugdzorg 12
2.2 Huidige budgetten gemeenten 12
2.3 Huidige stelselwerking 13
2.4 Internationale vergelijking 16
3 Scenario's 18
3.1 Scenario 1 18
3.2 Scenario 2 18
3.3 Scenario 3 19
4 Omschrijving/lessen uit andere stelsels/domeinen 20
4.1 Wlz 20
4.2 Zvw 21
4.3 Wmo 22
4.4 Ggz 23
4.5 Samenvattend: wat andere stelsels leren over het zetten van een knip 25
5 Prikkelwerking scenario's 27
5.1 Prikkels op actoren 28
5.2 Volumebeheersing en kostenreductie 29
5.3 Randvoorwaarden 31
5.4 Effecten 31
5.5 Mitigerende maatregelen 32
6 Conclusies en aanbevelingen 34
6.1 Conclusies 34
6.2 Aanbevelingen 37
7 Gezamenlijke conclusie over de afbakening basisjeugdhulp en aanvullende jeugdhulp .. 39
7.1 Inleiding 39
7.2 Beantwoording van de hoofdvraag 39
7.3 Wenselijkheid van een landelijk onderscheid 39
7.4 Landelijke eisen aan lokale teams 40

7.5 Samenhang en politieke afweging 40
8 Literatuurverwijzingen 42
9 Bijlagen 45
9.1 Bijlage 1: uitwerking scenario's hoofdstuk 5 45

Managementsamenvatting

Het jeugdstelsel staat onder aanhoudende financiële en uitvoeringsdruk. Met de Hervormingsagenda Jeugd en het wetsvoorstel Reikwijdte Jeugdwet wordt gezocht naar een houdbaar, uitvoerbaar en kwalitatief sterk stelsel. Een belangrijk onderdeel daarvan is het onderscheid tussen vrij toegankelijke basishulp en aanvullende jeugdhulp waarvoor een beschikking nodig is. De precieze inhoudelijke grens tussen deze vormen van hulp is echter nog niet vastgesteld. In opdracht van het Ministerie van VWS is daarom onderzocht welke prikkels en gevolgen ontstaan wanneer deze grens scherper wordt afgebakend, en onder welke voorwaarden zo'n afbakening kan bijdragen aan minder inzet van specialistische jeugdhulp en lagere kosten.



Figuur 1 Onderzoeksmethode

Het onderzoek is kwalitatief en verkennend van aard en combineert bureauonderzoek, een vergelijking met andere zorgstelsels en domeinen, een systematische prikkelanalyse en zes semigestructureerde interviews met experts en professionals. De uitkomsten geven inzicht in de richting van mogelijke gedragsreacties en stelseleffecten, maar kwantificeren niet hoeveel het zorgvolume of de kosten in de verschillende scenario's zullen veranderen. Gemeenten, jeugdhulpaanbieders en jeugdigen en ouders zijn niet rechtstreeks geïnterviewd. De bevindingen moeten daarom worden gezien als een onderbouwde verkenning en niet als representatieve uitspraken over alle betrokken partijen.

1. **Een afbakening kan helpen, maar biedt geen garantie**

De centrale conclusie is dat een inhoudelijke afbakening kan bijdragen aan minder inzet van specialistische jeugdhulp en daarmee potentieel aan lagere kosten, maar dat dit niet automatisch volgt uit het trekken van een grens. De effecten worden sterker bepaald door de inrichting van de toegang, triage, verwijsroutes, bekostiging en lokale teams dan door de precieze plaats van de afbakening. Een afbakening is daarmee een sturingsinstrument en geen doel of besparingsgarantie op zichzelf.

In het huidige stelsel zijn financiële verantwoordelijkheid en beslissingsmacht verdeeld over verschillende partijen. Gemeenten dragen de kosten en hebben een prikkel om te investeren in preventie en lichte ondersteuning. Huisartsen, rechters, gecertificeerde instellingen en andere verwijzers kunnen toegang geven tot jeugdhulp, maar dragen doorgaans niet de financiële gevolgen van hun verwijzing. Aanbieders behouden een productieprikkel doordat hun inkomsten samenhangen met zorgvolume, behandelduur of beschikbare budgetten. Voor jeugdigen en ouders geldt geen eigen bijdrage of eigen risico, maar zij hebben wel een prikkel om toegang te zoeken tot specialistische hulp, omdat die vaak als passender wordt ervaren. Daarnaast bestaan meerdere toegangspoorten, waardoor een strengere toegang via de ene route kan leiden tot uitwijkgedrag via een andere route.

Geen van de onderzochte scenario's verandert deze basisprikkels fundamenteel. Zonder aanvullende maatregelen kan een afbakening leiden tot verplaatsing van zorg naar andere toegangsroutes, uitvoerende partijen of zorgdomeinen, in plaats van tot een daadwerkelijke afname van het totale zorggebruik. Ook kan laagdrempelige basishulp een aanzuigende werking hebben, doordat hulpvragen eerder of gemakkelijker in het jeugdstelsel terechtkomen.

2. Drie scenario's met verschillende kansen en risico's

Let op: de scenario's in dit rapport zijn ontwikkeld en uitgewerkt door EHdK (deelonderzoek 1). Hier staat alleen een korte samenvatting. Lees dit rapport daarom samen met het EHdK-rapport.

De drie onderzochte scenario's verschillen in de mate waarin de grens landelijk wordt bepaald en in de verantwoordelijkheden die bij lokale teams worden belegd.



Figuur 2: Drie onderzochte scenario's

Scenario 1: de gemeente bepaalt de grens. Dit scenario biedt de meeste ruimte voor lokaal maatwerk. Gemeenten kunnen de basishulp afstemmen op lokale omstandigheden en de aanwezige sociale infrastructuur. Tegelijk is het sturingspotentieel relatief beperkt, omdat gemeenten geen wezenlijk nieuw instrument krijgen naast bestaande mogelijkheden zoals contractering, toegangsbeleid en afspraken met aanbieders. Het belangrijkste risico is een toename van verschillen tussen gemeenten en daarmee postcodezorg. Het scenario kan alleen effectief functioneren wanneer externe verwijzers van buiten de gemeente zoals huisartsen hun werkwijze afstemmen op de gemeentelijke toegang en lokale teams beschikken over voldoende capaciteit, expertise en mandaat.

Scenario 2: een landelijke lijst en een landelijk weegkader. Dit scenario biedt het meeste potentieel voor uniforme beoordeling, meer rechtsgelijkheid en minder postcodezorg. Het weegkader kan verwijzingen consistenter maken, maar alleen wanneer alle verwijzers het op dezelfde manier toepassen. Daarbij is onafhankelijke indicatiestelling belangrijk om strategische classificatie, upcoding/ herlabeling richting zwaardere zorg te voorkomen. Het kader moet praktisch toepasbaar en uitlegbaar zijn en risico, veiligheid en complexiteit doorslaggevend laten meewegen. Een belangrijke keerzijde is dat het scenario extra administratieve lasten, scholing, kalibratie, monitoring en toezicht vraagt. Bovendien blijft het effect op de kosten beperkt wanneer het onderscheid niet wordt verbonden met passende bekostigingsprikkels.

Scenario 3: een landelijke lijst, waarbij alle overige hulp basishulp is. Dit scenario biedt op papier de meeste eenvoud en legt vrijwel alle ambulante jeugdhulp bij het lokale team. Hierdoor kunnen

jeugdigen en ouders langer bij hetzelfde team blijven en kan hulp dichtbij en integraal worden georganiseerd. Tegelijk kent dit scenario de zwaarste uitvoeringsopgave. Lokale teams moeten vóór invoering beschikken over voldoende capaciteit, specialistische deskundigheid, doorzettingsmacht, toezicht en mogelijkheden voor consultatie. Wanneer deze basis ontbreekt, ontstaat geen volumebeheersing maar een risico op wachttijden, onderbehandeling, veiligheidsproblemen en uitwijkgedrag. Daarom is een uitzonderingsroute noodzakelijk voor intensieve ambulante hulp die niet op de landelijke lijst staat, maar niet veilig of doelmatig door het lokale team kan worden geboden.

Wanneer prioritering nodig is, vraagt dit in alle scenario's om transparante criteria waarin risico, veiligheid en complexiteit zwaar meewegen, een escalatieroute voor grensgevallen en dezelfde uitgangspunten bij alle verwijzers. Omdat dit onderzoek geen uitspraak doet over de omvang van effecten, is het raadzaam de gekozen richting kwantitatief door te rekenen

3. Lessen uit andere zorgstelsels

De vergelijking met de Wlz, Zvw, Wmo en ggz bevestigt dat niet zozeer de plek van de grens, maar vooral de voorwaarden waaronder deze wordt toegepast bepalend zijn. De Wlz laat zien dat onafhankelijke indicatiestelling rechtsgelijkheid kan vergroten, maar dat een scherpe grens zonder maatwerkroute leidt tot grensgevallen en verschuiving naar aangrenzende domeinen. De Zvw laat zien dat een poortwachtersmodel alleen standhoudt wanneer verantwoordelijkheden duidelijk zijn en er voldoende professioneel en politiek draagvlak bestaat. Uit de Wmo blijkt dat de positionering en samenstelling van het lokale team sterk bepalend zijn voor verwijsgedrag en uitgavengroei. De ggz laat zien dat een inhoudelijk onderscheid aan sturingskracht verliest wanneer classificatie, toetsing en bekostiging onvoldoende op elkaar aansluiten. Bovendien is de ernst van psychische problematiek moeilijk objectief te meten, en ontstaan wachtlijsten in de ggz niet alleen door budgetplafonds, maar ook door personeelstekorten in de zwaardere zorg. Vlaanderen vormt het meest relevante internationale voorbeeld van een scherpe afbakening. Daar wordt de grens gecombineerd met een onafhankelijke toegangspoort die institutioneel losstaat van zowel de financier als de aanbieder. De meeste andere onderzochte Europese landen werken juist met brede, lokaal georganiseerde en integrale toegang, in plaats van met een scherpe landelijke inhoudelijke knip.

4. Aanbevelingen

Op basis van het onderzoek worden drie hoofdaanbevelingen gedaan.

1. **Benut eerst de sturingsmogelijkheden binnen het huidige stelsel**
   Gemeenten beschikken reeds over instrumenten zoals contractering, toegangsbeleid en afspraken met verwijzers en aanbieders. Deze worden niet overal volledig benut, onder meer door politieke en publieke druk. Ondersteun gemeenten daarom bij de consequente toepassing van deze instrumenten. Een nieuwe afbakening moet daarop voortbouwen en is geen vervanging voor effectief gebruik van de bestaande mogelijkheden.

2. **Verbind een eventuele afbakening aan de noodzakelijke randvoorwaarden**
   Dit betekent: onafhankelijke of aantoonbaar consistente triage, afgestemde verwijsroutes, passende bekostigingsprikkels, stevige lokale teams en een escalatie- of uitzonderingsroute voor grensgevallen. Monitoring is nodig op verwijsgedrag, wachttijden, behandelduur, verschillen tussen gemeenten, herlabeling en verschuiving naar andere domeinen. Zonder deze voorwaarden zal een afbakening het probleem vooral verplaatsen.

3. **Kies voor een gezamenlijk implementatietraject**

Geen van de voorwaarden kan uitsluitend door het Rijk of gemeenten worden gerealiseerd. Gemeenten, aanbieders, lokale teams, huisartsen, scholen, rechters, gecertificeerde instellingen en vertegenwoordigers van jeugdigen en ouders moeten gezamenlijk betrokken zijn bij ontwerp, toetsing en invoering. Daarbij verdient het aanbeveling de gekozen werkwijze eerst in de praktijk te beproeven, effecten systematisch te volgen en pas daarna breder in te voeren.

Samenvattend kan een inhoudelijke afbakening bijdragen aan een beter uitlegbaar en beter (financieel) beheersbaar jeugdstelsel, maar alleen als onderdeel van een bredere verandering in toegang, verwijzing, bekostiging en uitvoering. De beleidskeuze zou daarom niet uitsluitend moeten draaien om de vraag waar de grens wordt gelegd, maar vooral om de vraag of de randvoorwaarden aanwezig zijn om die grens rechtvaardig, uitvoerbaar en effectief te laten functioneren.

In hoofdstuk 7 is de gezamenlijke conclusie te vinden van EHdk, Vintura en Wetgevingswerken over alle drie de deelonderzoeken.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Het jeugdstelsel staat al langere tijd onder financiële en uitvoeringsdruk. De Hervormingsagenda Jeugd zoekt naar een stelsel dat houdbaar, uitvoerbaar en kwalitatief sterk is (Rijksoverheid, 2023); het wetsvoorstel Reikwijdte Jeugdwet (Ministerie van Volksgezondheid, 2026) werkt dit onder meer uit door basishulp (vrij toegankelijk) te onderscheiden van aanvullende jeugdhulp (waarvoor een beschikking nodig is). Wat in dat wetsvoorstel nog niet is ingevuld, is waar de grens tussen beide precies ligt: een inhoudelijke afbakening van wat onder aanvullende jeugdhulp valt, ontbreekt vooralsnog.

Het Ministerie van VWS onderzoekt daarom of een inhoudelijke afbakening mogelijk is en welke gevolgen dit zou hebben voor het functioneren van het stelsel. Hoewel het om één samenhangende beleidsvraag gaat, wordt deze in de praktijk beantwoord via drie afzonderlijke deelonderzoeken. In deelonderzoek 1 werkt EHdK de mogelijke scenario's voor de afbakening zelf uit. In deelonderzoek 2, uitgevoerd door Vintura, staan de prikkelwerking en de gevolgen van deze scenario's centraal. In deelonderzoek 3 vertaalt Wetgevingswerken de uitkomsten naar concrete wetgeving. Deze opzet maakt het mogelijk om verschillende expertises gericht in te zetten, maar brengt ook het risico van inconsistentie met zich mee. Deze rapportage betreft het resultaat van deelonderzoek 2 en beziet de scenario's daarom nadrukkelijk in samenhang met de uitkomsten van de andere deelonderzoeken.

Deze rapportage kijkt niet primair naar de afbakening als zodanig, maar naar de effecten die zij in het stelsel teweegbrengt. Een inhoudelijke afbakening kan de prikkels waarmee gemeenten, lokale teams, verwijzers, aanbieders, professionals, jeugdigen en ouders te maken hebben veranderen. Centraal staat hoe die veranderde prikkels doorwerken in gedrag, in toegang en verwijzing, in zorggebruik en kosten, en onder welke voorwaarden dat tot minder volume en lagere kosten leidt, of juist tot ongewenste neveneffecten. De afbakening is daarmee het vertrekpunt van de analyse, niet het eindpunt ervan.

1.2 Onderzoeksvragen

Is het mogelijk dat een inhoudelijke afbakening van jeugdhulp leidt tot minder geleverde zorg/kosten en, zo ja, onder welke voorwaarden wel/niet? Is dit haalbaar in de praktijk? Hou hierbij mede rekening met aard van jeugdhulp (hulpvragen en benodigde ondersteuning zijn contextafhankelijk) en de huidige stand van de wetenschap en praktijk.

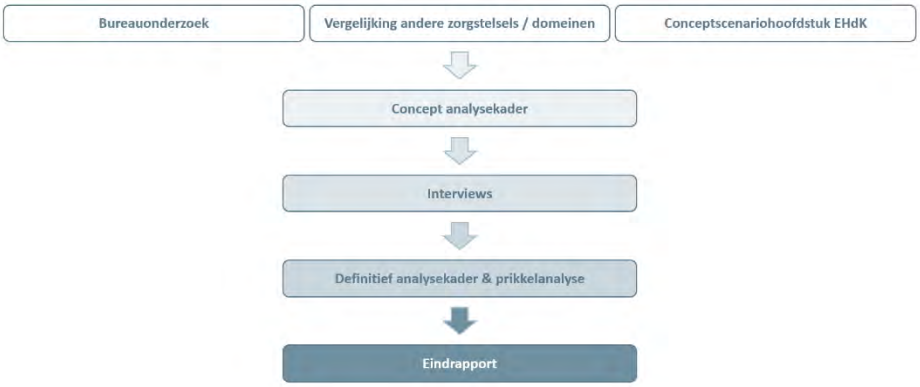
Daarnaast wordt gevraagd inzicht te geven in:

a) Welke gewenste en ongewenste effecten zouden optreden in het stelsel en de uitvoering?
b) Kijkend naar de andere zorgstelsels, in combinatie met de wijze van toeleiding
c) Rekening houdend met de wens tot collectiveren van lichtere zorgvormen en het flexibel werken in, met en rondom stevige lokale teams
d) Welke positieve en negatieve gevolgen zou dit meebrengen en welke mitigerende maatregelen zijn mogelijk?
e) Wat vraagt een afbakening van de (wijze) van toeleiding wanneer prioritering nodig is?
f) Wat vraagt een afbakening aan randvoorwaarden, bijvoorbeeld in sturing, data en monitoring?

Het effect naar andere stelsels bij wijzigingen in het jeugdzorgstelsel is buiten scope. Deze zal af en toe worden benoemd, maar is niet volledig uitgewerkt.

1.3 Methode

Dit onderzoek combineert bureauonderzoek, stakeholderinterviews en een systematische prikkelanalyse.



Figuur 3: Methode

Op basis van bureauonderzoek van de Hervormingsagenda Jeugd (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2023; Rijksoverheid, 2023), het wetsvoorstel Reikwijdte Jeugdwet (Ministerie van Volksgezondheid, 2026), de internetconsultatie, de uitvoeringstoets van de VNG (VNG, 2024) en eerdere onderzoeken naar jeugdhulpgebruik is een overzicht opgesteld van de huidige situatie in de jeugdzorg: welke hulpvragen vaak voorkomen, hoe het stelsel nu werkt en welke prikkels daarin al aanwezig zijn. Dit overzicht is aangevuld met een vergelijking met drie andere zorgstelsels (de Wlz, de Zvw en de Wmo) en de ggz als apart benoemd domein binnen deze stelsels, waarin al een vergelijkbare afbakening tussen lichte en zware zorg bestaat. Binnen de Zvw is daarbij specifiek gekeken naar de huisartsenzorg en de wijkverpleging. Voor elk van deze stelsels en domeinen is nagegaan welke prikkel is ontstaan door de gekozen afbakening, hoe deze het gedrag van gemeenten, verwijzers, aanbieders, professionals en cliënten heeft beïnvloed, en welke lessen daaruit te trekken zijn voor de Jeugdwet.

Vervolgens is op basis van dit bureauonderzoek, de vergelijking met andere zorgstelsels/domeinen en het conceptscenariohoofdstuk van EHdK (deelonderzoek 1) een analysekader opgesteld: voor de huidige praktijk en voor elk van de drie scenario's is per actor (gemeenten, lokaal team, verwijzers, jeugdhulpaanbieders, en jeugdigen/ouders) uitgewerkt welke prikkel verandert, welk gedrag wordt verwacht en wat de gevolgen zijn voor onder meer volume, kosten, toegankelijkheid, verwijzingen, substitutie, afwenteling naar andere domeinen, administratieve lasten en uitvoerbaarheid.

Dit deskresearch-gebaseerde analysekader is vervolgens getoetst en aangevuld in zes semigestructureerde interviews van circa een uur, met Xander Koolman en Marcel Canoy (gezondheidseconomen met kennis van de Jeugdwet, het zorgstelsel en het sociaal domein), Ubert Klink en Sami Kramer (professionals met praktijkervaring in respectievelijk ggz-inkoop en Wlz/GZ-indicatiestelling bij een zorgkantoor), Barend van Dijk (Organisatie Huisartsen Utrecht Stad (HUS)) die het perspectief van de huisartsenzorg inbrengt en Ben Latooij (contractmanager specialistische en forensische jeugdhulp, Jeugdhulp Rijnmond) rondom het perspectief van gemeentelijke jeugdhulpcontractering en -uitvoering in de regio Rotterdam. In deze gesprekken zijn de drie scenario's

voorgelegd, waarna is doorgevraagd op de verwachte gedragsreacties per actor, de belangrijkste risico's per scenario en relevante ervaringen bij andere zorgstelsels en zorgsoorten. De bevindingen uit de interviews zijn gebruikt om de aannames in het analysekader te bevestigen, te nuanceren of aan te vullen.

Aandachtspunt met betrekking tot de representativiteit van het onderzoek

Een belangrijk aandachtspunt is dat dit onderzoek, gezien de beperkte doorlooptijd, is gebaseerd op deskresearch, interne expertise en externe expertise gebaseerd op zes interviews. Dit is nadrukkelijk geen representatieve steekproef van alle partijen, die met een afbakening te maken krijgen. Gemeenten, jeugdhulpaanbieders en jeugdigen/ouders zelf zijn niet rechtstreeks geïnterviewd, en de wetenschappelijke experts vertegenwoordigen niet noodzakelijk de volledige breedte van academische opvattingen over dit vraagstuk. De uitkomsten zijn dan ook vooral gebruikt om het deskresearch-gebaseerde analysekader te toetsen en aan te scherpen, niet om op zichzelf representatieve uitspraken te doen over hoe alle gemeenten of aanbieders zouden reageren.

De vergelijking met andere zorgstelsels (Wlz, Zvw, Wmo en ggz) is illustratief en gebaseerd op deskresearch, niet op een systematische scan van alle Nederlandse of internationale zorgstelsels; de vier voorbeelden zijn geselecteerd omdat zij elk een herkenbare variant bevatten van één van de drie scenario's of van een van de vijf voorwaarden uit het conceptscenariohoofdstuk van EHdK. Voor internationale voorbeelden (Vlaanderen, en het overzicht uit "Jeugdzorg in Europa" van het Nederlands Jeugdinstituut) geldt hetzelfde: deze zijn illustratief, niet uitputtend.

Tot slot is dit onderzoek, in lijn met de opdracht, kwalitatief en verkennend van aard: het analysekader brengt gedragsreacties en stelseleffecten in kaart, maar kwantificeert deze niet. Een inschatting van daadwerkelijke volumes en kosten per scenario valt buiten de reikwijdte van dit deelonderzoek.

1.4 Opbouw rapportage

Hoofdstuk 2 beschrijft de achtergrondinformatie en het inhoudelijke kader: de huidige situatie in de jeugdzorg (2.1), hoe de rijksmiddelen voor jeugdhulp nu over gemeenten worden verdeeld (2.2), de huidige prikkelwerking in het jeugdstelsel (2.3), en een internationale vergelijking, onder meer met Vlaanderen, Engeland en Duitsland (2.4). Dit hoofdstuk is gebaseerd op deskresearch, aangevuld met inzichten uit de gehouden interviews. **Hoofdstuk 3** beschrijft de drie scenario's voor de afbakening van basis- en aanvullende jeugdhulp, zoals uitgewerkt door EHdK in deelonderzoek 1. **Hoofdstuk 4** zet de lessen uit drie Nederlandse zorgstelsels op een rij: de Wlz, de Zvw (met de huisartsenzorg en de wijkverpleging) en de Wmo, aangevuld met de ggz als apart benoemd domein binnen deze stelsels. **Hoofdstuk 5** werkt voor elk scenario het analysekader uit: de veranderende prikkels, de verwachte gedragsreacties en de verwachte effecten op volume en kosten per actor, gevalideerd met de bevindingen uit de stakeholderinterviews. **Hoofdstuk 6** bevat de conclusies en aanbevelingen. **Hoofdstuk 7** bevat de gezamenlijke conclusies over alle drie de deelonderzoeken en is gezamenlijk geschreven door EHdk, Vintura en Wetgevingswerken. In **hoofdstuk 8** de literatuurverwijzingen en **hoofdstuk 9** de bijlagen.

2 Achtergrondinformatie en inhoudelijk kader

Conclusies hoofdstuk **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**

- *2.1 Huidige situatie Jeugdzorg*: jeugdhulp groeit gestaag, vooral in ambulante hulp zonder verblijf, binnen een wettelijke jeugdhulpplicht die geen onderscheid maakt tussen basis- en aanvullende hulp, wat "beschikkingsarm werken" juridisch kwetsbaar maakt.
- *2.2 Huidige budgetten gemeenten:* het objectieve verdeelmodel en de SPUK-compensatieregeling verminderen historische scheefheid, maar de mate van financiële compensatie blijft sterk bepalend voor de prikkel om te sturen op instroom en kosten.
- *2.3 Huidige prikkelwerking:* financiële verantwoordelijkheid (gemeenten) en beslissingsmacht (verwijzers) zijn gescheiden, aanbieders hebben een productieprikkel, en meerdere toegangspoorten maken volumebeheersing structureel lastig.
- *2.4 Internationale vergelijking: een* scherpe, landelijk vastgelegde afbakening zoals in scenario 2 of 3 is internationaal een uitzondering; alleen Vlaanderen laat zien hoe dit met een onafhankelijke toegangspoort kan werken.

2.1 Huidige situatie jeugdzorg

In 2024 ontvingen bijna 481 duizend jongeren jeugdzorg: bijna 11% van alle jongeren tot 23 jaar (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2025). Dit was vrijwel volledig gedreven door jeugdhulp zonder verblijf: ambulante ondersteuning, begeleiding en behandeling zonder uithuisplaatsing. Jeugdbescherming (voogdij, ondertoezichtstelling) laat juist een dalende trend zien, terwijl jeugdreclassering sinds 2022 weer licht toeneemt (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2025). De hulpvragen zelf zijn zeer divers en vaak multidimensionaal: opvoedproblematiek, gedrags- en ontwikkelingsproblemen, psychische klachten en gezinsproblematiek lopen door elkaar heen en zijn zelden met één enkelvoudige diagnose te vangen. Zowel de offerteaanvraag als meerdere geïnterviewden noemen deze contextafhankelijkheid als reden waarom een scherpe inhoudelijke afbakening in de jeugdzorg lastiger is dan bijvoorbeeld in de somatische zorg.

Sinds de decentralisatie in 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor vrijwel de volledige jeugdhulp, met een jeugdhulpplicht die feitelijk functioneert als een open-eindregeling: als een jeugdige jeugdhulp nodig heeft, moet de gemeente die leveren (Jeugdwet, art. 2.3) (Wettenbank). De wet maakt onderscheid tussen vrij toegankelijke basishulp (zonder besluit) en individuele voorzieningen (met een beschikking), maar legt niet vast welke hulp waaronder valt. Dat is precies de leemte die de mogelijke aanpassing van het wetsvoorstel Reikwijdte Jeugdwet en dit onderzoek proberen te adresseren. In de praktijk werken veel gemeenten bovendien "beschikkingsarm": zij verlenen basishulp zonder formeel besluit en zonder heldere wettelijke grondslag, wat volgens de Centrale Raad van Beroep (onder meer de Hollands Kroon-jurisprudentie) juridisch kwetsbaar is, omdat een burger dan geen besluit heeft waartegen bezwaar en beroep openstaat (Rijksoverheid, 2024).

2.2 Huidige budgetten gemeenten

Sinds 1 januari 2022 is het woonplaatsbeginsel aangepast: de gemeente waar de jeugdige volgens de Basisregistratie Personen (BRP) woont, is verantwoordelijk voor jeugdhulp zonder verblijf. Bij jeugdhulp met verblijf ligt dat anders: daar blijft de gemeente waar de jeugdige volgens de BRP stond ingeschreven direct voorafgaand aan de aanvang van het verblijf verantwoordelijk, zowel inhoudelijk als financieel, ongeacht in welke gemeente de jeugdige feitelijk verblijft. Deze regel is bedoeld om te

voorkomen dat gemeenten met veel intramuraal onevenredig worden belast met kosten voor jeugdigen die daar niet oorspronkelijk vandaan komen (Binnenlands Bestuur, 2023).

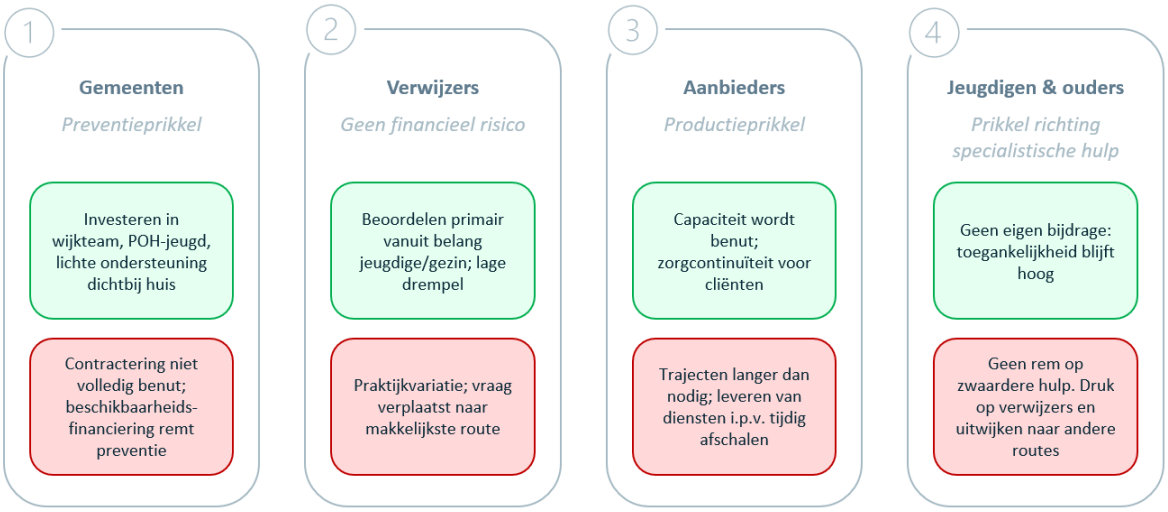
De onderliggende rijksmiddelen voor jeugdhulp lopen niet via een vast bedrag per gemeente, maar via een objectief verdeelmodel, ontwikkeld door Cebeon op basis van een verklaringsmodel van het SCP, in opdracht van de ministeries van BZK en VWS, in samenspraak met een begeleidingscommissie van VNG, gemeenten en CBS. Dit model verdeelt het macrobudget op basis van objectieve gemeentekenmerken (onder meer de samenstelling van de bevolking, sociaaleconomische indicatoren en eerder zorggebruik) in plaats van op basis van historische uitgaven. De overgang naar dit objectieve model heeft aanzienlijke herverdeeleffecten: sommige gemeenten gaan er tot ongeveer 16% op vooruit, andere tot ongeveer 27% op achteruit ten opzichte van het oude, historisch gebaseerde verdeelmodel. Om deze schokken te dempen is een overgangspad met de VNG afgesproken, waarbij nadeelgemeenten per jaar niet meer dan een vastgesteld bedrag per inwoner mogen verliezen (Andersson Elffers Felix).

Naast dit structurele verdeelmodel loopt voor 2024 en 2025 een aanvullende SPUK-compensatieregeling (specifieke uitkering) voor gemeenten die bovengemiddelde kosten hebben door jeugdigen met verblijf, om nadelige gevolgen van het woonplaatsbeginsel op te vangen (Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen). Los daarvan is de jeugdzorg als geheel structureel onder financiële druk blijven staan: sinds de decentralisatie zijn de kosten gestegen van circa €3,6 miljard naar circa €8,1 miljard, met tekorten voor gemeenten die over 2023 en 2024 gezamenlijk op ongeveer €1,5 miljard werden geraamd (€628 mln in 2023, €828 mln in 2024), deels gedekt door €1,6 miljard extra rijksmiddelen per jaar (Rijksoverheid, 2024; Binnenlands Bestuur, 2023; Rijksoverheid, 2023). Een deel daarvan is verklaarbaar doordat er meer zorg wordt geleverd, een deel van de verklaring moet ook gezocht worden in inhoudelijke ontwikkelingen zoals het sluiten van gesloten jeugdzorg, het verkleinen van opvanggroepen en de daarmee toenemende kosten voor bijvoorbeeld individuele 24-uursbegeleiding van kinderen of meer begeleiders op kleinere groepen.

Voor de prikkelanalyse is vooral relevant dat gemeenten die door het verdeelmodel ruim gecompenseerd worden, minder financiële druk voelen om te sturen op instroom en kosten dan gemeenten die structureel tekortkomen. Dit verschil kwam ook expliciet terug in de interviews waarin wordt gewezen op verschillen tussen gemeenten in de mate waarin zij zich gedwongen voelen om "moeilijke keuzes" te maken. Een ander aanvullend mechanisme benoemd tijdens de interviews is dat gemeenten die hun jaarbudget niet volledig uitgeven, risico lopen op een lager budget het jaar erop, wat als perverse prikkel kan werken om aan het einde van het jaar nog snel middelen in te zetten.

2.3 Huidige stelselwerking

De huidige prikkelwerking in het jeugdzorgstelsel is als startpunt gebruikt voor het uitwerken van de scenario's m.b.t. het afbakenen van de jeugdzorg. De belangrijkste prikkels en knelpunten zijn hieronder uitgewerkt. Vier prikkels zitten bij specifieke actoren; vier knelpunten liggen dwars over het stelsel heen.



Figuur 4: Actorprikkels in de huidige jeugdzorg

1. Gemeenten hebben een preventieprikkel

Gemeenten betalen de rekening van de jeugdhulp en hebben daarom belang bij het voorkomen van zware zorg. Dit was ook een belangrijke gedachte achter de decentralisatie in 2015. Gemeenten zouden dichter bij gezinnen staan en daardoor eerder passende ondersteuning kunnen organiseren. Gevolgen hiervan zijn dat gemeenten investeren in schoolmaatschappelijk werk, het wijkteam, een POH-jeugd en lichte ondersteuning dichtbij huis. Een risico hierbij is echter dat gemeenten ook belang hebben bij het beperken van toegang tot duurdere zorg en daarmee cliënten onterecht toegang ontzeggen (Rijksoverheid, 2023; Jeugdautoriteit, 2025; Andersson Elffers Felix). Gemeenten hebben in theorie ook een stevig instrument om hierop te sturen via contractering: niet-gecontracteerde aanbieders krijgen geen vergoeding. Uit de interviews komt echter naar voren dat gemeenten dit instrument niet altijd volledig benutten, mede omdat het beperken van het aantal aanbieders tot publiek debat en politieke druk kan leiden. Een voorbeeld uit de interviews is een regio die het aantal aanbieders van specialistische jeugdhulp bewust heeft teruggebracht tot één hoofdaannemer, wat weerstand opriep bij aanbieders die moesten afbouwen of als onderaannemer moeten werken. Daarnaast worden bepaalde duurdere, vaak intramurale voorzieningen bekostigd via beschikbaarheidsfinanciering. Gemeenten betalen dan niet voor daadwerkelijk gebruik, maar voor het beschikbaar houden van capaciteit voor het moment dat deze nodig is. Daardoor levert investeren in preventie niet altijd een direct financieel voordeel op: de kosten van zware voorzieningen blijven bestaan, ook als het gebruik afneemt. Dit kan de preventieprikkel verzwakken, omdat de investering niet of beperkt kan worden terugverdiend.

2. Verwijzers hebben geen financieel risico

In het huidige stelsel zijn financiële verantwoordelijkheid en beslissingsmacht gescheiden. Huisartsen, rechters, gecertificeerde instellingen en andere verwijzers kunnen toegang geven tot jeugdhulp, maar dragen niet zelf de financiële gevolgen van die verwijzing[1]. Zij beoordelen primair vanuit het belang van de jeugdige of het gezin, en soms ook onder druk van hoge werkdruk of beperkte alternatieven.

[1] Tenzij de verwijzer in dienst is van de gemeente; maar ook dan is de verwijzer zelf niet persoonlijk financieel verantwoordelijk

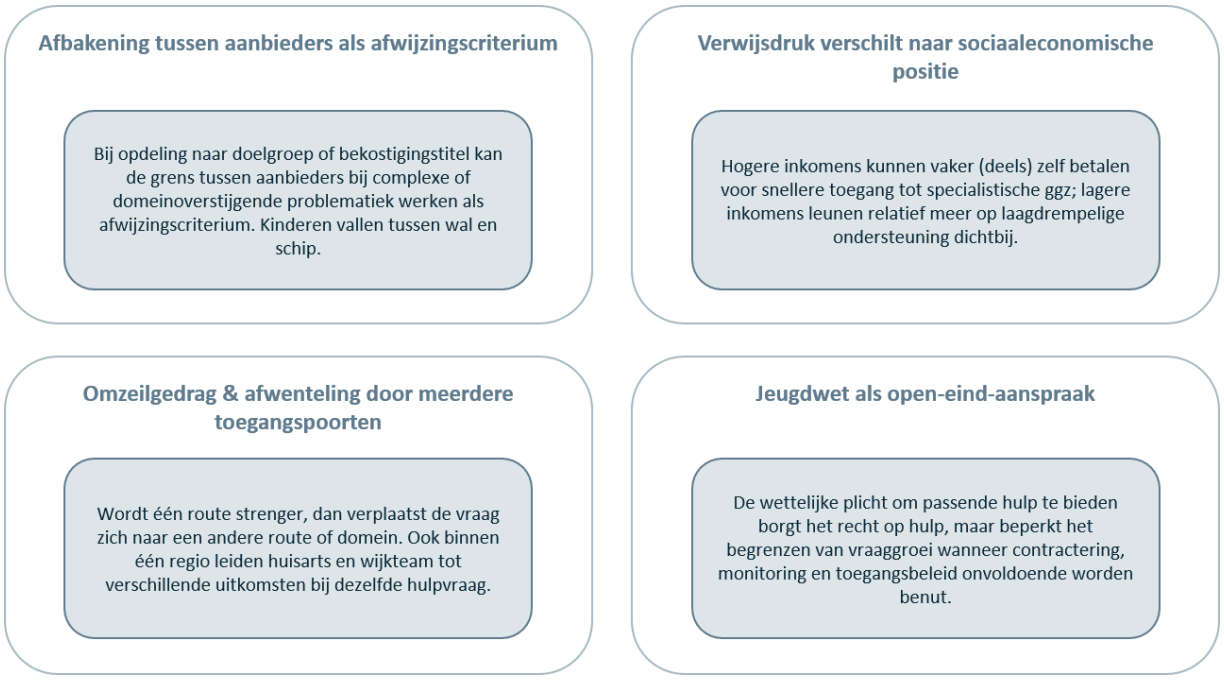
Gevolg hiervan is dat de drempel om hulp in te zetten relatief laag kan zijn. Een risico is dat schaarste en kosten beperkt worden meegewogen, waardoor praktijkvariatie ontstaat tussen verwijzers en de vraag zich kan verplaatsen naar de route die het makkelijkst toegang biedt (Wettenbank; Nederlands Jeugdinstituut).

3. Aanbieders hebben een productieprikkel

Veel jeugdhulpaanbieders worden betaald op basis van geleverde zorg, trajectvolume of beschikbaar budget. Daardoor hangt omzet in meer of mindere mate samen met productie. Dit geeft aanbieders een prikkel om capaciteit gevuld te houden en cliënten in zorg te nemen of te houden. Het risico hiervan is dat trajecten langer duren dan nodig, dat meer behandelingen worden ingezet en dat de focus ligt op zorg leveren in plaats van op tijdig afschalen of beëindigen (Jeugdautoriteit, 2023; Binnenlands Bestuur, 2026). Om deze prikkel te doorbreken is in de interviews een voorbeeld genoemd van een gemeente die behandelvormen zonder duidelijke wetenschappelijke onderbouwing actief heeft uitgesloten van inkoop, juist om deze productieprikkel te doorbreken.

4. Jeugdigen en ouders hebben geen financiële prikkel, maar wel een prikkel richting specialistische hulp

Voor jeugdigen en ouders geldt geen eigen bijdrage of eigen risico. Dat houdt de toegankelijkheid van jeugdhulp hoog en voorkomt dat financiële drempels kwetsbare gezinnen van noodzakelijke hulp weerhouden. Tegelijk ontbreekt daardoor vanuit cliëntperspectief een financiële prikkel om eerst lichtere of goedkopere basishulp te proberen, of om duurdere zorg tijdig af te ronden wanneer problemen voldoende zijn gestabiliseerd (De Zorgkeuze, 2022). Hierdoor kan er langere of duurdere zorg dan nodig worden ingezet. Daarnaast komt uit de interviews naar voren dat er wel een andere prikkel bestaat: specialistische hulp wordt vaak als passender ervaren, specifiek bij hoogopgeleide ouders. Dat kan leiden tot druk op verwijzers en uitwijken naar de route met de laagste drempel om toch toegang te krijgen.



Figuur 5: Structurele knelpunten in het jeugdzorgstelsel

5. Afbakening tussen aanbieders kan als afwijzingscriterium werken

Wanneer aanbieders zijn opgedeeld naar doelgroep of bekostigingstitel (zoals ggz, LVB-problematiek of jeugdreclassering apart), kan de grens tussen die aanbieders in de praktijk gaan werken als afwijzingscriterium: bij complexe of domein overstijgende problematiek kan elke aanbieder aangeven dat de casus niet bij het eigen profiel past, waardoor kinderen tussen wal en schip vallen.

6. Meerdere toegangspoorten creëren omzeilgedrag en afwenteling

Jeugdigen en ouders kunnen via verschillende routes toegang krijgen tot jeugdhulp, zoals: huisarts, school, wijkteam, rechter of een gecertificeerde instelling. Als één route strenger wordt, kan de vraag zich verplaatsen naar een andere route die wel toegang geeft. Ook kan afwenteling ontstaan richting passend onderwijs, Wmo, Zvw-ggz, Wlz of de 18-/18+-overgang. Dit houdt de toegankelijkheid hoog, maar maakt volumebeheersing lastig: de zorgvraag neemt niet noodzakelijk af, maar verschuift naar een andere toegangspoort of een ander domein. Daardoor wordt triage complexer en ontstaat risico op verplaatsing in plaats van daadwerkelijke vermindering van zorggebruik (Nederlands Jeugdinstituut). Dit knelt niet alleen tussen gemeenten onderling, maar ook binnen één regio: verwijzing via de huisarts en verwijzing via het buurt- of wijkteam kunnen tot verschillende uitkomsten leiden, omdat beide routes vanuit een andere invalshoek (medisch versus breed/sociaal) naar dezelfde hulpvraag kijken. Hierbij wordt in de interviews wel opgemerkt dat dit meer strategische gedrag vaker gezien wordt in wijken waar veel hoogopgeleide ouders wonen die de Nederlandse taal en het jeugdstelsel goed kennen.

7. Verwijsdruk kan verschillen naar sociaaleconomische positie

Uit de interviews komt naar voren dat de druk om door te verwijzen naar bijv. specialistische ggz sterker kan zijn bij hogere inkomens, die eerder de mogelijkheid hebben om (deels) zelf te betalen voor snellere toegang, terwijl gezinnen met een lager inkomen relatief meer profiteren van laagdrempelige ondersteuning dichtbij, zoals een buurt- of wijkteam. Dit risico op ongelijke toegankelijkheid naar sociaaleconomische positie is een aandachtspunt bij elke vorm van afbakening.

8. De Jeugdwet functioneert als open-eind-aanspraak

Gemeenten hebben een wettelijke plicht om passende jeugdhulp beschikbaar te maken wanneer die nodig is. Dit beschermt jeugdigen en borgt het recht op hulp, maar beperkt tegelijk de mogelijkheden om vraaggroei hard te begrenzen. Wanneer sturingsmechanismen zoals contractering, kostprijsafspraken, monitoring en toegangsbeleid onvoldoende worden benut, kan de open-eind-aanspraak leiden tot oplopende financiële druk bij gemeenten (Wettenbank; Nederlands Jeugdinstituut).

2.4 Internationale vergelijking

Het meest directe internationale precedent is Vlaanderen, waar al een vergelijkbare knip bestaat tussen rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp en niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp (NRTJH). Voor de laatste categorie, langdurige, intensieve of gespecialiseerde hulp, zoals residentiële plaatsing, is altijd tussenkomst vereist van de intersectorale toegangspoort (ITP), die per provincie is georganiseerd en bestaat uit een onafhankelijk beoordelingsteam en een apart jeugdhulpregieteam. Een contactpersoon-aanmelder dient een aanvraag in; het beoordelingsteam bepaalt vervolgens, los van de partij die de hulp later levert, welke module(s) passend zijn en voor hoe lang. Dit is een directe illustratie van de "onafhankelijke triage"-voorwaarde die in het EHdK-concepthoofdstuk en het

grootste gedeelte van de interviews terugkomt als cruciale randvoorwaarde, ongeacht welk scenario wordt gekozen: de indicatiesteller (ITP) is institutioneel gescheiden van zowel de gemeente/financier als de aanbieder (Opgroeien; Participate!).

Voor de landen die verder van Nederland af staan, is het rapport "Jeugdzorg in Europa" van het Nederlands Jeugdinstituut de meest bruikbare bronvergelijking. In Engeland is de toegang tot jeugdzorg zowel vrijwillig als gedwongen mogelijk. Met het beleidsprogramma 'Every Child Matters' (Government UK, 2003) verschoof de nadruk destijds naar een vrijwillige, vroegtijdige aanpak waarbij snel wordt ingespeeld op signalen van risico, vergelijkbaar met de Nederlandse ambitie van 'zo licht mogelijk, zo snel mogelijk'. Dat programma is sinds ongeveer 2010 niet meer het officiële kader, al blijft de onderliggende Children Act 2004 de juridische basis voor samenwerking tussen instanties. De meest recente wetgeving, de Children's Wellbeing and Schools Act (2026), bouwt hierop voort met een verplichte informatie-uitwisseling tussen instanties over de veiligheid van een kind en met Regional Care Co-operatives, waarin groepen gemeenten gezamenlijk de inkoop en planning van jeugdzorgplekken organiseren (Government UK, 2026). Duitsland kent geen apart, gescheiden systeem voor jeugdbescherming: in beleid en praktijk valt dit onder dezelfde brede "Hilfen zur Erziehung" (opvoedingsondersteuning) als preventieve en lichte vormen van hulp, zonder de scherpe knip tussen basis en aanvullend die in dit onderzoek wordt overwogen. Noorwegen, Zweden en Denemarken laten een vergelijkbaar beeld zien: overwegend één lokaal georganiseerde, integrale toegang zonder formele categorieën, met de nadruk op vroegtijdige en licht-toegankelijke ondersteuning (Nederlands Jeugdinstituut, 2012).

Dat is zelf ook een relevant datapunt voor dit onderzoek: het is niet vanzelfsprekend dat landen met een vergelijkbaar vraagstuk kiezen voor een scherpe, landelijk vastgelegde inhoudelijke afbakening zoals in scenario 2 of 3. Vlaanderen is in die zin een uitzondering, en juist daarom het meest waardevolle precedent, omdat het laat zien hóe zo'n afbakening (met een onafhankelijke toegangspoort) in de praktijk georganiseerd kan worden.

3 Scenario’s

Conclusies hoofdstuk Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

De drie scenario's variëren in de mate waarin de afbakening tussen basis- en aanvullende jeugdhulp landelijk wordt vastgelegd, met een oplopende zwaarte van landelijke eisen aan het lokale team.

- *Scenario 1:* gemeente bepaalt zelf welke hulp basishulp is en welke aanvullend, met lichte tot middelzware landelijke eisen aan het lokale team.
- *Scenario 2:* een landelijke lijst legt de zwaarste hulp vast als aanvullend; voor de overige hulp bepaalt een landelijk weegkader of deze basis of aanvullend is, met zwaardere lokale teameisen.
- *Scenario 3:* een landelijke lijst legt de zwaarste hulp vast als aanvullend; al het overige geldt zonder weegkader automatisch als basishulp, met de zwaarste lokale teameisen.

Scenario’s m.b.t. de afbakening van de jeugdhulp zijn opgesteld door bureau EHdK, voor volledige toelichting op de scenario’s verwijzen we graag naar het rapport *Afbakening van basis- en aanvullende jeugdhulp. Criteria en scenario's voor deelvraag 1 van het onderzoek naar de reikwijdte van de jeugdhulpplicht* van EHdK.

In dit document is een korte samenvatting opgenomen van de drie scenario’s.

3.1 Scenario 1

Elke gemeente bepaalt zelf welke hulp zij als basishulp rekent en welke als aanvullende hulp. De verwijzer, meestal het lokale team, past die gemeentelijke grens toe. Nieuw ten opzichte van de huidige praktijk is dat het Rijk landelijke eisen stelt aan het lokale team: overal moet het team een gezin zelf kunnen beoordelen, een vast contactpersoon bieden en lichte begeleiding kunnen leveren. Die eisen gaan tot en met de samenstelling van het team en de functies die het garandeert. De kwaliteitseisen kunnen lichter blijven dan in de andere scenario's, omdat een deel van de zwaardere hulp via het gespecialiseerde aanbod loopt. Het toezicht is gemiddeld, zodat er ook zonder besluit op basishulp een controleerbare ondergrens is.

Omdat de gemeente de grens trekt, verschilt per gemeente hoeveel het lokale team zelf doet en hoeveel via het gespecialiseerde aanbod gaat. Ook de zwaarste hulp is niet landelijk vastgelegd: er is geen lijst die bepaalt dat bijvoorbeeld verblijf altijd aanvullend is.

3.2 Scenario 2

Het Rijk legt twee zaken landelijk vast: een korte lijst met de zwaarste hulpvormen die altijd aanvullende jeugdhulp zijn, zoals verblijf en klinische behandeling, en een landelijk weegkader waarmee verwijzers overige hulpvragen indelen op basis van uniforme drempels. Hulp onder die drempels geldt als basishulp en wordt door het lokale team geleverd. Omdat verwijzers overal op dezelfde, toetsbare manier moeten wegen, gelden voor lokale teams zwaardere landelijke eisen dan in scenario 1, ook voor werkwijze en kwaliteit.

De lijstzorg loopt altijd via gespecialiseerd aanbod en omvat onder meer verblijf, klinische en deeltijdbehandeling, intensieve gespecialiseerde jeugd-ggz en zware crisis- en veiligheidshulp. Het weegkader bepaalt welke hulp daaronder door het lokale team wordt geleverd. De precieze inhoud van de lijst en de hoogte van de drempels worden vastgelegd in de AMvB, in afstemming met het veld.

3.3 Scenario 3

Het Rijk legt alleen een landelijke lijst vast met de zwaarste hulpvormen. Hulp op deze lijst is aanvullende hulp; alle overige hulp is basishulp die het lokale team zelf levert. Er is geen weegkader of tussencategorie. Omdat daarmee vrijwel alle ambulante hulp bij het lokale team terechtkomt, moeten de eisen aan dit team in dit scenario het verst gaan, inclusief alle onderdelen uit keuze B en genormeerd toezicht. Dit maakt de grens op papier eenvoudig, maar legt tegelijk de zwaarste uitvoeringsopgave bij het lokale team.

De lijst is gelijk aan die in scenario 2 en omvat verblijf, klinische en deeltijdbehandeling, intensieve gespecialiseerde jeugd-ggz en zware crisis- en veiligheidshulp. Het verschil zit in alle hulp daaronder: ambulante behandeling, langdurige gezinsbegeleiding en therapie zonder verblijf gelden als basishulp, ook wanneer zij intensief zijn, en moeten door het lokale team zelf worden geleverd.

4 Omschrijving/lessen uit andere stelsels/domeinen

Conclusies hoofdstuk 4

Drie zorgstelsels en de ggz als apart domein daarbinnen laten zien dat niet de plek van de knip, maar de voorwaarden waaronder hij wordt toegepast bepalend zijn voor de prikkelwerking:

- *Wlz:* een onafhankelijke indicatiesteller met hardheidsclausule voorkomt starre uitsluiting, maar een scherpe grens zonder tussencategorie maakt grensgevallen afhankelijk van uitzonderingsbeleid en verplaatst de zorgvraag naar aangrenzende domeinen.
- *Zvw:* een poortwachtersmodel werkt alleen als rem zolang poortwachter zelf de norm stelt en daarop wordt aangesproken; een fijnmaziger sturingsinstrument houdt alleen stand met politiek en uitvoeringsdraagvlak.
- *Wmo:* de institutionele vormgeving van het lokale team is minstens zo bepalend voor de uitkomst als de afbakening zelf.
- *Ggz:* niet de zorgsoort, maar de koppeling van onafhankelijke toetsing aan de bekostiging bepaalt of een knip standhoudt.

4.1 Wlz

De Wlz is bedoeld voor mensen met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid, zoals ouderen met een zware zorgvraag en mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking. De toegang wordt onafhankelijk vastgesteld door het CIZ, dat een zorgprofiel bepaalt op basis van cumulatieve criteria: een blijvende zorgbehoefte, permanent toezicht óf 24-uurszorg nabij, en risico op ernstig nadeel als zorg uitblijft. Deze criteria moeten allemaal gelden; één ontbrekend criterium betekent geen indicatie. De indicatie is vaak langdurig of levenslang en kent geen tussencategorie: iemand komt wel of niet in aanmerking. Wel kan het CIZ via de hardheidsclausule in individuele gevallen gemotiveerd afwijken van de beleidsregels (CIZ, 2026).

Strakke afbakening geeft meer duidelijkheid, maar creëert grensgevallen

De Wlz combineert duidelijke toelatingscriteria met onafhankelijke indicatiestelling. Dat vergroot rechtsgelijkheid en voorspelbaarheid, maar creëert ook grensgevallen: mensen die net niet aan de eisen voldoen, terwijl zij wel substantiële ondersteuning nodig hebben. Voor de Jeugdwet is dit risico groter, omdat jeugdhulp meestal tijdelijk en ontwikkelingsgericht is. De tijdelijke, onderzoekende fase bij de LVG-indicatie voor 18-23-jarigen laat zien hoe standaardisatie kan worden gecombineerd met ruimte voor ontwikkeling. Dit mechanisme zou ook voor jeugdhulp waardevol kunnen zijn vanwege de bovengenoemde redenen en contextgebondenheid van de meeste jeugdhulpvragen.

Onafhankelijke indicatiestelling vermindert lokale verschillen, maar vergroot bureaucratie

De toegang wordt bepaald door het CIZ, niet door gemeenten of aanbieders. Daardoor wordt toegang uniformer en staat indicatiestelling losser van financiële belangen[2]. Tegelijk leidt dit tot extra administratie, procedures, discussies over criteria en onderhoud van het beoordelingskader (iets wat eerder ook zichtbaar was in de jeugdzorg toen bureau jeugdzorg als centrale partij de verwijzingen verzorgde en er veel bureaucratie werd ervaren). De Wlz ondervangt dit deels via de hardheidsclausule: het CIZ kan gemotiveerd afwijken wanneer toepassing van beleidsregels onredelijk

[2] Hoewel het CIZ onafhankelijk opereert bij de indicatiestelling, worden zowel het CIZ zelf als de op grond van zijn indicaties verstrekte Wlz-zorg door dezelfde publieke financier bekostigd. Daardoor ontbreekt een volledig onafhankelijke indicatiesteller die financieel losstaat van de partij die de zorg uiteindelijk betaalt.

uitpakt. Voor de Jeugdwet is zo'n uitlaatklep noodzakelijk, omdat artikel 3 IVRK vraagt om een individuele toets in het belang van het kind (Verenigde Naties, 1989).

Een afbakening verplaatst het vraagstuk vaak naar aangrenzende domeinen

De Wlz laat zien dat begrenzing van toegang het vraagstuk vaak verplaatst naar aangrenzende domeinen: Zvw, Wmo, gemeenten of voorliggende voorzieningen. De zorgvraag verdwijnt vaak niet, maar verschuift. Dit speelt in de Jeugdwet vooral bij de 18-/18+-overgang en bij jeugdigen met domein overstijgende problematiek, zoals een combinatie van LVB, ggz-problematiek en verslaving. Voor deze groep bestaan nauwelijks passende voorzieningen, waardoor zij tussen wal en schip kunnen vallen; gespecialiseerde initiatieven zoals Skaeve Huse zijn niet overal beschikbaar (Platform31, 2010).

4.1.1 Lessen voor de Jeugdwet

- Een gesloten afbakening vergroot duidelijkheid, maar vraagt om een maatwerkroute voor grensgevallen.
- Overweeg, naar analogie van de LVG-indicatie, een tijdelijke of herbeoordeelbare status in plaats van een definitieve indeling ineens.
- Vraag niet alleen wie wel of niet binnen de afbakening valt, maar vooral waar de hulpvraag naartoe gaat als iemand erbuiten valt.
- Neem de 18-/18+-overgang expliciet op als randvoorwaarde of mitigerende maatregel, ongeacht het gekozen scenario.
- Een onafhankelijke poortwachter kan rechtsgelijkheid vergroten, maar brengt uitvoeringskosten en administratieve lasten mee.
- Bouw, naar het voorbeeld van het CIZ, een hardheidsclausule in; zonder gemotiveerde afwijkingsmogelijkheid is een categorisch systeem juridisch kwetsbaar onder artikel 3 IVRK.

4.2 Zvw

De Zvw kent twee vormen die relevant zijn voor dit onderzoek: de huisartsenzorg als poortwachter voor de rest van de zorg, en de wijkverpleging, waar de toegang sinds 2015 bij de professional zelf ligt. De huisarts bepaalt zelfstandig, vanuit de eigen professionele standaard, of doorverwijzing naar de medisch-specialistische zorg nodig is, zonder daarbij gebonden te zijn aan een lokale of regionale grens. De wijkverpleegkundige indiceert sinds de overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw in 2015 zelfstandig, zonder verwijzing van een arts, met als enige landelijke ondergrens het (niet-wettelijke) normenkader van de beroepsvereniging V&VN.

Een poortwachter werkt als rem zolang poortwachter en normsteller dezelfde partij zijn

De huisarts bepaalt zelf of doorverwijzing nodig is én wordt daar zelf op aangesproken; dat maakt de huisarts tegelijk poortwachter en normsteller. Wel met de nuance dat deze rol als poortwachter alleen goed werkt als er sprake is van monitoring op variatie tussen verwijzers en regio's. In de jeugdafbakening trekt de gemeente of het lokale team de grens, maar de huisarts mag daarnaast, als aparte partij, ook verwijzen. Dat maakt het risico op omzeiling via de medische verwijsroute groter dan in de Zvw.

Een poging tot fijnmaziger sturingsinstrument kan alsnog worden teruggedraaid

De NZa experimenteerde vanaf 2023 met bekostiging van wijkverpleging op basis van cliëntprofielen, als alternatief voor de open norm met losse, declarabele uren. Per 2025 zijn cliëntprofielen echter

geen onderdeel meer van dit experiment, na een Tweede Kamer-motie en kritiek uit het veld (onder meer van Buurtzorg) op de uitvoerbaarheid en administratieve last van het nieuwe model (Nederlandse Zorgautoriteit, 2024).

4.2.1 Lessen voor de Jeugdwet

- Stem verwijsroutes vroeg en structureel op elkaar af (zie ook voorwaarde 4 in het concepthoofdstuk van EHdK): zolang de huisarts los van de lokale grens kan blijven verwijzen, blijft omzeiling een risico, in alle drie de scenario's.
- Het tempo van afbouw van de medische verwijsroute zou gekoppeld moeten zijn aan hoe stevig de lokale teams zijn ingericht.
- Een fijnmaziger sturingsinstrument (zoals het weegkader in scenario 2) moet aantoonbaar uitvoerbaar zijn en draagvlak hebben in het veld, anders loopt het risico dat het, net als bij de wijkverpleging, weer wordt teruggedraaid vóór het zijn sturingspotentieel heeft kunnen bewijzen.

4.3 Wmo

De Wmo 2015 is, net als de Jeugdwet, in 2015 gedecentraliseerd naar gemeenten en kent een vergelijkbare basisstructuur: een algemene voorziening (vrij toegankelijk, zonder besluit) naast een maatwerkvoorziening (met een besluit/beschikking, zoals huishoudelijke hulp of begeleiding). Anders dan bij de Jeugdwet geldt voor Wmo-maatwerkvoorzieningen wél een eigen bijdrage: het abonnementstarief, in 2026 vastgesteld op €21,80 per maand per huishouden, ongeacht inkomen of vermogen (CAK, 2025). Vanaf 2027 zou dit tarief inkomens- en vermogensafhankelijk worden; de Tweede Kamer heeft het wetsvoorstel echter controversieel verklaard, waardoor vertraging van de invoering waarschijnlijk is (Rijksoverheid, 2025; VNG, 2025). Gemeenten organiseren de toegang doorgaans via wijkteams die een melding onderzoeken en bepalen of een algemene voorziening volstaat of dat een maatwerkvoorziening nodig is.

De samenstelling van het wijkteam bepaalt de uitgavengroei, niet alleen de afbakening zelf

Het CPB vergeleek wijkteams volledig in dienst van de gemeente met wijkteams waarin professionals van Wmo-aanbieders zijn opgenomen. Uitkomst: in gemeenten waar het wijkteam (deels) bestaat uit professionals in dienst van een zorgaanbieder, stegen verwijzingen naar professionele (duurdere) zorg ongeveer 14 procentpunt harder dan in gemeenten met een onafhankelijk, gemeentelijk wijkteam. Deze professionals hebben via hun positie in het wijkteam een belangrijke stem in wie voor zorg in aanmerking komt, maar voelen weinig prikkel om zuinig met gemeentelijke middelen om te gaan (Centraal Planbureau, 2019).

Een eigen bijdrage werkt als beperkte rem, maar is voor de jeugdhulp geen optie

Het abonnementstarief is bedoeld als financiële drempel tegen te snel gebruik van maatwerkvoorzieningen, maar de drempel is laag genoeg om weinig sturend effect te hebben. Voor sommige voorzieningen zorgde de invoering er zelfs voor dat de vraag toenam ("aanzuigende werking"), omdat de bijdrage voor hogere inkomens flink lager werd dan voorheen.

Decentrale verordeningen leiden tot praktijkvariatie tussen gemeenten

Net als bij scenario 1 in dit onderzoek legt elke gemeente in de Wmo zelf in een verordening vast wat onder een algemene en wat onder een maatwerkvoorziening valt, wat tot aanzienlijke verschillen

tussen gemeenten leidt. Praktijkvariatie hoeft niet per definitie ongewenst te zijn; verschillen tussen gemeenten kunnen doelmatig zijn wanneer lokale omstandigheden, sociale infrastructuur en beschikbare voorzieningen verschillen.

4.3.1 Lessen voor de Jeugdwet

- Niet alleen de scenariokeuze, maar ook de institutionele vormgeving van het lokale team (in dienst van de gemeente of van een aanbieder) is bepalend voor uitgavengroei.
- Een eigen bijdrage is als sturingsinstrument sowieso beperkt effectief, en voor de jeugdhulp bovendien ongewenst. Alle geïnterviewden wijzen op de kwetsbaarheid van gezinnen als reden om geen financiële drempel te introduceren.
- Sturing in de jeugdhulp zal dus vooral via de inrichting van de toegang en het lokale team moeten lopen, niet via de portemonnee van het gezin.
- Scenario 1 loopt tegen hetzelfde risico aan dat de Wmo nu al laat zien: decentrale verordeningen leiden tot praktijkvariatie en dit kan potentieel leiden tot rechtsongelijkheid.

4.4 Ggz

- De ggz is onderdeel van de Zvw en Wlz, maar is in dit hoofdstuk apart benoemd omdat dit een aparte zorgsoort/apart domein is en vergelijkbare elementen bevat met de jeugdzorg -

De ggz kent al een landelijk verwijsmodel dat onderscheid maakt tussen generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz. In opdracht van VWS ontwikkelde bureau HHM een verwijsmodel met vijf criteria: het vermoeden van een DSM-benoemde stoornis, de ernst van de problematiek, het risico (waaronder zelfverwaarlozing), de complexiteit en het beloop van de klachten. De huisarts, doorgaans ondersteund door de POH-ggz, beoordeelt op basis hiervan of iemand met lichte klachten in de huisartsenzorg kan blijven bij veelal de POH-ggz, wordt doorverwezen naar de basis-ggz, of naar de gespecialiseerde ggz gaat (HHM, 2013).

Sinds de invoering van het zorgprestatiemodel in 2022 loopt de bekostiging niet meer via aparte "producten" voor basis- en gespecialiseerde ggz, maar via zorgvraagtypering: een indeling naar zorgzwaarte en complexiteit (zorgvraagtype 1 tot en met 4 komt globaal overeen met basis-ggz, 5 tot en met 8 met gespecialiseerde ggz), met bijbehorende consulttarieven per beroepsgroep en setting (Nederlandse Zorgautoriteit, 2022). Voor een deel van de ggz-cliënten loopt de afbakening overigens via de Wlz in plaats van de Zvw: sinds 2021 hebben mensen met een psychische stoornis toegang tot de Wlz wanneer zij blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24-uurszorg nabij, geïndiceerd door het CIZ op basis van dezelfde cumulatieve criteria als bij andere Wlz-doelgroepen (CIZ, 2021). Anders dan bij de basis-/gespecialiseerde ggz binnen de Zvw is de knip hier dus wél onafhankelijk belegd, los van de verwijzer zelf.

Een asymmetrisch verwijsmodel werkt beter dan een optelsom van scores

Het HHM-model is geen simpele optelsom: een hoog risico of hoge complexiteit is op zichzelf al doorslaggevend voor doorverwijzing naar de gespecialiseerde ggz, ongeacht de score op de andere criteria, terwijl een lage score op één criterium de lichte kant niet automatisch bevestigt (HHM, 2013).

De verwijzer classificeert, maar draagt zelf geen financieel risico

De huisarts bepaalt de verwijzing, maar ondervindt zelf geen financiële gevolgen van die keuze. Dat is een bekende voedingsbodem voor praktijkvariatie en voor labelen richting het zwaardere profiel omdat het voor de huisarts van belang is dat iemand hulp krijgt en minder relevant is welke type zorg (licht/zwaar) men ontvangt. Ook het risico dat de verwijzing te licht is en hulp niet toereikend is, speelt hierin mee en leidt vaak sneller tot een zwaardere verwijzing dan wellicht nodig. Het opzetten en uitvoeren van monitoring om verschillen tussen verwijzers inzichtelijk te maken is daarom van belang.

Fijnmazigere typering vervangt een grove tweedeling, maar lost het sturingsvraagstuk niet op

De overgang naar zorgvraagtypering (acht typen) moest de bekostiging beter laten aansluiten op de daadwerkelijke zorgzwaarte. In de praktijk wordt de typering echter vooral aan de voorkant, door de verwijzer of behandelaar zelf, bepaald, zonder harde, onafhankelijke toets.

Wachtlijsten ontstaan niet alleen door budgetplafonds

In de ggz wordt kostengroei vooral beheerst via budgetplafonds bij aanbieders, de inzet van POH-ggz en in sommige regio's via het verkennende gesprek om onnodige instroom te voorkomen. Desondanks zijn er structurele wachtlijsten, zeker voor de zwaardere ggz-zorg. In het publieke debat klinkt regelmatig de oproep om de ernstigste gevallen voorrang te geven (NRC, 2026). Maar in de praktijk is dit lastiger.

Allereerst speelt capaciteit een rol. Er zijn personeelstekorten, vooral in de zwaardere zorg. Uit onderzoek naar het zwaardere segment van de jeugdhulp blijkt dat professionals daar vaak vertrekken door de hoge werkdruk, de zwaarte van het werk en, in gesloten setting, veiligheidsrisico's (Gilsing & Stoutjesdijk, 2018). Signalen uit het veld wijzen erop dat ook arbeidsvoorwaarden een rol spelen, zoals werken in diensten tegenover werken tijdens kantooruren en dat de cao geen onderscheid maakt in salaris voor het leveren van lichtere of zwaardere ggz-zorg. Hierdoor lopen de personeelstekorten in de zwaardere zorg verder op en moeten juist cliënten met ernstige problematiek langer wachten. Een scherpere afbakening lost dit niet op. Ook in de jeugdzorg werkt een knip alleen als er voldoende personeel is voor de zwaardere hulp en hier een passend salaris tegenover staat in vergelijking tot lichtere vormen van zorg.

Een tweede problematiek dat in de ggz speelt is dat zorgverzekeraars ook niet direct kunnen sturen op welke cliënten al dan niet met voorrang hun behandeling mogen starten. Met individuele aanbieders kunnen er wel afspraken over zorgzwaartes gemaakt worden, maar met bijvoorbeeld vrijgevestigde ongecontracteerde partijen kunnen geen afspraken gemaakt worden. Hierdoor is het toekennen van grotere delen van het budget aan alleen zwaardere cliënten vaak niet mogelijk. Dit zou in de Jeugdwet niet spelen; een gemeente kan veel gerichter inkopen en kan ervoor kiezen om bepaalde aanbieders niet in te kopen en kent dan niet de verplichting om alsnog geleverde zorg deels te vergoeden.

De ervaringen in de ggz laten zien dat een inhoudelijke afbakening op zichzelf niet voldoende is om de uitgaven duurzaam binnen een vooraf vastgesteld budget te houden. Hoewel er een onderscheid bestaat tussen lichtere en zwaardere zorgvormen, wordt de feitelijke beheersing van uitgaven vooral gerealiseerd via aanvullende instrumenten zoals contractering, budgetplafonds, capaciteitssturing en wachtrijvorming. Tegelijkertijd laten de aanhoudende wachtlijsten zien dat ook deze instrumenten geen volledige garantie bieden op een evenwicht tussen vraag, aanbod en beschikbare middelen. Voor de Jeugdwet betekent dit dat een inhoudelijke afbakening waarschijnlijk wel een bijdrage kan leveren aan doelmatiger gebruik van specialistische hulp, maar niet als zelfstandig instrument kan worden gezien voor duurzame budgetbeheersing. Daarvoor zijn ook keuzes nodig over toegang, prioritering, bekostiging en beschikbare capaciteit.

Ernst is moeilijk objectief te meten

Anders dan in veel somatische zorg is de ernst van psychische problematiek niet met objectieve meetwaarden vast te stellen. Het oordeel hangt altijd gedeeltelijk af van professioneel inzicht en van de context waarin problemen zich voordoen. Daardoor is een volledig objectieve afbakening waarschijnlijk niet haalbaar. Realistischer is een consistente beoordeling, ondersteund door scholing, kalibratie en benchmarking. Deze inherente subjectiviteit heeft ook gevolgen voor de werking van een afbakening. Grensgevallen zullen vaker voorkomen, beoordelingen tussen professionals kunnen verschillen en discussies over toegang zullen niet volledig verdwijnen. Dit maakt ook bezwaar- en beroepsprocedures waarschijnlijker dan in domeinen waar objectieve criteria beter beschikbaar zijn. Voor kostenbeheersing betekent dit dat een inhoudelijke afbakening slechts beperkte sturingskracht heeft wanneer deze niet wordt ondersteund door aanvullende mechanismen zoals onafhankelijke toetsing, monitoring en passende bekostigingsprikkels. Een afbakening kan richting geven aan beslissingen, maar zal de contextafhankelijkheid van jeugdhulp nooit volledig kunnen wegnemen.

4.4.1 Lessen voor de Jeugdwet

- Bouw een eventueel weegkader (scenario 2) asymmetrisch: een hoog risico of hoge complexiteit zou op zichzelf al tot aanvullende hulp moeten leiden, ongeacht de score op de overige kenmerken.
- Vermijd een optelsom waarin lage scores op andere kenmerken een hoge score op één kenmerk kunnen compenseren.
- Herken dat een vergelijkbaar risico ontstaat zodra een lokaal team of externe verwijzer een grens toepast zonder zelf financieel risico te dragen over de uitkomst en zorg voor goede monitoring om verschillen inzichtelijk te maken en waar nodig te veranderen.
- Koppel classificatie en bekostiging aan elkaar, of zorg voor onafhankelijk toezicht op de classificatie, om te voorkomen dat het onderscheid alleen nog administratief bestaat.
- Een fijnmaziger onderscheid (zoals het weegkader in scenario 2) kan de aansluiting op de praktijk verbeteren, maar vervangt niet de noodzaak van een onafhankelijke, getrainde beoordelaar.

4.5 Samenvattend: wat andere stelsels leren over het zetten van een knip

De Wlz, de Zvw, en de Wmo kennen elk al een vorm van afbakening tussen lichtere en zwaardere zorg. De vraag is dus niet óf zo'n knip kan bestaan, maar hoe hij standhoudt. Een terugkerend patroon is dat sturing werkt zolang degene die de knip toepast geen (onopgemerkt) financieel belang heeft bij de uitkomst, óf onderworpen is aan een onafhankelijke toets. Ontbreekt beide, dan verschuift de praktijk richting het duurdere profiel.

- **Wlz:** een onafhankelijke, criteria-gestuurde toetsing (CIZ) vermindert lokale verschillen, maar een scherpe grens zonder vangnet verplaatst de zorgvraag vooral naar aangrenzende domeinen, zoals bij de 18-/18+-overgang, in plaats van die op te lossen, en dat risico is voor jeugdhulp groter dan voor de Wlz.
- **Zvw:** een poortwachter die zelf professioneel verantwoording draagt (de huisarts) remt omzeiling, maar zelfs een technisch beter sturingsinstrument houdt alleen stand met voldoende politiek en uitvoeringsdraagvlak, zoals de terugdraaiing van de cliëntprofielen wijkverpleging laat zien.
- **Wmo:** de institutionele vormgeving van het lokale team (in dienst van de gemeente of van een aanbieder) is minstens zo bepalend voor de uitkomst als de afbakening zelf, aangetoond doordat verwijzingen naar duurdere zorg sneller stijgen zodra de leverende partij in het team meebeslist.

- **Ggz (domein binnen de Wlz en Zvw):** niet de zorgsoort, maar de aanwezigheid van onafhankelijke, aan de bekostiging gekoppelde toetsing bepaalt of een knip standhoudt. Binnen de Zvw ontbreekt die koppeling en voedt dat upcoding[3], binnen de Wlz is de toetsing er wel (CIZ). Ook laat de ggz zien dat ernst moeilijk objectief te meten is, en dat wachtlijsten ook ontstaan door personeelstekorten en doordat de cao geen onderscheid maakt in salaris voor lichte of zwaardere zorg.

Wat deze drie zorgstelsels en de ggz als apart domein gezamenlijk laten zien, is dat de plek van de knip zelf minder bepalend is voor de prikkelwerking dan de voorwaarden waaronder hij wordt toegepast. Onafhankelijke toetsing gekoppeld aan de bekostiging, een sturingsinstrument dat politiek en in de uitvoering standhoudt, een lokaal team dat niet wordt gestuurd door het financiële belang van de leverende partij, en aandacht voor waar de zorgvraag naartoe verschuift als iemand net buiten de grens valt: geen van de vier voorbeelden regelt dit vanzelf, en geen enkele scoort op alle vier goed. Een inhoudelijke afbakening van de Jeugdwet leidt daarom niet automatisch tot minder zorggebruik of lagere kosten, maar alleen als de bekostiging mee verandert, het gekozen instrument bestand is tegen politieke en uitvoeringsdruk, de organisatie van het lokale team is geregeld, en de afbakening de zorgvraag daadwerkelijk oplost in plaats van verplaatst.

[3] Upcoding is het strategisch of onterecht classificeren van een cliënt, diagnose of behandeling als zwaarder of complexer dan feitelijk het geval is, zodat er meer financiering of een hogere vergoeding wordt ontvangen.

5 Prikkelwerking scenario’s

Conclusies hoofdstuk 5

- *Scenario 1:* behoudt maatwerk en preventieprikkel, maar staat of valt met afspraken over externe verwijsroutes (huisarts, rechter, GI, school) — zonder die afstemming verplaatst de instroom zich en werkt de knip niet.
- *Scenario 2:* maakt verwijzingen consistenter via een weegkader, maar verandert de bekostigingsprikkel bij aanbieders niet en vraagt onafhankelijke asymmetrische toepassing om upcoding te voorkomen.
- *Scenario 3:* eenvoudig te communiceren, maar staat of valt met lokale teams die vóór invoering al stevig genoeg zijn ingericht. Anders ontstaat wachttijd of onveilige praktijk in plaats van volumebeheersing.

Zoals eerder benoemd is de rationale achter het zetten van een 'knip' het beperken van de instroom van cliënten in de specialistischere jeugdzorg. Een scherpere afbakening moet voorkomen dat relatief lichte, contextgebonden problematiek automatisch in specialistische trajecten terechtkomt. De groei van de jeugdzorg in de afgelopen jaren zit vooral in ambulante hulp zonder verblijf; een andere manier om kosten te reduceren is door deze zorg anders te organiseren, bijvoorbeeld in groepen. Dit hoofdstuk beschrijft de richting en aard van de prikkeleffecten per scenario, niet de omvang ervan in euro's of aantallen jeugdigen. Voor de reikwijdte en kwantitatieve afbakening van dit onderzoek verwijzen we naar hoofdstuk 1.

In de volgende paragrafen wordt per subonderdeel besproken hoe de drie scenario's zich hiertoe verhouden:

1. Welke **prikkels op actoren** gelden en welke gedragsreactie hierbij verwacht wordt;
2. In hoeverre **volumebeheersing en kostenreductie** gerealiseerd kan worden;
3. Welke **randvoorwaarden** van toepassing zijn;
4. Welke **effecten** verwacht kunnen worden, en;
5. Welke **mitigerende maatregelen** genomen kunnen worden.

Waar de drie scenario's op een punt niet van elkaar verschillen, wordt dit één keer benoemd; waar ze wel verschillen, wordt de nuance per scenario aangegeven. De volledige uitwerking per scenario, met detailtoelichting en voorbeelden, is opgenomen in bijlage 1 (hoofdstuk 9.1).

Een belangrijke aanname die voor alle drie scenario's geldt: er is uitgegaan van gelijkblijvende financiering en verwijsroutes. Geen van de scenario's verandert de bekostiging van aanbieders of de toegang via huisarts, rechter, gecertificeerde instelling of school. Deze aanname is hier relevant: dat de prikkelwerking bij aanbieders en verwijzers in alle drie scenario's grotendeels ongewijzigd blijft, volgt dus direct uit deze aanname, en is niet louter een empirische uitkomst van de analyse.

De volgende drie scenario’s zijn onderzocht (zie hoofdstuk 3).



Figuur 6: Drie onderzochte scenario's

5.1 Prikkels op actoren

Prikkelwerking rond een knip ontstaat doordat aan beide kanten van de grens iets anders geregeld is: het recht op hulp, de inhoudelijke verantwoordelijkheid en het financiële risico. Hoe meer deze drie elementen (aanspraak, verantwoordelijkheid en financieel risico) samenvallen op één grens, hoe sterker de prikkelwerking wordt.

Uit dit onderzoek blijkt daarbij vooral van belang wíe bepaalt aan welke kant een hulpvraag terechtkomt, en of die partij de gevolgen van dat oordeel draagt. Dat patroon komt in alle vergeleken stelsels terug. In de ggz classificeren verwijzers zonder financieel risico. In de Wmo stijgen verwijzingen sneller wanneer aanbieders in het wijkteam meebeslissen. In de Wlz verplaatst een scherpe grens de vraag naar aangrenzende domeinen.

Een harde knip kan mogelijk worden verzacht door deze aspecten minder op één grens te laten samenvallen. Dat kan bijvoorbeeld door lichte en zware hulp bij één consortium te contracteren, of door het recht op hulp niet automatisch te laten ontstaan bij de overdracht naar een andere aanbieder. Dergelijke constructies verminderen de prikkel om cliënten over de grens te duwen, maar creëren tegelijkertijd nieuwe risico's, zoals onderbehandeling, wachttijden of het intern verdelen van schaarste. De analyse in dit rapport laat echter ook zien dat prikkels zich vaak verplaatsen in plaats van verdwijnen. Een consortium met één budget heeft minder belang bij opschaling, maar kan juist een prikkel krijgen tot onderbehandeling. Zulke maatregelen vragen daarom dezelfde randvoorwaarden als de knip zelf: onafhankelijke of consistente beoordeling, monitoring en toezicht. Ze zijn in dit onderzoek niet op hun effect onderzocht, en gaan verder dan de aanname van gelijkblijvende bekostiging in dit hoofdstuk.

5.1.1 Gedeeld over de drie scenario's

De basisprikkels van de vier hoofdactoren blijven in de kern ongewijzigd ten opzichte van de huidige situatie (zie 2.3). Gemeenten behouden de prikkel om in te zetten op preventie en/of vroeg behandelen om kosten en instroom in de specialistische zorg te beperken. Verwijzers (huisarts, rechter, gecertificeerde instelling, school) dragen in geen van de drie scenario's financieel risico voor hun verwijzing en blijven zonder afstemming vrij om door te verwijzen. Aanbieders houden in alle drie scenario's een productieprikkel (volume, behandelduur, budget). Geen scenario neemt deze weg, ze bepalen alleen waar het risico daarvan landt. Jeugdigen en ouders hebben in geen van de scenario's een financiële prikkel (geen eigen bijdrage of eigen risico). Wel hebben zij in alle scenario's een prikkel

om toegang te zoeken tot de hulp die zij als passender ervaren, ook als die aan de andere kant van de knip ligt. Hoe die prikkel uitpakt, verschilt per scenario.

5.1.2 Nuance per scenario

Gemeenten: in scenario 1 kunnen gemeenten de grens tussen basis- en aanvullende hulp strategisch leggen vanuit hun taak als democratische bestuurder die lokale belangen en waarden afweegt (ruim, om beschikkingslast te vermijden, of smal, om de eigen basishulp te ontlasten) (interviewbevinding); in scenario 2 en 3 vervalt die vrijheid, omdat de grens landelijk wordt vastgelegd. In scenario 3 draagt de gemeente via het lokale team niet alleen de rekening, maar ook het uitvoeringsrisico van zware ambulante hulp, een wezenlijk andere positie dan in 1 en 2.

Lokaal team: de rol groeit van triage en lichte hulp (scenario 1) via het toepassen van een landelijk weegkader (scenario 2) naar het zelf leveren van zware ambulante hulp (scenario 3). In scenario 1 hangt het gedrag van het team sterk af van wie het aanstuurt en bemenst, onafhankelijk, in dienst van de gemeente, of verbonden aan aanbieders (interviewbevinding). Daarnaast zullen er goede afspraken moeten zijn over wat het lokale team aanbiedt, zodat zij niet gelijksoortig aanbod gaan aanbieden in vergelijking met de specialistische zorg.

Aanbieders: de productieprikkel blijft in alle drie scenario's bestaan, maar het risico daarvan landt op een andere plek. In scenario 1 blijft het risico ongewijzigd bij de huidige verhouding tussen gemeente en aanbieder: de gemeente betaalt, zonder dat er een nieuw sturingsmechanisme bijkomt. In scenario 2 verschuift het risico naar gemeente en Rijk via het macrobudget, in de vorm van upcoding rond de weegkaderdrempel. In scenario 3 landt het risico het meest direct bij het lokale team en de gemeente, omdat zware casuïstiek binnen het basisbudget valt terwijl de aanbieder zelf geen prikkel heeft om dit te voorkomen.

Verwijzers: Verwijzers (huisarts, rechter, gecertificeerde instelling, school) dragen in geen van de drie scenario's financieel risico voor hun verwijzing en blijven zonder afstemming vrij om door te verwijzen. Wel verschilt per scenario welk kader zij volgen. In scenario 1 is dat de gemeentelijke grens, die per gemeente verschilt en afstemming met externe verwijzers vraagt. In scenario 2 is dat het landelijke weegkader, dat alleen werkt als alle verwijzers het op dezelfde manier toepassen. In scenario 3 is dat de landelijke lijst; alle overige hulp loopt via het lokale team.

Jeugdigen en ouders: het risico verschuift van postcodezorg (scenario 1) naar een mogelijk te starre toepassing van het landelijk kader ("papieren werkelijkheid", scenario 2) naar minder ervaren nuance bij een eigen zorgbehoefte die formeel als basishulp geldt (scenario 3). Ook de prikkel om toegang te zoeken tot hulp die als passender wordt ervaren (zie hierboven), pakt per scenario anders uit. In scenario 1 kan deze leiden tot uitwijken naar routes met een lagere drempel, zoals de huisarts. In scenario 2 kan deze leiden tot druk om boven de drempel van het weegkader te scoren. In scenario 3 kan deze leiden tot druk op de uitzonderingsroute en op externe verwijzers om specialistische hulp buiten het lokale team te krijgen.

5.2 Volumebeheersing en kostenreductie

5.2.1 Gedeeld over de drie scenario's

Geen van de drie scenario's leidt automatisch tot kostenreductie. In alle drie blijft de onderliggende bekostigingsprikkel bij aanbieders (volume, behandelduur, budget) intact, waardoor kosten zich verplaatsen in plaats van verdwijnen. Volumebeheersing vereist in alle drie scenario's daarnaast dat

externe verwijsroutes (huisarts, rechter, gecertificeerde instelling, school) worden afgestemd op de nieuwe grens. Zonder die afstemming verplaatst de instroom zich naar de route die nog toegang biedt, wat leidt tot volumeverschuiving in plaats van volumebeheersing. Dit zien we ook in de ggz: de ervaring daar suggereert dat een inhoudelijke afbakening op zichzelf onvoldoende is om kosten langdurig binnen een budget te houden. Kostenbeheersing wordt uiteindelijk gerealiseerd via een combinatie van pakketafbakening, contractering, budgettering, wachtrijvorming en capaciteitssturing.

Tegelijk kan het creëren van basishulp zonder beschikking een eigen aanzuigende prikkel geven (sterker in scenario 1 en 3, scenario 2 heeft klein aandeel vrij toegankelijk): omdat deze hulp vrijer toegankelijk is en minder administratieve handelingen vraagt dan aanvullende hulp met beschikking, kan hier mogelijk sneller of makkelijker naar worden verwezen. Dit kan enerzijds leiden tot een toestroom richting basishulp en mogelijk een lichte daling van specialistische zorg. Anderzijds kan dezelfde aanzuigende werking er juist toe leiden dat ook hulpvragen die anders niet of later in beeld zouden komen sneller worden doorverwezen naar basishulp. In dat geval daalt het totale volume niet, maar neemt het gebruik van jeugdhulp als geheel toe, met basishulp als nieuwe laagdrempelige instroomroute. Of dit daadwerkelijk gebeurt, is echter onzeker: andere prikkels, zoals de productieprikkel bij aanbieders, bestaande verwijspatronen en de beschikbare capaciteit en deskundigheid van lokale teams, kunnen sterker doorwerken.

Ook geldt voor alle drie: individuele preventie of lichtere hulp kan escalatie bij één cliënt voorkomen, maar leidt niet automatisch tot lagere kosten op macroniveau zolang aanbieders productie- en budgetprikkels houden. Eén geïnterviewde wijst erop dat voor dure of hoogspecialistische zorg zoals intramurale zorg of verblijf landelijke afbakening logischer zou zijn dan lokale invulling per gemeente, gezien de relatief kleine en goed te objectiveren doelgroep.

5.2.2 Nuance per scenario

Scenario 1: het sturingspotentieel wordt als zwak beoordeeld: gemeenten krijgen geen nieuw instrument, alleen meer vrijheid om basishulp zelf te definiëren. Bestaande instrumenten (contractering, toegangsbeleid) worden nu vaak niet volledig benut. Uit interviews blijkt dat dit vooral een kwestie is van politieke bereidheid, niet van ontbrekende instrumenten. Illustratief: in een specifieke Nederlandse regio hanteren 13 gemeenten al sinds de decentralisatie in 2015 een vergelijkbare knip tussen lichtere en zwaardere ambulante jeugdhulp, zonder dat dit tot minder kosten heeft geleid.

Scenario 2: het sturingspotentieel wordt als sterk beoordeeld: er komt een landelijk instrument (weegkader) bij. Dit werkt echter alleen als het kader consistent wordt toegepast door alle verwijzers. Twee lessen uit andere stelsels onderbouwen het risico dat dit niet gebeurt, op basis van harde bronnen: bij de wijkverpleging werden de cliëntprofielen als bekostigingsgrondslag per 2025 na een Kamermotie geschrapt uit het experiment (Nederlandse Zorgautoriteit, 2024), een voorbeeld voor de politieke kwetsbaarheid van dit type transitie. En in de ggz zijn sinds het zorgprestatiemodel (2022) de tarieven voor basis- en gespecialiseerde ggz feitelijk gelijkgetrokken, wat illustreert dat een weegkader zonder gekoppelde bekostigingsprikkel op termijn kan verwateren (Nederlandse Zorgautoriteit, 2022).

Scenario 3: het sturingspotentieel wordt ook als sterk beoordeeld (landelijke lijst), maar alleen de lijst zelf kan een macrobudget dragen. Het middensegment daaronder blijft ongeordend en biedt geen aangrijpingspunt voor kostenbeheersing. Zonder voldoende capaciteit bij lokale teams ontstaat geen daadwerkelijke volumebeheersing, maar impliciete rantsoenering (wachttijd, onderbehandeling). Het

financiële risico van zware casuïstiek verschuift bovendien structureel naar het lokale team en de gemeente, in plaats van te verdwijnen.

5.3 Randvoorwaarden

5.3.1 Gedeeld over de drie scenario's

In alle drie scenario's is een onafhankelijke of consistente toepassing van de beoordeling een randvoorwaarde: wie beoordeelt, mag idealiter geen financieel belang hebben bij de uitkomst. Als dit wel zo is, is vertrouwen essentieel om een goede samenwerking te waarborgen. Ook is in elk scenario een escalatie- of uitzonderingsroute nodig voor grensgevallen en complexe, domein overstijgende problematiek, en is monitoring op verwijsgedrag, wachttijden en verschillen tussen gemeenten of aanbieders een minimale voorwaarde.

5.3.2 Nuance per scenario

Scenario 1: de zwaarste randvoorwaarde is één dominante of goed afgestemde toegangspoort met wederzijds vertrouwen tussen verwijzers, plus voldoende deskundigheid en capaciteit in lokale teams. Een organisatorische scheiding tussen advies, besluit en uitvoering is hier het meest kwetsbaar, omdat het lokale team vaak zowel beoordeelt als (mede) levert.

Scenario 2: de zwaarste randvoorwaarde is dat het landelijke weegkader praktisch toepasbaar, onderbouwd en uitlegbaar is, met een asymmetrische weging (hoog risico of hoge complexiteit als knock-out, niet te compenseren door lage scores elders) — vergelijkbaar met het HHM-verwijsmodel ggz (HHM, 2013) en de NHG-TriageWijzer (NHG, 2026). Een tweede zwaarwegende randvoorwaarde is dat de indicatiestelling onafhankelijk gebeurt, zonder financieel belang bij de uitkomst.

Scenario 3: de zwaarste randvoorwaarde is dat lokale teams aanzienlijk steviger worden ingericht dan in scenario 1 en 2: voldoende capaciteit, specialistische deskundigheid, doorzettingsmacht en toezicht om ook intensieve ambulante hulp veilig te leveren. Omdat hier geen weegkader of tussencategorie bestaat, is een scherpe, uitlegbare en onderhoudbare landelijke lijst een tweede zwaarwegende randvoorwaarde.

5.4 Effecten

5.4.1 Gedeeld over de drie scenario's

In alle drie scenario's is het gewenste effect meer duidelijkheid over de grens tussen basis- en aanvullende hulp waarmee verschillen tussen gemeenten mogelijk verkleind kunnen worden; in alle drie kan deze kadering echter ongewenst leiden tot verschuiving van de zorgvraag, naar een andere route, domein of actor, in plaats van een daadwerkelijke afname.

5.4.2 Nuance per scenario

Scenario 1:

- *Gewenst effect:* gemeenten die basishulp goed organiseren kunnen sneller inspelen op lokale omstandigheden, en één duidelijke toegangspoort is voor jeugdigen en ouders prettig (minder "hoepeltjes").
- *Ongewenst effect:* het grootste risico op lokale verschillen en postcodezorg (dezelfde hulpvraag kan in de ene gemeente basishulp opleveren en in de andere directe doorverwijzing), plus

overbelasting van het lokale team en versnippering voor aanbieders die in meerdere gemeenten werken.

Scenario 2:

- *Gewenst:* meer uniformiteit, rechtsgelijkheid, minder postcodezorg, consistenter verwijsgedrag.
- *Ongewenst:* upcoding/herlabeling rond de weegkaderdrempel, risico op een "papieren werkelijkheid" als contextafhankelijkheid onvoldoende wordt meegenomen, meer administratieve lasten voor lokale teams, en spanning tussen Rijk (stuurt inhoudelijk) en gemeenten (blijven financieel verantwoordelijk).

Scenario 3:

- *Gewenst:* eenvoud (geen weegkader nodig), minder besluitlast op basishulp, goede aansluiting bij hoe lokale teams al werken, meer continuïteit voor jeugdige en ouders (blijven bij hetzelfde team, ook bij opschaling).
- *Ongewenst:* overbelasting van het lokale team is hier het belangrijkste risico, plus herlabeling richting lijstzorg, minder ervaren nuance bij gezinnen wiens hulp formeel basishulp is maar als specialistisch wordt gevoeld, en een "verkeerd-bed"-risico bij grensgevallen (vergelijkbaar met de zorgzwaartepakketten in de Wlz).

5.5 Mitigerende maatregelen

5.5.1 Gedeeld over de drie scenario's

Monitoring van verwijsgedrag en wachttijden, en een escalatieroute voor grensgevallen, komen in alle drie scenario's terug. Welke maatregel per scenario het meest essentieel is, verschilt echter sterk. Dat onderscheid is voor de implementatie van zeer groot belang.

5.5.2 Nuance per scenario (geprioriteerd)

Scenario 1:

1. Afspraken met externe verwijzers (huisarts, school, rechter, GI) over afstemming op de gemeentelijke toegang, zonder dit verplaatst instroom zich simpelweg en werkt de knip niet.
2. Voldoende capaciteit en deskundigheid bij het lokale team om triage en lichte hulp veilig te dragen.
3. *Nice-to-have:* monitoring/benchmarking tussen gemeenten, een landelijke ondergrens, en een apart budget voor basis- en aanvullende hulp verbeteren het scenario, maar zonder deze blijft scenario 1 uitvoerbaar, wel zonder waarborg tegen postcodezorg of tekortschietende financiering.

Scenario 2:

1. Het weegkader moet consistent worden toegepast door alle verwijzers, met onafhankelijke indicatiestelling zonder financieel belang. Zonder dit is het instrument net zo krachteloos als in scenario 1
2. Een asymmetrische, niet-compenseerbare weging (hoog risico/complexiteit als knock-out). Zonder dit devalueert het kader tot een simpele optelsom die net zo manipuleerbaar is als geen kader.

3. *Nice-to-have:* scholing en kalibratie, benchmarking, terugvloeien van besparingen naar preventie.

Scenario 3:

1. Lokale teams moeten al vóór invoering aanzienlijk stevig zijn ingericht (capaciteit, specialistische deskundigheid, doorzettingsmacht). Zonder dit ontstaat direct onveilige praktijk of rantsoenering.
2. Een uitzonderingsroute voor intensieve ambulante hulp die niet op de lijst staat maar lokaal niet veilig geleverd kan worden. Zonder dit vallen jeugdigen tussen basis- en aanvullende hulp in, zonder uitweg.
3. *Nice-to-have:* een overgangsregeling voor bestaande cliënten, periodieke toetsing van de lijst, een klachtenregeling.

6 Conclusies en aanbevelingen

Conclusies hoofdstuk 6

- Wat vóóraf al mogelijk is: een deel van de gewenste sturing is te behalen binnen de bestaande praktijk, door bestaande instrumenten (contractering, toegangsbeleid, verwijzersafspraken) beter te benutten en gemeenten hier beter bij te ondersteunen. De scenario's komen daar bovenop, niet in plaats van.
- Een knip is een instrument, geen garantie: hij doet weinig aan prikkels en kosten, tenzij bekostiging en verwijsroutes mee veranderen. Dat patroon is in alle vergeleken zorgstelsels/domeinen terug te zien, en ook internationaal kiezen de meeste vergelijkbare landen voor die andere route.
- Geen van de scenario's werkt zonder actieve betrokkenheid van gemeenten, aanbieders, verwijzers én jeugdigen/ouders bij de invoering.

De conclusies en aanbevelingen zeggen iets over de richting van het effect, niet over de omvang van besparingen of kosten in euro's, zie hoofdstuk 1 voor de afbakening van dit onderzoek.

6.1 Conclusies

Op basis van het bureauonderzoek, de vergelijking met andere zorgstelsels, de stakeholderinterviews en de analyse van de drie scenario's luidt de centrale conclusie dat *een inhoudelijke afbakening van de jeugdhulp kan bijdragen aan minder inzet van specialistische jeugdhulp en daarmee potentieel aan lagere kosten, maar dat dit niet automatisch het gevolg is van het trekken van een inhoudelijke grens.* De effecten worden in veel grotere mate bepaald door de wijze waarop toegang, verwijzing, bekostiging, triage en uitvoering zijn georganiseerd dan door afbakening en de precieze plaats van de afbakening zelf.

Een afbakening kan ertoe leiden dat lichtere en contextgebonden hulpvragen vaker in de basishulp of binnen lokale teams worden opgepakt, waardoor minder jeugdigen instromen in specialistische voorzieningen. Tegelijk laat zowel de analyse van de scenario's, als de vergelijking met andere zorgstelsels zien, dat een afbakening op zichzelf weinig verandert aan de bestaande gedragsprikkels in het stelsel. Verwijzers blijven primair handelen vanuit het belang van het kind zonder financieel risico te dragen, aanbieders behouden een productieprikkel en gemeenten blijven financieel verantwoordelijk voor de kosten. Zonder aanvullende maatregelen bestaat daarom een reëel risico dat zorg zich verplaatst naar andere toegangsroutes, andere domeinen of andere uitvoerende partijen, zonder dat het totale zorggebruik daadwerkelijk afneemt.

Gewenste en ongewenste effecten

Een inhoudelijke afbakening kan verschillende gewenste effecten hebben. Zij kan

- meer duidelijkheid bieden over wanneer specialistische hulp nodig is,
- de rechtsgelijkheid tussen gemeenten vergroten,
- verschillen in toegang verminderen,
- lokale teams ondersteunen bij het organiseren van lichtere hulp dicht bij gezinnen.

Daarnaast sluit een afbakening aan bij de beleidsambitie om problemen zo vroeg mogelijk, zo licht mogelijk en zoveel mogelijk in de leefomgeving van kinderen op te lossen.

Tegelijkertijd geeft een afbakening ook risico's. De belangrijkste ongewenste effecten zijn:

- het ontstaan van grensgevallen,
- strategisch gedrag rond de toegang,
- upcoding/herlabeling van problematiek richting zwaardere zorgvormen,
- verplaatsing van de zorgvraag naar andere routes of domeinen.

Ook bestaat het risico dat een landelijke afbakening onvoldoende recht doet aan de contextafhankelijkheid van hulpvragen, terwijl een decentrale afbakening juist kan leiden tot postcodezorg en grote verschillen tussen gemeenten (die niet meer verklaarbaar zijn door verschillende lokale omstandigheden, sociale infrastructuur of beschikbare voorzieningen). Wanneer lokale teams onvoldoende deskundigheid, capaciteit of bevoegdheden hebben, kan bovendien overbelasting ontstaan, met wachttijden, onderbehandeling, veiligheidsrisico's óf verwijzing naar specialistische hulp als gevolg.

Lessen uit andere zorgstelsels

De vergelijking met de Wlz, Zvw, Wmo en de ggz laat zien dat *niet de afbakening zelf* bepalend is voor de werking van een stelsel, maar vooral *de voorwaarden waaronder* deze wordt toegepast. In alle onderzochte stelsels blijken onafhankelijke beoordeling, duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling en passende bekostigingsprikkels cruciaal voor een goede werking van de toegang. Vlaanderen vormt daarbij het meest relevante internationale voorbeeld. Daar wordt een scherpe afbakening gecombineerd met een onafhankelijke toegangspoort die losstaat van zowel financiers als zorgaanbieders. Tegelijkertijd blijkt uit de internationale vergelijking dat de meeste vergelijkbare Europese landen juist kiezen voor brede, integrale toegang en hun sturing vooral organiseren via sterke lokale voorzieningen en professionele beoordeling, niet via een scherpe inhoudelijke grens.

Relatie met collectivering en stevige lokale teams

De onderzochte afbakeningen sluiten in principe goed aan bij de wens om lichtere vormen van ondersteuning collectief te organiseren en om te werken met stevige lokale teams. Een afbakening kan deze beweging versterken doordat meer hulpvragen dichtbij huis worden opgepakt en specialistische hulp wordt gereserveerd voor de meest complexe situaties. Tegelijkertijd verschuift hierdoor een belangrijk deel van de uitvoeringsopgave naar lokale teams. Dat betekent dat een afbakening alleen duurzaam kan functioneren wanneer lokale teams beschikken over voldoende capaciteit, specialistische expertise, mandaat en mogelijkheden voor consultatie en opschaling. Zonder deze randvoorwaarden dreigt de afbakening vooral te leiden tot verplaatsing van werkdruk in plaats van vermindering van zorggebruik.

Prioritering en toegang

Wanneer schaarste of capaciteitsproblemen dwingen tot prioritering, vraagt een inhoudelijke afbakening om duidelijke en transparante criteria voor toegang. Daarbij is het van belang dat risico, veiligheid en complexiteit voldoende zwaar meewegen en dat er ruimte blijft voor professioneel oordeel in individuele situaties. Daarnaast is een escalatie- of uitzonderingsroute nodig voor grensgevallen en complexe casuïstiek, zodat jeugdigen niet tussen verschillende voorzieningen of domeinen terechtkomen. De analyse laat zien dat een afbakening alleen effectief kan zijn wanneer alle relevante verwijzers, waaronder huisartsen, gecertificeerde instellingen, scholen en lokale teams, dezelfde uitgangspunten hanteren. Anders ontstaat het risico dat de vraag zich verplaatst naar de toegangspoort met de laagste drempel. Per scenario verschilt waar dit knelt. In scenario 1 kunnen gemeenten bij schaarste de grens zelf verschuiven, wat het risico op postcodezorg vergroot. In scenario

2 ligt het weegkader voor de hand als instrument om op ernst te prioriteren, omdat risico en veiligheid daarin al worden gewogen. In scenario 3 leidt onvoldoende capaciteit van lokale teams tot impliciete rantsoenering via wachttijden (zie 5.2).

Anders dan in de ggz kan de gemeente met gecontracteerde aanbieders afspraken maken dat jeugdigen met zwaardere zorgvragen eerder worden behandeld[4] (de gemeente is niet verplicht ongecontracteerd aanbod te vergoeden – dit is in de ggz wel anders). Tegelijkertijd geldt ook hier dat als er geen professionals beschikbaar zijn om zorg te verlenen, de wachtlijst blijft toenemen in elk scenario.

Of en hoe er per scenario juridisch geprioriteerd kan worden, leggen we voor aan Wetgevingswerken.

Randvoorwaarden voor een succesvolle afbakening

Uit alle onderzochte scenario's en vergelijkingen komt een grotendeels gelijk beeld naar voren van de randvoorwaarden die nodig zijn om een afbakening succesvol te laten functioneren. Ten eerste vraagt een afbakening om een vorm van onafhankelijke of aantoonbaar consistente triage, waarbij degene die de beoordeling uitvoert bij voorkeur geen direct financieel belang heeft bij de uitkomst. Ten tweede zijn duidelijke afspraken nodig tussen gemeenten, aanbieders en verwijzers over toegang, verwijzing en opschaling. Ten derde moet de inrichting van lokale teams aansluiten bij de verantwoordelijkheden die zij krijgen.

Daarnaast zijn data, monitoring en toezicht essentieel. Monitoring moet inzicht geven in verwijsgedrag, wachttijden, behandelduur, verschillen tussen gemeenten, mogelijke herlabeling van problematiek en verschuivingen naar andere domeinen. Alleen wanneer dergelijke informatie systematisch beschikbaar is, kan tijdig worden vastgesteld of een afbakening daadwerkelijk leidt tot doelmatiger zorggebruik of vooral tot ongewenste verschuivingseffecten.

Afbakening en een begrensd budget

Een afbakening kan de kostengroei remmen, maar garandeert niet dat de uitgaven duurzaam binnen een vast budget blijven. Daarmee kan een afbakening een noodzakelijke randvoorwaarde zijn voor budgetbeheersing, maar niet een voldoende voorwaarde. Zolang de Jeugdwet een open-eind-aanspraak kent, wordt een tekort in de praktijk opgevangen via wachttijden, zoals ook de ggz laat zien. Of het meerjarige financiële kader haalbaar is, vraagt een kwantitatieve doorrekening. Die valt buiten dit onderzoek.

Eindconclusie

Uit dit onderzoek volgt geen scenario waarin een inhoudelijke afbakening op zichzelf voldoende is om te garanderen dat de uitgaven duurzaam binnen een vooraf vastgesteld budget blijven. Daarvoor zijn aanvullende instrumenten nodig, zoals volumesturing, contractering, prioritering, bekostigingsprikkels of begrotingsdiscipline. De centrale bevinding is dat een inhoudelijke afbakening van de Jeugdwet geen doel op zichzelf is, maar een sturingsinstrument. De afbakening kan bijdragen aan een doelmatiger inzet van specialistische jeugdhulp, meer uniformiteit en meer duidelijkheid over toegang. Zij biedt echter geen garantie voor minder zorggebruik of lagere kosten. De praktijkervaring uit andere zorgstelsels en de analyse van de onderzochte scenario's laten zien dat deze effecten uiteindelijk worden bepaald door de inrichting van toegang, triage, verwijsroutes, bekostiging en lokale teams.

[4] Dit onderzoek richt zich niet op de vraag of het juridisch wenselijk is om te prioriteren

Zonder aanpassing van deze randvoorwaarden verschuift de zorgvraag vooral binnen het stelsel; met deze randvoorwaarden kan een afbakening een betekenisvolle bijdrage leveren aan een beter beheersbaar en beter uitlegbaar jeugdstelsel.

6.2 Aanbevelingen

De conclusie laat een patroon zien dat verder gaat dan de scenariokeuze alleen. We geven daarom drie aanbevelingen/gedachten mee.

1. **Het ijkpunt: de bestaande praktijk**

Voordat de drie scenario's tegen elkaar worden afgewogen, is het zinvol vast te stellen hoeveel sturing gemeenten en Rijk nu al tot hun beschikking hebben. Uit hoofdstuk 5 blijkt dat gemeenten in scenario 1 geen nieuw instrument krijgen, alleen meer vrijheid, en dat het onderbenutten van bestaande instrumenten (contractering, toegangsbeleid) vooral een kwestie is van politieke en publieke druk, niet van ontbrekende bevoegdheden. Dat betekent dat een deel van het gewenste effect, met name meer grip op verwijsroutes en lokale team-inrichting, nu al haalbaar is binnen de huidige instrumenten. De scenario's voegen daar een landelijk instrument aan toe (weegkader of lijst), maar vervangen dit ijkpunt niet: zij zijn pas een aanvulling nadat bestaande instrumenten daadwerkelijk worden ingezet. Extra ondersteuning aan gemeenten in hoe zij bestaande instrumenten gebruiken kan hierbij helpen.

2. **Een knip is een instrument, geen garantie**

Een inhoudelijke afbakening doet weinig aan prikkels en kosten, tenzij de onderliggende randvoorwaarden mee veranderen.

- *Wlz:* een scherpe knip verplaatst de zorgvraag naar aangrenzende domeinen als er geen vangnet is en onafhankelijke toetsing, gekoppeld aan bekostiging kan prikkel tot (over)behandeling beperken.
- *Zvw:* een sturingsinstrument houdt alleen stand met politiek draagvlak en waar publieke druk beperkt wordt.
- *Ggz:* een knip zonder gekoppelde bekostiging verdampt tot een administratief onderscheid.
- *Wmo*: de organisatie van het lokale team bepaalt de uitkomst net zo sterk als de afbakening zelf (zonder financieel belang).

Ook internationaal is dit patroon zichtbaar: de meeste vergelijkbare landen (Duitsland, Noorwegen, Zweden, Denemarken) kiezen niet voor een scherpe, landelijk vastgelegde knip, maar voor lokaal georganiseerde, integrale toegang; Vlaanderen, de uitzondering die wél een scherpe knip kent, doet dat met een onafhankelijke, regionale toegangspoort (ITP) los van gemeente en aanbieder. Deze landen bereiken hun doel dus niet via de plek van de knip, maar via dezelfde randvoorwaarden die ook voor de Jeugdwet naar voren komen: onafhankelijke toegang en sterk ingerichte lokale teams. Voor de Jeugdwet vertaalt zich dit direct: geen van de drie scenario's verandert de bekostigingsprikkel bij aanbieders, en geen enkel scenario werkt zonder afspraken met externe verwijzers. Zonder die twee randvoorwaarden, bekostiging en verwijsroutes, verschuift een knip het probleem, in plaats van het op te lossen.

Omdat dit onderzoek geen uitspraak doet over de omvang van effecten, is het raadzaam de gekozen richting kwantitatief door te rekenen binnen het meerjarige financiële kader.

3. Alle partijen aan tafel

Uit zowel de scenarioanalyse als de stelselvergelijking volgt dat geen enkele randvoorwaarde eenzijdig door VWS of gemeenten kan worden ingevuld:

- Verwijzersafspraken vereisen huisartsen, rechters, gecertificeerde instellingen en scholen aan tafel.
- Bekostigingsaanpassingen vereisen aanbieders.
- De inrichting van het lokale team vereist gemeenten én aanbieders.
- De ervaring van jeugdigen en ouders bepaalt of een afbakening als rechtvaardig wordt ervaren.

Elke aanbeveling in dit hoofdstuk veronderstelt daarom een gezamenlijk implementatietraject met deze partijen, niet een besluit dat top-down wordt opgelegd.

7 Gezamenlijke conclusie over de afbakening basisjeugdhulp en aanvullende jeugdhulp

7.1 Inleiding

In het kader van het wetsvoorstel Reikwijdte Jeugdwet heeft de directie Jeugd van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) drie deelonderzoeken laten uitvoeren naar de mogelijkheid om aanvullende jeugdhulp inhoudelijk af te bakenen. EHdK onderzocht of een inhoudelijke afbakening mogelijk is. Vintura beoordeelde of die afbakening leidt tot minder geleverde zorg of lagere kosten. Wetgevingswerken analyseerde hoe een afbakening in wet- en regelgeving kan worden vastgelegd. Elk bureau heeft hierover afzonderlijk gerapporteerd. In deze oplegger geven de drie bureaus samen antwoord op de vraag of het mogelijk en wenselijk is om het onderscheid tussen basisjeugdhulp en aanvullende jeugdhulp landelijk vast te leggen.

7.2 Beantwoording van de hoofdvraag

De hoofdvraag van VWS luidt:

Is het mogelijk om en zo ja, welke mogelijkheden zijn er om te definiëren wat aanvullende jeugdhulp is of bevat, op een dusdanige manier dat de totale jeugdhulp is af te bakenen?

Ja, het is mogelijk om landelijk vast te leggen welke zorgvormen tot de aanvullende jeugdhulp behoren. Voor basisjeugdhulp kan het Rijk in functies omschrijven wat iedere gemeente moet bieden. Een landelijke lijst van zorgvormen die tot de aanvullende jeugdhulp behoren, past juridisch binnen het stelsel, mits daarvoor een delegatiegrondslag in de wet wordt opgenomen.

Tegelijkertijd blijkt uit de onderzoeken dat de belangrijkste oorzaken van volumegroei en kostenontwikkeling elders liggen. Het gaat onder meer om de open aanspraak van de Jeugdwet, de toegang via verschillende verwijsroutes, de inrichting van lokale teams, maatschappelijke ontwikkelingen en de bestaande bekostigingsprikkels. Een afbakening verandert deze mechanismen niet automatisch. Geen van de onderzochte scenario's neemt de belangrijkste prikkels weg die bijdragen aan de groei van het jeugdhulpgebruik. Een afbakening van aanvullende jeugdhulp is daarom geen zelfstandig instrument voor kostenbeheersing of volumesturing.

7.3 Wenselijkheid van een landelijk onderscheid

Of het wenselijk is om het onderscheid tussen basis- en aanvullende jeugdhulp landelijk vast te leggen, hangt af van het doel. Als kostenbesparing het primaire doel is, adviseren wij niet om een landelijke afbakening in te zetten. De onderzoeken bieden onvoldoende grond voor de verwachting dat een afbakening op zichzelf leidt tot minder gebruik of lagere kosten. Ook uit de vergelijking met andere zorgstelsels in Nederland volgt die verwachting niet. Dat komt doordat verwijzers geen financieel risico dragen, aanbieders belang hebben bij het leveren van meer hulp zolang ze voor productie worden betaald en ouders via verschillende routes hulp kunnen zoeken. Wanneer de toegang via één route strenger wordt, kunnen verwijzers en ouders uitwijken naar een andere route. Het totale gebruik hoeft daardoor niet af te nemen. Contractering, bekostiging, verwijsafspraken en keuzes over wie voorrang krijgt, lijken beter geschikt om op de kosten te sturen.

Een landelijk onderscheid kan wel bijdragen aan:

- meer duidelijkheid voor gemeenten, professionals, ouders en jeugdigen;

- meer rechtsgelijkheid en minder postcodezorg;
- betere mogelijkheden om gebruik en kosten te monitoren.

Daarnaast zijn verschillende invullingen van een landelijk onderscheid onderzocht. Er wordt afgeraden om met een weegkader te werken. Een weegkader voegt een extra beoordelingsmoment toe, waar ouders, jeugdigen en gemeenten niet bij gebaat zijn. Een landelijk onderscheid komt beter uit de verf wanneer de belangrijkste keuzes op rijksniveau zijn gemaakt. Een afbakening hoort daarmee bij een bredere stelselwijziging.

7.4 Landelijke eisen aan lokale teams

Van de onderzochte mogelijkheden verwachten wij dat landelijke eisen aan lokale teams het meest direct bijdragen aan een eenduidige en kwalitatief stevige uitvoering van de basisjeugdhulp.

Deze eisen moeten betrekking hebben op de formatie, de aanwezige kennis en vaardigheden, de expertise die het team kan inschakelen en de manier waarop het de situatie van een gezin onderzoekt. Lokale teams verschillen nu sterk in hun taken en werkwijze. Daardoor kan een gezin in de ene gemeente op andere hulp van een lokaal team rekenen dan in de andere gemeente. Landelijke eisen kunnen deze verschillen verkleinen.

Het convenant Stevige lokale teams beschrijft al waaraan een stevig lokaal team moet voldoen. Gemeenten hebben zich aan deze afspraken verbonden. Door de eisen wettelijk vast te leggen, kunnen zij ook worden afgedwongen. Het juridische instrumentarium is hiervoor deels beschikbaar. Het wetsvoorstel bevat een grondslag om bij algemene maatregel van bestuur (AMvB) eisen te stellen aan de deskundigheid van lokale teams. Het Rijk kan daarmee beginnen zonder ingrijpende wetswijziging. Voor verdergaande eisen moet de delegatiegrondslag in de wet worden verbreed. Wij adviseren daar pas over te beslissen als duidelijk is hoe de eerste eisen in de praktijk werken.

Landelijke eisen aan lokale teams kunnen naar verwachting sneller worden ingevoerd dan een landelijk onderscheid tussen basisjeugdhulp en aanvullende jeugdhulp. De uitwerking van dat onderscheid vraagt naar verwachting enkele jaren. Er moet worden bepaald welke zorgvormen tot de aanvullende jeugdhulp behoren, welke functies onder de basisjeugdhulp vallen en hoe het gebruik wordt geregistreerd. Een voorwaarde voor het werken met landelijke eisen aan lokale teams is dat zij basisjeugdhulp zonder beschikking kunnen verlenen na individueel onderzoek naar de hulpvraag. Daarvoor is een wettelijke basis nodig. Zodra die er is, kan het Rijk beginnen met de invoering van de eisen aan lokale teams.

7.5 Samenhang en politieke afweging

Een landelijk onderscheid kan de eisen aan lokale teams ondersteunen. Nu is niet vastgelegd dat het lokale team de enige partij is die alle basisjeugdhulp biedt. Andere partijen kunnen ook basisjeugdhulp bieden, en het lokale team mag ook aanvullende jeugdhulp leveren. Een landelijke omschrijving van basisjeugdhulp kan verduidelijken welke hulp het lokale team zelf moet bieden en waarvoor de gemeente verantwoordelijk is. Daarmee ontstaat ook een basis om het gebruik te registreren, te volgen en tussen gemeenten te vergelijken. Vervolgens kunnen het Rijk en gemeenten normen stellen en op het gebruik sturen. De toegang tot aanvullende jeugdhulp loopt daarbij via een gemeentelijk besluit, waartegen jeugdigen en ouders bezwaar kunnen maken.

Landelijke eisen aan lokale teams en een landelijke afbakening hebben daarmee verschillende, maar samenhangende functies. Eisen aan lokale teams bepalen waartoe teams organisatorisch en professioneel in staat moeten zijn. Een landelijke omschrijving van basisjeugdhulp bepaalt welke functies zij ten minste moeten vervullen. Een afbakening van aanvullende jeugdhulp maakt vervolgens duidelijk voor welke hulp een afzonderlijke toegangsbeslissing geldt.

Een landelijk onderscheid en landelijke eisen beperken wel de beleidsruimte van gemeenten. Als het Rijk geen landelijke kaders vastlegt, behouden gemeenten de vrijheid om lokale teams naar eigen inzicht in te richten. Zij kunnen er dan ook voor kiezen om het team klein te houden en vooral te laten doorverwijzen. De politieke afweging is hoeveel landelijke sturing nodig en wenselijk is en hoeveel ruimte gemeenten moeten behouden.

Onze gezamenlijke conclusie is dat kostenbesparing onvoldoende grond biedt om het onderscheid tussen basisjeugdhulp en aanvullende jeugdhulp landelijk vast te leggen. Wij adviseren prioriteit te geven aan het wettelijk verankeren van landelijke eisen aan lokale teams. Daarmee kan het Rijk beginnen zodra het verlenen van basisjeugdhulp zonder beschikking wettelijk mogelijk is. Tegelijkertijd kan VWS de mogelijke inhoudelijke afbakening verder uitwerken. Een toekomstige politieke keuze kan dan steunen op een concreet beeld van de zorgvormen, functies, uitvoeringsgevolgen en registratielasten.

Deze conclusie is gebaseerd op de volgende rapportages:

- *EHdK, Afbakening van basis- en aanvullende jeugdhulp (deelvraag 1): criteria en scenario's.*
- *Vintura, Onderzoek naar de prikkelwerking en gevolgen van inhoudelijke afbakening van de Jeugdwet (deelvraag 2): gevolgen voor gedrag, zorggebruik en kosten.*
- *Wetgevingswerken, Juridische analyse jeugdhulp (deelvraag 3): vertaling naar wet- en regelgeving en verhouding tot de jeugdhulpplicht.*

8 Literatuurverwijzingen

Andersson Elffers Felix. (sd). *Herijking gemeentefonds sociaal domein.* Opgehaald van https://www.aef.nl/projecten/herijking-gemeentefonds-sociaal-domein

Binnenlands Bestuur. (2023, oktober 27). *Compensatie voor nadelige gevolgen woonplaatsbeginsel.* Opgehaald van https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/jeugdzorg/compensatie-voor-nadelige-gevolgen-woonplaatsbeginsel

Binnenlands Bestuur. (2026, januari 19). *Bekostiging jeugdzorg werkt transformatie tegen.* Opgehaald van https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/bekostiging-jeugdzorg-werkt-transformatie-tegen

Burg, N. v. (2025, mei 21). *NZa mocht in 2023 HoNOS+- gegevens over cliënten in de GGZ opvragen bij zorgaanbieders.* Opgehaald van https://www.kbsadvocaten.nl/nza-mocht-in-2023-honos-gegevens-over-clienten-in-de-ggz-opvragen-bij-zorgaanbieders/

CAK. (2025, oktober 21). *Eigen bijdrage Wmo € 21,80 in 2026.* Opgehaald van https://www.hetcak.nl/over-cak/nieuws/2025/eigen-bijdrage-wmo-21-80-2026/

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025). *Jaarrapport: Landelijke Jeugdmonitor 2025.* Opgehaald van https://longreads.cbs.nl/jeugdmonitor-2025/

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025, april 30). *Jeugdhulp 2024.* Opgehaald van https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2025/jeugdhulp-2024?onepage=true

Centraal Planbureau. (2019, januari 18). *De wijkteambenadering nader bekeken.* Opgehaald van https://www.cpb.nl/de-wijkteambenadering-nader-bekeken

CIZ. (2021, maart). *Wlz-toegangscriteria voor cliënten met een psychische stoornis.* Opgehaald van https://www.ciz.nl/sites/default/files/2023-01/folder_ciz_toelichting_wlz_ggz.pdf

CIZ. (2026). *Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2026.* Opgehaald van https://www.ciz.nl/beleidsregels-2026-gepubliceerd

De Zorgkeuze. (2022). *Verschillen tussen de Jeugdwet, Wmo, Wlz en Zvw: welke zorgwet is wanneer van toepassing?*

Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen. (sd). *Specifieke uitkering niet-beoogde jeugdzorgkosten vanwege verblijf in gemeente.* Opgehaald van https://www.dus-i.nl/subsidies/jeugd/specifieke-uitkering-niet-beoogde-jeugdzorgkosten-vanwege-verblijf-in-gemeente

EDB-online. (2016). Opgehaald van Eerstelijnspsychologen Den Bosch: https://www.edb-online.nl/informatie-voor-verwijzers/schema-voor-doorverwijzing-naar-de-ggz/

Gilsing, R., & Stoutjesdijk, F. (2018, april). *Personeelstekorten in het "zwaardere segment" van de Jeugdhulp in Amsterdam.* Opgehaald van https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2020/07/217016_Personeelstekorten-in-het-zwaardere-segment-van-de-Jeugdhulp-in-Amsterdam_WEB.pdf

Government UK. (2003, September). *Every child matters.* Opgehaald van https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c95a4e5274a0bb7cb806d/5860.pdf

Government UK. (2026, Mei 21). *Government sets out next steps for children's social care reforms.* Opgehaald van https://www.gov.uk/government/news/government-sets-out-next-steps-for-childrens-social-care-reforms

HHM. (2013). *Generalistische Basis GGZ: verwijsmodel en productbeschrijvingen.* Enschede. Opgehaald van https://www.kortink.net/images/pdf/HHM_rapport_Generalistische_basis_ggz_verwijsmodel_en_productbeschrijvingen.pdf

Jeugdautoriteit. (2023). *De stand van de Jeugdzorg.* Opgehaald van https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2023/06/20/de-stand-van-de-jeugdzorg

Jeugdautoriteit. (2025, November). *De Stand van de Jeugdzorg 2025; Een terugblik op tien jaar decentralisatie.* Opgehaald van https://www.eerstekamer.nl/bijlage/20251113/stand_van_de_jeugdzorg_2025_een_2/document3/f=/vmsgft6p1og4.pdf

Ministerie van Volksgezondheid, W. e. (2026, februari 16). *Wetsvoorstel Reikwijdte Jeugdwet.* Opgehaald van Wetsvoorstel ter internetconsultatie: https://www.internetconsultatie.nl/reikwijdtejeugdwet/b1

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2023, juni 20). *Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028 [Rapport].* Opgehaald van https://open.overheid.nl/documenten/addec5d5-279c-40de-b607-7b64e8441602/file

Nederlands Jeugdinstituut. (2012, december). *Jeugdzorg in Europa versie 2.0; Een update en uitbreiding van het rapport uit 2009 over jeugdzorgstelsels in een aantal West-Europese landen.* Opgehaald van https://www.nji.nl/system/files/2021-06/Jeugdzorg_in_Europa_versie2.pdf

Nederlands Jeugdinstituut. (sd). *De Jeugdwet en beslissen over hulp.* Opgehaald van https://www.nji.nl/kennis/beslissen-over-hulp/de-jeugdwet-en-beslissen-over-hulp

Nederlandse Zorgautoriteit. (2022). *Registreren en declareren ggz/fz*. Opgehaald van https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/nieuwe-bekostiging-ggz

Nederlandse Zorgautoriteit. (2024, juli 24). *Regels wijkverpleging 2025 bekend.* Opgehaald van https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2024/07/24/regels-wijkverpleging-2025-bekend

NHG. (2026). *Triagewijzer*. Opgehaald van https://triagewijzer.nhg.org

NRC. (2026, September 8). *Politiek, durf prioriteit te geven aan de ernstigste gevallen in de ggz.* Opgehaald van https://www.nrc.nl/nieuws/2026/09/08/politiek-durf-prioriteit-te-geven-aan-de-ernstigste-gevallen-in-de-ggz-a4936075

Opgroeien. (sd). *Intersectorale toegangspoorten.* Opgehaald van https://www.opgroeien.be/aanbod/jeugdhulp/wie-doet-wat/intersectorale-toegangspoorten

Participate! (sd). *Niet Rechtstreeks Toegankelijke Jeugdhulp - NRTJH.* Opgehaald van https://nl.participate-autisme.be/hulpmiddelen/praktische-gids/infofiches/niet-rechtstreeks-toegankelijke-jeugdhulp-nrtjh

Platform31. (2010). *Skaeve huse.* Opgehaald van https://www.platform31.nl/artikelen/skaeve-huse/

Rijksoverheid. (2023, december 8). *Budget en kosten jeugdzorg 2020 - 2022.* Opgehaald van https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2023/12/08/budget-en-kosten-jeugdzorg-2020-2022

Rijksoverheid. (2023, juni 20). *Hervormingsagenda Jeugd 2023 - 2028.* Opgehaald van https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2023/06/20/hervormingsagenda-jeugd-2023-2028

Rijksoverheid. (2024, november 1). *Uitgavenonderzoek 2023 & 2024.* Opgehaald van https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2024/11/01/eindrapport-uitgavenonderzoek-jeugdzorg-2023-2024

Rijksoverheid. (2025, maart 14). *Invulling van de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage in de Wmo per 1 januari 2027.* Opgehaald van https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2025/03/14/invulling-van-de-inkomens--en-vermogensafhankelijke-eigen-bijdrage-in-de-wmo-per-1-januari-2027

Tussenvoorziening. (sd). *Skaeve Huse*. Opgehaald van https://tussenvoorziening.nl/wat-is-er-nodig/woonbegeleiding/skaeve-huse-de-tussenvoorziening/

Verenigde Naties. (1989). *Verdrag inzake de rechten van het kind, artikel 3.* Opgehaald van https://wetten.overheid.nl/BWBV0002508/2002-11-18

VNG. (2024, juni). *Uitvoeringstoets; Implementatieplan Hervormingsagenda Jeugd & Richtinggevend kader Toegang, lokale teams en integrale dienstverlening.* Opgehaald van https://vng.nl/sites/default/files/2024-07/eindrapport_uitvoeringstoets_implementatieplan_hervormingsagenda_jeugd_richtinggevend_kader_toegang_versie_1.0.pdf

VNG. (2025, juni 27). *Wet afschaffen abonnementstarief controversieel verklaard.* Opgehaald van https://vng.nl/nieuws/wet-afschaffen-abonnementstarief-controversieel-verklaard

VNG. (2026, april 9). *Consultatiereactie wetsvoorstel Reikwijdte Jeugdwet .* Opgehaald van https://vng.nl/sites/default/files/2026-04/vng-consultatiereactie-reikwijdte-jeugdwet.pdf

Wettenbank. (sd). *Jeugdwet.* Opgehaald van wetten.overheid.nl: https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2026-01-01

9 Bijlagen

9.1 Bijlage 1: uitwerking scenario's hoofdstuk 5

9.1.1 Scenario 1 - Gemeente bepaalt de grens (met landelijke eisen aan lokaal team)

	PRIKKELS	VERWACHTE REACTIE
GEMEENTE	**Preventieprikkel blijft** Voorkomen van duurdere zorg en basiszorg zo efficiënt mogelijk organiseren. De prikkel verschilt per gemeente: gemeenten met structurele tekorten voelen meer druk om te sturen dan gemeenten die relatief ruim gecompenseerd worden via het verdeelmodel.	**Strengere triage, investeren in basishulp** Gemeenten zullen waarschijnlijk strenger triageren, meer investeren in toegang en beoordeling aan de voorkant, professionals inzetten op scholen en in lokale voorzieningen, en proberen meer problemen vroegtijdig buiten specialistische jeugdhulp op te lossen.
LOKALE TEAM	**Centrale rol in toegang en triage** Het lokale team krijgt meer verantwoordelijkheid om hulpvragen te beoordelen, lichte ondersteuning zelf te leveren en te bepalen wanneer aanvullende hulp nodig is. De prikkel hangt sterk af van wie het lokale team betaalt, aanstuurt en bemenst: onafhankelijk van aanbieders, in dienst van de gemeente of juist verbonden aan tweedelijnsaanbieders.	**Onafhankelijkheid bepaalt consistentie van verwijzing** Een onafhankelijk lokaal team kan terughoudender en consistenter verwijzen naar specialistische zorg. Als professionals verbonden zijn aan aanbieders, ontstaat risico op doorverwijzing naar eigen of zwaarder aanbod. Bij concentratie van de toegang bij lokale teams neemt het risico op overbelasting toe en kan de kwaliteit van beoordeling tussen gemeenten uiteenlopen. Als deze route ontoegankelijker wordt is risico op doorverwijzing naar aanvullende jeugdzorg vanuit andere verwijzers groter.
VERWIJZERS	**Geen financieel risico** Huisartsen, rechters, scholen en gecertificeerde instellingen blijven vooral handelen vanuit de zorgbehoefte van het kind of gezin en dragen doorgaans geen financieel risico voor de gevolgen van hun verwijzing. Zolang zij rechtstreeks naar specialistische jeugdhulp kunnen verwijzen, hebben zij weinig prikkel om gemeentelijke afbakening of schaarste mee te wegen. **Druk vanuit maatschappij/cliënt** Vanuit maatschappij en/of cliënt kan een verwijzer druk ervaren om zorgbehoefte niet te onderschatten. Zeker als er verschillen tussen gemeenten bestaan; als bepaalde zorg in andere gemeente wel onder vrij toegankelijke basiszorg valt.	**Verwijsroutes blijven grotendeels ongewijzigd** Huisartsen, scholen en buurtteams zullen blijven verwijzen zolang die route bestaat. Verwijzers kunnen criteria oprekken wanneer zij hulp nodig achten, en ouders kunnen druk uitoefenen om toegang te krijgen. Als gemeenten de toegang willen sturen, moeten alternatieve routes worden beperkt of ondergeschikt gemaakt aan de gemeentelijke toegang; anders ontstaat volumeverschuiving in plaats van volumebeheersing.
JEUGDHULP AANBIEDERS	**Bekostigingsprikkel verandert niet** Aanbieders houden belang bij volume, behandelduur en behoud van budget zolang de bekostiging productie of trajectduur beloont. Prikkel om budgetten vol te maken om ook volgend jaar weer voldoende budget te ontvangen. **Aanbieders hebben geen vanzelfsprekende prikkel om cliënten uit zwaardere zorg te houden.** Zeker aanbieders die zowel lichte als zware zorg leveren kunnen baat hebben bij doorstroom naar zwaarder aanbod.	**Aanbieders blijven financieel gedreven** Aanbieders blijven reageren op financiële prikkels: streven naar meer cliënten, langere behandelduur, intensivering van trajecten, budgetten volmaken, wachttijden gebruiken als drukmiddel en problematiek herlabelen richting zwaardere zorg. Als aanbieders betrokken zijn bij triage, ontstaat risico op doorverwijzing naar eigen aanbod. Hierdoor blijft het effect van scenario 1 beperkt zolang bekostiging, benchmark en toezicht niet mee veranderen.
JEUGDIGEN EN OUDERS	**Geen financiële prikkel** Voor jeugdigen en ouders verandert de financiële prikkel niet: er is geen eigen bijdrage of eigen risico.	**Zoekgedrag neemt toe, risico op buitenboord vallen** Ouders en jeugdigen kunnen gaan zoeken naar de route die toegang geeft tot passende of zwaardere hulp, bijvoorbeeld via huisarts, school of andere verwijzers. Bij weigering of beperkte toegang kunnen bezwaar- en beroepsprocedures toenemen. Als scenario 1 wordt gecombineerd met één centrale gemeentelijke toegang, neemt zoekgedrag mogelijk af, maar stijgt het risico dat jeugdigen buitenboord vallen wanneer lokale teams overbelast zijn of preventie onvoldoende is ingericht.

9.1.1.1 Volumebeheersing en kostenreductie

Scenario 1 kan in theorie bijdragen aan volumebeheersing doordat gemeenten zelf scherper kunnen bepalen wat onder basishulp valt en welke hulp via aanvullende of specialistische jeugdzorg wordt ingezet. Tegelijk kan het creëren van basishulp zonder beschikking een eigen aanzuigende prikkel geven: omdat deze hulp vrijer toegankelijk is en minder administratieve handelingen vraagt dan aanvullende hulp met beschikking, kan hier mogelijk sneller of makkelijker naar worden verwezen. Dit kan enerzijds leiden tot een toestroom richting basishulp en mogelijk een lichte daling van specialistische zorg. Anderzijds kan dezelfde aanzuigende werking er juist toe leiden dat ook hulpvragen die anders niet of later in beeld zouden komen sneller worden doorverwezen naar basishulp. In dat geval daalt het totale volume niet, maar neemt het gebruik van jeugdhulp als geheel toe, met basishulp als nieuwe laagdrempelige instroomroute. De geïnterviewde experts zien volumebeheersing daarom alleen als kansrijk wanneer gemeenten daadwerkelijk **grip krijgen op de toegang**. Als huisartsen, scholen, gecertificeerde instellingen, rechters en andere verwijzers rechtstreeks naar specialistische jeugdhulp kunnen blijven verwijzen, verschuift de instroom vooral naar de route die nog toegang biedt. In dat geval ontstaat **volumeverschuiving in plaats van volumebeheersing.**

Daarbij is onzeker of scenario 1 gemeenten werkelijk een nieuw sturingsinstrument geeft: het **sturingspotentieel op volume en kosten is in dit scenario relatief zwak** omdat een landelijk instrument ontbreekt. Gemeenten kunnen nu al sturen via contractering, toegangsbeleid en afspraken met aanbieders, maar deze instrumenten worden niet altijd volledig benut. Uit de interviews komt naar voren dat dit niet zozeer een gebrek aan instrumenten is, maar vooral een kwestie van politieke bereidheid. **Het beperken van het aantal aanbieders of het strikt toepassen van contractvoorwaarden leidt in de praktijk vaak tot publiek debat en weerstand** omdat het tegenstrijdig is met de huidige wachtlijsten, ook vanuit de gemeenteraad, waardoor gemeenten dit instrument terughoudend inzetten. Daar komt bij dat gemeenten de **grens ook strategisch kunnen leggen**: ruim definiëren om beschikkingslast te vermijden, of juist smal om de eigen basishulp te ontlasten en kosten naar het aanvullende domein te verschuiven. De vraag is daarom niet alleen of de gemeente de knip mag bepalen, maar vooral of zij daardoor méér grip krijgt dan in de huidige situatie. Gemeenten met structurele financiële tekorten zullen waarschijnlijk sterker sturen op toegang en instroom dan gemeenten die relatief ruim worden gecompenseerd via het verdeelmodel. Dit vergroot de kans op praktijkvariatie tussen gemeenten.

Kostenreductie volgt niet vanzelf uit een inhoudelijke knip. Preventie en lichtere hulp kunnen op individueel niveau voorkomen dat problemen escaleren, maar **op macroniveau dalen de kosten niet automatisch** zolang aanbieders prikkels houden om cliënten langer of intensiever te behandelen, trajecten te verlengen of budgetten vol te maken (op basis van de gehouden interviews). Dit is niet alleen een theoretisch risico: in een specifieke regio in Nederland, waar al een vergelijkbare knip wordt gehanteerd tussen lichtere en zwaardere ambulante jeugdhulp, heeft het uit elkaar halen van de bekostiging sinds de decentralisatie echter niet tot minder kosten geleid. Experts benadrukken dat het **effect van scenario 1 beperkt blijft zolang bekostigingsprikkels, toezicht en benchmarking niet mee veranderen**. Zonder deze aanvullende maatregelen kan de zorgvraag zich aanpassen aan de nieuwe grens, zonder dat de onderliggende dynamiek van volumegroei verandert. Onafhankelijk van de scenariokeuze wijst een geïnterviewde er daarnaast op dat voor dure of hoogspecialistische zorg zoals intramurale zorg of verblijf landelijke afbakening logischer zou zijn dan lokale invulling per gemeente, gezien de relatief kleine en goed te objectiveren doelgroep.

9.1.1.2 Randvoorwaarden

De belangrijkste randvoorwaarden voor scenario 1 zijn: één dominante of goed **afgestemde toegangspoort** met wederzijds vertrouwen (voorbeeld; een medewerker van buurteam aanwezig in huisartsenpraktijk), **onafhankelijke triage** zonder financieel belang bij de uitkomst, voldoende **deskundigheid en capaciteit** in lokale teams, **aanpassing van aanbiedersprikkels**, en **monitoring** van verschillen tussen gemeenten, aanbieders en verwijzers. Die onafhankelijkheid vraagt in de praktijk om een **heldere scheiding tussen advies, besluitvorming en uitvoering**. Bijvoorbeeld via een apart onderdeel binnen de gemeente dat los van het uitvoerende team beoordeelt, of via scheiding tussen twee organisaties. Ook moet helder zijn wie bevoegd is om namens de gemeente te beslissen, zodat dit niet afhankelijk is van de toevallige samenstelling van het team. Daarnaast is een **escalatie- of uitzonderingsroute nodig voor grensgevallen en complexe hulpvragen**, zodat jeugdigen met urgente of domein overstijgende problematiek niet tussen wal en schip vallen.

9.1.1.3 Effecten

Scenario 1 heeft een aantal positieve effecten. Gemeenten die de basishulp goed organiseren, kunnen sneller **inspelen op lokale omstandigheden en experimenteren met wat in hun regio het beste werkt**, zonder te wachten op een landelijk kader. Wanneer een gemeente er daarnaast in slaagt één duidelijke, vertrouwde toegangspoort te realiseren, is dat ook voor jeugdigen en ouders een positief effect: zij hoeven hun verhaal niet bij meerdere partijen opnieuw te vertellen en doorlopen **minder 'hoepeltjes'** voordat passende hulp start.

Een belangrijk risico van scenario 1 is dat **lokale verschillen toenemen**. Omdat gemeenten zelf bepalen wat basishulp is, kan dezelfde hulpvraag in de ene gemeente onder basishulp vallen en in een andere gemeente sneller naar aanvullende jeugdhulp leiden. Dit kan leiden tot **postcodezorg**, verschillen in toegankelijkheid en verschillen in de belasting van lokale teams. Voor jeugdhulpaanbieders die in meerdere gemeenten werken, betekent dit bovendien **versnippering van instroomlogica en hogere transactiekosten**, omdat zij zich telkens moeten aanpassen aan een andere lokale afbakening. Lokale teams krijgen bovendien een zwaardere rol in triage en lichte ondersteuning, waardoor overbelasting kan ontstaan als zij onvoldoende capaciteit, deskundigheid of mandaat hebben. Bij een te licht ingeschaald functieniveau kunnen teams bij een zwaardere caseload alsnog vroeg doorverwijzen naar aanvullende hulp, ook wanneer er een landelijke ondergrens geldt.

Kleinere (rand)gemeenten lopen een extra risico: zij zijn voor aanbieders vaak **te klein om interessant te zijn, waardoor zij afhankelijk worden van centrumgemeenten** voor specialistische voorzieningen zoals beschermd wonen. Ook lopen jeugdhulp- en onderwijsregio's niet altijd gelijk, wat coördinatieproblemen geeft wanneer kinderen tussen regio's verhuizen.

Ook voor jeugdigen en ouders ontstaan risico's. Als toegang tot specialistische hulp wordt beperkt, zullen ouders en jeugdigen zoeken naar **andere routes,** bijvoorbeeld via huisarts, school, rechter of gecertificeerde instelling. Bij weigering of beperkte toegang kunnen bezwaar- en beroepsprocedures toenemen. Tegelijk waarschuwen experts voor het risico dat **kinderen buitenboord vallen** wanneer budgetten opraken, preventie onvoldoende is ingericht of lokale teams overbelast raken. Specifiek bij complexe, domein overstijgende problematiek en de 18-/18+-overgang, waar afwenteling naar Wmo, Zvw/ggz of Wlz kan ontstaan. Ook zorgt het beperken van toegangsroutes voor een **langere route voor cliënten**: zij moeten hun verhaal meermaals vertellen aan bijv. huisarts, lokaal team, zorgaanbieder.

9.1.1.4 Mitigerende maatregelen

Scenario 1 vraagt om **afspraken met andere verwijzers, zoals huisartsen, scholen, gecertificeerde instellingen en rechters**. Als deze routes volledig los blijven staan van de gemeentelijke toegang, blijft

het risico bestaan dat volumebeheersing uitblijft doordat verwijzingen zich verplaatsen. Mitigatie vraagt daarom niet per se om het volledig afsluiten van deze routes, maar wel om gezamenlijke verwijsafspraken, terugkoppeling aan lokale teams en gedeelde criteria voor wanneer aanvullende jeugdhulp passend is.

Om lokale verschillen tussen gemeenten te beperken, kan een **landelijke minimumset aan eisen** worden vastgesteld voor wat in ieder geval onder basishulp moet vallen en welke deskundigheid lokale teams minimaal moeten hebben. Gemeenten behouden dan beleidsruimte, maar binnen een landelijke ondergrens die postcodezorg beperkt. Daarnaast is monitoring nodig om verschillen in toegang, doorverwijzing, wachttijden en gebruik van aanvullende jeugdhulp tussen gemeenten te meten. Wanneer grote praktijkvariatie ontstaat, kan dit aanleiding zijn voor bijsturing of aanvullende landelijke afspraken.

Om overbelasting van lokale teams te voorkomen, moeten gemeenten **vooraf aantonen dat lokale teams voldoende capaciteit, expertise en mandaat hebben** om de beoogde basishulp daadwerkelijk te leveren. Dit vraagt om duidelijke kwaliteitsnormen, scholing, periodieke toetsing en de mogelijkheid om specialistische consultatie in te schakelen zonder dat dit direct leidt tot opschaling naar aanvullende jeugdhulp. Ook moet worden voorkomen dat **aanbieders via detachering of onderaanneming te veel invloed krijgen op triage**, omdat dan opnieuw (perverse) prikkels kunnen ontstaan richting zwaardere zorg. Concreet vraagt dit ook om een verplichte, toetsbare motivering in de verordening en om organisatorische scheiding van advies, besluit en uitvoering, waarbij regionale samenwerking kan helpen om de schaalnadelen van kleinere gemeenten te beperken.

Voor jeugdigen en ouders is vooral belangrijk dat er een **duidelijke escalatie- en uitzonderingsroute** komt voor complexe of urgente hulpvragen. Als basishulp onvoldoende passend blijkt, moet snel kunnen worden opgeschaald zonder langdurige discussie over de afbakening. Dit is met name relevant voor domein overstijgende problematiek en de 18-/18+-overgang. Daarnaast zijn heldere communicatie, bezwaar- en beroepsmogelijkheden en vaste aanspreekpunten nodig, zodat gezinnen weten waar zij terechtkunnen en niet gaan zoeken via parallelle routes.

Een **apart budget** voor basishulp en aanvullende jeugdhulp kan de prikkel versterken om meer in basishulp en preventie te investeren. Gemeenten krijgen dan explicieter de opdracht om lichtere hulp dichtbij te organiseren en instroom in duurdere aanvullende hulp te beperken. Ook maakt het transparanter waar geld naartoe gaat en kan het helpen om afspraken te maken over hoeveel capaciteit minimaal beschikbaar moet zijn in lokale teams. Het **creëert echter ook twee nieuwe schotten;** partijen kunnen proberen kosten over het schot te duwen. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld aanvullende hulp willen beperken omdat dat budget krap is, terwijl aanbieders of verwijzers problematiek juist zwaarder kunnen labelen om toegang tot het andere budget te krijgen. Dit vergroot de kans op strategisch gedrag, administratieve lasten en grensdiscussies. Daarnaast kan een apart budget preventie minder aantrekkelijk maken als besparingen op aanvullende hulp niet terugvloeien naar basishulp of preventie. Dan investeert een gemeente in basishulp, maar profiteert zij onvoldoende van lagere uitgaven aan specialistische zorg.

9.1.2 Scenario 2 - Landelijke lijst en weegkader (met landelijke eisen aan lokaal team)

	PRIKKELS	VERWACHTE REACTIE
GEMEENTE	**Preventieprikkel blijft, maar zonder eigen afbakeningsruimte** Prikkel om basiszorg en preventie goed te organiseren zodat instroom in aanvullende zorg beperkt blijft. De gemeente blijft hiervoor financieel verantwoordelijk. Anders dan in scenario 1 bepaalt de gemeente niet meer zelf waar de grens ligt: die volgt nu uit de landelijke lijst en weegkader.	**Investeren in basishulp, met kans op spanning tussen Rijk en gemeente** Gemeenten zullen investeren in toegang en beoordeling aan de voorkant en professionals inzetten op scholen en lokale voorzieningen. Omdat het Rijk sterker stuurt op de afbakening terwijl gemeenten financieel verantwoordelijk blijven, kan spanning ontstaan. Gemeenten met structurele tekorten zullen waarschijnlijk sterker inzetten op vroegtijdige interventie dan gemeenten die ruim worden gecompenseerd via het verdeelmodel.
LOKALE TEAM	**Centrale rol in toegang en triage, nu binnen een uniform kader** Het lokale team moet het landelijke weegkader toepassen en basishulp onder de drempel zelf leveren. Nieuw ten opzichte van scenario 1 is dat het team niet langer eigen criteria hanteert, maar een uniform kader moet leren toepassen.	**Consistentere triage dan scenario 1, met risico bij teams verbonden aan aanbieders** Bij onafhankelijke teams leidt het weegkader tot consistentere triage en minder onnodige doorverwijzing. Bij teams verbonden aan aanbieders blijft het risico op doorverwijzing naar eigen of zwaarder aanbod bestaan. Voor grensgevallen die niet goed in het kader passen, is een onafhankelijke escalatieroute nodig; anders blijft complexe casuïstiek vastzitten tussen basishulp en aanvullende hulp.
VERWIJZERS	**Objectievere criteria, maar geen financieel risico** Het landelijke weegkader geeft verwijzers uniforme criteria in plaats van per gemeente wisselende afbakening. Zij dragen nog steeds geen financieel risico voor hun verwijzing.	**Gewenning aan criteria vraagt tijd** Verwijzers zullen moeten wennen aan een uniform kader. Zolang zij zelf niet gebonden zijn aan de uitkomst, kunnen zij de criteria oprekken wanneer zij hulp nodig achten. Een risico dat ook al bestond bij rechtstreekse verwijzing in scenario 1.
JEUGDHULP AANBIEDERS	**Bekostigingsprikkel verandert niet** De bekostigingsprikkel verandert niet automatisch. Aanbieders houden belang bij volume, behandelduur en behoud van budget, ook wanneer de toegang inhoudelijk wordt afgebakend. **Geen vanzelfsprekende prikkel om cliënten uit zwaardere zorg te houden**	**Risico op upcoding en herlabeling, groter dan in scenario 1** Zorg die eenmaal op de lijst staat wordt sneller als noodzakelijk gefinancierd gezien, waardoor aanbieders minder geprikkeld worden om doelmatig te werken. Dit is scherper dan in scenario 1, waar aanbieders nog concurreren binnen bredere categorieën. Voor hoogspecialistische zorg, zoals verblijf en klinische behandeling, roept scenario 2 daarnaast de vraag op of landelijke organisatie of regionale concentratie nodig is, wat bepaalt voor welke aanbieders deze zorg kunnen blijven leveren.
JEUGDIGEN EN OUDERS	**Geen financiële prikkel** Voor jeugdigen en ouders verandert de financiële prikkel niet: er is geen eigen bijdrage of eigen risico. **Prikkel om alternatieve verwijsroutes te zoeken neemt af** Landelijke criteria kunnen meer duidelijkheid geven over waar ouders en jeugdigen recht op hebben. Prikkel om andere routes te zoeken vervalt. Iedereen werkt met dezelfde criteria.	**Meer duidelijkheid, met risico op een papieren werkelijkheid** Onzekerheid en zoekgedrag nemen in beginsel af. Tegelijk kan een landelijk kader een papieren werkelijkheid creëren wanneer de contextafhankelijkheid van een hulpvraag onvoldoende wordt meegenomen, waardoor ouders alsnog druk uitoefenen of naar andere routes zoeken.

9.1.2.1 Volumebeheersing en kostenreductie

Scenario 2 kan bijdragen aan volumebeheersing doordat een landelijke lijst voor de zwaarste hulp en een landelijk weegkader meer duidelijkheid geven over wanneer aanvullende jeugdhulp passend is. De interviews wijzen er echter op dat dit alleen werkt als het weegkader daadwerkelijk **door alle verwijzers wordt toegepast** én gepaard gaat **met aanpassing of stevige afstemming van bestaande verwijsroutes**. Een objectief, landelijk en goed onderbouwd kader kan verwijzingen consistenter maken, maar het effect blijft beperkt zolang huisartsen, rechters, gecertificeerde instellingen, scholen en andere verwijzers rechtstreeks naar specialistische jeugdhulp kunnen blijven verwijzen zonder dezelfde criteria consequent toe te passen.

Ook leidt scenario 2 niet vanzelf tot kostenreductie. De afbakening kan duidelijker maken wat onder basishulp en aanvullende hulp valt, maar verandert niet automatisch de onderliggende bekostigingsprikkels. Zolang aanbieders belang houden bij volume, behandelduur en behoud van budget, kunnen zij resterende cliënten langer of intensiever behandelen of problematiek herlabelen richting zwaardere zorg. Daarnaast kan kostenverschuiving optreden naar andere domeinen, vooral bij complexe casuïstiek en de 18-/18+-overgang. Een belangrijke les uit de ggz is dat **een weegkader zonder gekoppelde bekostigingsprikkel verwatert**: sinds het zorgprestatiemodel (2022) zijn de tarieven voor basis- en gespecialiseerde ggz gelijkgetrokken, waardoor het onderscheid vooral nog administratief is geworden. Ook hier geldt, onafhankelijk van de scenariokeuze, dat een geïnterviewde landelijke afbakening van dure of hoogspecialistische zorg (zoals intramurale zorg of verblijf) logischer acht dan lokale invulling per gemeente, gezien de relatief kleine en goed te objectiveren doelgroep.

9.1.2.2 Randvoorwaarden

Voor scenario 2 is allereerst nodig dat het landelijke weegkader **praktisch toepasbaar, wetenschappelijk onderbouwd en uitlegbaar** is voor lokale teams, verwijzers, aanbieders, ouders en jeugdigen. Het kader moet geen eenvoudige scorelijst worden, maar voldoende ruimte bieden om risico, veiligheid en complexiteit zwaar te laten wegen, zoals de NHG-TriageWijzer voor huisartsenzorg, waarin een hoog risico op zichzelf al leidt tot doorverwijzing, ongeacht de score op andere criteria (NHG, 2026). Een ander voorbeeld voor de jeugdzorg zelf is het HHM-verwijsmodel ggz, ontwikkeld in opdracht van VWS (2013): dit werkt met vijf criteria (DSM-vermoeden, ernst, risico, complexiteit, beloop) waarbij een **hoog risico of hoge complexiteit een "knock-out" naar boven vormt**, ongeacht de score op de andere criteria. Het is geen optelsom, maar een asymmetrische weging. Net als bij CIZ-indicaties is hierbij een **hardheidsclausule nodig** zodat in individuele gevallen kan worden afgeweken van het kader als de uitkomst anders onredelijk zou zijn voor het kind (EDB-online, 2016). Daarnaast moet basishulp van goede kwaliteit zijn: als de hulp onder de drempel onvoldoende beschikbaar of onvoldoende passend is, verschuift de druk alsnog naar aanvullende jeugdhulp of andere domeinen.

Een tweede randvoorwaarde is **onafhankelijke en consistente toepassing van het weegkader**. De indicatiestelling of beoordeling moet zo veel mogelijk plaatsvinden zonder financieel belang bij meer of zwaardere zorg. Ook moet duidelijk worden vastgelegd hoe huisartsen, rechters, gecertificeerde instellingen, scholen en lokale teams het kader toepassen, zodat geen parallelle praktijken blijven bestaan. Tot slot zijn **monitoring, benchmarking en toezicht nodig op verwijsgedrag**, behandelduur, budgetontwikkeling, wachttijden en verschillen tussen gemeenten en aanbieders.

9.1.2.3 Effecten

Een gewenst effect van scenario 2 is dat landelijke criteria en een landelijk weegkader kunnen leiden tot **meer uniformiteit, meer rechtsgelijkheid en minder postcodezorg**. Dit vraagt om **regionale samenwerking**: kleine gemeenten kunnen doorgaans niet zelfstandig een even stevig lokaal team

optuigen als grote centrumgemeenten. Zonder afspraken hierover dreigen kleinere randgemeenten structureel afhankelijk te worden van centrumgemeenten voor de organisatie van basishulp, wat de gelijke toegang tussen regio's juist weer onder druk kan zetten (op basis van de gehouden interviews). Gemeenten houden minder eigen afbakeningsruimte dan in scenario 1, maar ouders, jeugdigen en verwijzers krijgen meer duidelijkheid over wanneer aanvullende hulp passend is. Ook kan een gezamenlijk kader bijdragen aan consistenter verwijsgedrag en betere onderbouwing van beslissingen.

Tegelijkertijd ontstaan risico's in de uitvoering. Zodra toegang afhankelijk wordt van criteria, kunnen aanbieders en verwijzers problematiek strategisch beschrijven richting zwaardere zorg. Dit **risico op upcoding of herlabeling** wordt expliciet erkend door experts.

Een tweede concrete waarschuwing komt uit de ggz: bij de zorgvraagtypering (HoNOS+) benadrukte de NZa dat het instrument slechts ondersteunend is en de regiebehandelaar beslist, terwijl onderzoek **geen significante voorspellende waarde voor zorgkosten** aantoonde en vragen opriep over de betrouwbaarheid tussen beoordelaars (Burg, 2025). Dit illustreert concreet het risico dat een landelijk kader een **papieren werkelijkheid** creëert wanneer de contextafhankelijkheid van jeugdhulp onvoldoende wordt meegenomen. Voor lokale teams betekent scenario 2 bovendien meer administratieve lasten, scholing, toezicht en behoefte aan uniforme toepassing. Voor gemeenten kan spanning ontstaan doordat het Rijk meer stuurt op de inhoudelijke afbakening, terwijl gemeenten financieel verantwoordelijk blijven.

9.1.2.4 Mitigerende maatregelen

Om de risico's van scenario 2 te beperken, moet het weegkader worden ontworpen als **inhoudelijk beoordelingskader** waarin risico, complexiteit en veiligheid niet kunnen worden gecompenseerd door lage scores op andere kenmerken. De vergelijking met CIZ, HHM en de ggz-zorgvraagtypering levert vier concrete **ontwerpregels** op: bouw de toets **asymmetrisch** (hoge ernst of hoog risico is knock-out, niet te compenseren), maak **zware criteria cumulatief** in plaats van optelbaar, leg vast dat het **instrument ondersteunend is** en de **professional beslist** (met motiveringsplicht per stap), en verwerk een **hardheidsclausule** voor uitzonderingsgevallen. Voor twijfelgevallen, grensgevallen en complexe casuïstiek is een onafhankelijke escalatieroute nodig. Daarnaast zijn verplichte scholing en periodieke kalibratie nodig voor lokale teams en verwijzers die het kader toepassen, zodat interpretatieverschillen worden beperkt.

Verder moet actief worden **gemonitord op upcoding, herlabeling, langere behandelduur, strategisch gebruik van wachttijden en verschuiving naar andere domeinen**. Ook moet worden vastgelegd hoe eventuele besparingen op aanvullende hulp kunnen terugvloeien naar preventie en basishulp, zodat gemeenten niet worden ontmoedigd om preventief te investeren. Voor hoogspecialistische zorg, zoals verblijf en klinische behandeling, moet expliciet worden bepaald of landelijke organisatie of regionale concentratie nodig is om toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid te borgen.

9.1.3 Scenario 3 - Landelijke lijst, rest basishulp door lokaal team (met landelijke eisen aan lokaal team)

	PRIKKELS	VERWACHTE REACTIE
GEMEENTE	**Preventieprikkel blijft en financieel verantwoordelijk zonder eigen afbakeningsruimte** De landelijke lijst beperkt de afbakeningsruimte sterker dan in scenario 1 en 2, maar legt veel verantwoordelijkheid bij de basiszorg. De gemeente kan niet zelf bepalen welke zware hulp aanvullend is, maar blijft financieel verantwoordelijk voor alle hulp onder de landelijke lijst. Daardoor ontstaat een sterke prikkel om het lokale team groot, deskundig en doelmatig te organiseren zodat preventie en tijdig leveren van basiszorg instroom in aanvullende hulp voorkomen.	**Sterke prikkel om instroom naar de lijst te beperken** Gemeenten zullen proberen zoveel mogelijk hulp onder basishulp via het lokale team te houden. Dit vergroot het risico dat hulp binnen het lokale team blijft die daar eigenlijk niet passend is.
LOKALE TEAM	**Zwaarste uitvoeringsopgave van alle scenario's** Omdat er geen weegkader of tussencategorie is, moet het lokale team vrijwel alle ambulante behandeling, langdurige gezinsbegeleiding en therapie zonder verblijf zelf leveren, ook wanneer de hulp intensief of complex is.	**Grootste risico op overbelasting** Onvoldoende deskundigheid of capaciteit leidt tot wachtlijsten, onderbehandeling of alsnog doorverwijzing, groter dan in scenario 1 en 2, omdat hier geen weegkader is dat zwaardere ambulante zorg alsnog naar de lijst kan tillen. Toegang tot specialistische consultatie of tijdelijke inzet van aanbieders kan overbelasting deels opvangen, mits dit expliciet wordt geregeld.
VERWIJZERS	**Minder houvast dan in scenario 2** Er is wel een landelijke lijst voor zware hulp, maar geen weegkader voor de grote groep hulpvragen daaronder. Verwijzers blijven bovendien geen financieel risico dragen voor de gevolgen van hun verwijzing.	**Zoeken naar alternatieve routes bij complexe zorg** Verwijzers zullen bij complexe ambulante hulp waarschijnlijk zoeken naar routes om toch specialistische inzet mogelijk te maken, zeker als zij vinden dat het lokale team onvoldoende passende hulp kan bieden. Dit risico is groter bij complexe, domeinoverstijgende problematiek en de 18-/18+-overgang, waar jeugdigen tussen Jeugdwet, Wmo, Zvw/ggz en Wlz kunnen vallen als verwijsroutes niet zijn afgestemd op de landelijke lijst.
JEUGDHULP AANBIEDERS	**Prikkel tot positionering richting de landelijke lijst of samenwerking met lokale teams** Omdat veel ambulante hulp formeel basishulp wordt, verliezen aanbieders mogelijk volume in het gespecialiseerde aanbod, tenzij zij via lokale teams worden ingezet of hun aanbod onder de landelijke lijst valt.	**Strategische positionering op lijstzorg** Aanbieders kunnen proberen hulp te herlabelen richting zware of hoogspecialistische zorg, zich strategisch positioneren op lijstzorg, of via onderaanneming of samenwerking alsnog betrokken blijven bij basishulp. Zonder aangepaste bekostiging, benchmark en toezicht blijft de prikkel bestaan om budgetten vol te maken of behandelduur te verlengen, sterker dan in scenario 1, doordat de lijst een scherpere financiële categorie creëert om naartoe te herlabelen.
JEUGDIGEN EN OUDERS	**Duidelijkheid over zwaarste hulp, minder nuance daaronder** Ouders en jeugdigen weten dat lijstzorg aanvullend is, maar voor intensieve ambulante hulp kan onduidelijk zijn waarom deze lokaal moet worden geleverd. **Geen financiële prikkel** Er blijft geen eigen bijdrage of eigen risico.	**Druk en escalatie bij onvoldoende basishulp** Bij beperkte toegang tot gespecialiseerde ambulante hulp kunnen bezwaarprocedures, routezoeken via huisarts, rechter of gecertificeerde instelling en escalatie naar crisiszorg toenemen — groter dan in scenario 1 en 2, omdat hier geen tussenliggende weegkader-route beschikbaar is. Bij te strikte toegang kan dit ook leiden tot verschuiving naar andere domeinen, zoals Wmo, Zvw/ggz of Wlz, vergelijkbaar met het afwentelingsrisico in scenario 1 bij de 18-/18+-overgang.

9.1.3.1 Volumebeheersing en kostenreductie

Scenario 3 kan het volume in specialistische jeugdhulp verminderen doordat alleen de zwaarste hulpvormen op een landelijke lijst als aanvullende hulp worden aangemerkt en alle overige hulp in beginsel door het lokale team wordt geleverd. Daarbij kan ook meespelen dat basishulp zonder beschikking laagdrempeliger is dan aanvullende hulp: doordat minder formele besluitvorming en administratie nodig zijn, kan deze route voor verwijzers aantrekkelijker worden. Dat kan helpen om hulpvragen eerder en dichter bij huis op te pakken, met mogelijk minder instroom in specialistische trajecten. Tegelijk schuilt hierin ook een tegengestelde prikkel. Een laagdrempelige basisvoorziening kan ertoe leiden dat vragen die eerder niet, later of buiten de jeugdhulp zouden zijn opgepakt, sneller richting het lokale team worden geleid. In dat geval verschuift niet alleen specialistische zorg naar basishulp, maar ontstaat ook extra gebruik van jeugdhulp als geheel. Van de instrumenten in dit model kan echter alleen de landelijke lijst zelf een macrobudget dragen: het **middensegment daaronder blijft ongeordend en biedt geen aangrijpingspunt voor kostenbeheersing**. Dit effect treedt bovendien alleen op als lokale teams voldoende capaciteit, deskundigheid en mandaat hebben om ook intensieve ambulante hulp veilig en doelmatig te bieden. Als die randvoorwaarden ontbreken, ontstaat **geen daadwerkelijke volumebeheersing, maar vooral wachttijd, onderbehandeling of verplaatsing** van verwijzingen naar andere routes, met wachtlijsten bij het lokale team in plaats van een formele afwijzing.

Zonder aanpassing of stevige afstemming van huisarts-, rechter-, GI- en schoolroutes blijft bovendien het risico bestaan dat de instroom naar specialistische hulp zich verplaatst naar de route die nog toegang biedt. De geïnterviewde experts verwachten daarom dat een formele lijst op zichzelf weinig effect heeft zolang de onderliggende bekostigingsprikkels bij aanbieders en de veelheid aan toegangsroutes niet veranderen. **Gedrag zal zich aanpassen aan de nieuwe grens**, zonder dat de onderliggende vraag naar hulp afneemt.

Ook kostenreductie is onzeker. Scenario 3 kan kosten bij specialistische aanbieders drukken doordat veel ambulante hulp als basishulp wordt gedefinieerd, maar daarmee **verdwijnen de kosten niet automatisch.** De hulpvraag kan verschuiven naar lokale teams, andere gemeentelijke voorzieningen of andere domeinen. Preventie en lichtere hulp kunnen op individueel niveau escalatie voorkomen, maar leiden op macroniveau niet vanzelf tot lagere kosten zolang aanbieders productie- en budgetprikkels houden en gemeenten onvoldoende profiteren van besparingen op gespecialiseerde zorg. Dit geldt overigens ongeacht het gekozen scenario: een geïnterviewde noemt landelijke afbakening van dure of hoogspecialistische zorg (zoals intramurale zorg of verblijf) logischer dan lokale invulling per gemeente, gezien de relatief kleine en goed te objectiveren doelgroep.

9.1.3.2 Randvoorwaarden

De belangrijkste randvoorwaarde voor scenario 3 is dat **lokale teams veel steviger worden ingericht** dan in scenario 1 en 2. Zij moeten beschikken over voldoende capaciteit, specialistische deskundigheid, doorzettingsmacht, toezicht en de mogelijkheid om intensieve ambulante ondersteuning veilig te leveren. Omdat er geen weegkader of tussencategorie is, wordt de **kwaliteit van het lokale team bepalend voor toegankelijkheid, veiligheid en doelmatigheid**. Dit vraagt om **regionale samenwerking**: kleine gemeenten kunnen doorgaans niet zelfstandig een even stevig lokaal team optuigen als grote centrumgemeenten. Zonder afspraken hierover dreigen kleinere randgemeenten structureel afhankelijk te worden van centrumgemeenten voor de organisatie van basishulp, wat de gelijke toegang tussen regio's juist weer onder druk kan zetten.

Daarnaast moet de **landelijke lijst scherp, uitlegbaar en onderhoudbaar zijn**. Er moet expliciet worden bepaald welke vormen van verblijf, klinische of deeltijdbehandeling, intensieve gespecialiseerde jeugd-ggz en crisis- of veiligheidshulp altijd aanvullend zijn. Voor grensgevallen, complexe casuïstiek en situaties waarin het lokale team onvoldoende passende hulp kan bieden, is een onafhankelijke toets- of escalatieroute nodig.

Tot slot moeten verwijsroutes via huisarts, rechter, gecertificeerde instellingen en scholen worden afgestemd op de landelijke lijst en de rol van het lokale team. Anders blijft het effect op volume en kosten beperkt. Ook zijn **aparte afspraken nodig voor complexe, domein overstijgende problematiek en de 18-/18+-overgang**, omdat juist deze groepen risico lopen tussen Jeugdwet, Wmo, Zvw/ggz en Wlz te vallen.

9.1.3.3 Effecten

Een gewenst effect van scenario 3 is **eenvoud en duidelijkheid**: zware hulp op de landelijke lijst is aanvullende hulp, alle overige hulp is basishulp. Dit maakt de grens op papier eenvoudiger dan in scenario 2, omdat er geen complex weegkader hoeft te worden toegepast. Voor gemeenten en lokale teams ontstaat daarmee een heldere opdracht om zoveel mogelijk ondersteuning dichtbij en integraal te organiseren. **Dit scenario sluit ook het best aan bij hoe lokale teams nu al werken.** Voor jeugdigen en ouders kan het wegvallen van de knip tussen basis- en aanvullende hulp daarnaast een positief effect hebben: zij houden een **langere, ononderbroken relatie met hetzelfde team**, ook wanneer de hulp zwaarder wordt. Dit is een vorm van continuïteit die in scenario 1 en 2 minder vanzelfsprekend is.

Het belangrijkste ongewenste effect is **overbelasting van lokale teams**. Omdat vrijwel alle ambulante hulp onder basishulp valt, moeten lokale teams niet alleen beoordelen, maar ook veel intensieve ondersteuning zelf leveren. Als lokale teams onvoldoende capaciteit of expertise hebben, kunnen wachtlijsten, onderbehandeling, veiligheidsrisico's of alsnog doorverwijzing via andere routes ontstaan. Vergelijkbaar met de Wlz, waar zorgzwaartepakketten cliënten in categorieën plaatsen, ontstaat hier bovendien een **"verkeerd bed"-risico**: cliënten die net tussen twee categorieën vallen, met kans op onder- of overindicatie.

Een tweede risico is **herlabeling richting lijstzorg**. Aanbieders kunnen proberen hulp te positioneren als zwaar of hoogspecialistisch om onder de landelijke lijst te vallen, waarbij de prikkel tot doelmatigheid afneemt zodra zorg als noodzakelijk en structureel gefinancierd wordt gezien.

Voor jeugdigen en ouders kan scenario 3 leiden tot minder nuance. **Intensieve ambulante hulp wordt basishulp, ook wanneer gezinnen deze als specialistisch ervaren**. Wanneer de geboden basishulp onvoldoende passend wordt gevonden, kan dit leiden tot druk op lokale teams en verwijzers, bezwaarprocedures en route zoeken via huisarts, rechter of gecertificeerde instelling. Ook kan te strikte toegang of onvoldoende beschikbaarheid van passende hulp leiden tot escalatie richting crisiszorg of verschuiving naar andere domeinen.

9.1.3.4 Mitigerende maatregelen

Om de risico's van scenario 3 te beperken, is een **uitzonderingsroute nodig voor intensieve ambulante hulp die niet op de landelijke lijst staat, maar lokaal niet veilig of doelmatig kan worden geleverd**. Daarmee wordt voorkomen dat jeugdigen tussen basishulp en aanvullende hulp in vallen wanneer het lokale team de benodigde ondersteuning niet kan bieden.

Daarnaast moet **actief worden gemonitord op wachttijden, afwijzingen, crisisinstroom, bezwaarprocedures en doorverwijzingen** naar andere domeinen. Dit zijn vroege signalen van

overbelasting, onderbehandeling of verschuiving van zorgvraag. Strategische herlabeling richting lijstzorg kan worden beperkt door periodieke toetsing van de lijst, benchmarking van aanbieders en toezicht op behandelduur, intensiteit en instroom.

Verder moeten lokale teams toegang hebben tot specialistische consultatie of tijdelijke inzet van aanbieders, zonder dat dit automatisch leidt tot opschaling naar lijstzorg. Dit helpt om specialistische expertise beschikbaar te houden binnen de basishulp en voorkomt dat complexe casuïstiek te snel richting aanvullende hulp verschuift.

Tot slot zijn **expliciete financiële afspraken en een overgangsregeling** nodig. Gemeenten moeten niet worden ontmoedigd om te investeren in stevige basishulp en preventie, en bestaande cliënten die nu specialistische ambulante hulp ontvangen maar onder scenario 3 als basishulp zouden worden gezien, hebben een zorgvuldig overgangspad nodig.