

Advies Forensische Zorg

Invoering DB(B)C structuur

juli 2009

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	7
2. Achtergrond	7
3. Hoofdpunten advies	7
4. Uitwerking onderdelen van advies	8
4.1. Wettelijk kader invoering DB(B)C-structuur	8
4.2. Productstructuur en tarieven	9
4.3. Tenders	10
4.4. Kleine contractpartijen	11
1. Inleiding	13
1.1 Achtergrond FZ	13
1.2 Marktdata	13
1.2.1 TBS	14
1.2.2 Inrichtingen en instellingen	15
2. Advies wettelijk kader	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Interim AMvB	17
2.3 Wet Forensische Zorg	18
2.4 Advies NZa	18
3. Productstructuur DB(B)C FZ	21
3.1 Inleiding	21
3.2 Productengroepen behandeling in productstructuur DB(B)C FZ	21
3.3 Definities productstructuur DB(B)C FZ	22
3.4 Advies NZa	23
4. Onderbouwing tarieven DB(B)C Forensische zorg	25
4.1 Inleiding	25
4.2 Doelstellingen tariefregulering	25
4.3 Methode van onderbouwing prestaties en tarieven	25
4.3.1 Uitgangspunten NZa	26
4.3.2 Advies over onderbouwing van de kostprijzen	27
4.3.3 Advies over extrapolatie	28
4.4 Advies NZa	34
5. Methode indexatie en datumbepaling verblijfsoorten	35
5.1 Methode van indexatie tarieven per 2010	35
5.1.1 Inleiding	35
5.1.2 Alternatieve methode van indexatie	35
5.1.3 Advies NZa methode van indexatie	36
5.2 Datumbepaling voor tarieven verblijfsoorten	36
5.2.1 Inleiding	36
5.2.2 Voor- en nadelen gebruik begindatum en uitvoerdatum	36
5.2.3 Advies datumbepaling verblijfsoorten	37
5.2.4 Advies NZa	37
6. Overheveling kapitaalslasten vanuit Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) naar Justitie	39
6.1 Budgetoverheveling kapitaalslasten van de AFBZ naar Justitie	39
6.2 Beheer kapitaalslasten	39
6.3 Advies NZa	40

7. Vangnet en verrekenbedrag	41
7.1 Vangnet	41
7.2 Verrekenbedrag	41
7.3 Advies NZa	42
8. Berekening creditbedrag bij overloop DB(B)C's	43
8.1 Inleiding	43
8.2 Advies NZa	43
9. Tenders	45
9.1 Inleiding	45
9.2 Knelpunten	45
9.3 Voorstel korte termijn	45
9.4 Lange termijn	45
9.5 Advies NZa	46
10. Inkoop	47
10.1 Inleiding	47
10.2 Advies NZa	47
10.3 Inleiding	48
10.4 Advies NZa	48
11. Herschikking productieafspraken	49
12. Kleine contractpartijen	51
12.1 Aanleiding onderzoek kleine contractpartijen	51
12.2 Financieringsvarianten	51
12.3 Belangrijkste aanbevelingen van Ernst & Young	52
12.4 Overige aspecten	53
12.4.1 Doelgroep kleine contractpartijen	53
12.4.2 Juridische verankering	53
12.5 Advies NZa	53
13. Onderlinge dienstverlening	55
14. Conclusies	57
Bijlage 1. Productstructuur met tarieven 2010	61

Vooraf

Dit schriftelijk advies is geschreven voor het Ministerie van Justitie. Het advies is geschreven door de leden van de projectgroep Forensische Zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Binnen en buiten de NZa hebben velen een inbreng geleverd aan het advies. Dank aan allen die een bijdrage aan het advies hebben geleverd, in het bijzonder aan de medewerkers van het Ministerie van Justitie, Cap Gemini en GGZ Nederland voor hun coöperatieve bijdrage in de pittige discussies, die in een prettige sfeer werden gevoerd.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. E.J. Mulock Houwer
lid a.i. Raad van Bestuur

mw. drs. C.C. van Beek MCM
voorzitter a.i.

Managementsamenvatting

1. Inleiding

Het Ministerie van Justitie heeft de NZa gevraagd te adviseren bij de invoering van de DB(B)C's in de strafrechtelijk forensische zorg. Dit schriftelijk advies handelt over de invoering van de DB(B)C-systematiek en zal ingaan op de volgende onderdelen:

- bepaling productstructuur en vaststelling tarieven;
- invoering productstructuur en start DB(B)C financiering;
- wettelijk kader;
- tenderafspraken;
- kleine contractpartijen.

In het rapport wordt ook een aantal (technische) aspecten rondom de invoering van de DB(B)C-systematiek behandeld. Die komen niet in deze samenvatting aan de orde.

In oktober van dit jaar zal de NZa een schriftelijk marktordeningadvies geven aan Justitie, waarbij ook zal worden ingegaan op de gewenste ordening en toezichtrol van de NZa.

2. Achtergrond

In 2004 is de Motie van de Beeten aangenomen waarin werd gesteld dat de samenhang verbeterd moet worden tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen. Naar aanleiding hiervan is een ambtelijke werkgroep opgericht die opdracht kreeg om de zorg in strafrechtelijk kader beter af te stellen op de geestelijke gezondheidszorg, zodat de benodigde continuïteit van zorg ontstaat.

Uiteindelijk heeft dit geleid tot het besluit om de forensische zorg uit de AWBZ te halen en het budget daarvoor over te hevelen naar de Justitiebegroting. Daarbij werd tevens de opdracht gegeven om speciale DBC's te ontwikkelen voor de forensische zorg in een strafrechtelijk kader, waarbij de beveiliging een integraal onderdeel vormde: de zogenaamde DB(B)C. Belangrijk uitgangspunt bij de ontwikkeling van de DB(B)C systematiek was om zo nauw mogelijk aan te sluiten bij de DBC GGZ-systematiek.

3. Hoofdpunten advies

De Tweede Kamer heeft besloten dat de DB(B)C-systematiek moet worden ingevoerd. De NZa toetst hier of de voorgestelde productstructuur aan haar voorwaarden ten aanzien van prestatiebekostiging voor DB(B)C's voldoet.

De NZa adviseert op lange termijn de DB(B)C-bekostiging in te voeren zonder vangnet als aan onderstaande voorwaarden is voldaan.

Op korte termijn adviseert de NZa de DB(B)C productstructuur in te voeren met vangnet, maar niet om in DB(B)C's te declareren per 1 januari 2010, tenzij aan onderstaande voorwaarden is voldaan:

- De Algemene Maatregel van Bestuur die bestaat uit het Besluit uitbreiding beperking Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), Aanspraak Zorgverzekeringswet en Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) is per 1 januari 2010 van kracht.

- Zo niet dan is de Wmg nog van toepassing en kan alleen op basis van NZa-parameters worden gedeclareerd en blijft de status quo gehandhaafd. Een alternatief is dat de NZa voor 1 oktober een aanwijzing van VWS krijgt. Hierdoor kan de NZa prestaties en tarieven met bijbehorende beleidsregels en nadere regels voor de interim periode tot ingangsdatum Wet Forensische Zorg vaststellen. Indien Justitie kiest voor dit alternatief, dan moet de NZa hierover voor 1 september geïnformeerd worden, zodat tijdig gestart kan worden met de voorbereidingen op 2010;
- Het budget op basis van NZa-parameters bepaalt in 2010 het verrekenbedrag (=verschil tussen het budget en de DB(B)C-omzet);
 - Een adequate bevoorschotting voor klinische en ambulante zorg op basis van budgetparameters in 2010;
 - Het Ministerie van Justitie maakt afspraken met de instellingen over de aanlevering van registratiedata in DB(B)C's in 2010. De registratie en aanlevering van de DB(B)C's moet in 2010 verbeteren, zodat in 2011 voor alle productgroepen en verblijfssoorten valide kostprijzen te bepalen zijn.
 - De representativiteit van de kostprijzen moet verbeteren door terugweging van kostprijzen op basis van de omzet in de subpopulatie. Dit is nu niet gebeurd, waardoor de betrouwbaarheid van de kostprijzen vermindert;
 - De kostprijzen zelf worden in 2010 gebaseerd op de kostprijsprincipes van de NZa en zijn onderhevig aan een externe audit;
 - Indien het mogelijk is om in 2010 te starten met financiering van zorg in DB(B)C's, dienen ook de tendercontracten (langlopende contracten over klinische zorg) te worden afgerekend in DB(B)'s. Hierdoor ontstaat er eenheid van prestatie en tarief tussen reguliere contracten en tendercontracten;
 - Het Ministerie van Justitie stelt in 2009 de AO/IC kaderregeling vast en publiceert deze samen met de andere door de NZa aangeleverde conceptuitvoeringsregelingen, zodat het voor instellingen in 2010 duidelijk is aan welke registratie- validatie- en facturatieverplichtingen zij moeten voldoen.

De NZa is van mening dat het risico van DB(B)C declaratie voor de instellingen in voldoende mate wordt opgevangen door het vangnet en de bevoorschotting en als aan bovenstaande voorwaarden wordt voldaan.

Het is van groot belang dat instellingen ervaring opdoen met registreren en valideren in 2010. Het aanleveren van DB(B)C's is noodzakelijk om betrouwbare kostprijzen per productgroep te kunnen berekenen. In 2011 kan hierdoor het grootste bezwaar van de NZa, de zwakke onderbouwing van de tarieven van de DBB(C) productstructuur, worden weggenomen.

De NZa wil op 1 oktober van dit jaar duidelijkheid van Justitie of aan de voorwaarden voldaan kan worden. Afhankelijk van de uitkomsten daarvan kan onderzocht worden of financiering door middel van DB(B)C's al in 2010 kan plaatsvinden.

4. Uitwerking onderdelen van advies

4.1. Wettelijk kader invoering DB(B)C-structuur

Forensische zorg in een strafrechtelijk kader valt onder de Wmg. Vanaf 1 januari 2008 is de Directie Forensische Zorg als onderdeel van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van Justitie verantwoordelijk voor de inkoop van forensische zorg.

Om de overgang van de gelden van VWS naar Justitie te regelen, is een Algemene Maatregel van Bestuur in voorbereiding. De AMvB houdt in: een Besluit inzake uitsluiting dan wel beperking (BUB) van de toepassing van de Zorgverzekeringswet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en Wmg op forensische zorg in een strafrechtelijk kader. Dit besluit beperkt de wettelijke bevoegdheden van de NZa ten aanzien van prestatie- en tariefregulering van forensische zorg. Daarnaast wordt in deze AMvB geregeld dat het besluit zorgaanspraken AWBZ en het Besluit zorgverzekering worden aangepast, zodat de forensische zorg in strafrechtelijk kader niet onder de aanspraak valt op grond van de AWBZ en de te verzekeren prestaties op grond van de ZvW. Dit besluit, de AMvB, is nog niet vastgesteld. Instellingen moeten nu dus Wmg prestaties en tarieven declareren. Als ze dit niet doen, en vanaf 2010 declareren op basis van DB(B)C's zijn ze in overtreding (buiten hun eigen schuld). De NZa stelt daarom als voorwaarde voor de declaraties van DB(B)C's per 1 januari 2010 dat de Algemene Maatregel van Bestuur BUB Wmg van kracht is. Zo niet, dan kan de NZa zelf prestaties vaststellen onder de Wmg op aanwijzing van VWS.

Wanneer wordt aangenomen dat de AMvB per 2010 van kracht wordt, adviseert de NZa om de instellingen zoveel mogelijk rechtszekerheid te geven over de te contracteren prestaties en tarieven in de periode voordat de Wet Forensische Zorg pas ingaat vanaf 2011. Dit gebeurt enerzijds door het behoud van het vangnet van het budgetsysteem in 2010. Anderzijds adviseert de NZa om de productstructuur en de te hanteren tarieven, evenals alle uitvoeringsregelgeving in 2009 te publiceren in de Staatscourant.

4.2. Productstructuur en tarieven

In de ontwikkeling van de DB(B)C-systematiek in de forensische zorg is het uitgangspunt gehanteerd dat de DBC GGZ leidend is voor de ontwikkeling van de DB(B)C-productstructuur. De doelstelling hiervan is dat de continuïteit van zorg en de aansluiting van forensische en reguliere GGZ wordt bestendig en er minder gedetineerden na hun gevangenschap recidiveren doordat ze direct op straat terecht komen. Door invoering van de D(B)DBC-systematiek worden de drempels voor toetreding tot de markt voor forensische zorg voor reguliere GGZ aanbieders verlaagd. De administratieve uitvoeringslasten worden beperkt door aansluiting bij bestaande taal en regelingen uit de reguliere DBC GGZ. Ook bevordert aansluiting bij de DBC GGZ de vergelijkbaarheid van prijs/prestatie tussen de forensische zorg en de curatieve GGZ. De NZa adviseert hier positief over.

De NZa vindt de gebruikte methode om kostprijzen per productgroep te berekenen onvolledig en stelt voor om dit in 2010 te veranderen. Door de Trusted Third Party (TTP) constructie via Prismant zijn de instellingsgegevens geanonimiseerd opgenomen in de database van Cap Gemini. Er is daarom geen 1-op-1 verband te leggen tussen de aangeleverde gegevens en de omzet op instellingsniveau. Het achterwege blijven van terugweging voor subpopulaties is een lacune. Wellicht zijn kleine instellingen oververtegenwoordigd en het gevangeniswezen ondervertegenwoordigd. Hierdoor is de mate van representativiteit van de kostprijzen van de DB(B)C productstructuur onzeker.

Voor behandelproductgroepen waarvoor onvoldoende betrouwbare kostprijzen kunnen worden afgeleid, omdat de DB(B)C registratiedata niet zijn aangeleverd aan Cap Gemini, adviseert de NZa om geen tarieven vast te stellen.

Als in 2010 blijkt dat er behoefte bestaat aan het behoud van deze productgroepen dan kunnen deze 24 (van de in totaal 99 productgroepen) gewoon worden geregistreerd, gevalideerd en, indien aan de voorwaarden wordt voldaan, gedeclareerd op basis van de instellingseigen kostprijs (na onderhandeling met Justitie). Indien sprake is van declaratie in DB(B)C's per 2010 kan het totaal van DB(B)C-declaraties van de instelling, inclusief de instellingseigen kostprijzen, in 2010 worden gematcht met het budget op basis van NZa-parameters en zo worden afgerekend. Daarom lopen instellingen en Justitie in 2010 geen extra risico op onder- dan wel overproductie. Wanneer volgend jaar deze kostprijzen per DB(B)C valide zijn, dan kan hier alsnog een tarief voor worden vastgesteld. Stel dat de registratie in 2010 wederom achterblijft, dan adviseert de NZa om de productstructuur te herzien en de hoge tijdsgrenzen uit de productstructuur te verwijderen per 2011. De variantie in de kostprijzen van de productgroepen met hogere tijdsgrenzen en in kostprijzen van de verblijfssoorten is groot.

De conclusie is dat een jaar extra registratie nodig is om tot valide kostprijzen per productgroep en verblijfsoort te komen. De NZa geeft er de voorkeur aan om op basis van de meest betrouwbare data en op basis van extrapolatie op basis van de verhoudingen binnen de DBC GGZ de kostprijzen te bepalen. Deze methode benadert de werkelijkheid het dichtst en vermindert het risico tot miscalculatie. De NZa kostprijnsprincipes gaan uit van individuele kostprijzen gebaseerd op werkelijke kosten. Dit betekent dat de Rijksoverheid hierin niet moet interveniëren door tariefverlaging op deze objectief vastgestelde kostprijzen per 2010. De NZa beveelt aan om volgend jaar een audit op de kostprijzen uit te voeren door een onafhankelijk bureau, om er zeker van te zijn dat juiste kostprijzen worden vastgesteld in 2011.

4.3. Tenders

De Dienst Forensische Zorg van het Ministerie van Justitie (DForZo) heeft in de afgelopen jaren enkele tenders (aanbestedingstrajecten) uitgezet ten behoeve van capaciteitsuitbreiding. De all-in-prijzen voor klinische plaatsen in de tenderafspraken zijn moeilijk te passen in de DB(B)C structuur.

Het uitgangspunt van de NZa is dat zowel tenderpartijen als reguliere contractpartijen volgens hetzelfde regime de zorg declareren. Dit om te voorkomen dat Justitie exclusieve contracten houdt met sommige zorgaanbieders waarvan ze in twee gevallen ook eigenaar is (de forensisch psychiatrische centra Oostvaarderskliniek en Veldzicht). Hierdoor is het speelveld voor de zorgaanbieders ongelijk. Wanneer ervoor wordt gekozen om declaratie te laten plaatsvinden per 1 januari 2010 wordt geadviseerd om ook de declaratie van de tenderafspraken in DB(B)C's te laten plaatsvinden. Hierdoor ontstaat er in de forensische zorg eenheid van prestatie en tarief.

Het is mogelijk dat juist door tenderafspraken instellingen zich kunnen onderscheiden op hun prijs-/kwaliteitsverhouding en zo een impuls geven aan efficiënte zorglevering. Op zichzelf is de NZa hier een voorstander van. Het is echter van groot belang dat de DB(B)C systematiek de 'onderhandelingstaal' zal vormen. Het is ongewenst dat twee systemen parallel aan elkaar blijven lopen: prijzen op basis van DB(B)C's en all-in tarieven (van bijvoorbeeld verblijfsdagen) die vastgelegd zijn in tenderafspraken.

Zodra het vangnet vervalt en zowel de bekostiging als financiering zal plaatsvinden op basis van DB(B)C's, zullen ook de tenderafspraken omgezet moeten zijn en worden afgerekend in D(B)BC's.

De NZa adviseert Justitie om de tenderafspraken onder de Wet Forensische Zorg (WFZ) te plaatsen, zodat zij hierdoor onderhevig worden aan de in de WFZ bepaalde prestatie- en tariefregulering.

4.4. Kleine contractpartijen

Het uitgangspunt van de DB(B)C-systematiek is dat voor alle strafrechtelijk forensische zorg DB(B)C's gaan gelden. Een probleem doet zich voor bij de kleine contractpartijen, die slechts voor een klein deel strafrechtelijk forensische zorg leveren. Deze instellingen leveren vooral begeleiding en verblijf en worden grotendeels, dan wel volledig, gefinancierd door de AWBZ en/of de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De administratieve organisatie van deze instellingen is niet gericht op DBC's waardoor de invoering van de DB(B)C-systematiek geen gemakkelijke opgave is.

Ernst & Young heeft in opdracht van Justitie een onderzoek uitgevoerd en concludeert dat het niet redelijk is om voor deze zorgaanbieders de volledige DB(B)C-systematiek in te voeren. De oplossingsrichting ligt volgens Ernst & Young in een 'lichte DB(B)C-variant'.

De NZa steunt de aanbeveling van Ernst & Young om de mogelijkheden van een lichte DB(B)C-variant verder te onderzoeken. Voorkomen moet worden dat het zorgaanbod van de kleine contractpartijen wegvalt. Deze zorg is van belang voor de forensische ketenzorg. Als voorbeeld kan de Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) worden genoemd, waarin cliënten verblijven in de laatste schakel van de forensische keten. De cliënten wonen in de RIBW meer zelfstandig dan in een kliniek. Hiermee worden zij beter voorbereid op de terugkeer in de samenleving en neemt de kans op recidive af. Voor de zorg die de RIBW levert bestaan onvoldoende alternatieven.

De NZa zal adviseren over de uitwerking van de lichte DB(B)C-variant in het najaar van 2009. De NZa is van mening dat de lichte DB(B)C-variant moet passen in de huidige productstructuur.

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een globale schets gegeven van de forensische zorg met een strafrechtelijke titel. Het vormt een achtergrondbeeld waarbinnen de vernieuwing forensische zorg en de invoering van de DB(B)C-systematiek in volgende hoofdstukken wordt behandeld.

1.1 Achtergrond FZ

Forensische zorg in strafrechtelijk kader wordt gegeven aan volwassenen die geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicapten zorg nodig hebben, naar aanleiding van een rechtelijke uitspraak, een beslissing van het Openbaar Ministerie, Hare Majesteit de Koningin (gratie onder voorwaarden) of de Minister van Justitie. Alle patiënten hebben een strafrechtelijke titel¹.

De DB(B)C-systematiek wordt gebruikt om de zorg te beschrijven die patiënten in het kader van een strafrechtelijke titel ontvangen. DB(B)C staat voor Diagnose Behandeling- (en Beveiliging) Combinatie. Belangrijk uitgangspunt bij de ontwikkeling van de DB(B)C systematiek was om zo nauw mogelijk aan te sluiten bij de DBC GGZ-systematiek. Nieuwe elementen, zoals de aandacht voor kosten die voortkomen uit beveiliging en zaken als 'aard delict' en 'recidive gevaar' zijn aan de DBC systematiek toegevoegd. Belangrijk uitgangspunt binnen de Forensische zorg blijft natuurlijk de strafrechtelijke titel. Er zijn 21 titels waarbij sprake is van de DB(B)C systematiek.

Niet alle forensische zorg valt overigens binnen de DB(B)C systematiek. Zorg die wordt geleverd in het kader van Jeugdstrafrecht valt bijvoorbeeld niet binnen de DB(B)C systematiek.²

De forensische zorg onderscheidt zich van reguliere zorg, omdat het geen electieve, chronische of acute zorg betreft. De zorg kan zowel intramuraal als extramuraal worden geleverd.

De forensische zorg in strafrechtelijk kader wordt verleend door een breed scala van inrichtingen en instellingen, zoals rijksinrichtingen voor de verpleging van TBS-gestelden, justitiële particuliere TBS-inrichtingen, niet-justitiële particuliere TBS-inrichtingen, psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg, penitentiaire inrichtingen en GGZ-instellingen.

De forensische zorg werd in 2008 door 66 instellingen geleverd (inclusief 12 TBS-instellingen). In 2009 zijn 82 instellingen actief (inclusief 12 TBS-instellingen). Meer over de vernieuwing forensische zorg en de juridische inkadering is te vinden in het hoofdstuk Advies wettelijk Kader.

1.2 Marktdata

In oktober 2009 zal de NZa een marktordeningadvies forensische zorg publiceren waarin de markt nader wordt geanalyseerd. Vooruitlopend worden hier enkele gegevens gepresenteerd die een indruk geven over de omvang van de markt voor forensische zorg, de variëteit aan zorg en zorginstellingen.

¹ DB(B)C's Werk in uitvoering, Vernieuwing Forensische Zorg

² Zie voor een volledig overzicht van de 21 strafrechtelijke titel en de uitsluitingcriteria: Spelregels DB(B)C-registratie voor de Forensische Zorg in strafrechtelijk kader Versie 2009 - v2.0.

Kennis over de diversiteit in zorg en zorginstellingen en de beperkte financiële omvang van de markt zijn van belang voor succesvolle invoering van een nieuwe productstructuur.

Tabel 1. Financieel kader 2009-2012

Financieel kader 2009-2012 in mln. euro ³	2009	2010	2011	2012
TBS	362	379	382	385
Forensische Zorg in (G)GZ	127	139	170	170
Forensische zorg in gevangeniswezen	50	128	128	128
TOTAAL	539	647	680	683

Bron: DJI

Het budget Forensische zorg is het laatste jaar naar beneden bijgesteld, maar loopt de komende jaren toch op. Uit dit budget wordt de forensische zorg ingekocht en de overhead bekostigd.

Tabel 2. Begroting Justitie Forensische zorg op basis van aantal patiënten

Begroting Justitie Forensische zorg o.b.v. aantal te behandelen patiënten 2009	Aantal patiënten
TBS	2.099
Forensische Zorg in (G)GZ	1.033
Forensische zorg in gevangeniswezen	274
TOTAAL	3.406

Bron: DJI

Het aantal patiënten forensische zorg bedraagt rond de 3.400 in 2009. Daarnaast bevinden zich nog circa 40 patiënten in het Pieter Baan Centrum of bij het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie. Deze patiënten zijn nog niet veroordeeld, dus formeel nog geen forensische patiënt, maar worden wel bekostigd door Justitie.

1.2.1 TBS

In 2002 is de basiscapaciteit van ter beschikkingstelling (TBS)-instellingen bevroren. Dit betekent dat de budgetafspraken voor deze plaatsen (in NZa-parameters met maximumtarieven) is vastgesteld. De Dienst Forensische Zorg heeft, naast de bevroren capaciteit, in de afgelopen jaren enkele tenders uitgezet ten behoeve van capaciteitsuitbreiding. De tenders in de forensische zorg bestaan uit aanbesteding van een bepaalde hoeveelheid TBS-plaatsen met forensische zorg aan gedetineerden. Er zijn in totaal afspraken gemaakt voor vier tenders. Daarbij verschillen de afspraken op prijs en volume tussen de tenders (binnen één tenderafpraak geldt dat elke plaats dezelfde prijs kent). Op dit moment loopt nog één aanbestedingstraject voor justitiële verslavingszorg. Hieronder wordt meer informatie over de tenders in de tabel weergegeven.

³ DJI. KFA 3-7-2009, DForzo budgettair kader 2010 voorlopig inkoopdocument 2010

Tabel 3. Tenders

Tenders	Einde looptijd	Aantal plaatsen in 2010	Aantal instellingen
Tender I	1-3-10	20	7
Tender II	2010	136	6
Tender III	2012	425	10
Tender IV	2015	235	6

Bron: DJI

In 2009 is het aantal reguliere plaatsen TBS 1296. De tijdelijke capaciteit betreft 803 plaatsen. De totale capaciteit is 2099 plaatsen.

In hoofdstuk 9 wordt nader ingegaan op de effecten van de tenders op invoering van de DB(B)C-systematiek.

1.2.2 Inrichtingen en instellingen

De forensische zorg in strafrechtelijk kader wordt verleend door een breed scala van inrichtingen en instellingen, zoals rijksinrichtingen voor de verpleging van TBS-gestelden, justitiële particuliere TBS-inrichtingen, niet-justitiële particuliere TBS-inrichtingen, psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg, penitentiaire inrichtingen en GGZ-instellingen.

De forensische zorg werd in 2008 door 66 instellingen geleverd (inclusief 12 TBS-instellingen). In 2009 zijn 82 instellingen actief (inclusief 12 TBS-instellingen).

2. Advies wettelijk kader

2.1 Inleiding

Het wettelijk kader waarbinnen de nieuwe financieringsystematiek wordt ingevoerd is een bepalende factor. Op dit moment is de Wmg van kracht en is het aan instellingen niet toegestaan om te declareren in DB(B)C's. De manieren hoe hiermee kan worden omgegaan worden in dit hoofdstuk besproken.

In 2004 is in de Tweede Kamer de Motie-Van de Beeten aangenomen. De motie stelt voor om de samenhang te verbeteren tussen curatieve en penitentiare voorzieningen. Er is geconstateerd dat de detentie van verslaafden met psychische problemen, psychiatrische patiënten en geestelijk gehandicapten in toenemende mate een probleem vormt in het gevangeniswezen. Een penitentiair regime is voor het merendeel van de gedetineerden ongeschikt voor de doorgaans noodzakelijke behandeling, begeleiding en/of resocialisatie. De op deze groepen gedetineerden gerichte samenwerking en afstemming tussen zorginstellingen, hulpverlening, Justitie, werkvoorziening en gemeenten vertonen, volgens een Kamermeerderheid, ernstige lacunes.

Ter uitvoering van de Motie-Van de Beeten stelde het kabinet de ambtelijke werkgroep 'GGZ-zorg in strafrechtelijk kader' in (de werkgroep Houtman), die de opdracht kreeg te bezien hoe de zorg in strafrechtelijk kader beter kan worden afgesteld op de geestelijke gezondheidszorg, zodat de benodigde continuïteit van zorg ontstaat. De werkgroep adviseerde in mei 2005 een aantal ingrijpende wijzigingen in de besturing en financiering van de forensische zorg in een strafrechtelijk kader aan te brengen. Het kabinet heeft deze adviezen overgenomen. Ter uitvoering daarvan is het kabinet op 10 oktober 2006 gekomen met een plan van aanpak, waarmee de Tweede Kamer in een Algemeen Overleg op 26 november 2006 heeft ingestemd. Onderdeel van het plan van aanpak was de forensische zorg uit de AWBZ te halen en het budget daarvoor over te hevelen naar de Justitiebegroting. Een ander onderdeel was om speciale DBC's te ontwikkelen voor de forensische zorg, waarbij de beveiliging een integraal onderdeel zou worden van de forensische zorg.

2.2 Interim AMvB

Forensische zorg in een strafrechtelijk kader valt onder de Wmg. Vanaf 1 januari 2008 is de Directie Forensische Zorg van Justitie echter verantwoordelijk voor de inkoop van forensische zorg. Om de overgang van de gelden van VWS naar Justitie te regelen, is een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) in voorbereiding. De AMvB houdt een Besluit inzake uitsluiting dan wel beperking (BUB) van de toepassing van de Zorgverzekeringswet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en Wmg op forensische zorg in een strafrechtelijk kader in. Dit besluit beperkt de wettelijke bevoegdheden van de NZa ten aanzien van prestatie- en tariefregulering van forensische zorg. Daarnaast wordt in deze AMvB geregeld dat het besluit zorgaanspraken AWBZ en het Besluit zorgverzekering worden aangepast, zodat de forensische zorg in strafrechtelijk kader niet onder de aanspraak valt op grond van de AWBZ en de te verzekeren prestaties op grond van de ZvW. VWS, Justitie en de NZa hebben deze AMvB in gezamenlijkheid voorbereid in 2007 tot halverwege 2008.

Vervolgens heeft de vaststelling van de AMvB een tijdje stil gelegen door het advies van het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). Het CBP wilde geïnformeerd worden over de gegevensverwerking bij het Ministerie van Justitie. Geborgd moet worden dat Justitie de benodigde informatie kan verschaffen zonder dat daarbij strafrechtelijke gegevens worden verstrekt. In juni 2008 is dit advies van het CBP aan de Directeur-generaal Preventie, Jeugd en Sancties van het Ministerie van Justitie gezonden. VWS heeft aangegeven dat vervolgens het concept AMvB met hierin het advies van het CBP verwerkt eind december 2008 aan Justitie is gezonden. In juli 2009 is de AMvB echter nog niet vastgesteld.

Als de AMvB op 1 januari niet is vastgesteld, dan mogen instellingen niet in DB(B)C's declareren, aangezien die niet door de NZa zijn vastgesteld. In de periode dat het interim Besluit nog niet van kracht is, is de Wmg nog onverminderd van kracht. Dat betekent dat de budgetsystematiek volgens NZa-parameters van kracht blijft. Als instellingen zich hier niet aan houden en contracten afsluiten over en declareren in DB(B)C's, overtreden ze de Wmg en is in de regel ook sprake van een economisch delict. Het afsluiten van contracten in DB(B)C's is echter wel toegestaan, alleen het declareren niet. Wanneer Justitie verwacht dat de AMvB niet tijdig kan worden vastgesteld, dan kan de NZa prestaties en tarieven vaststellen. De NZa stelt voor dat Justitie dit de NZa per september 2009 laat weten en ervoor zorgt dat de NZa voor 1 oktober 2009 hiervoor een aanwijzing heeft van VWS, zodat er voldoende voorbereidingstijd is voor vaststelling van de regelgeving.

2.3 Wet Forensische Zorg

De planning is om de Wet Forensische Zorg (WFZ) per 2011 te laten ingaan en hier een reguleringskader voor de forensische zorg in op te nemen. Instellingen zijn na inwerkingtreding van de AMvB niet langer in overtreding, aangezien de DB(B)C's buiten de reikwijdte van de Wmg vallen. Zorgaanbieders zijn dus vrij in het declareren van prestaties en tarieven. Zolang de WFZ niet is ingegaan als wettelijke reguleringsgrondslag hebben instellingen minder zekerheid dat Justitie dezelfde tarieven voor dezelfde prestaties zal vergoeden. Het voorstel van de NZa is om het inkoopkader en alle uitvoerende regelgeving voor invoering van de DB(B)C structuur door Justitie na vaststelling te laten publiceren in de Staatscourant. De NZa beveelt aan om dit te doen voordat het inkoopdocument wordt verspreid in augustus 2009. Hierdoor wordt de rechtszekerheid van instellingen en van Justitie vergroot.

2.4 Advies NZa

Momenteel is er geen wettelijk of reguleringskader dat een onderbouwing is van de gelden die inmiddels van VWS naar Justitie zijn overgeheveld. De conclusie is dat Justitie wel de financiën heeft ontvangen, maar dat zowel de AMvB als de WFZ nog niet zijn vastgesteld of in werking zijn getreden. Zolang de wettelijke grondslag er niet is dan blijft de NZa de tarieven reguleren en toezicht houden. Zonder regelgeving blijft de budgetsystematiek op basis van NZa-parameters van kracht. De wettelijke grondslag kan worden verkregen door een interim Besluit (AMvB) voor 1 januari 2010 in werking te laten treden. Wanneer Justitie voorziet dat deze termijn niet haalbaar is, dan kan zij de minister van VWS verzoeken de NZa een aanwijzing te geven. Hiermee kan de NZa prestaties en tarieven en bijbehorende regelgeving vaststellen voor de interim-periode tot de invoering van de WFZ.

De NZa zal deze aanwijzing uiterlijk 1 oktober nodig hebben voor tijdige implementatie.

Indien Justitie kiest voor dit alternatief, dan moet de NZa hierover voor 1 september geïnformeerd worden en zal er uiterlijk 1 oktober 2009 een aanwijzing van VWS binnen moeten zijn, zodat tijdig gestart kan worden met de voorbereidingen op 2010.

3. Productstructuur DB(B)C FZ

3.1 Inleiding

Het uitgangspunt voor de DB(B)C's in de forensische zorg is de systematiek van DBC GGZ, tenzij er reden is tot afwijking hiervan. De productstructuur DBC GGZ werkt als volgt:

De geregistreerde individuele DBC's worden na afsluiten van de DBC's geclusterd naar productgroepen. Er bestaan twee type productgroepen: de behandelgroepen en de verblijfsgroepen. In de DBC systematiek voor de reguliere GGZ wordt verblijf afgerekend op basis van een gemiddelde kostprijs per dag (via meerdere door de instelling volgens het kostprijsmodel te berekenen verblijfstarieven) die leidt tot 5 'kostenklassen' in combinatie met een dagenrange. In de productstructuur DBC GGZ 2009 worden 14 verschillende dagenranges onderscheiden. Gecombineerd met de 5 kostenklassen levert dit 70 productgroepen voor verblijf op. Een inhoudelijke definitie van verblijfsdagen is niet aanwezig, waardoor verblijfsdagen tussen instellingen, behalve op prijs, niet vergeleken kunnen worden. Bij de afrekening via de factuur worden de tarieven gehanteerd voor de productgroepen voor behandeling en verblijf die geldig waren op de begindatum (startdatum van de DBC). De keuze hiervoor is mede bepaald op basis van wet- en regelgeving. De verzekeraar en de cliënt dienen vooraf inzicht te hebben in de prijs (tarief) om een goede keuze te kunnen maken en inzicht te hebben in de schadelast.

In het vervolg van dit hoofdstuk wordt de productstructuur DB(B)C FZ nader toegelicht.

3.2 Productengroepen behandeling in productstructuur DB(B)C FZ

De 99 productgroepen voor behandeling zijn onderverdeeld in:

- Bijzondere groepen: hieronder vallen de DB(B)C's die alleen indirecte tijd, diagnostiek of begeleiding of helemaal geen behandeling bevatten;
- Behandeling kort: hierin vallen DB(B)C's die minder dan 250 minuten directe patiëntgebonden tijd bevatten;
- Intensieve of langdurige behandeling: de DB(B)C's die meer dan 250 minuten directe patiëntgebonden tijd bevatten, komen in de productgroepen voor lange of intensieve behandeling terecht. De diagnoseclassificatie van de patiënt volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) is bepalend voor de hoofdgroep waarin de DB(B)C terecht komt.

De productgroepen voor langdurende of intensieve behandeling in de productstructuur DB(B)C FZ 2010 bestaan uit acht hoofdgroepdiagnoses (DSM-IV omschrijving):

- Stoornissen in de kindertijd.
- Aan een middel gebonden stoornissen.
- Schizofrenie en andere psychotische stoornissen.
- Seksuele stoornissen en genderidentiteitstoornissen.
- Stoornissen in de impulsbeheersing.

- Problemen in verband met misbruik of verwaarlozing (uit andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn).
- Persoonlijkheidsstoornissen.
- Restgroep diagnoses.

3.3 Definities productstructuur DB(B)C FZ

De zorgprestaties in de forensische zorg zijn ontwikkeld in een productstructuur met 99 productgroepen voor behandeling en 12 verblijfsoorten. Het is van belang om hierbij een aantal definities helder van elkaar te onderscheiden⁴:

DB(B)C

De Diagnose Behandeling (Beveiliging) Combinatie is de taal die is afgesproken om te komen tot het beschrijven van de (veilige) zorgproducten voor de forensische zorg in strafrechtelijk kader. Deze taal bestaat uit twee componenten: de zorgvraag en het zorgprofiel.

DB(B)C-proces

Een keten van drie schakels, registratie, validatie en facturatie via een speciaal hiervoor ontwikkeld registratiesysteem.

Typering

De typeringslijst omschrijft diverse kenmerken van de patiënt die in zorg komt en die mogelijk kunnen leiden tot een ander behandeltraject, niveau van beveiliging of verblijfs categorie. De typeringslijst DB(B)C kent vijf onderdelen; identificatiegegevens van de patiënt, het zorgtype, type en mate van gevaar, diagnose classificatie en de aard van het delict.

Zorgvraag

De registratie van de zorgvraag beschrijft de aanleiding van zorg van de patiënt. Dit betekent dat zaken als de diagnose, de strafrechtelijke titel, het aard delict en de gevaarstypering worden vastgelegd op de DB(B)C van de individuele patiënt.

Zorgprofiel

De samenhangende activiteiten en verrichtingen in een DB(B)C die zijn uitgevoerd om aan de zorgvraag van de patiënt tegemoet te komen (de feitelijke behandeling). Daarnaast kan het aantal dagen dat de patiënt verblijft in de instelling worden vastgelegd (in het geval van een klinische opname). Hiervoor worden verblijfsoorten geregistreerd.

Verblijfsoorten

De verblijfsoorten zijn opgebouwd uit een combinatie van de intensiteit van het verblijf en het niveau van beveiliging. Een patiënt kan bijvoorbeeld een lage verblijfsintensiteit hebben gecombineerd met een hoog beveiligingsniveau. In totaal zijn er twaalf verblijfsoorten gedefinieerd.

De verblijfsintensiteit is gedefinieerd als 'de gemiddelde beschikbaarheid sociotherapeut per uur en per patiënt'. Verblijfsintensiteit is in drie categorieën onderverdeeld: laag, gemiddeld en hoog.

⁴ De tekst van de definities is ontleend aan de volgende drie documenten: Met DB(B)C's op reis naar 2010, Programma Vernieuwing Forensische Zorg, juni 2009; DB(B)C's werk in uitvoering (2^e druk); Spelregels DB(B)C-registratie voor de Forensische Zorg in strafrechtelijk kader Versie 2009 - v2.0.

Met het beveiligingsniveau wordt aangegeven wat het niveau aan beveiliging is, dat is georganiseerd tijdens het verblijf van de betreffende patiënt, dan wel voor de afdeling waar de patiënt verblijft. Er zijn vier beveiligingsniveaus: (zeer) laag, gemiddeld, hoog en zeer hoog.

Productgroep

Een productgroep is een verzameling van DB(B)C's die inhoudelijk en voor wat betreft de kosten vergelijkbaar zijn. Er zijn meerdere productgroepen voor behandeling. Voor verblijf zijn verblijfssoorten bepaald. Aan elke productgroep en verblijfssoort (per dag) is een tarief gekoppeld. De hoeveelheid tijd die is besteed aan een patiënt, de uitgevoerde activiteiten en verrichtingen en de diagnoseclassificatie zijn bepalend voor de productgroep voor behandeling die van toepassing is. Voor het verblijf wordt gekeken hoeveel dagen de patiënt in de instelling is geweest en welke verblijfssoort(en) dit is/zijn geweest.

Registratie

Zorg die wordt geleverd aan patiënten met één van de 21 strafrechtelijke titels wordt door het Ministerie van Justitie betaald en valt onder de DB(B)C-systematiek.

Validatie

Voordat DB(B)C's gedeclareerd kunnen worden bij Justitie, vindt controle plaats op de juistheid van de geregistreerde DB(B)C's. Een aantal basale registratieregels worden automatisch gecontroleerd door de software. Tijdens dit zogenaamde validatieproces wordt bij de geregistreerde DB(B)C's bijvoorbeeld gecontroleerd of de DB(B)C niet langer dan 365 dagen open staat en of er een geldige typering is ingevuld. Indien er fouten optreden omdat er niet volgens de spelregels is geregistreerd, verschijnt hierover een melding. De registratie kan dan worden aangepast zodat de DB(B)C alsnog goedgekeurd kan worden.

Facturatie

Alleen een volledige en juist geregistreerde en gevalideerde DB(B)C kan uiteindelijk worden gedeclareerd. De declaratie van DB(B)C's zal elektronisch verlopen. Om dit te kunnen doen, is een standaard voor het elektronisch versturen van facturen nodig die wordt ingebouwd in de DB(B)C registratiesystemen bij zorgaanbieders.

3.4 Advies NZa

In de ontwikkeling van de DB(B)C-structuur in de forensische zorg is door het Programma Vernieuwing Forensische Zorg in samenwerking met stakeholders het uitgangspunt gehanteerd dat de DBC GGZ leidend is voor de ontwikkeling van de DB(B)C-productstructuur. De doelstelling hiervan is dat de continuïteit van zorg en de aansluiting van forensische en reguliere GGZ wordt bestendig en er minder gedetineerden na hun gevangenschap recidiveren doordat ze direct op straat terecht komen. Door invoering van de D(B)BC-structuur worden de drempels voor toetreding tot de markt voor forensische zorg voor reguliere GGZ aanbieders verlaagd. De administratieve uitvoeringslasten worden beperkt door aansluiting bij bestaande taal en regelingen uit de reguliere DBC GGZ. Ook bevordert aansluiting bij de DBC GGZ de vergelijkbaarheid van prijs/prestatie tussen de forensische zorg en de curatieve GGZ.

De NZa adviseert positief over de DB(B)C-structuur.

4. Onderbouwing tarieven DB(B)C Forensische zorg

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat een belangrijk onderdeel van het advies: de onderbouwing van de tarieven van de DB(B)C productstructuur. Aan de hand van de criteria die de NZa hanteert inzake tariefregulering wordt de onderbouwing van de tariefstructuur en kostrijzen DB(B)C's geanalyseerd. Dit leidt tot een advies over de methode van tariefonderbouwing en berekening van de tarieven.

4.2 Doelstellingen tariefregulering

De NZa stelt zich ten doel om goed werkende zorgmarkten te maken en bewaken. Efficiëntie op korte en lange termijn, en het bewaken van de publieke belangen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid staan hierbij centraal. Hieruit volgend onderscheidt de NZa onder meer de volgende criteria waaraan een model van tariefregulering moet voldoen⁵:

- Toegang tot de markt: Zorgaanbieders hebben toegang tot de markt, de drempels tot toetreding zijn laag. De zorgprestaties zijn functioneel omschreven om toetreding van nieuwe zorgaanbieders te bevorderen. Zo kunnen verschillende zorgaanbieders substituten van zorgprestaties op de markt aanbieden;
- Vergelijking prijs/prestatie: Zorg wordt bekostigd per zorgprestatie. De prijs hiervoor is gebaseerd op de individuele werkelijke kosten van zorg, waaronder huisvestingskosten, personeelskosten en overige instellingskosten. Transparantie over de prijs-kwaliteitverhouding van prestaties wordt nagestreefd door de ontwikkeling en het gebruik van outputindicatoren van zorg;
- Mogelijkheid van volume effecten: Regulering heeft als doel om een gelijk speelveld te creëren dat zonder regulering natuurlijkerwijs niet tot stand zou komen. Regulering beperkt de mogelijkheden voor individuele zorgaanbieders om meer zorg te leveren dan waaraan behoefte bestaat of om de zorg te leveren tegen een veel hogere prijs, dan de prijs die in een situatie van een volledig evenwicht van vraag en aanbod tot stand gekomen zou zijn;
- Administratieve lasten en uitvoeringslasten: Voordat regulering wordt ingevoerd, wordt onderzocht of de regelgeving zorgt voor hogere administratieve lasten.

4.3 Methode van onderbouwing prestaties en tarieven

De NZa geeft er de voorkeur aan om op basis van de meest betrouwbare data en op basis van de verhoudingen binnen de DBC GGZ de kostprijzen te extrapoleren. Een aselechte steekproef waarborgt niet per definitie de representativiteit van de gevonden waarden. Daarom adviseert de NZa om de representativiteit van de kostprijsbepaling volgend jaar beter te borgen door vooraf subpopulaties te onderscheiden. Dit verbetert de validiteit van de kostprijsinformatie.

⁵ Onder meer Visiedocument Theoretisch Kader liberalisering Vrije Beroepen, NZa, Utrecht, februari 2007

In deze paragraaf worden eerst de uitgangspunten van de NZa geschetst en deze worden getoetst aan het onderzoek dat is uitgevoerd door Cap Gemini. Vervolgens worden de scenario's voor extrapolatie van kostprijzen besproken en een scenario voorgesteld.

4.3.1 Uitgangspunten NZa

Bij het onderbouwen van tarieven zijn nauwkeurigheid, betrouwbaarheid en representativiteit van belang. De NZa zal de kostprijzen op deze drie criteria toetsen voordat zij die omzet in adviestarieven.

– *Nauwkeurigheid*

Nauwkeurigheid wordt afgemeten aan de mate waarin de berekende kostprijs overeenstemt met zijn werkelijke waarde. Hoe groter de nauwkeurigheid, hoe kleiner het aansluitingsverschil tussen werkelijkheid en berekening.

– *Betrouwbaarheid*

In statistische zin betekent betrouwbaarheid, dat wanneer een meting meerdere malen gedaan wordt, er weinig verschil is tussen de gemeten waarden. Een hoge betrouwbaarheid in kostprijsonderzoek komt tot uiting in een hoge kostenhomogeniteit met een beperkte variantie in gemeten waarden.

Kostprijsonderzoek wordt overwegend uitgevoerd op basis van een steekproef.

– *Representativiteit*

Een kernbegrip bij steekproeftrekking is aseletheid. Een steekproef behoort aselekt te zijn, dat wil zeggen, alle elementen in de (deel)populatie moeten een gelijke kans hebben om in de steekproef terecht te komen. Selectie ontstaat als de procedure van de steekproeftrekking tegen dit principe ingaat. Bruto kan de steekproef de gehele populatie betreffen, maar ook de netto steekproef, de werkelijke waarnemingen moeten representatief zijn. Een representatieve steekproef is een afspiegeling van de populatie waaruit hij is getrokken. De waarnemingen in de steekproef vertegenwoordigen de eigenschappen van alle elementen in de hele populatie. Als dit het geval is, zijn de resultaten van het steekproefonderzoek generaliseerbaar naar de populatie. Het onderzoek is dan voor wat betreft de steekproeftrekking valide.

De resultaten van individuele waarnemingen kunnen niet simpelweg worden gemiddeld om te komen tot resultaten voor de verschillende populaties samen. In de representativiteitsbepaling moet rekening worden gehouden met de omvang (in aantallen instellingen of omzet) per onderkende subpopulatie. Dit vindt plaats door middel van terugweging. Hiertoe worden allereerst per respondent de verschillende relevante resultaten (opbrengsten, prestaties, kostprijzen) vastgesteld. Vervolgens wordt per subpopulatie een gemiddelde berekend. Het gemiddelde voor alle populaties is bepaald door de gemiddelden per subpopulatie te wegen. De weegfactor is gerelateerd aan het aantal instellingen in de subpopulatie ten opzichte van het totaal. Op die manier wegen subpopulaties met veel instellingen of omzet zwaarder mee dan kleinere populaties. Hiermee wordt de relatieve oververtegenwoordiging van bepaalde subpopulaties teniet gedaan, terwijl de representativiteit en nauwkeurigheid van de resultaten per subpopulatie eveneens bewaard blijft.

4.3.2 Advies over onderbouwing van de kostprijzen

De NZa vindt de gebruikte methode om kostprijzen te berekenen onvolledig en stelt voor om dit in 2010 te veranderen. Door de Trusted Third Party (TTP) constructie via Prismant zijn de instellingsgegevens geanonimiseerd opgenomen in de database van Cap Gemini. Er is daarom geen 1-op-1 verband te leggen tussen de aangeleverde gegevens en de omzet of omvang op instellingsniveau. Het achterwege blijven van terugweging voor subpopulaties in de netto steekproef is een lacune, waardoor de mate van representativiteit van de kostprijzen onzeker is. Ook de vergelijkbaarheid van prijs en prestatie is hierdoor niet gewaarborgd, aangezien de berekende kostprijzen niet generaliseerbaar zijn voor de gehele populatie.

In de weging van de kostprijzen zijn alle instellingen even zwaar meegenomen, ongeacht hun omvang of omzet in forensische zorg. Normaal is dat zeer kleine instellingen minder zwaar meewegen dan grote instellingen. Dit is nu niet gebeurd. Wellicht zijn kleine instellingen oververtegenwoordigd en het gevangeniswezen ondervertegenwoordigd. Het argument dat de steekproef aselekt is, aangezien de gehele landelijke registratie wordt uitgevraagd gaat op voor de bruto steekproef, maar niet voor de netto steekproef. Ook deze moet de gehele populatie vertegenwoordigen voor een valide beeld van de werkelijkheid.

Alleen op het kostprijsmodel heeft in februari 2009 door KPMG een audit plaatsgevonden, niet op de kostprijzen zelf.

De NZa beveelt aan om volgend jaar een audit op de kostprijzen uit te voeren door een onafhankelijk bureau, om er zeker van te zijn dat juiste kostprijzen worden vastgesteld in 2011.

In het geval er geen kostprijs voor een beroep is aangeleverd, wordt de kostprijs van een zo gelijk mogelijk beroep gehanteerd. Hierdoor zijn de kostprijzen minder betrouwbaar, aangezien de kosten van een substituut in werkelijkheid niet overeen hoeven te komen met de kosten van het origineel. Dit vervuult potentieel de kostprijzen, aangezien ze niet langer meer op werkelijke kosten zijn gebaseerd.

Cap Gemini gebruikt twee verschillende criteria voor kostenhomogeniteit, de variantie-coëfficiënt (Coefficient of Variance CV) en de kostenrange maat (KR maat).

De CV is een maat die de spreiding in een groep weergeeft. De CV is gedefinieerd als de verhouding tussen de standaarddeviatie⁶ van de kosten in een groep en de gemiddelde kosten en is hierdoor een maat voor kostenhomogeniteit.

De KR maat is gedefinieerd als de verhouding tussen de kostenrange en het gemiddelde. De kostenrange is het verschil tussen de 90% bovengrens (90% van de data ligt hieronder) en de 10% bovengrens (90% van de data ligt hierboven) van de kosten. Dit is een criterium voor kostenhomogeniteit dat niet wordt gebruikt in de kostprijsberekeningen door de NZa, maar het is wel een juist criterium voor kostenhomogeniteit. Vervolgens worden verschillende maatstaven gebruikt om de resultaten van deze tests te wegen, afhankelijk van de waarde van de uitkomst in kostprijzen. Er wordt een verschil gemaakt in het criterium kostenhomogeniteit tussen kostprijzen onder of boven de € 1000. De NZa vindt het ongebruikelijk dat de maatstaf wordt bepaald door de uitkomst en raadt dit af.

⁶ De standaarddeviatie geeft de spreiding (de mate waarin de waarden onderling verschillen) van een verdeling aan. De standaarddeviatie wordt ook wel omschreven als 'de gemiddelde afwijking van het gemiddelde'.

Op basis van de verschillende criteria en maatstaven komt er een kwalificatie van kostprijzen in kleurcodes van rood, oranje en groen.

Naast de criteria voor kostenhomogeniteit is er een derde criterium voor het meten van de betrouwbaarheid, een minimaal aantal van 50 waarnemingen per productgroep. De NZa vindt dat het onderzoek zo moet zijn opgezet dat 50 onafhankelijke waarden per product- of verblijfsgroep kan worden gegenereerd. Na analyse van de waarnemingen is dit alleen een relevant criterium als de spreiding groot is. Wanneer de waargenomen spreiding laag is, dan is dit criterium ondergeschikt. Wanneer kostprijzen aan de homogeniteit criteria voldoen, maar niet aan het minimaal aantal waarnemingen van 50, vindt de NZa deze kostprijs meer valide dan een kostprijs die door extrapolatie is verkregen. Dit zal de NZa dan ook adviseren in de tarieven.

Voor 24 productgroepen (met de hoogste tijdsgrenzen) konden geen betrouwbare kostprijzen worden afgeleid. Dezelfde geldt voor de verblijfssoorten. Gebleken is dat hiervoor onvoldoende waarnemingen zijn aangeleverd. De NZa adviseert om voor deze onderdelen geen tarieven vast te stellen. Als in 2010 blijkt dat er behoefte bestaat aan het behoud van deze productgroepen – en er wordt gestart met het declareren van DB(B)C's – dan kunnen deze 24 (van de in totaal 99 productgroepen) worden geregistreerd, gevalideerd en gedeclareerd op basis van de instellingseigen kostprijs.

Op het moment dat er sprake is van een vangnet (verrekening tussen DB(B)C productie en productie op basis van budgetparameters) lopen instellingen en Justitie in 2010 verminderd risico wanneer achteraf blijkt dat incorrecte prijzen zijn gehanteerd.

Als de registratie in 2010 wederom achterblijft zodat er ook volgend jaar geen valide kostprijzen kunnen worden berekend, adviseert de NZa om de productstructuur te herzien. De productgroepen en de hoge tijdsgrenzen kunnen dan uit de productstructuur worden verwijderd.

4.3.3 Advies over extrapolatie

Cap Gemini heeft in overleg met de NZa verschillende scenario's ontwikkeld om tot kostprijzen te komen.⁷ De NZa zal de verschillende scenario's van commentaar voorzien en op basis van haar voorkeursscenario, scenario 4, een tariefvoorstel doen aan het Ministerie van Justitie.

Scenario 1: Gemiddelde staffel DB(B)C FZ⁸

Voor iedere productgroep per categorie is berekend hoeveel de gemiddelde kostprijs percentueel toeneemt naar de bovenliggende productgroep (met een hogere tijdsgrens). Op basis van de gemiddelde prijsstijging per tijdsgrenscategorie kunnen verbeterde kostprijzen bepaald worden voor de minder kostenhomogene waarnemingen. Tevens is een kostprijs berekend voor de groepen die geen beoordeling hebben gekregen.

Beoordeling NZa

Dit scenario gaat uit van een gemiddelde staffel van de kostprijzen forensische zorg en gebruikt consistent de kostprijzen van forensische zorg. Bezwaar tegen dit scenario is dat voor berekening van de staffel ook de matig betrouwbare kostprijzen worden meegenomen.

⁷ Verantwoordingsdocument DB(B)C-Productstructuur 2010, Uitgebracht aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter onderbouwing van de tarieven behorend bij de Productstructuur, 16 juni 2009

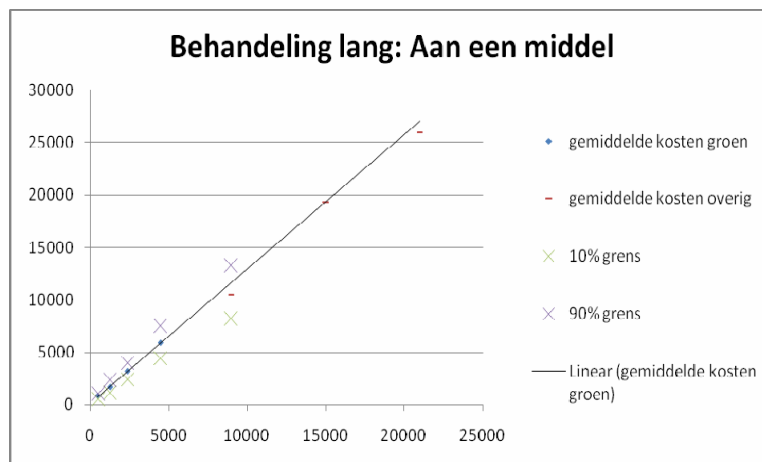
⁸ Zie Verantwoordingsdocument Cap Gemini voor uitgebreide toelichting van alle scenario's

Een ander bezwaar is dat de staffelgegevens (hierdoor) matig betrouwbaar zijn van de categorieën 'vanaf 12.000 tot 18.000 minuten', 'vanaf 18.000 tot 24.000 minuten' en 'vanaf 24.000 tot 30.000 minuten'. Daarentegen worden de kostprijzen die kostenhomogeen zijn, maar waar er minder dan 50 zijn waargenomen niet gebruikt, maar vervangen door de staffel die veel minder homogeen is. De NZa beveelt dit scenario niet aan.

Scenario 2: Lineaire extrapolatie op basis van tijdgrenzen.

Dit scenario gaat uit van lineaire extrapolatie op basis van het midden van de tijdsranges. Hieronder wordt een voorbeeld gegeven van de manier waarop de logica van de opbouw van de kostprijzen per categorie gecontroleerd kan worden. Hierbij zijn de kostprijzen uitgezet tegen het midden van de tijdsrange in de productgroep (bijvoorbeeld voor de groep van 6000 tot 12000 minuten, is de kostprijs uitgezet bij 9000 minuten).

Figuur 1. Voorbeeld lineaire extrapolatie



Bron: Capgemini, verantwoordingsdocument DB9B)C-Productstructuur 2010

Beoordeling NZa

In dit scenario wordt de dichtstbijzijnde productgroep met een goede kostprijs als uitgangspunt genomen voor de extrapolatie. Een onderliggende aanname is dat de profielen van de productgroepen met hogere tijdsgrenzen overeenkomen met de productgroepen met lagere tijdsgrenzen. Onzeker is of dit ook het geval is, want het is niet gebaseerd op kostenonderzoek van de forensische zorg of de verhoudingen in tijdsranges van de werkelijke kostprijzen DBC GGZ. Er kan geen rekening worden gehouden met de economische wetmatigheid van afnemende meerkosten. Elke behandelminuut is even duur. De kans dat de kostprijzen hierdoor afwijken van de realiteit is heel groot. Er doet zich dan mogelijk één van de twee situaties voor: de kostprijzen worden te hoog vastgesteld, en betaalt Justitie onnodig veel per DB(B)C. Of het tarief wordt te laag vastgesteld en dan komen instellingen niet uit met de vergoeding voor geleverde zorgprestaties.

Scenario 3: Gemiddelde staffel DBC GGZ

Voor de Productstructuur DBC GGZ 2009 is een berekening uitgevoerd voor de gemiddelde prijsstijging per tijdgrens categorie (identiek aan scenario 1). Deze wegingpercentages kunnen gebruikt worden om vanuit de goede gemiddelde kostprijzen de kostprijzen te berekenen voor de groepen zonder oordeel (en matig betrouwbare groepen).

Beoordeling NZa

Sommige percentages zullen matig betrouwbaar zijn. Dit wordt veroorzaakt door de beperkte hoeveelheid aan productgroepen met data om de percentages op te kunnen berekenen.

Het voordeel van dit scenario is dat de waarden voor de gemiddelde prijsstijgingen op productgroepen met een redelijke hoeveelheid data berekend is en hierdoor de kans toeneemt dat deze de werkelijkheid naderen.

Dit scenario biedt geen uitkomst voor de productgroepen met hoge tijdsgrenzen, omdat binnen de productstructuur DBC GGZ van 2009 de tijdsgrenzen minder hoog doorlopen dan in de productstructuur van de forensische zorg. Een ander nadeel is dat het niet bekend is in hoeverre de DBC GGZ data overeenkomen met de forensische data. Indien de profielen sterk verschillen (inzet beroepen, activiteiten) geeft dit geen vergelijkbaar beeld voor de forensische productstructuur. De NZa geeft er echter de voorkeur aan om op basis van meer betrouwbare data en op basis van de verhoudingen van de GGZ kostprijzen te bepalen, dan op basis van lineaire extrapolatie, aangezien bij lineaire extrapolatie nog minder duidelijkheid is over de aansluiting op de profielen.

Scenario 4: Voorkeursscenario NZa: Gemiddelde staffel DBC GGZ, paarse groepen FZ ongecorrigeerd

Dit scenario is identiek aan de aanpak bij scenario 3. Bij de voorgestelde kostprijzen per productgroep zijn echter naast de kostprijzen voor de betrouwbare productgroepen, tevens de kostprijzen voor de productgroepen overgenomen die kostenhomogeen zijn, maar niet aan het minimum van 50 onafhankelijke waarnemingen voldoen. Het uitgangspunt hierbij is dat door de kostenhomogeniteit van de productgroepen met minder dan 50 onafhankelijke waarnemingen geen correctie op basis van een staffel nodig is.

Beoordeling NZa

De kostprijs van de paarse groep is zonder de aanpassing door een staffel betrouwbaarder dan met de aanpassing. Dit betekent dat ook de paarse kostprijzen gebruikt zijn voor het berekenen van de kostprijzen voor de productgroepen zonder oordeel (en de minder betrouwbare groepen).

Dit scenario heeft de voorkeur van de NZa, omdat de hiermee berekende kostprijzen het dichtst de werkelijkheid naderen en het best onderbouwd zijn.

Het resultaat van de extrapolatie met dit scenario is beschreven in onderstaande tabel. Te zien is dat de productgroepen indirect, diagnostiek en behandeling kort goed gevuld zijn en er geen extrapolatie nodig is. Voor de hogere tijdsgrenzen en vrijwel alle productgroepen in begeleiding zijn geen kostprijzen te extrapoleren, aangezien er te weinig kostprijsinformatie voorhanden is.

<i>Tijdsgrenzen Indirect</i>	<i>Gemiddelde Kostprijs</i>	<i>Stijging DBC GGZ prijs2009</i>	<i>Nieuwe kostprijs</i>
Indirect - vanaf 0 tot 50 minuten	33		33
Indirect - vanaf 50 tot 100 minuten	101		101
Indirect - vanaf 100 tot 200 minuten	218		218
Indirect - vanaf 200 tot 400 minuten	425		425
Indirect - vanaf 400 tot 800 minuten	832		832
Indirect - vanaf 800 minuten	1.467		1.467

<i>Tijdgrenzen Diagnostiek</i>	<i>Gemiddelde Kostprijs</i>	<i>Stijging DBC GGZ prijs2009</i>	<i>Nieuwe kostprijs</i>
Diagnostiek - vanaf 0 tot 100 minuten	100		100
Diagnostiek - vanaf 100 tot 200 minuten	230		230
Diagnostiek - vanaf 200 tot 400 minuten	450		450
Diagnostiek - vanaf 400 tot 800 minuten	819		819
Diagnostiek - vanaf 800 tot 1200 minuten	1.458		1.458
Diagnostiek - vanaf 1200 minuten	2.237		2.237

<i>Tijdgrenzen Begeleiding</i>	<i>Gemiddelde Kostprijs</i>	<i>Stijging DBC GGZ prijs2009</i>	<i>Nieuwe kostprijs</i>
Begeleiding - vanaf 0 tot 800 minuten	539		539
Begeleiding - vanaf 800 tot 1800 minuten	1.517		
Begeleiding - vanaf 1800 tot 3000 minuten			
Begeleiding - vanaf 3000 tot 6000 minuten	4.352		

<i>Tijdgrenzen Behandeling kort</i>	<i>Gemiddelde Kostprijs</i>	<i>Stijging DBC GGZ prijs2009</i>	<i>Nieuwe kostprijs</i>
Behandeling kort - vanaf 0 tot 100 minuten	91		91
Behandeling kort - vanaf 100 tot 200 minuten	233		233
Behandeling kort - vanaf 200 tot 400 minuten	452		452
Behandeling kort - vanaf 400 tot 800 minuten	884		884
Behandeling kort - vanaf 800 minuten	1.837		1.837

<i>Tijdgrenzen stoornis kindertijd</i>	<i>Gemiddelde Kostprijs</i>	<i>Stijging DBC GGZ prijs 2009</i>	<i>Nieuwe kostprijs</i>
Stoornis kindertijd - vanaf 250 tot 800 minuten	847	110%	1.015
Stoornis kindertijd - vanaf 800 tot 1800 minuten	2.135	84%	2.135
Stoornis kindertijd - vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.747	70%	3.747
Stoornis kindertijd - vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.146	92%	6.146
Stoornis kindertijd - vanaf 6000 tot 12000 minuten	10.893	84%	11.831
Stoornis kindertijd - vanaf 12000 tot 18000 minuten	20.802	44%	21.721
Stoornis kindertijd - vanaf 18000 tot 24000 minuten			31.326

<i>Tijdgrenzen Schizofrenie</i>	<i>Gemiddelde Kostprijs</i>	<i>Stijging DBC GGZ prijs 2009</i>	<i>Nieuwe kostprijs</i>
Schizofrenie - vanaf 250 tot 800 minuten	849	110 %	923
Schizofrenie - vanaf 800 tot 1800 minuten	2.071	84%	1.942

Schizofrenie - vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.568	70%	3.568
Schizofrenie - vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.853	92%	6.853
Schizofrenie - vanaf 6000 tot 12000 minuten	13.503	84%	13.503
Schizofrenie - vanaf 12000 tot 18000 minuten	24.763	44%	24.791
Schizofrenie - vanaf 18000 tot 24000 minuten			35.754
Schizofrenie - vanaf 24000 tot 30000 minuten	34.496		

<i>Tijdgrenzen misbruik of verwaarlozing</i>	<i>Gemiddelde Kostprijs</i>	<i>Stijging DBC GGZ prijs 2009</i>	<i>Nieuwe kostprijs</i>
Misbruik of verwaarlozing - vanaf 250 tot 800 minuten	878	110%	1.021
Misbruik of verwaarlozing - vanaf 800 tot 1800 minuten	2.147	84%	2.147
Misbruik of verwaarlozing - vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.616	70%	3.616
Misbruik of verwaarlozing - vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.279	92%	6.279
Misbruik of verwaarlozing - vanaf 6000 tot 12000 minuten	12.343	84%	12.343
Misbruik of verwaarlozing - vanaf 12000 tot 18000 minuten	18.771	44%	22.661
Misbruik of verwaarlozing - vanaf 18000 tot 24000 minuten			32.683

<i>Tijdgrenzen restgroep diagnoses</i>	<i>Gemiddelde Kostprijs</i>	<i>Stijging DBC GGZ prijs 2009</i>	<i>Nieuwe kostprijs</i>
Restgroep diagnoses - vanaf 250 tot 800 minuten	999	110%	999
Restgroep diagnoses - vanaf 800 tot 1800 minuten	2.002	84%	2.002
Restgroep diagnoses - vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.424	70%	3.424
Restgroep diagnoses - vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.244	92%	6.244
Restgroep diagnoses - vanaf 6000 tot 12000 minuten	12.096	84%	12.096
Restgroep diagnoses - vanaf 12000 tot 18000 minuten	21.130	44%	22.208
Restgroep diagnoses - vanaf 18000 tot 24000 minuten	27.714		32.028
Restgroep diagnoses - vanaf 24000 tot 30000 minuten			
Restgroep diagnoses - vanaf 30000 minuten	61.011		

<i>Tijdgrenzen seksuele stoornis</i>	<i>Gemiddelde Kostprijs</i>	<i>Stijging DBC GGZ prijs 2009</i>	<i>Nieuwe kostprijs</i>
Seksuele stoornis - vanaf 250 tot 800 minuten	920	110%	890

Seksuele stoornis - vanaf 800 tot 1800 minuten	1.872	84%	1.872
Seksuele stoornis - vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.456	70%	3.456
Seksuele stoornis - vanaf 3000 tot 6000 minuten	5.425	92%	5.425
Seksuele stoornis - vanaf 6000 tot 12000 minuten	13.159	84%	13.159
Seksuele stoornis - vanaf 12000 tot 18000 minuten		44%	24.159
Seksuele stoornis - vanaf 18000 tot 24000 minuten			34.843

<i>Tijdgrenzen impulsbeheersing</i>	<i>Gemiddelde Kostprijs</i>	<i>Stijging DBC GGZ prijs 2009</i>	<i>Nieuwe kostprijs</i>
Impulsbeheersing - vanaf 250 tot 800 minuten	689	110%	940
Impulsbeheersing - vanaf 800 tot 1800 minuten	1.976	84%	1.976
Impulsbeheersing - vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.837	70%	3.837
Impulsbeheersing - vanaf 3000 tot 6000 minuten	5.082	92%	5.082
Impulsbeheersing - vanaf 6000 tot 12000 minuten	11.526	84%	9.783
Impulsbeheersing - vanaf 12000 tot 18000 minuten	19.387	44%	17.960
Impulsbeheersing - vanaf 18000 tot 24000 minuten			25.903

<i>Tijdgrenzen aan een middel</i>	<i>Gemiddelde Kostprijs</i>	<i>Stijging DBC GGZ prijs 2009</i>	<i>Nieuwe kostprijs</i>
Aan een middel - vanaf 250 tot 800 minuten	853	110%	853
Aan een middel - vanaf 800 tot 1800 minuten	1.691	84%	1.691
Aan een middel - vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.215	70%	3.215
Aan een middel - vanaf 3000 tot 6000 minuten	5.899	92%	5.899
Aan een middel - vanaf 6000 tot 12000 minuten	10.527	84%	10.527
Aan een middel - vanaf 12000 tot 18000 minuten	19.324	44%	19.327
Aan een middel - vanaf 18000 tot 24000 minuten	25.959		27.874

<i>Tijdgrenzen persoonlijkheid</i>	<i>Gemiddelde Kostprijs</i>	<i>Stijging DBC GGZ prijs 2009</i>	<i>Nieuwe kostprijs</i>
Persoonlijkheid - vanaf 250 tot 800 minuten	945	110%	945
Persoonlijkheid - vanaf 800 tot 1800 minuten	1.97 3	84%	1.973
Persoonlijkheid - vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.56 0	70%	3.560
Persoonlijkheid - vanaf 3000 tot 6000 minuten	5.72 3	92%	5.723

Persoonlijkheid - vanaf 6000 tot 12000 minuten	11.770	84%	11.770
Persoonlijkheid - vanaf 12000 tot 18000 minuten	20.463	44%	20.463
Persoonlijkheid - vanaf 18000 tot 24000 minuten	28.772		29.512
Persoonlijkheid - vanaf 24000 tot 30000 minuten	37.144		
Persoonlijkheid - vanaf 30000 minuten	129.916		

4.4 Advies NZa

De aanlevering van registratiedata van DB(B)C was onvoldoende om op basis hiervan direct tot valide en betrouwbare kostprijzen te komen. Voor de verblijfsoorten zijn dusdanig weinig registratiegegevens aangeleverd dat hier geen gemiddelde kostprijs uit kan worden bepaald. Voor productgroepen en verblijfsoorten waarvoor onvoldoende betrouwbare data kunnen worden afgeleid, adviseert de NZa om geen tarieven vast te stellen. De verblijfsoorten zullen dan ook geen tariefadvies krijgen.

De variantie in de kostprijzen van de behandelproductgroepen met hogere tijdsgrenzen is groot. De conclusie is dat een jaar extra registratie nodig is om tot valide kostprijzen te komen voor alle tijdsgrenzen. De NZa geeft er de voorkeur aan om op basis van de meest betrouwbare data door extrapolatie van de verhoudingen binnen de DBC GGZ de kostprijzen te bepalen (scenario 4). Deze methode benadert de werkelijkheid het meest en vermindert het risico tot miscalculatie, wat de nauwkeurigheid bevordert. Voor productgroepen waar geen kostprijs voor is geëxtrapoleerd of berekend, adviseert de NZa geen tarief vast te stellen.

De NZa adviseert dat, stel dat er in 2010 wordt gedeclareerd, bij productgroepen zonder tarief de instellingseigen kostprijzen worden gebruikt voor de berekening van het instellingseigen tarief. Wanneer er volgend jaar voldoende wordt geregistreerd en aangeleverd kunnen er alsnog tarieven worden vastgesteld.

Op het moment dat er sprake is van een vangnet (verrekening tussen DB(B)C productie en productie op basis van budgetparameters) lopen instellingen en Justitie in 2010 verminderd risico wanneer achteraf blijkt dat incorrecte prijzen zijn gehanteerd. Als de registratie in 2010 wederom achterblijft zodat er ook in 2010 geen valide kostprijzen kunnen worden berekend, adviseert de NZa om per 2011 de productstructuur te herzien. De productgroepen en de hoge tijdsgrenzen kunnen dan uit de productstructuur worden verwijderd.

5. Methode indexatie en datumbepaling verblijfssoorten

5.1 Methode van indexatie tarieven per 2010

5.1.1 Inleiding

Op dit moment wordt in de curatieve GGZ de trendmatige aanpassing van het DBC-tarief gebaseerd op de voorcalculatie voor jaar t en de definitieve indices jaar t-1. De NZa adviseert om deze methode ook toe te passen op de indexatie van het DB(B)C-tarief 2010.

De tarieven 2010, die de NZa adviseert, zijn vermeld in de bijlage. Deze tarieven zijn gebaseerd op voorlopig prijspeil 2009. Dit komt doordat het definitieve indexcijfer 2009 en het voorlopige indexcijfer 2010 nu nog niet bekend zijn. De verwachting is dat deze indexcijfers op 15 september bekend gemaakt worden. Zodra deze informatie bekend is zal de NZa de tarieven opnieuw berekenen.

5.1.2 Alternatieve methode van indexatie

Om het tarief van een DB(B)C beter te laten aansluiten bij de werkelijke kosten kan het tarief ook geïndexeerd worden met een deel van de (geraamde) index voor jaar t+1. Het te verwerken deel van de indexering van jaar t+1 kan aan de hand van doorlooptijden en de prognosecijfers van het CPB worden berekend. Deze methode van indexeren, die afwijkt van de methode bij DBC GGZ, wordt hieronder nader toegelicht aan de hand van een voorbeeld. Vervolgens worden de complicaties van deze methode beschreven en daarna volgt de conclusie.

Voorbeeld indexering incl. deel van t+1

In dit voorbeeld wordt het DB(B)C-tarief op 1 januari 2010 berekend. Om dit voorbeeld te illustreren, wordt gebruik gemaakt van diverse aannames:

- Doorlooptijd DB(B)C: 8 maanden
- t = Voorlopige indexering 2010: 2,2%
- t+1 = Voorlopige indexering 2011: 2,0%
- DB(B)C-tarief behandeling A is op 1 januari 2009 € 500,00

Van de DB(B)C's in 2010 vindt gemiddeld 2/3^e plaats in 2010. Het tarief moet dus voor 2/3^e worden geïndexeerd met de voorlopige indexering 2010.

1/3^e van de DB(B)C-tijd vindt plaats in 2011. Het tarief moet dus voor 1/3^e worden geïndexeerd met de voorlopige indexering 2011.

DB(B)C-tarief 1/1/10=

DB(B)C-tarief 1/1/09 + (2/3 * t * 500) + (1/3 * t+1 * 500)

DB(B)C-tarief 1/1/10= € 500 + (2/3 * 2,2% * 500) + (1/3 * 2,0% * 500)

DB(B)C-tarief 1/1/10= € 510,66

De indexering is gebaseerd op voorlopige indexcijfers. Als de definitieve indexeringcijfers bekend zijn, wordt een nacalculatie opgesteld en worden de tarieven eenmalig verhoogd of verlaagd met een inhaalpercentage (= verschil tussen definitieve en voorlopige index).

Complicaties methode indexering incl. deel jaar t+1

- Het uitgangspunt voor DB(B)C is DBC GGZ tenzij. Een indexering inclusief een deel van jaar t+1 wijkt af van de methode die gehanteerd wordt bij DBC GGZ.
- Op dit moment zijn er onvoldoende betrouwbare gegevens om voor alle productgroepen behandeling en de verblijfssoorten tarieven vast te stellen. Hierdoor is het onmogelijk om de gemiddelde gewogen doorlooptijd van DB(B)C's, die nodig is voor de berekening van deze methode, vast te stellen.
- Een indexering van een deel van jaar t+1 kent het risico van grote schommelingen in jaarlijkse indexeringen vanwege correcties die achteraf doorgevoerd moeten worden. Het indexcijfer van jaar t+1 is een prognose, terwijl later kan blijken dat het werkelijke indexcijfer significant afwijkt van de eerder gehanteerde prognosecijfer.
- Deze methode maakt de wijze van indexeren gecompliceerd. Omdat het prognosecijfer een indicatief karakter heeft zal nacalculatie van het indexcijfer t+1 moeten plaatsvinden.

5.1.3 Advies NZa methode van indexatie

De NZa concludeert dat de indexatie van DB(B)C's 2010 het beste kan aansluiten met de methode die gehanteerd wordt voor DBC GGZ. Nader onderzoek is nodig om te beoordelen in hoeverre de methode van indicatie aangepast moet worden voor de tariefbepaling 2011. Hierbij is de samenhang met DBC GGZ van belang.

5.2 Datumbevestiging voor tarieven verblijfssoorten

5.2.1 Inleiding

In deze paragraaf geeft de NZa advies over de volgende vraag: 'Dient voor de tarieven van verblijfssoorten de begindatum of de uitvoerdatum (dag van registratie van de verblijfssoort) te gelden?'

5.2.2 Voor- en nadelen gebruik begindatum en uitvoerdatum

Voordelen voor het gebruik van tarieven van verblijfssoorten op de begindatum:

- De inkoper heeft vooraf inzicht in de tarieven, het prijskaartje van de zorg. Het is lastig om afspraken te maken over tarieven die je nog niet kent.
- Het is consistent, omdat voor behandeling niet wordt gedacht aan koppeling van het tarief aan de uitvoerdatum.

Het voordeel dat de cliënt vooraf inzicht dient te hebben in de prijs om een goede keuze te kunnen maken, gaat bij de forensische zorg niet op. De cliënt wordt geplaatst bij een zorgaanbieder en heeft geen keuzevrijheid.

Nadeel voor het gebruik van tarieven van verblijfssoorten op begindatum:

- Voor verblijfsdagen die in het nieuwe jaar vallen, sluit de prijs iets minder goed aan bij de werkelijke kosten.

Bij forensische zorg kan een zorgaanbieder, die een contract heeft met Justitie, een cliënt niet weigeren of een opname uitstellen. In de reguliere GGZ kan in principe een aanbieder, als een tariefsverandering op 1 januari nabij is, een opname of behandeling uitstellen en zo een andere prijs voor de DBC krijgen. Als DBC-prijs geldt immers de prijs bij het openen van een DBC.

Voordeel voor het gebruik van tarieven van verblijfssoorten op de uitvoerdatum:

- De prijs sluit beter aan bij de werkelijke kosten.

Nadelen voor het gebruik van tarieven van verblijfssoorten op de uitvoerdatum:

- Onzekerheid bij de verzekeraar (Justitie) over de hoogte van de tarieven; wat de zorg uiteindelijk kost.
- De administratieve belasting neemt toe.
- De praktische uitvoerbaarheid neemt af.

Opgemerkt wordt dat als verzekeraars (Justitie) en aanbieders vrije prijzen af kunnen spreken (indien daarvoor in de toekomst gekozen wordt), koppeling aan uitvoerdatum niet werkbaar is. Aanbieders zouden op meerdere momenten in het jaar prijsaanpassingen kunnen doorvoeren. Inzicht in de schadelast wordt daardoor steeds minder.

5.2.3 Advies datumbepaling verblijfssoorten

Dit advies gaat uit van de situatie waarin de tarieven voor de verblijfssoorten zijn vastgesteld. Zoals beschreven in paragraaf 4.4 geeft de NZa geen tariefadvies voor de verblijfssoorten 2010. Daarmee is 2010 een overgangsjaar, waarin Justitie met de zorgaanbieder een prijs voor de verblijfssoorten afspreekt.

De NZa adviseert voor de forensische zorg de verblijfssoorten per dag af te rekenen en om bij de afrekening via de factuur het tarief voor de verblijfssoort te hanteren dat geldig was op de begindatum (startdatum van de DB(B)C).

5.2.4 Advies NZa

Als uitvloeisel van de indexatie en extrapolatie zijn in bijlage 1 de voorgestelde tarieven voor de DB(B)C productstructuur.

6. Overheveling kapitaalslasten vanuit Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) naar Justitie

6.1 Budgetoverheveling kapitaalslasten van de AFBZ naar Justitie

De loon- en materiële kosten van de strafrechtelijk forensische zorg zijn al per 1 januari 2007 overgeheveld van de AFBZ naar Justitie. De kapitaalslasten voor de intramurale capaciteit zitten in 2009 nog in het AFBZ, omdat het nog niet mogelijk bleek om de kapitaalslasten voor de forensische zorg in strafrechtelijk kader af te splitsen van de overige kapitaalslasten.

De NZa adviseert de kapitaalslasten voor intramurale voorzieningen per 1 januari 2010 over te hevelen van de AFBZ naar de begroting van Justitie, zoals uitgewerkt door de werkgroep kapitaalslasten. Dit heeft de NZa eerder geadviseerd in een werkgroep met VWS, Justitie en Financiën.

6.2 Beheer kapitaalslasten

In het AWBZ-regime vond de beoordeling van bouwinitiatieven plaats door het College Bouw Zorginstellingen (CBZ), die bouwvergunningen verstrekten aan de zorgaanbieders. Vervolgens dienden de zorgaanbieders het nacalculatieformulier in bij de NZa, waarmee een vergoeding voor kapitaalslasten werd aangevraagd. De NZa toetste of de aanvraag in overeenstemming was met de CBZ-vergunning en de geldende NZa-beleidsregels voor kapitaalslasten.

Het CBZ heeft de NZa geadviseerd bij de ontwikkeling van de genormeerde kapitaalslasten voor extramurale GGZ-prestaties. Voor deze prestaties gelden vanaf 2007 all in tarieven inclusief kapitaalslasten. De kapitaalslasten voor intramurale GGZ zullen op termijn ook worden genormeerd.

Met ingang van 2009 is het bouwregime van de WTZi beëindigd. Dit betekent dat niet langer toestemming door de Minister van VWS en een vergunning van het CBZ is vereist voor investeringen in gebouwen en terreinen. Hiermee is de verantwoordelijkheid van een investering bij de zorgaanbieder komen te liggen. De NZa controleert of de accountantsverklaring is meegestuurd bij het nacalculatieformulier en stelt de afschrijvingspercentages vast op basis waarvan de kapitaalslastenvergoeding in het budget plaatsvindt. De NZa toetst de kosten niet inhoudelijk, zoals voorheen werd gedaan door het CBZ.

De NZa zal de kapitaalslasten voor intramurale zorg op termijn volledig normeren in het tarief van de zorgprestaties waarmee een gelijk speelveld voor zorgaanbieders wordt bevorderd. Vervolgens zal de bemoeienis van de NZa met kapitaalslasten gaandeweg afnemen.

6.3 Advies NZa

Vanwege de overheveling van de kapitaalslasten heeft Justitie de NZa gevraagd hoe Justitie het beheer van de kapitaalslasten het beste kan inrichten.

De NZa adviseert de toetsing van de kapitaalslasten te laten aansluiten bij de reguliere GGZ. Vanwege de beëindiging van het WTZi-bouwregime met ingang van 2009 betekent dit een marginale toetsing. Deze toetsing houdt in, dat de werkelijke investeringskosten van een accountantsverklaring worden voorzien en dat de zorgaanbieders de afschrijvingspercentages hanteren conform de NZa-beleidsregel afschrijving. Dit levert naar inschatting van de NZa de minste administratieve lasten op. Daarnaast verwacht de NZa een beperkt risico tot overschrijdingen door over te gaan op de marginale toetsing van de kapitaalslasten in de nacalculatie.

De NZa adviseert Justitie de rechtsopvolger van het CBZ, het Centrum Zorg en Bouw TNO te raadplegen bij vragen over investeringen die nog vielen in het bouwregime van de WTZi en bij eventuele bouwkundige vragen.

7. Vangnet en verrekenbedrag

7.1 Vangnet

Vanwege de overgang naar een andere financieringssysteem, zullen naast productieafspraken in DB(B)C's ook productieafspraken gemaakt worden op basis van de huidige NZa-parameters. De NZa-parameters zijn intramurale en extramurale zorgprestaties met maximumtarieven. Rekening houdend met het tarief zijn de prijs en hoeveelheid die Justitie met de zorgaanbieders afsprekt bepalend voor de hoogte van het budget. Dit budget in NZa-parameters dient als garantie, mits de productieafspraken daadwerkelijk gerealiseerd worden. Bij declaratie in D(B)BC's hebben de zorgaanbieders in 2010 dus een vangnet om een te hoge of een te lage DB(B)C-omzet op te vangen. In hoofdstuk 9 wordt ingegaan op de specifieke situatie van de tenders in relatie tot het vangnet. In het marktordeningadvies van oktober zal de NZa adviseren over de afbouw van het vangnet.

7.2 Verrekenbedrag

De NZa adviseert een verrekenbedrag in plaats van een verrekenpercentage te hanteren voor het verschil tussen de omzet in NZa-parameters (vangnet) en de omzet in DB(B)C's.

Bij de curatieve GGZ wordt voor het verschil tussen de productieafspraken in NZa-parameters (het budget) en de productieafspraken in DBC's een verrekenpercentage berekend. Dit percentage is de toeslag of aftrek op het DBC-tarief, dat gedeclareerd wordt bij de zorgverzekeraars. Indien een zorgaanbieder zowel ambulante (DBC's zonder verblijf) als klinische zorg (DBC's met verblijf) levert, dan wordt het verrekenpercentage berekend over de verblijf DBC's.

Bij de curatieve GGZ zijn er vele zorgverzekeraars, maar bij de strafrechtelijk forensische zorg is Justitie de enige partij die zorg inkoop en betaalt. Dit maakt het mogelijk om een verrekenbedrag te hanteren in plaats van een verrekenpercentage. Per zorgaanbieder kan het verrekenbedrag bepaald worden. Dit bedrag kan vervolgens door Justitie betaald worden aan de zorgaanbieder.

De voordelen van het hanteren van een verrekenbedrag in plaats van een percentage:

- systematiek eenvoudiger en zuiverder;
- minder administratieve lasten;
- nadruk komt te liggen op facturatie DB(B)C's (indien verrekening eenmalig achteraf plaatsvindt).

De definitieve omzet 2010 wordt als volgt berekend:

Totaal gefactureerde/ te factureren DB(B)C's (inclusief aftrek voor overloop 2009) +

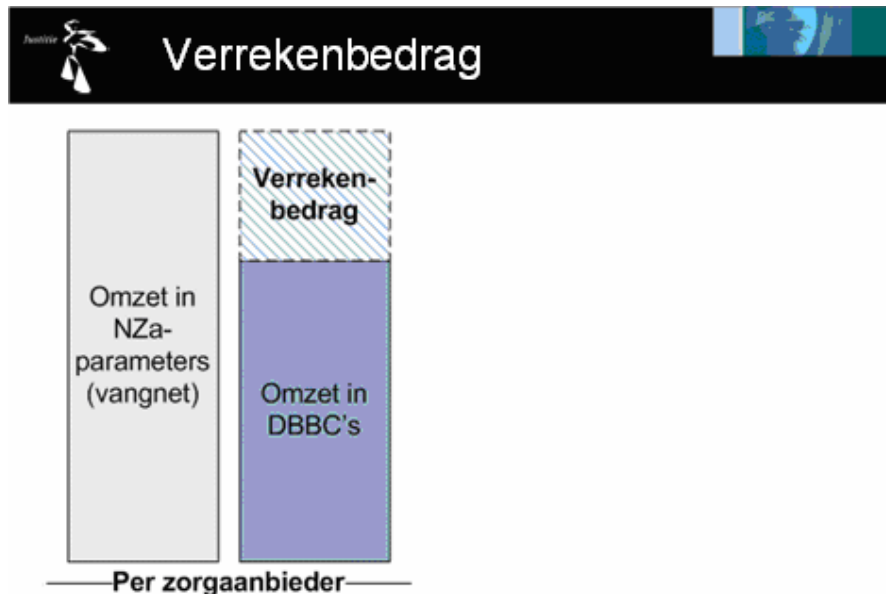
Onderhanden werk per 31 december 2010 +

Verrekenbedrag 2010

De NZa adviseert het verrekenen met vaste bedragen op één vast punt in het jaar (bijv. de nacalculatie). Door een bedrag achteraf te verrekenen wordt het belang van nauwkeurig en consequent registreren en factureren in DB(B)C's benadrukt.

Zowel de werkgroep declaratiebepalingen als de Coördinatiegroep DB(B)C adviseren positief over dit voorstel, mits goede afspraken gemaakt worden over betalingsverkeer tussen Justitie (Directie Forensische Zorg) en (vertegenwoordiging van) zorgaanbieders die forensische zorg in strafrechtelijk kader leveren (GGZ Nederland, maar ook Rijksinstellingen). Onderdeel van het betalingsverkeer zijn afspraken over bevoorschotting en betalingsfrequentie (van het verrekenbedrag). De projectorganisatie DB(B)C heeft Vektis formeel over de voorstellen geïnformeerd. Vektis heeft aangegeven dat de voorgestelde systematiek binnen de huidige versie van de EI-standaard (declaratiestandaard) past.

Samengevat kan het begrip 'verrekenbedrag' als volgt worden uitgelegd:



6

7.3 Advies NZa

De NZa adviseert voor minimaal een jaar (bij declaratie in 2010), maximaal twee jaar een vangnet in te stellen. Een beperkte periode wordt geadviseerd, om de termijn van dubbele registratie zo kort mogelijk te houden. Het vangnet wordt gevormd door het budget op NZa-parameters. Rekening houdend met het tarief zijn de prijs en hoeveelheid die Justitie met de zorgaanbieders afsprekt bepalend voor de hoogte van het budget. Dit budget in NZa-parameters dient als omzetgarantie, mits de productieafspraken daadwerkelijk gerealiseerd worden. Dit is geen inkomensgarantie. In het geval van declaratie in D(B)BC's vanaf 2010 hebben de zorgaanbieders een vangnet om een te hoge of een te lage DB(B)C-omzet op te vangen.

De NZa adviseert het verrekenen met vaste bedragen op één vast punt in het jaar (bijv. de nacalculatie). Door een bedrag achteraf te verrekenen wordt het belang van nauwkeurig en consequent registreren en factureren in DB(B)C's benadrukt.

8. Berekening creditbedrag bij overloop DB(B)C's

8.1 Inleiding

Wanneer met ingang van 1 januari 2010 gestart wordt met het declareren van zorg in DB(B)C's moet worden bepaald welke zorg in 2009 al is betaald volgens de oude declaratiemethode. Een DB(B)C kan immers over de jaargrens heenlopen: gestart zijn in 2009 en gesloten in 2010. Een deel van deze zorg is al in 2009 vergoed. Dit deel moet in mindering gebracht worden op de DB(B)C-nota in 2010 anders vindt dubbele financiering plaats.

8.2 Advies NZa

De NZa adviseert overloop DB(B)C's op een vergelijkbare manier te behandelen als de overloop DBC's GGZ bij de invoering van de DBC-declaratie.

Voor overloop DB(B)C's gelden de DB(B)C-tarieven per 1 januari 2010. Bij overloop DB(B)C's wordt de declaratie van het DB(B)C-tarief gesaldeerd met het creditbedrag voor de zorg die in de periode vanaf de opening van de DB(B)C in 2009 tot en met 31 december 2009 is geleverd. Wanneer de saldering resulteert in een negatief declaratiebedrag wordt het saldo op nihil (0) gesteld.

Het creditbedrag wordt bepaald op basis van de ambulante tarieven (loon- en materiële kosten, exclusief kapitaalslasten) en de gemiddelde klinische tarieven per dag (loon- en materiële kosten). In het gemiddelde klinische tarief per dag zitten de loon- en materiële kosten per verpleegdag en per bezet bed. De ambulante tarieven en de gemiddelde klinische tarieven moeten nog berekend worden. Dit vergt nadere afstemming met Justitie.

Aangezien het Gevangeniswezen in de rol van zorgaanbieder geen gebruik maakt van NZa tarieven, wordt in dit geval verwezen naar de Normprijzen GW.

Ten behoeve van de creditbedragen bij overloop DB(B)C's stellen zorgaanbieders na afloop van 2009 een overzicht op. In dit overzicht wordt door zorgaanbieders op persoonsniveau voor cliënten, die op 31 december 2009 in behandeling zijn, aangegeven welke zorgprestaties gedurende het DB(B)C traject in 2009 zijn geleverd.

Op basis van de daarbij behorende tarieven wordt per cliënt een totaalbedrag berekend. Het totale creditbedrag per cliënt wordt, nadat de DB(B)C is afgesloten en gevalideerd, in de factuur verwerkt, zoals genoemd in de paragraaf over het te declareren bedrag. Voor zorgaanbieders wordt de berekening per 31 december 2009 van het te verrekenen onderhanden werk door de accountant voorzien van een juistheidverklaring.

9. Tenders

9.1 Inleiding

De tenders in de forensische zorg bestaan uit aanbesteding van een bepaalde hoeveelheid TBS-plaatsen en plaatsen voor forensische zorg aan gedetineerden.

De Directie Forensische Zorg van het Ministerie van Justitie (DForZo) heeft in de afgelopen jaren tenders (aanbestedingstrajecten) uitgezet ten behoeve van capaciteitsuitbreiding. Deze tenderafspraken zijn oorspronkelijk gericht op TBS-plaatsen maar omvatten tegenwoordig ook klinische en ambulante zorgtrajecten zonder TBS maatregel. Deze tenders zijn privaatrechtelijke afspraken die het effect hebben van een omzetgarantie voor een meerjarige periode (geen inkomensgarantie).

9.2 Knelpunten

Er is een tweetal knelpunten ten aanzien van de tenders:

- *Knelpunt 1*
Bij tenderafspraken wordt uitgegaan van all-in tarieven, zonder differentiatie naar behandelduur en/of diagnose. In de DB(B)C systematiek vindt deze verdere differentiatie wel plaats. Daardoor kan het voorkomen dat op één plaats (in de tenderafpraak) meerdere en verschillende DB(B)C's worden geleverd. (er is dus geen één op één relatie tussen tenderafspraken en een DB(B)C).
- *Knelpunt 2*
Wanneer de tenderafspraken in de huidige opzet blijven bestaan, zal dit betekenen dat er twee financieringssystemen worden gebruikt. Naast de hogere administratieve lasten ontstaat er een ongelijk speelveld tussen zorgaanbieders omdat er geen eenheid is van prestatie en tarief.

9.3 Voorstel korte termijn

- Ondanks dat een directe vertaling van Tenders naar DB(B)C's moeilijk realiseerbaar is, stelt de NZa dit wel voor vanaf 2010. Wellicht een lastige opgave voor de instellingen maar niet onmogelijk. Voor de reguliere capaciteit zal de instellingen immers ook gevraagd worden in DB(B)C's afspraken te maken. Alle overige instellingen zonder tender wordt ook gevraagd in DB(B)C's te registreren, factureren en declareren. Het uitgangspunt is dat iedereen zo veel mogelijk volgens hetzelfde regime zijn zorg declareert.
- Zolang het vangnet blijft bestaan, is dit op korte termijn globaal vergelijkbaar met de tender (los van de vergoeding voor kapitaalslasten) en lopen instellingen weinig risico. Instellingen zonder tender onderhandelen jaarlijks met Justitie over de omvang van het vangnet, en instellingen met een tender hebben dat eenmalig gedaan voor langere tijd. Alle instellingen declareren op basis van DB(B)C's.

9.4 Lange termijn

Het jaar 2010 zal als leerjaar gelden voor de daarop volgende jaren. Dit is mogelijk omdat in 2010 het vangnet van toepassing is.

De NZa adviseert om het vangnet minimaal voor één jaar (in geval van declaratie in DB(B)C's per 2010) en maximaal voor twee jaar te handhaven. Het vangnet wordt gevormd door de onderhandelbare budgetafspraken op basis van de NZa-parameters en is voor 2010 de gegarandeerde inkomsten bij gehaalde productie afspraken. Na 2010 zal moeten worden gezocht naar andere oplossingen. Voor de NZa is het van belang om een gelijk speelveld tussen instellingen met en zonder tenderafspraken te waarborgen en gelijke zorgprestaties hetzelfde te bekostigen. Wel is het mogelijk dat juist door tenderafspraken instellingen zich kunnen onderscheiden op hun prijs-/kwaliteitsverhouding en zo een impuls geven aan efficiënte zorglevering. Hier is de NZa een voorstander van. Langlopende afspraken komen ook in andere vormen van zorg voor. Verzekeraars maken ook langlopende afspraken met instellingen. Het raamwerk van de afspraken wordt gemaakt op basis van geldende wet- en regelgeving. Deze wet- en regelgeving kan veranderen en dan veranderen de contracten ook. De NZa adviseert Justitie om de tendercontracten onderhevig te maken aan de Wet Forensische Zorg. Hierin moet dan worden geregeld dat tenders evenals andere zorgprestaties in DB(B)C's moet worden afgerekend. De NZa adviseert het vangnet niet te laten wegvallen zolang dit niet geregeld is, aangezien dan een ongelijk speelveld voor niet-tenderpartijen wordt gecreëerd.

9.5 Advies NZa

Het uitgangspunt van de NZa is dat zowel tenderpartijen als reguliere contractpartijen volgens hetzelfde regime de zorg declareert. Dit om te voorkomen dat Justitie exclusieve contracten houdt met sommige zorgaanbieders waarvan ze in twee gevallen ook eigenaar is (de forensisch psychiatrische centra Oostvaarderskliniek en Veldzicht). Hierdoor is het speelveld voor de zorgaanbieders ongelijk. Op korte termijn, in 2010, zijn de tenders vergelijkbaar met het vangnet, aangezien ze beiden een omzetgarantie vormen. Op lange termijn zullen tenders evenals reguliere zorg moeten worden afgerekend in DB(B)C's. Dit kan worden gerealiseerd door de tenders onder de Wet Forensische Zorg te hangen, waardoor er eenheid van prestatie en tarief ontstaat. De NZa adviseert het vangnet niet te laten vervallen, voordat tenders in DB(B)C's worden afgerekend.

10. Inkoop

10.1 Inleiding

Sinds 1 januari 2007 is de Directie Forensische Zorg (DForZo) van het Ministerie van Justitie verantwoordelijk voor de inkoop van forensische zorg in strafrechtelijk kader en de plaatsing van volwassenen die forensische zorg nodig hebben. Vraagstukken rondom capaciteit, plaatsing en financiering zijn daarmee in één hand komen te liggen. Voor 2007 werd de forensische zorg bekostigd vanuit het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) van het Ministerie van VWS. Om de inkoop- en plaatsingsverantwoordelijkheid van Justitie per 1 januari 2007 goed te laten verlopen zijn de middelen overgeheveld van het AFBZ van VWS naar de begroting van Justitie.

In 2007 is de inkoop van forensische zorg, zoals die in de jaren daarvoor door de zorgkantoren werd ingekocht, nog door de zorgkantoren uitgevoerd. Vanaf 1 januari 2008 zijn alle activiteiten wat betreft de inkoop van forensische zorg vanuit Justitie uitgevoerd door de Directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen.⁹ Voor de TBS sector was al sprake van een inkooprelatie. De inkoop echter van forensische zorg voor mensen met een strafrechtelijke titel in GGZ-instellingen, in instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg of in een begeleide woonsituatie, is voor Justitie vanaf 1 januari 2007 nieuw.

De Directie Forensische zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) koopt, op basis van contracten, de zorg rechtstreeks in bij de aanbieders. Alle forensische zorg wordt daarmee centraal ingekocht en wordt aan de hand van een uniforme methode bepaald welke zorg en plaatsing nodig is.

Het contract tussen Justitie en de aanbieders vormt de basis voor de te leveren zorg. In de contracten worden afspraken gemaakt met betrekking tot de kwaliteit en kwantiteit. De geboden zorg wordt ingekocht op basis van budgetparameters met maximumtarieven en DB(B)C's met vaste tarieven.

10.2 Advies NZa

De NZa adviseert om de DB(B)C's in samenhang in te kopen voor behandeling en verblijf. Hierdoor ontstaat inzicht bij Justitie en de instellingen wat de volledige kosten (incl. de beveiligingscomponent) zijn van een DB(B)C.

De NZa adviseert de productieafspraken 2010 in NZa-parameters en in DB(B)C's in één inkoopshet te verwerken, zodat duidelijk wordt hoe de oude en de nieuwe systematiek zich tot elkaar verhouden. Belangrijk is dat Justitie een zekere mate van flexibiliteit hanteert bij het omgaan met de ingediende productieafspraken door:

- voldoende mogelijkheden aan de instellingen te geven om gedurende 2010 de productieafspraken te herschikken;
- een bepaalde mate van substitutie binnen het totaalbedrag van de gemaakte productieafspraken toe te staan;
- bevoorschotting.

⁹ Zorginkoopbeleid forensische zorg 2008-2011, Ministerie van Justitie, oktober 2007

10.3 Inleiding

In het nieuwe stelsel van forensische zorg in een strafrechtelijk kader vormt de DB(B)C-systematiek de basis voor de financiering van de geleverde zorg en beveiliging. Daarmee vervangt de DB(B)C-systematiek de huidige bekostigingsystematiek. In het eindmodel maken instellingen met het Ministerie van Justitie afspraken over de prijs, het volume en de kwaliteit op basis van de DB(B)C-productstructuur.

Op dit moment worden ontvangen alle instellingen op grond van de inkoopafspraken een maandelijks voorschot van Justitie. Wanneer met ingang van 1 januari 2010 gestart wordt met het declareren van zorg in DB(B)C's, vervalt deze manier van bevoorschotten. Gedurende de looptijd van een DB(B)C ontvangt de instelling geen geld, omdat declaratie plaatsvindt na sluiting van de DB(B)C. Dit heeft negatieve gevolgen voor de liquiditeit van de instellingen. Bij DBC GGZ ontstonden in 2008 liquiditeitsproblemen als gevolg van de declaratie in DBC's.

10.4 Advies NZa

De conclusie van de NZa is dat Justitie met een adequate bevoorschotting kan voorkomen dat liquiditeitsproblemen voor instellingen ontstaan ten aanzien van de forensische zorg. De NZa adviseert een bevoorschotting voor klinische en ambulante zorg op basis van budgetparameters in 2010. Zowel de klinische als de ambulante forensische zorg zijn doorgaans langdurende trajecten, waarbij liquiditeitsproblemen kunnen ontstaan. Door beide vormen van zorg te bevoorschotten ontstaat een gelijk speelveld voor klinische en ambulante forensische zorg. De toegang tot de markt voor ambulante forensische zorg in strafrechtelijk kader wordt door dit gelijk speelveld geborgd.

Bevoorschotting op basis van budgetparameters levert voor instellingen minder administratieve lasten op dan bevoorschotting op basis van DB(B)C's. In de DB(B)C-systematiek zijn klinische en ambulante zorgtrajecten moeilijk van elkaar te onderscheiden. Ook zijn de DB(B)C-tarieven nog onvoldoende betrouwbaar om hierop te bevoorschotten, wat meer risico zou geven voor zowel de instellingen als Justitie.

11. Herschikking productieafspraken

Aan het begin van het jaar maakt Justitie productieafspraken met zorgaanbieders in budgetparameters en DB(B)C's. Gedurende het jaar moeten de partijen de mogelijkheid hebben om de eerder gemaakte productieafspraken te wijzigen, zodat deze zo goed mogelijk aansluiten bij de daadwerkelijk gerealiseerde productie.

De NZa adviseert de herschikking van de productieafspraken af te stemmen op de curatieve GGZ om de administratieve lasten te beperken. Bij de curatieve GGZ geldt voor het inzenden van het initiële budgetformulier de uiterste inzenddatum van 1 maart. Voor het inzenden van mutatieformulieren (aanvragen herschikking productieafspraken) geldt de uiterste inzenddatum van 15 september. De NZa adviseert om de indieningtermijnen die gelden voor de reguliere GGZ ook te hanteren voor de forensische zorg.

12. Kleine contractpartijen

12.1 Aanleiding onderzoek kleine contractpartijen

Bij de start van het programma Vernieuwing Forensische Zorg is gekozen voor de invoering van DB(B)C's zodat er meer samenhang ontstaat tussen de strafrechtelijk forensische zorg en de curatieve GGZ. Het uitgangspunt was aanvankelijk dat voor alle strafrechtelijk forensische zorg DB(B)C's zouden gaan gelden.

Een probleem doet zich voor bij de kleine contractpartijen, die slechts voor een klein deel strafrechtelijk forensische zorg leveren. Deze instellingen leveren begeleiding en verblijf (geen behandeling) en worden grotendeels, dan wel volledig, gefinancierd door de AWBZ en/of de WMO. Zij zijn daardoor veel meer gericht zijn op zorgzwaartepakketten dan op DBC's of DB(B)C's. Voorkomen moet worden dat het zorgaanbod van de kleine contractpartijen wegvalt. Deze zorg is van belang voor de forensische ketenzorg. Als voorbeeld kan de Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) worden genoemd, waarin cliënten verblijven in de laatste schakel van de forensische keten. De cliënten wonen in de RIBW meer zelfstandig dan in een kliniek. Hiermee worden zij beter voorbereid op de terugkeer in de samenleving en neemt de kans op recidive af. Voor de zorg die de RIBW levert bestaan onvoldoende alternatieven.

Ook deze instellingen zouden in DB(B)C's moeten registeren en declareren. De vraag is of dit redelijk is. Justitie heeft Ernst & Young gevraagd om dit te onderzoeken.

12.2 Financieringsvarianten

Ernst & Young heeft onderzocht wat de consequenties zijn van een drietal financieringsvarianten. Justitie heeft deze varianten gedefinieerd om de wenselijkheid van de financieringssystematiek voor de zorgaanbieders te onderzoeken.

Variant 1

Alle instellingen maken gebruik van de DB(B)C-systematiek conform de vastgestelde spelregels.

De NZa is van mening dat deze variant te veel administratieve lasten met zich meebrengt. Ook betekent deze variant naar verwachting ook een te grote financiële belasting voor de zorgaanbieder. De rapportage van Ernst & Young bevat een kostenoverzicht op basis van de gegevens van slechts twee instellingen. De kosten zijn dus niet sterk onderbouwd.

Variant 2

Een nog te definiëren groep instellingen mag de zorgregistratie voeren in ZZP's of NZa-parameters. Zij dienen wel de gegevens ten behoeve van facturatie en beleidsinformatie aan te leveren in DB(B)C's. Dit gebeurt door middel van een vertaaltabel.

De NZa ziet als nadeel van deze variant dat veranderingen in de reguliere zorg direct invloed hebben op de vertaaltabel en dus op de DB(B)C's. Ook is bij de curatieve GGZ nu nog onduidelijk of de huidige NZa-budgetparameters nog steeds gebruikt worden in 2010 voor de bepaling van het vangnet.

De vertaaltabel lijkt een hoge mate van administratieve lasten te veroorzaken voor een tijdelijk instrument. Een ander nadeel is dat de vertaaltabel geen informatie aanlevert aan het DBC Informatie Systeem, waardoor er geen beleidsinformatie over deze zorg beschikbaar is.

Variant 3

Een nog te definiëren groep instellingen mag de zorgregistratie voeren in ZZP's of NZa-parameters. Zij leveren de gegevens ten behoeve van facturatie en informatie aan conform hun eigen registratie. Dit betekent dat Justitie in staat moet zijn om deze gegevens, in ZZP's en NZa-parameters, te verwerken om een betaling te kunnen ontvangen en om tot relevante informatie te kunnen komen.

De NZa ziet als nadeel van deze variant dat er verschillende financieringssystematieken en daarmee verschillende tarieven worden gehanteerd voor dezelfde zorg. Daarmee is er een ongelijk speelveld voor kleine contractpartijen ten opzichte van de overige aanbieders van forensische zorg. Dit werkt marktversturend en vergroot het risico op bezwaarprocedures.

Variant 4

Ontwikkelen van een 'lichte DB(B)C-variant'.

Ernst & Young concludeert dat de drie financieringsvarianten zodanige nadelen hebben dat geen van de drie varianten voor de betrokken partijen een lange termijn oplossing bieden.

Een lange termijn oplossing zou moeten voldoen aan de volgende uitgangspunten:

- zo min mogelijk administratieve lasten;
- de extra kosten per cliënt zo minimaal mogelijk;
- de taal bij voorkeur DB(B)C;
- onafhankelijkheid van de financieringssystematiek in de reguliere zorg;
- de aangeleverde gegevens bij voorkeur ook in te lezen in het DBC Informatie Systeem ten behoeve van beleidsinformatie.

De conclusie van Ernst & Young is dat de oplossingsrichting ligt in een 'lichte DB(B)C-variant' rekening houdend met bovengenoemde uitgangspunten.

12.3 Belangrijkste aanbevelingen van Ernst & Young

De belangrijkste aanbevelingen van Ernst & Young zijn:

- Besluit om voor de doelgroepinstellingen niet de volledige DB(B)C-systematiek in te voeren. Daarbij wordt de doelgroep gedefinieerd als 'alle locaties van instellingen waar AWBZ-zorg wordt geboden';
- Zorg ervoor dat er een tijdelijke oplossing is voor de doelgroepinstellingen, die kan liggen in het verlengen van de huidige werkwijze (registratie in RePaD)
- Werk de uitgangspunten uit van een lichte DB(B)C-variant en inventariseer de risico's in samenwerking met de doelgroepinstellingen.
- Stel een werkgroep 'AWBZ-instellingen' die gegevens verzameld van over deze doelgroep die relevant is voor de ontwikkeling van de lichte DB(B)C-variant. Verbind deze werkgroep op inhoudelijk niveau met de expertgroep DB(B)C.

- Geef prioriteit aan de invoering van de DB(B)C-systematiek voor de instellingen die niet tot de doelgroep behoren. Het belang om voor 97% van de cliënten een eenduidige eigen systematiek te hebben is groot.
- Zorg voor een juridische verankering van de uiteindelijke oplossing.

12.4 Overige aspecten

12.4.1 Doelgroep kleine contractpartijen

In de rapportage van Ernst & Young is de doelgroep als volgt bepaald: *'alle locaties van instellingen waar AWBZ-zorg wordt geboden'*.

De NZa stelt voor om de geïntegreerde GGZ-instellingen niet mee te nemen in de doelgroep. Zij hebben voldoende ervaring met DBC GGZ. GGZ Nederland heeft aangegeven dat deze instellingen de DB(B)C-systematiek juist willen voortzetten.

12.4.2 Juridische verankering

De juridische verankering van de uiteindelijke oplossing is van belang zodat er rechtszekerheid optreedt voor instellingen. Dit beperkt juridische procedures. Wanneer verschillende tarieven voor dezelfde zorg worden gedeclareerd, dan is het risico op bezwaren en procedures groot. Daarnaast kan er een substitutie effect optreden tussen AWBZ-zorg en forensische zorg. Dit komt voor als er in de forensische zorg veel hogere administratieve lasten zijn dan in de AWBZ-zorg die zich niet vertalen in een hoger tarief. Dit kan ertoe leiden dat instellingen zich meer op AWBZ-zorg gaan richten dan op forensische zorg. De juridische verankering moet overigens door Justitie plaatsvinden. De NZa kan hierbij adviseren.

12.5 Advies NZa

De NZa deelt de aanbeveling van Ernst & Young om een lichte DB(B)C-variant te ontwikkelen voor de doelgroep (excl. de geïntegreerde GGZ-instellingen) vanwege de administratieve lasten die de DB(B)C-systematiek met zich meebrengt voor deze groep. Deze zorg is van belang voor de forensische ketenzorg. Voor de zorg die de Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) levert bestaan onvoldoende alternatieven in de geïntegreerde GGZ-instellingen.

De NZa is van mening dat wel voorkomen moet worden, dat er een afzonderlijke productstructuur ontstaat voor de lichte DB(B)C-variant met andere tarieven dan bij de 'reguliere' DB(B)C's. De NZa zal najaar 2009 adviseren bij de ontwikkeling van de lichte DB(B)C-variant.

13. Onderlinge dienstverlening

De NZa adviseert het beleid voor onderlinge dienstverlening bij de curatieve GGZ ook te hanteren voor de forensische zorg. Dit betekent dat als sprake is van onderlinge dienstverlening alleen door de zorgaanbieder waar de patiënt als eigen patiënt onder behandeling is een DB(B)C in rekening mag worden gebracht. De dienstverlenende zorgaanbieder mag een DB(B)C noch een overig product behorend bij het DB(B)C traject bij het Ministerie van Justitie in rekening brengen. De aanvragende en uitvoerende aanbieders maken onderling afspraken over de verantwoording en onderlinge verrekening van de geleverde zorg. De zorg die is uitbesteed kan door de aanvragende partij op de DB(B)C worden geregistreerd.

Eén van de vormen van onderlinge dienstverlening is onderaannemerschap. In de forensische zorg in strafrechtelijk kader is sprake van onderlinge dienstverlening in geval van onderaannemerschap. Het ministerie van Justitie heeft voorwaarden gesteld aan het verrekenen van zorg via de constructie van onderaannemerschap. Deze voorwaarden zijn opgenomen in het uitvoeringsprotocol 2009/2010.

14. Conclusies

Wettelijk kader

Momenteel is er geen wettelijk of reguleringskader dat een onderbouwing is van de gelden die inmiddels van VWS naar Justitie zijn overgeheveld. De conclusie is dat Justitie wel de financiën heeft ontvangen, maar dat zowel de AMvB als de Wet Forensische Zorg (WFZ) nog niet zijn vastgesteld of in werking zijn getreden. Zolang de wettelijke grondslag er niet is dan blijft de NZa de tarieven reguleren en toezicht houden. Zonder regelgeving blijft de budgetsystematiek op basis van NZa-parameters van kracht. De wettelijke grondslag kan worden verkregen door een interim Besluit (AMvB) voor 1 januari 2010 in werking te laten treden. Wanneer Justitie voorziet dat deze termijn niet haalbaar is, dan kan zij de minister van VWS verzoeken de NZa een aanwijzing te geven. Hiermee kan de NZa prestaties en tarieven en bijbehorende regelgeving vaststellen voor de interim-periode tot de invoering van de Wet Forensische Zorg.

Productstructuur DB(B)C's

In de ontwikkeling van de DB(B)C-structuur in de forensische zorg is door het Programma Vernieuwing Forensische Zorg in samenwerking met stakeholders het uitgangspunt gehanteerd dat de DBC GGZ leidend is voor de ontwikkeling van de DB(B)C-productstructuur. De doelstelling hiervan is dat de continuïteit van zorg en de aansluiting van forensische en reguliere GGZ wordt bestendig en er minder gedetineerden na hun gevangenschap recidiveren doordat ze direct op straat terecht komen. Door invoering van de D(B)BC-structuur worden de drempels voor toetreding tot de markt voor forensische zorg voor reguliere GGZ aanbieders verlaagd. De administratieve uitvoeringslasten worden beperkt door aansluiting bij bestaande taal en regelingen uit de reguliere DBC GGZ. Ook bevordert aansluiting bij de DBC GGZ de vergelijkbaarheid van prijs/prestatie tussen de forensische zorg en de curatieve GGZ.

De NZa adviseert positief over de DB(B)C-structuur.

Onderbouwing kostprijzen en tarieven

De aanlevering van registratiedata van DB(B)C's was onvoldoende om op basis hiervan direct tot valide en betrouwbare kostprijzen te komen. Voor de verblijfsoorten zijn dusdanig weinig registratiegegevens aangeleverd dat hier geen gemiddelde kostprijs uit kan worden bepaald. Voor productgroepen en verblijfsoorten waarvoor onvoldoende betrouwbare data kunnen worden afgeleid, adviseert de NZa om geen tarieven vast te stellen. De verblijfsoorten zullen dan ook geen tariefadvies krijgen.

De NZa geeft er de voorkeur aan om op basis van de meest betrouwbare data door extrapolatie van de verhoudingen binnen de DBC GGZ de kostprijzen te bepalen. Deze methode benadert de werkelijkheid het meest en vermindert het risico tot miscalculatie, wat de nauwkeurigheid bevordert. Voor productgroepen waar geen kostprijs voor is geëxtrapolerd of berekend, adviseert de NZa geen tarief vast te stellen. De NZa adviseert, stel dat er in 2010 wordt gedeclareerd, dat bij productgroepen zonder tarief de instellingseigen kostprijzen worden gebruikt voor de berekening van het instellingseigen tarief.

Kapitaalslasten

De NZa adviseert de toetsing van de kapitaalslasten te laten aansluiten bij de reguliere GGZ. Vanwege de beëindiging van het WTZi-bouwregime met ingang van 2009 betekent dit een marginale toetsing.

Deze toetsing houdt in, dat de werkelijke investeringskosten van een accountantsverklaring worden voorzien en dat de zorgaanbieders de afschrijvingspercentages hanteren conform de NZa-beleidsregel afschrijving. Dit levert naar inschatting van de NZa de minste administratieve lasten op. Daarnaast verwacht de NZa een beperkt risico tot overschrijdingen door over te gaan op de marginale toetsing van de kapitaalslasten in de nacalculatie.

Vangnet en verrekenbedrag

De NZa adviseert voor minimaal een jaar (bij declaratie in 2010), maximaal twee jaar een vangnet in te stellen. Een beperkte periode wordt geadviseerd, om de termijn van dubbele registratie zo kort mogelijk te houden. Het vangnet wordt gevormd door het budget op NZa-parameters. Rekening houdend met het tarief zijn de prijs en hoeveelheid die Justitie met de zorgaanbieders afsprekt bepalend voor de hoogte van het budget. Dit budget in NZa-parameters dient als omzetgarantie, mits de productieafspraken daadwerkelijk gerealiseerd worden. Dit is geen inkomensgarantie. De NZa adviseert een verrekenbedrag in plaats van een verrekenpercentage te hanteren voor het verschil tussen de omzet in NZa-parameters (vangnet) en de omzet in DB(B)C's.

Overloop-DB(B)C's

De NZa adviseert overloop DB(B)C's op een vergelijkbare manier te behandelen als de overloop DBC's GGZ bij de invoering van de DBC-declaratie.

Tenders

De NZa adviseert dat zowel tenderpartijen als reguliere contractpartijen volgens hetzelfde regime de zorg declareren. Dit om te voorkomen dat Justitie exclusieve contracten houdt met sommige zorgaanbieders waarvan ze in twee gevallen ook eigenaar is. Hierdoor is het speelveld voor de zorgaanbieders ongelijk. Op korte termijn, in 2010, zijn de tenders vergelijkbaar met het vangnet, aangezien ze beiden een omzetgarantie vormen. Op lange termijn zullen tenders evenals reguliere zorg moeten worden afgerekend in DB(B)C's. Dit kan worden gerealiseerd door de tenders onder de Wet Forensische Zorg te hangen, waardoor er eenheid van prestatie en tarief ontstaat. De NZa adviseert het vangnet niet te laten vervallen, voordat tenders in DB(B)C's worden afgerekend.

Inkoop

De NZa adviseert om de DB(B)C's in samenhang in te kopen voor behandeling en verblijf. Hierdoor ontstaat inzicht bij Justitie en de instellingen wat de volledige kosten (incl. de beveiligingscomponent) zijn van een DB(B)C.

Bevoorschotting

De NZa adviseert een bevoorschotting voor klinische en ambulante zorg op basis van budgetparameters in 2010. Dit levert voor instellingen minder administratieve lasten op dan bevoorschotting op basis van DB(B)C's. Ook zijn de DB(B)C-tarieven nog onvoldoende betrouwbaar om hierop te bevoorschotten, wat meer risico zou geven voor zowel de instellingen als Justitie.

Herschikking productieafspraken

De NZa adviseert deerschikking van de productieafspraken af te stemmen op de curatieve GGZ om de administratieve lasten te beperken.

Kleine contractpartijen

De NZa stelt voor om een lichte DB(B)C variant te ontwikkelen voor kleine contractpartijen (excl. de geïntegreerde GGZ-instellingen). Dit vanwege de hoge administratieve lasten die de DB(B)C-systematiek met zich meebrengt voor deze groep. Deze zorg is van belang voor de forensische ketenzorg en er bestaan onvoldoende alternatieven voor. De NZa zal najaar 2009 adviseren bij de ontwikkeling van de lichte DB(B)C-variant.

Onderlinge dienstverlening

De NZa adviseert het beleid voor onderlinge dienstverlening bij de curatieve GGZ ook te hanteren voor de forensische zorg. Dit betekent dat als sprake is van onderlinge dienstverlening alleen door de zorgaanbieder waar de patiënt als eigen patiënt onder behandeling is een DB(B)C in rekening mag worden gebracht.

Bijlage 1. Productstructuur met tarieven 2010

Tabel 4. Tabel behandelgroepen 2010

Bijzondere productgroepen	Tijdgrenzen	Kostprijs (€)	Tarief (€)
Geen behandeling bij 24-uurs verblijf			
Geen behandeling naast verblijf			0
Indirecte tijd			
Indirect 1	vanaf 0 tot 50 minuten	33	35
Indirect 2	vanaf 50 tot 100 minuten	101	107
Indirect 3	vanaf 100 tot 200 minuten	218	231
Indirect 4	vanaf 200 tot 400 minuten	425	450
Indirect 5	vanaf 400 tot 800 minuten	832	881
Indirect 6	vanaf 800 minuten	1.467	1.554
Diagnostiek			
Diagnostiek 1	vanaf 0 tot 100 minuten	100	106
Diagnostiek 2	vanaf 100 tot 200 minuten	230	244
Diagnostiek 3	vanaf 200 tot 400 minuten	450	477
Diagnostiek 4	vanaf 400 tot 800 minuten	819	868
Diagnostiek 5	vanaf 800 tot 1200 minuten	1.458	1.544
Diagnostiek 6	vanaf 1200 minuten	2.237	2.370
Begeleiding			
Begeleiding 1	vanaf 0 tot 800 minuten	539	571
Begeleiding 2	vanaf 800 tot 1800 minuten		
Begeleiding 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten		
Begeleiding 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten		
Begeleiding 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten		
Begeleiding 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten		
Begeleiding 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten		
Begeleiding 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten		
Begeleiding 9	vanaf 30000 minuten		
Productgroepen Behandeling kort			
Kort 1	vanaf 0 tot 100 minuten	91	96
Kort 2	vanaf 100 tot 200 minuten	233	247
Kort 3	vanaf 200 tot 400 minuten	452	479
Kort 4	vanaf 400 tot 800 minuten	884	936
Kort 5	vanaf 800 minuten	1.837	1.946
Stoornissen in de kindertijd (As 1)			
Stoornissen in de kindertijd 1	vanaf 250 tot 800 minuten	1.015	1.075
Stoornissen in de kindertijd 2	vanaf 800 tot 1800 minuten	2.135	2.262

Bijzondere productgroepen	Tijdgrenzen	Kostprijs (€)	Tarief (€)
Stoornissen in de kindertijd 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.747	3.969
Stoornissen in de kindertijd 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.146	6.510
Stoornissen in de kindertijd 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten	11.831	12.532
Stoornissen in de kindertijd 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten	21.721	23.008
Stoornissen in de kindertijd 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten	31.326	33.183
Stoornissen in de kindertijd 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten		
Stoornissen in de kindertijd 9	vanaf 30000 minuten		
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen			
Schizofrenie 1	vanaf 250 tot 800 minuten	923	978
Schizofrenie 2	vanaf 800 tot 1800 minuten	1.942	2.057
Schizofrenie 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.568	3.779
Schizofrenie 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.853	7.259
Schizofrenie 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten	13.503	14.303
Schizofrenie 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten	24.791	26.260
Schizofrenie 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten	35.754	37.873
Schizofrenie 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten		
Schizofrenie 9	vanaf 30000 minuten		
Problemen in verband met misbruik of verwaarlozing			
Misbruik of verwaarlozing 1	vanaf 250 tot 800 minuten	1.021	1.081
Misbruik of verwaarlozing 2	vanaf 800 tot 1800 minuten	2.147	2.274
Misbruik of verwaarlozing 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.616	3.830
Misbruik of verwaarlozing 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.279	6.651
Misbruik of verwaarlozing 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten	12.343	13.074
Misbruik of verwaarlozing 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten	22.661	24.004
Misbruik of verwaarlozing 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten	32.683	34.619
Misbruik of verwaarlozing 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten		
Misbruik of verwaarlozing 9	vanaf 30000 minuten		
Restgroep diagnoses			
Restgroep diagnoses 1	vanaf 250 tot 800 minuten	999	1.058
Restgroep diagnoses 2	vanaf 800 tot 1800 minuten	2.002	2.121
Restgroep diagnoses 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.424	3.627
Restgroep diagnoses 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.244	6.614
Restgroep diagnoses 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten	12.096	12.813
Restgroep diagnoses 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten	22.208	23.524
Restgroep diagnoses 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten	32.028	33.926
Restgroep diagnoses 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten		
Restgroep diagnoses 9	vanaf 30000 minuten		
Seksuele stoornissen en genderidentiteitstoornissen			
Seksuele stoornis 1	vanaf 250 tot 800 minuten	890	943
Seksuele stoornis 2	vanaf 800 tot 1800 minuten	1.872	1.983
Seksuele stoornis 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.456	3.661
Seksuele stoornis 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten	5.425	5.746

Bijzondere productgroepen	Tijdgrenzen	Kostprijs (€)	Tarief (€)
Seksuele stoornis 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten	13.159	13.939
Seksuele stoornis 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten	24.159	25.591
Seksuele stoornis 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten	34.843	36.908
Seksuele stoornis 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten		
Seksuele stoornis 9	vanaf 30000 minuten		
Stoornissen in de impulsbeheersing			
Impulsbeheersing 1	vanaf 250 tot 800 minuten	940	995
Impulsbeheersing 2	vanaf 800 tot 1800 minuten	1.976	2.093
Impulsbeheersing 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.837	4.064
Impulsbeheersing 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten	5.082	5.383
Impulsbeheersing 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten	9.783	10.362
Impulsbeheersing 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten	17.960	19.025
Impulsbeheersing 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten	25.903	27.438
Impulsbeheersing 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten		
Impulsbeheersing 9	vanaf 30000 minuten		
Aan een middel gebonden stoornissen			
Aan een middel 1	vanaf 250 tot 800 minuten	853	904
Aan een middel 2	vanaf 800 tot 1800 minuten	1.691	1.791
Aan een middel 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.215	3.406
Aan een middel 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten	5.899	6.249
Aan een middel 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten	10.527	11.151
Aan een middel 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten	19.327	20.472
Aan een middel 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten	27.874	29.526
Aan een middel 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten		
Aan een middel 9	vanaf 30000 minuten		
Persoonlijkheidsstoornissen			
Persoonlijkheidsstoornissen 1	vanaf 250 tot 800 minuten	945	1.001
Persoonlijkheidsstoornissen 2	vanaf 800 tot 1800 minuten	1.973	2.090
Persoonlijkheidsstoornissen 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.560	3.771
Persoonlijkheidsstoornissen 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten	5.723	6.062
Persoonlijkheidsstoornissen 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten	11.770	12.467
Persoonlijkheidsstoornissen 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten	20.463	21.676
Persoonlijkheidsstoornissen 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten	29.512	31.261
Persoonlijkheidsstoornissen 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten		
Persoonlijkheidsstoornissen 9	vanaf 30000 minuten		
Verblijfssoorten			
Verblijfssoort A1	verblijfsintensiteit laag, beveiligingsniveau (zeer) laag		
Verblijfssoort A2	verblijfsintensiteit laag, beveiligingsniveau gemiddeld		
Verblijfssoort A3	verblijfsintensiteit laag, beveiligingsniveau hoog		
Verblijfssoort A4	verblijfsintensiteit laag,		

Bijzondere productgroepen	Tijdgrenzen	Kostprijs (€)	Tarief (€)
	beveiligingsniveau zeer hoog		
Verblijfssoort B1	verblijfsintensiteit gemiddeld,		
	beveiligingsniveau (zeer) laag		
Verblijfssoort B2	verblijfsintensiteit gemiddeld,		
	beveiligingsniveau gemiddeld		
Verblijfssoort B3	verblijfsintensiteit gemiddeld,		
	beveiligingsniveau hoog		
Verblijfssoort B4	verblijfsintensiteit gemiddeld,		
	beveiligingsniveau zeer hoog		
Verblijfssoort C1	verblijfsintensiteit hoog,		
	beveiligingsniveau (zeer) laag		
Verblijfssoort C2	verblijfsintensiteit hoog,		
	beveiligingsniveau gemiddeld		
Verblijfssoort C3	verblijfsintensiteit hoog,		
	beveiligingsniveau hoog		
Verblijfssoort C4	verblijfsintensiteit hoog,		
	beveiligingsniveau zeer hoog		