

Advies

# Forensische zorg

Productstructuur 2011

juli 2010



## Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
Hoofdpunten advies	7
Uitwerking onderdelen van advies	7
Wettelijk kader	7
Productstructuur en dummy prijzen	8
Kapitaalslasten	9
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
<b>2. Advies wettelijk kader</b>	<b>13</b>
2.1 Interim AMvB en Wet Forensische Zorg	13
2.2 Advies NZa	14
<b>3. Productstructuur DBBC FZ</b>	<b>17</b>
3.1 Inleiding	17
3.2 DBBC Systematiek: Behandeling en verblijf	17
3.2.1 Behandeling	17
3.2.2 Verblijf	17
3.3 Methode van onderbouwing prestaties en dummy prijzen	18
3.4 Indexatie en extrapolatie	19
3.5 Gebruik van kostprijzen	22
3.5.1 Behandeling	22
3.5.2 Verblijf	23
3.5.3 Verschillen forensische zorg en curatieve GGZ	23
3.5.4 Conclusie ten aanzien van gebruik kostprijzen in 2011	24
3.6 Doorontwikkeling DBBC productstructuur 2012	24
3.6.1 Verblijfssoorten	24
3.6.2 Aansluiting bij ontwikkelingen DBC GGZ	26
<b>4. Kapitaalslasten</b>	<b>27</b>
4.1 Budgetoverheveling kapitaalslasten van de AFBZ naar Justitie	27
4.2 Ontwikkeling normatieve huisvestingscomponent (NHC)	27
4.3 Advies NZa	28
<b>5. Technische aspecten DBBC-systematiek</b>	<b>29</b>
5.1 Ontwikkeling ZZP's binnen Forensische zorg	29
5.2 Vangnet en verrekenbedrag	29
5.3 Bevoorschotting	29
5.4 Tenders	30
5.5 Inkoop/herschikken productieafspraken	30
5.6 Creditbedrag bij overloop DBBC's	30
5.7 Declaratiebepalingen	30
5.8 Advies NZa	31
<b>Bijlage 1. Productstructuur met dummy prijzen 2011</b>	<b>33</b>
<b>Bijlage 2. Definities productstructuur DBBC FZ</b>	<b>37</b>
<b>Bijlage 3. Betrouwbare kostprijzen GGZ</b>	<b>39</b>
<b>Bijlage 4. Advies NZa aan Justitie over invoering ZZP's</b>	<b>43</b>



## Vooraf

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft dit advies geschreven voor het Ministerie van Justitie. Het projectteam Forensische Zorg van de directie Zorgmarkten Cure heeft het advies opgesteld. Velen binnen en buiten de NZa hebben een bijdrage geleverd aan dit advies. Dank aan allen voor het beschikbaar stellen van tijd en aandacht en constructieve bijdragen in de consultatie.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur



## Managementsamenvatting

### *Hoofdpunten advies*

De NZa adviseert om dummy prijzen te gebruiken bij de inkoop van DBBC's. De redenen hiervoor zijn:

- De NZa stimuleert hiermee dat de zorgaanbieders en de zorginkoper ervaring opdoen met het proefdraaien in DBBC's.
- De prestaties en tarieven forensische zorg zijn niet aan regulering onderhevig in de periode tussen het interim besluit en de Wet Forensische Zorg.
- De kostprijzen zijn onvoldoende onderbouwd voor de verblijfssoorten.
- De kostprijzen van de behandelgroepen kunnen niet volledig worden onderbouwd met data van instellingen, die positief zijn beoordeeld in de audit.

Er is hiermee om inhoudelijke redenen onvoldoende zekerheid om tarieven te baseren op de aangeleverde kostprijsgegevens. Daarnaast kunnen om juridische redenen geen tarieven 2011 worden vastgesteld. Om deze redenen adviseert de NZa geen tarieven maar dummy prijzen.

Dummy prijzen zijn niet vergelijkbaar met gereguleerde tarieven, waar een bezwaar- en beroepsmogelijkheid tegen open staat. In dit rapport doet de NZa een voorstel voor het gebruik van dummy prijzen voor zowel behandelgroepen als verblijfssoorten van de DBBC's. Van deze dummy prijzen kan in de onderhandeling tussen de zorginkoper en zorgaanbieder worden afgeweken, als hiertoe volgens de onderhandelingspartners aanleiding bestaat.

De NZa adviseert om per 1 januari 2011 te starten met het declareren van DBBC's indien wordt voldaan aan de volgende voorwaarden:

- Per 1 januari 2011 is het interim besluit<sup>1</sup> van kracht dat onder meer regelt dat de forensische zorg niet langer onder de werkingssfeer van de Wmg valt.
- Het budget op basis van NZa-parameters en het totaal aan tendercontracten bepaalt in 2011 het verrekenbedrag (=verschil tussen het budget + tendercontracten en DBBC-omzet).
- Een adequate bevoorschotting voor klinische en ambulante zorg op basis van budgetparameters 2011.
- Ook de tendercontracten worden gedeclareerd in DBBC's, waardoor eenheid ontstaat van prestatie en richtprijs tussen reguliere contracten en tendercontracten.

Het risico van DBBC-declaratie (vanwege mogelijk onjuiste dummy prijzen) wordt in voldoende mate opgevangen door het vangnet op basis van NZa parameters en de tendercontracten en een adequate bevoorschotting.

### *Uitwerking onderdelen van advies*

- Wettelijk kader

Nadat de AMvB in werking is getreden, ontstaat er een tussenfase totdat de Wet Forensische Zorg (Wfz) wordt aangenomen. In deze tussenfase vallen de zorgprestaties niet onder een wettelijk kader. Dit betekent dat voor de zorginkoop geen prestaties en tarieven kunnen worden vastgesteld. Zolang de Wfz met nieuwe bevoegdheden tot het vaststellen van prestaties en tarieven forensische zorg niet in werking is getreden,

<sup>1</sup> Conceptbesluit d.d. 23-04-2008 houdende wijziging van het Besluit zorgaanpakken AWBZ, het Besluit zorgverzekering en het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG in verband met het brengen van de forensische zorg in strafrechtelijk kader onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie.

zal deze periode van ongereguleerde prestaties en tarieven blijven bestaan. Onderzoek van de NZa wijst uit dat de markt voor forensische zorg zich nog onvoldoende heeft ontwikkeld voor een verantwoorde invoering van ongereguleerde prijsvorming. De NZa adviseert om deze periode van reguleringonzekerheid zo kort mogelijk te laten duren. In dat verband geeft de NZa Justitie mee om al datgene te doen dat binnen haar mogelijkheden ligt om te bewerkstelligen dat de Wfz daadwerkelijk per 1 januari 2012 en het interim besluit per 1 januari 2011 in werking treden.

De NZa begrijpt dat er ondertussen in de markt, zowel bij zorgaanbieders als de zorginkoper behoefte is aan uniformiteit in prijsstelling. In deze ontwikkelfase van de productstructuur vermindert een richtprijs de administratieve lasten voor zowel aanbieders als zorginkoper en vergemakkelijkt het inkoopgesprekken. De reden hiervoor is dat instellingen momenteel nog onvoldoende zicht hebben op hun kostprijzen en de inkoper de prijs-/kwaliteitsverhouding van zorg tussen instellingen nog moeilijk kan vergelijken. De NZa adviseert om een start te maken met het onderhandelen over prijzen voor DBBC's en het declareren van DBBC's. Hierdoor kan inzicht worden opgedaan in hoeverre de dummy prijzen reële prijzen betreffen.

De periode waarin dubbele registratie plaatsvindt (in DBBC's en budgetparameters) dient zo kort mogelijk te duren. Afstemming is gewenst tussen de regulering voor de curatieve GGZ en voor de Forensische Zorg over het overgangsmoment naar volledige DBC en DBBC-bekostiging. Hiermee kunnen de administratieve lasten en consequenties voor bekostiging van overschakeling naar het DBBC-systeem worden beperkt.

#### *Productstructuur en dummy prijzen*

De NZa adviseert voor 2011 dummy prijzen voor zowel de behandelgroepen als de verblijfssoorten. De kostenhomogeniteit van de behandelgroepen is ten opzichte van vorig jaar verbeterd door de toegenomen aanlevering van registratiedata en kostprijsgegevens. Niet alle behandelgroepen bevatten echter voldoende gegevens om een kostprijs te kunnen bepalen. Ook zijn de kostprijzen van de behandelgroepen niet volledig gebaseerd op data van instellingen die positief zijn beoordeeld in de audit. De NZa adviseert om op basis van lineaire extrapolatie de behandelgroepen behandeling met de hoge tijdsgrenzen, waarvoor onvoldoende gegevens beschikbaar zijn, van een richtprijs te voorzien.

Verblijfssoorten kunnen nog niet worden onderbouwd met registratiedata en kostprijsgegevens. Uit de audit forensische zorg door KPMG bleek dat de verblijfssoorten nog nauwelijks worden geregistreerd door instellingen. De uitvraag naar aanvullende informatie door Capgemini in maart 2010 leverde geen consistent beeld op. De NZa adviseert de dummy prijzen van verblijfssoorten te bepalen op basis van ruw afgeronde gemiddelde prijzen van de aangeleverde kostprijsgegevens.

Om te voorkomen dat volgend jaar wederom onvoldoende data beschikbaar is voor verblijfssoorten adviseert de NZa dat Justitie op korte termijn start met het voorlichten van zorgaanbieders omtrent de registratie van verblijfssoorten.

Wat betreft de doorontwikkeling van de verblijfssoorten heeft de NZa de voorkeur voor de verbetering van de huidige structuur door het uitwerken van de mogelijkheid om de grenzen van verblijfsintensiteit en hiermee ook de kosten te variëren per beveiligingsniveau. De NZa



beveelt aan dat deze methode voor 1 januari 2011 met kostprijzen nader wordt onderbouwd, zodat deze per 2012 kan worden ingevoerd.

Een alternatief voor bovengenoemd voorkeurscenario is de ontwikkeling van een beveiligingscomponent op de DBBC's. Hiervoor zal het kostprijsmodel moeten worden aangepast en zal er anders moeten worden geregistreerd. De NZa beveelt aan ook deze methode voor 1 januari 2011 door te ontwikkelen, zodat invoering per 2012 tot de mogelijkheden behoort.

– Kapitaalslasten

De loon- en materiële kosten van de forensische zorg zijn overgeheveld van de AFBZ naar Justitie. Voor de kapitaalslasten was dit nog niet mogelijk omdat deze nog niet waren af te splitsen van de overige kapitaalslasten. Een werkgroep van VWS, Justitie, Financiën en de NZa heeft de overheveling van de kapitaalslasten voorbereid.

De NZa zal een inventarisatie uitvoeren om de over te hevelen kapitaalslasten van de AFBZ naar Justitie te actualiseren. Daarmee zal de hoogte van de kapitaalslasten in januari 2011 duidelijk worden. Daarnaast adviseert de NZa om per 2012 de kapitaalslasten volledig te normeren in het tarief van de zorgprestaties door middel van een Normatieve Huisvestingscomponent (NHC). Deze systematiek sluit aan bij de ontwikkelingen in de AWBZ en curatieve GGZ. Om tot een NHC voor forensische zorg te komen is een afzonderlijk onderzoekstraject nodig vanwege de specifieke kenmerken van de forensische zorg: de huisvesting is divers van aard, het benodigde beveiligingsniveau kan per cliënt verschillen en het beveiligingsniveau kan gedurende het zorgtraject van een cliënt sterk variëren.



## 1. Inleiding

De NZa adviseert het Ministerie van Justitie over de prestaties en tarieven in de forensische zorg. Sinds 2009 is dit het derde rapport dat wordt gepubliceerd vanuit deze adviesrol. Het eerste advies betrof de productstructuur forensische zorg 2010, dat in juli 2009 is uitgebracht. Het tweede advies betrof de marktordening forensische zorg. Dit advies is in april 2010 vastgesteld en zal later dit jaar worden gepubliceerd.

Het voorliggende rapport is het derde advies en betreft de productstructuur forensische zorg 2011. Dit advies zal ingaan op de volgende onderdelen:

- wettelijk kader voor de forensische zorg;
- productstructuur DBBC Forensische zorg 2011;
- kapitaalslasten;
- technische aspecten van de DBBC-systematiek.

Vorig jaar is eveneens een advies geschreven over de productstructuur forensische zorg. Om de leesbaarheid te bevorderen spitst dit advies zich toe op nieuwe ontwikkelingen sinds 2009. In dit adviesrapport wordt zo min mogelijk herhaald wat al in het voorgaande rapport is geschreven. Er zal worden aangegeven en onderbouwd wanneer afgeweken wordt van voorgaande adviezen.

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het wettelijk kader ter borging van de prestatie- en tariefregulering in de forensische zorg. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de uitgangspunten van de NZa over tariefregulering en de onderbouwing van de DBBC-productstructuur. In hoofdstuk 4 wordt het advies gegeven ten aanzien van kapitaalslasten binnen de forensische zorg. Hoofdstuk 5 behandelt overige technische aspecten in de uitvoering van regelgeving van forensische zorg, voor zover zich hier in 2010 nieuwe ontwikkelingen hebben voorgedaan.



## 2. Advies wettelijk kader

In het advies van juli 2009 heeft de NZa een aantal voorwaarden gesteld voordat er in DBBC's kan worden gedeclareerd. Eén van de voorwaarden voor declaratie was het in werking treden van de Algemene Maatregel van Bestuur. Op 7 juni 2010 is het wetsvoorstel Forensische Zorg (Wfz) ingediend bij de Tweede Kamer. Van belang is dat hierin de bevoegdheid voor het vaststellen van zorgprestaties en tarieven in de forensische zorg is geborgd. In dit hoofdstuk worden vragen, actuele discussies en gevolgen van het wettelijk kader voor de productstructuur in de forensische zorg in 2011 behandeld.

### 2.1 Interim AMvB en Wet Forensische Zorg

Sinds 2007 is gesproken over de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) die de forensische zorg buiten de reikwijdte van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) plaatst.<sup>2</sup> Vanaf 2008 zijn de fondsen vallend onder de begroting van VWS voor zover het forensische zorg betreft, wel overgeheveld naar Justitie, maar is de AMvB niet vastgesteld.

De AMvB is nodig om het Besluit Uitbreiding Beperking Wmg (BUB Wmg) aan te passen. Bevoegdheden tot het vaststellen van prestaties en tarieven voor forensische zorg worden toegekend bij wijziging van de Wfz en Wmg. De AMvB is nodig voordat aan een ander bestuursorgaan dan de NZa of op basis van een andere wet dan de Wmg de bevoegdheid kan worden toegekend om prestaties en tarieven vast te stellen.

#### *Gevolg niet in werking treden van AMvB*

Momenteel valt zorg die wordt bekostigd uit de begroting van het Ministerie van Justitie, binnen de reikwijdte van de Wmg. De NZa is bevoegd voor deze zorg prestaties en tarieven vast te stellen. In artikel 35 Wmg is het verbod vastgelegd om tarieven in rekening te brengen die niet door de NZa zijn vastgesteld. De NZa heeft Justitie hierover in december 2009 geadviseerd voordat zij besloot tot factureren over te gaan. De NZa raadt Justitie aan de wettelijke basis voor declaratie voor januari 2011 te borgen als Justitie zorgaanbieders DBBC's wil laten declareren.

#### *Welke bevoegdheden krijgt Justitie als AMvB van kracht wordt?*

Met de inwerkingtreding van de AMvB wordt de forensische zorg buiten de reikwijdte van de Wmg geplaatst. Daartoe wordt aan het BUB Wmg een nieuw artikel toegevoegd waarmee de artikelen 16 b en c, 23 t/m 43 en 45 t/m 59 Wmg niet van toepassing zijn op forensische zorg. De algemene bepalingen van de Wmg over de NZa uit paragraaf 2.1 blijven wel van toepassing. Deze bepalingen regelen de organisatie van de NZa en het gegeven dat de Minister van VWS de bevoegdheid heeft de NZa een aanwijzing te geven en haar besluiten te vernietigen. De bepalingen die de NZa de bevoegdheid geven informatie op te vragen bij marktpartijen (art. 60 – 71PM), blijven ook van kracht.

---

<sup>2</sup> Conceptbesluit d.d. 23-04-2008 houdende wijziging van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, het Besluit zorgverzekering en het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG in verband met het brengen van de forensische zorg in strafrechtelijk kader onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie.

Als het besluit (de AMvB) wordt vastgesteld zijn de prestaties en tarieven voor forensische zorg ongereguleerd<sup>3</sup>. Hierdoor kunnen contractpartijen volgens onderling af te sluiten contracten prestaties en tarieven bepalen voor de door Justitie te bekostigen forensische zorg.

Justitie heeft slechts de bevoegdheid om prestaties en tarieven vast te stellen indien dit bij formele wet is geregeld. Volgens het wetsvoorstel forensische zorg krijgen de Minister van Justitie en de Minister van VWS gezamenlijk de bevoegdheid tot het vast stellen van prestaties en tarieven voor forensische zorg.<sup>4</sup> Hiervoor ontbreekt volgens de NZa momenteel, tot inwerking treding van de Wfz, een wettelijke grondslag. Ook in het Wetboek van Strafrecht of het Wetboek van Strafvordering is die bevoegdheid niet geregeld. Een AMvB of Besluit van lagere orde dan een wet kan de wettelijke grondslag voor deze bevoegdheid naar de mening van de NZa niet verlenen.

Justitie koopt nu zorg in op basis van algemeen geldend aanbestedingsrecht. De instelling is echter vrij om hier een prijs voor te bieden. Een uniforme prijsstelling in de vorm van tarieven kan niet publiekrechtelijk worden afgedwongen. Bestuursrechtelijke handhaving van informatieverzoeken voor kostprijsinformatie ter onderbouwing van de productstructuur en de tarieven is ook niet mogelijk.

## 2.2 Advies NZa

Justitie heeft niet dezelfde taken en bevoegdheden als die door de Wmg aan de NZa zijn gegeven. Het is hierdoor voor Justitie niet nodig beleidsregels vast te stellen om forensische zorg in te kopen. Vorig jaar is (op advies van de NZa) gekozen voor het publiceren van een beleidskader in de Staatscourant waarin Justitie aangeeft dat zij zich hiaraan bindt bij de inkoop van forensische zorg. Hiermee wordt aan instellingen rechtszekerheid geboden over het inkoopbeleid van Justitie. Dit adviseert de NZa ook voor 2011.

De NZa adviseert Justitie om te bevorderen dat de AMvB BUB Wmg zo snel mogelijk in werking treedt. De forensische zorg is dan niet langer gereguleerd. Dit betekent dat voor de zorginkoop geen prestaties en tarieven kunnen worden vastgesteld. Hier zijn geen beleidsregels voor nodig. Aangezien prestaties en tarieven niet zijn gereguleerd kan met Zorgzwaartepakketten (ZZP's) worden geëxperimenteerd, zonder dat hier de invoering van extra regels voor nodig is. Elke instelling kan een instellingseigen prijs of richtprijs worden betaald, zolang die maar in het contract met Justitie wordt vastgelegd.

Zolang de Wet Forensische Zorg niet is aangenomen, zal deze periode van ongereguleerde prestaties en tarieven blijven bestaan, zonder dat hiervoor in het marktgedrag aanleiding is. De bekostiging van instellingen zal blijven verlopen via de NZa parameters totdat een nieuwe productstructuur wettelijk kan worden vastgesteld. De NZa adviseert Justitie te bevorderen dat de Wfz zo snel mogelijk in werking treedt, om deze tussenfase met reguleringonzekerheid te beëindigen.

De NZa begrijpt dat er ondertussen in de markt, zowel bij zorgaanbieders als de zorginkoper behoefte is aan uniformiteit in

---

<sup>3</sup> Concept besluit 23 april 2008 behorend bij adviesaanvraag aan College bescherming persoonsgegevens

<sup>4</sup> Art.4.2 van "Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg) nr. 32 398

prijsstelling. In deze ontwikkelfase van de productstructuur vermindert een richtprijs de administratieve lasten voor zowel aanbieders als zorginkoper en vergemakkelijkt het inkoopgesprekken. De reden hiervoor is dat instellingen nog geen goed zicht hebben op hun instellingseigen kostprijzen en de inkoper de prijs-/kwaliteitsverhouding van zorg tussen instellingen nog moeilijk kan vergelijken.

De NZa adviseert Justitie om in de periode tussen het van kracht worden van de AMvB en het in werking treden van de Wfz dummy prijzen voor de onderhandeling in de forensische zorg te gebruiken als basis voor de contractsonderhandelingen.

Het vangnet op basis van NZa-parameters en het totaal aan tendercontracten en een adequate bevoorschotting bieden volgens de NZa voldoende bekostigingszekerheid voor zowel zorgaanbieders als zorginkoper in deze tussenfase. Ondertussen kan wel met declaratie van forensische zorgprestaties worden geoefend en inzicht worden opgedaan in hoeverre de dummy prijzen reële prijzen betreffen. Volgens de NZa kan het vangnet niet worden afgebouwd zonder wettelijke verankering van de nieuwe productstructuur.

De dummy prijzen zijn niet vergelijkbaar met gereguleerde tarieven, waar een bezwaar- en beroepsmogelijkheid tegen open staat. In dit rapport adviseert de NZa het gebruik van dummy prijzen voor zowel behandelgroepen als verblijfssoorten van de DBBC's. Van deze dummy prijzen kan echter in de onderhandeling worden afgeweken als hier volgens de onderhandelingspartners aanleiding toe bestaat.





## 3. Productstructuur DBBC FZ

### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat een belangrijk onderdeel van het advies: de onderbouwing van de dummy prijzen van de DBBC productstructuur. Aan de hand van de criteria die de NZa hanteert inzake tariefregulering wordt de onderbouwing van de tariefstructuur en kostprijzen DBBC's geanalyseerd.<sup>5</sup> Dit leidt tot een advies ten aanzien van:

- methode van onderbouwing prestaties en dummy prijzen;
- indexatie en extrapolatie;
- gebruik van de kostprijzen;
- doorontwikkeling DBBC productstructuur 2012.

In eerste instantie zal een korte uiteenzetting gegeven worden over de productstructuur van de forensische zorg.

### 3.2 DBBC Systematiek: Behandeling en verblijf

#### 3.2.1 Behandeling

Het uitgangspunt voor de DBBC's in de forensische zorg is de systematiek van DBC GGZ, tenzij er reden is tot afwijking hiervan. De productstructuur van de forensische zorg kent 93 productgroepen. Deze zijn als volgt onderverdeeld:

- bijzondere groepen: DBBC's die alleen indirecte tijd, directe tijd op diagnostiek (en eventueel indirecte tijd) of alleen verblijf bevatten;
- behandeling kort: DBBC's die minder dan 250 minuten direct patiëntgebonden tijd bevatten;
- langdurende of intensieve behandeling: DBBC's die 250 minuten of meer direct patiëntgebonden tijd bevatten.

De productgroepen voor langdurende of intensieve behandeling in de productstructuur DBBC FZ 2010 bestaan uit 8 hoofdgroepdiagnoses:

- stoornissen in de kindertijd;
- schizofrenie en andere psychotische stoornissen;
- problemen in verband met misbruik of verwaarlozing;
- restgroep diagnoses;
- seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen;
- stoornissen in de impulsbeheersing;
- aan een middel gebonden stoornissen;
- persoonlijkheidsstoornissen.

#### 3.2.2 Verblijf

In de DBBC systematiek wordt verblijf onderverdeeld in verschillende verblijfssoorten. De verblijfssoorten zijn opgebouwd uit een combinatie van de intensiteit van het verblijf en het niveau van beveiliging. In totaal zijn er twaalf verblijfssoorten gedefinieerd.

---

<sup>5</sup> Onder meer Visiedocument Theoretisch Kader liberalisering Vrije Beroepen, NZa, Utrecht, februari 2007. Voor de nadere uitwerking van de uitgangspunten wil ik verwijzen naar het adviesrapport zal dit vorig jaar is uitgegeven (juist verwijzing noemen).

**Grafiek 1. Overzicht verblijfssoorten**

Beveiligings- niveau Verblijfs- intensiteit	(Zeer) Laag (1)	Gemiddeld (2)	Hoog (3)	Zeer Hoog (4)
Laag (A)	A1	A2	A3	A4
Gemiddeld (B)	B1	B2	B3	B4
Hoog (C)	C1	C2	C3	C4

Bron: Ministerie van Justitie: Spelregels DBBC FZ 2010 versie F2.0

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

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.

Onder beveiliging wordt verstaan de materiële en personele beveiliging. Hierbij gaat het vooral over de organisatorische, personeelsmatige, bouwkundige en elektronische beveiliging tegen direct gevaar.

### 3.3 Methode van onderbouwing prestaties en dummy prijzen

In deze paragraaf worden eerst de uitgangspunten van de NZa geschetst voor de onderbouwing van prestaties en dummy prijzen. Vervolgens wordt onderzocht in hoeverre het onderzoek dat is uitgevoerd door Capgemini aansluit bij de uitgangspunten die door de NZa worden gehanteerd. In deze paragraaf worden de uitkomsten van deze toetsing gepresenteerd. Tevens wordt de methode van extrapolatie besproken.

Bij het onderbouwen van tarieven zijn nauwkeurigheid, betrouwbaarheid en representativiteit van belang. Aan de hand van deze criteria vindt de toetsing door de NZa plaats:

– *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. De nauwkeurigheid kan worden gecontroleerd door kostprijzen te auditeren. In een audit wordt de berekening volgens het kostprijsmodel en aansluiting bij de jaarrekening gemeten.

– *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 *aselectheid*. Een steekproef behoort *aselect* 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.

In bijlage 3 worden de uitgangspunten voor betrouwbare kostprijzen nader onderbouwd.

### 3.4 Indexatie en extrapolatie

De NZa geeft er de voorkeur aan om op basis van de meest betrouwbare data de kostprijzen die niet goed kunnen worden onderbouwd te extrapoleren. Dit is in de productstructuur forensische zorg bij 26 productgroepen behandeling het geval. De productgroepen die wel kostenhomogeen zijn, maar gebaseerd op minder dan 50 maar meer dan 10 kostprijzen, zijn ongewijzigd meegenomen en niet geëxtrapoleerd.

Voor extrapolatie zijn twee methoden onderzocht, extrapolatie op basis van een staffel en lineaire extrapolatie. De staffel wordt bepaald door verhoudingsgetallen tussen de tijdsranges over alle behandelgroepen heen. De staffel is zelf diagnose onafhankelijk. Vervolgens wordt de staffel gebruikt om binnen een behandelgroep van één diagnose vanuit een andere tijdgrens de ontbrekende kostprijzen voor behandelgroepen in te vullen (diagnose afhankelijk). Dit kan op basis van verhoudingen in DBC GGZ of DBBC forensische zorg.

Vorig jaar heeft de NZa geadviseerd om de staffel uit DBC GGZ te gebruiken voor extrapolatie. Inmiddels is er meer data aangeleverd binnen de forensische zorg, zodat met een staffel forensische zorg gewerkt kan worden. Deze staffel bootst de werkelijkheid in de forensische zorg beter na dan de staffel GGZ.

Capgemini heeft op basis van de huidige data onderzoek gedaan naar de staffels binnen de GGZ en de forensische zorg. Het blijkt dat de verhoudingen in tijdsranges verschillen per diagnose. In de staffelmethode kan met deze verschillen tussen diagnoses geen rekening worden gehouden. Er is hiervoor onvoldoende data voorhanden. De NZa sluit zich aan bij de analyse van Capgemini.

Bij de methode lineaire extrapolatie is dit jaar meer data voorhanden dan vorig jaar. Hierdoor kan met gebruik van deze methode binnen een behandelgroep met dezelfde diagnose worden geëxtrapoleerd. Deze methode houdt rekening met de groei en de verhoudingen in tijdsranges binnen eenzelfde behandelgroep.

De NZa stelt voor om de methode van lineaire extrapolatie te gebruiken.

In de tabel hieronder wordt weergegeven wat het resultaat is van deze extrapolatie in de behandelgroepen. Wanneer een kostprijs aan geen van de eisen voor validiteit voldoet, wordt deze niet meegenomen in het

overzicht gemiddelde kostprijs. Voor de gearceerde kostprijzen is de extrapolatie gehanteerd.

**Tabel 1. Resultaat lineaire extrapolatie kostprijzen DBBC's behandelgroepen**

Productgroep	Gemiddelde kostprijs	Lineaire extrapolatie	Nieuwe kostprijs
Bijzondere productgroep Indirect			
Indirect - vanaf 0 tot 50 minuten	35	3%	36
Indirect - vanaf 50 tot 100 minuten	107		107
Indirect - vanaf 100 tot 200 minuten	227		227
Indirect - vanaf 200 tot 400 minuten	447		447
Indirect - vanaf 400 tot 800 minuten	852		852
Indirect - vanaf 800 minuten	2.208	-35%	1.438
Bijzondere productgroep Diagnostiek			
Diagnostiek - vanaf 0 tot 100 minuten	111		111
Diagnostiek - vanaf 100 tot 200 minuten	237		237
Diagnostiek - vanaf 200 tot 400 minuten	477		477
Diagnostiek - vanaf 400 tot 800 minuten	844		844
Diagnostiek - vanaf 800 tot 1200 minuten	1.507		1.507
Diagnostiek - vanaf 1200 tot 1800 minuten	2.164		2.164
Diagnostiek - vanaf 1800 minuten	5.146	-32%	3.507
Productgroep Behandeling kort			
Behandeling Kort - vanaf 0 tot 100 minuten	92		92
Behandeling Kort- vanaf 100 tot 200 minuten	231		231
Behandeling Kort - vanaf 200 tot 400 minuten	459		459
Behandeling Kort - vanaf 400 tot 800 minuten	890		890
Behandeling Kort - vanaf 800 tot 1200 minuten	1.613		1.613
Behandeling Kort - vanaf 1200 tot 1800 minuten	2.340		2.340
Behandeling Kort - vanaf 1800 minuten	4.042		4.042
Productgroep Langdurende of intensieve behandeling Stoornissen in de kindertijd			
Stoorn. in de kindertijd - vanaf 250 tot 800 min	1.004		1.004
Stoorn. in de kindertijd - vanaf 800 tot 1800 min	2.096		2.096
Stoorn. in de kindertijd - vanaf 1800 tot 3000 min	3.717		3.717
Stoorn. in de kindertijd - vanaf 3000 tot 6000 min	6.718		6.718
Stoorn. in de kindertijd - vanaf 6000 tot 12000 min	13.708		13.708
Stoorn. in de kindertijd - vanaf 12000 tot 18000 min	21.785	5%	22.818
Stoorn. in de kindertijd - vanaf 18000 tot 24000 min	31.773	1%	31.946
Stoorn. in de kindertijd - vanaf 24000 tot 30000 min		3%	41.073
Stoorn. in de kindertijd - vanaf 30000 minuten		-4%	50.200

Productgroep	Gemiddelde kostprijs	Lineaire extrapolatie	Nieuwe kostprijs
Productgroep Langdurende of intensieve behandeling Schizofrenie			
Schizofrenie - vanaf 250 tot 800 minuten	977		977
Schizofrenie - vanaf 800 tot 1800 minuten	1.962		1.962
Schizofrenie - vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.915		3.915
Schizofrenie - vanaf 3000 tot 6000 minuten	7.199		7.199
Schizofrenie - vanaf 6000 tot 12000 minuten	13.704		13.704
Schizofrenie - vanaf 12000 tot 18000 minuten	22.798		22.798
Schizofrenie - vanaf 18000 tot 24000 minuten	30.298		30.298
Schizofrenie - vanaf 24000 tot 30000 minuten	37.863	5%	39.941
Schizofrenie - vanaf 30000 minuten	53.219	-8%	48.817
Productgroep Langdurende of intensieve behandeling Misbruik of verwaarlozing			
Misbruik of verwaarlozing - vanaf 250 tot 800 min	976		976
Misbruik of verwaarlozing - vanaf 800 tot 1800 min	2.183		2.183
Misbruik of verwaarlozing - vanaf 1800 tot 3000 min	3.879		3.879
Misbruik of verwaarlozing - vanaf 3000 tot 6000 min	6.546		6.546
Misbruik of verwaarlozing - vanaf 6000 tot 12000 min	12.646		12.646
Misbruik of verwaarlozing - vanaf 12000 tot 18000 min	20.711	4%	21.463
Misbruik of verwaarlozing - vanaf 18000 tot 24000 min			30.048
Misbruik of verwaarlozing - vanaf 24000 tot 30000 min			38.634
Misbruik of verwaarlozing - vanaf 30000 min			47.219
Productgroep Langdurende of intensieve behandeling Restgroep diagnoses			
Restgroep diagnoses - vanaf 250 tot 800 min	938		938
Restgroep diagnoses - vanaf 800 tot 1800 min	2.035		2.035
Restgroep diagnoses - vanaf 1800 tot 3000 min	3.652		3.652
Restgroep diagnoses - vanaf 3000 tot 6000 min	6.535		6.535
Restgroep diagnoses - vanaf 6000 tot 12000 min	12.699		12.699
Restgroep diagnoses - vanaf 12000 tot 18000 min	20.175		20.175
Restgroep diagnoses - vanaf 18000 tot 24000 min	29.785		29.785
Restgroep diagnoses - vanaf 24000 tot 30000 min		-12%	37.756
Restgroep diagnoses - vanaf 30000 min	62.610	-26%	46.147
Productgroep Langdurende of intensieve behandeling Seksuele stoornissen en genderidentiteitstoornissen			
Seksuele stoornis - vanaf 250 tot 800 min	1.071		1.071
Seksuele stoornis - vanaf 800 tot 1800 min	2.136		2.136
Seksuele stoornis - vanaf 1800 tot 3000 min	3.910		3.910
Seksuele stoornis - vanaf 3000 tot 6000 min	6.351		6.351
Seksuele stoornis - vanaf 6000 tot 12000 min	13.303		13.303
Seksuele stoornis - vanaf 12000 tot 18000 min	21.746		21.746
Seksuele stoornis - vanaf 18000 tot 24000 min	30.625		30.625
Seksuele stoornis - vanaf 24000 tot 30000 minuten	41.515	-5%	39.381
Seksuele stoornis - vanaf 30000 minuten		-6%	48.132

Productgroep	Gemiddelde kostprijs	Lineaire extrapolatie	Nieuwe kostprijs
Productgroep Langdurende of intensieve behandeling Stoornissen in de impulsbeheersing			
Impulsbeheersing - vanaf 250 tot 800 min	944		944
Impulsbeheersing - vanaf 800 tot 1800 min	1.975		1.975
Impulsbeheersing - vanaf 1800 tot 3000 min	3.616		3.616
Impulsbeheersing - vanaf 3000 tot 6000 min	6.043		6.043
Impulsbeheersing - vanaf 6000 tot 12000 min	11.893		11.893
Impulsbeheersing - vanaf 12000 tot 18000 min		-3%	20.092
Impulsbeheersing - vanaf 18000 tot 24000 min		-12%	28.129
Impulsbeheersing - vanaf 24000 tot 30000 minuten			36.166
Impulsbeheersing - vanaf 30000 minuten		0%	44.203
Aan een middel			
Aan een middel - vanaf 250 tot 800 minuten	882		882
Aan een middel - vanaf 800 tot 1800 minuten	1.761		1.761
Aan een middel - vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.309		3.309
Aan een middel - vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.149		6.149
Aan een middel - vanaf 6000 tot 12000 minuten	11.497		11.497
Aan een middel - vanaf 12000 tot 18000 minuten	20.962		20.962
Aan een middel - vanaf 18000 tot 24000 minuten	28.030	2%	28.690
Aan een middel - vanaf 24000 tot 30000 minuten		-5%	36.887
Aan een middel - vanaf 30000 minuten		-14%	45.084
Persoonlijkheid			
Persoonlijkheid - vanaf 250 tot 800 minuten	979		979
Persoonlijkheid - vanaf 800 tot 1800 minuten	2.030		2.030
Persoonlijkheid - vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.797		3.797
Persoonlijkheid - vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.380		6.380
Persoonlijkheid - vanaf 6000 tot 12000 minuten	13.278		13.278
Persoonlijkheid - vanaf 12000 tot 18000 minuten	22.518		22.518
Persoonlijkheid - vanaf 18000 tot 24000 minuten		-7%	30.315
Persoonlijkheid - vanaf 24000 tot 30000 minuten	38.379		38.379
Persoonlijkheid - vanaf 30000 minuten		-9%	47.638

Bron: Bijlagen bij Verantwoordingsdocument Productstructuur DBBC FZ 2011, Capgemini, 11 juni 2010

In de curatieve GGZ wordt 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 de DBBC-prijzen 2011.

De dummy prijzen 2011, die de NZa adviseert, zijn vermeld in bijlage 1. Deze prijzen zijn gebaseerd op voorlopig prijspeil 2011.

### 3.5 Gebruik van kostprijzen

#### 3.5.1 Behandeling

Ten aanzien van de behandelgroepen kan gesteld worden dat zowel de kostenhomogeniteit als het aantal DBBC's van de aanleveringen positief is. Ten aanzien van deze aspecten is de productstructuur in belangrijke mate verbeterd ten opzichte van vorig jaar.

Er is in het kostenonderzoek niet gebruik gemaakt van subpopulaties. Wel heeft Capgemini hiernaar onderzoek gedaan (zie

verantwoordingsdocument pagina 4). Uitkomst hiervan was dat weging niet leidde tot betere kostprijzen.

Ten behoeve van het kostprijsonderzoek is een audit uitgevoerd. Belangrijk criterium hiervoor betrof de aansluiting van de aangeleverde kostprijzen met de jaarrekening. De uitkomst van de audit was dat 10 instellingen positief zijn beoordeeld. De representativiteit van deze 10 instellingen is beperkt. Voor meerdere kostendragers (bijv. kostprijs klinisch geriater, forensisch psychiatrisch verpleegkundige) waren 1 of zelfs 0 waarnemingen beschikbaar.

Onderzocht is in hoeverre de totale groep (inclusief de kostprijzen van de instellingen die niet positief uit de audit zijn gekomen) afweek van de kostprijzen van de groep instellingen die wel positief beoordeeld zijn in de audit. Voor wat betreft kostenhomogeniteit wijkt deze niet substantieel van elkaar af. Het aantal waarnemingen is echter zeer beperkt en hierdoor niet valide. Van de 10 positief beoordeelde instellingen in de audit zijn er 8 instellingen met valide uitkomsten. De mediane kostprijzen van deze 8 beschikbare geauditeerde instellingen bevinden zich wel op een lager niveau. 26 van de 30 mediane kostprijzen van de kostendragers beroepen zijn lager bij de in de kostprijs audit goedgekeurde instellingen.

### 3.5.2 Verblijf

De verblijfssoorten kunnen nog niet worden onderbouwd met registratiedata en kostprijsgegevens. In de audit forensische zorg door KPMG in opdracht van de NZa van februari 2010 is geconstateerd dat de verblijfssoorten nog nauwelijks worden geregistreerd door instellingen. KPMG concludeerde dat vaak het totaal aan verblijfsdagen door middel van een schatting van de afdelingsmanager ingedeeld werd naar verblijfssoorten. In maart 2010 heeft Capgemini een uitvraag gedaan naar aanvullende informatie over verblijfssoorten. Hieruit is geen consistent beeld gekomen. De spreiding binnen een bepaalde kostprijs is zeer groot (geringe kostenhomogeniteit).

De kostprijzen van de verblijfssoorten variëren soms met 600 euro per dag. De NZa raadt daarom af tarieven voor verblijfssoorten vast te stellen, aangezien deze onvoldoende onderbouwd zijn.

### 3.5.3 Verschillen forensische zorg en curatieve GGZ

Dit jaar heeft Capgemini, in samenwerking met Prismant, een kostprijsonderzoek voor de forensische zorg uitgevoerd en DBC Onderhoud in 2009 voor de curatieve GGZ. De gehanteerde kostprijsmodellen komen op belangrijke punten overeen, waardoor het vergelijken van de uitkomsten relevant is.

Gebleken is dat de kostprijzen per kostendrager voor de beroepsgroepen van forensische zorg ongeveer 5% lager zijn dan voor de GGZ. Dit is tegen de verwachting in. Er wordt verondersteld dat beide kostprijzen per kostendrager aan elkaar gelijk zijn of dat de kostprijzen bij forensische zorg iets hoger zijn. De reden hiervoor is de zwaardere cliëntendoelgroep waarvoor doorgaans hoger gekwalificeerd personeel met meer ervaring wordt ingezet.

De kostprijsonderzoeken verschillen op de volgende punten:

- gebruik van mediane kostprijs bij forensische zorg versus frequentie gewogen kostprijs bij DBC GGZ;
- steekproefgrootte (aantal waarnemingen per kostendrager).

De NZa heeft gevraagd aan Caggemini en DBC Onderhoud om een nadere analyse uit te voeren om een mogelijke verklaring te verkrijgen voor de verschillen. Caggemini gaf aan dat de verschillen mogelijk verklaard kunnen worden door de geringe steekproef voor het GGZ-onderzoek. Daarbij concludeerde zij dat de opbouw van de kostprijzen (bijvoorbeeld van de verpleegkundigen, oplopend van basisverpleegkundige naar meer gespecialiseerde verpleegkundigen) consistent is dan bij de GGZ. Het gegeven dat niet alle instellingen waarvan de data zijn gebruikt voor het onderbouwen van de productstructuur forensische zorg, positief uit de audit zijn gekomen, kan mogelijk ook een verklaring vormen. Van DBC Onderhoud heeft de NZa geen analyse en verklaring ontvangen.

### 3.5.4 Conclusie ten aanzien van gebruik kostprijzen in 2011

De NZa adviseert om de kostprijzen 2008, die dit jaar zijn verzameld, te gebruiken als basis voor de dummy prijzen 2011. Op deze manier kan ervaring opgedaan worden met inkopen in DBBC's en declareren van DBBC's. Naast de juridische bezwaren kan gesteld worden dat de kostprijzen van onvoldoende kwaliteit zijn (met name voor de verblijfssoorten). Er is hiermee onvoldoende zekerheid om tarieven op te baseren.

## 3.6 Doorontwikkeling DBBC productstructuur 2012

### 3.6.1 Verblijfssoorten

De NZa stelt voor om ten aanzien van de verblijfssoorten de volgende scenario's te onderzoeken:

#### *Scenario 1:*

Twee varianten waarbij de instelling zelf de meeste invloed heeft op het tarief:

- het systeem voor kostprijsberekening van DBC GGZ overnemen maar toepassen op de forensische zorg, met een tarief per dag en zonder relatie met verblijfssoorten. Het nadeel van deze variant is dat de zorginkoper en zorgaanbieders niet kunnen sturen op het beveiligingsniveau;
- de instellingseigen kostprijs als basis voor het tarief. Dit is wat ook in 2009 is geadviseerd. Het nadeel van deze variant is dat instellingen nog onvoldoende zicht hebben op hun kostprijzen en dat de zorginkoper de prijs-/kwaliteitsverhouding van zorg tussen zorgaanbieders nog moeilijk kan vergelijken.

#### *Scenario 2:*

Onderzoek naar mogelijkheden om de kostenhomogeniteit van de kostprijzen te verbeteren.

De expertgroep forensische zorg heeft de volgende suggestie gedaan: Het uitwerken van de mogelijkheid om de grenzen van verblijfsintensiteit en hiermee ook de kosten te variëren per beveiligingsniveau. Uit de eerste analyses van Caggemini lijkt deze methode te werken. De NZa beveelt aan dat deze methode volgend jaar met kostprijzen nader wordt onderbouwd.

Een andere mogelijkheid is om de kostprijzen van productgroepen te onderscheiden naar doelgroep.



*Scenario 3:*

Het volgende scenario haakt aan bij de oorspronkelijke voorwaarden aan een nieuw stelsel voor forensische zorg als conclusie van het parlementair onderzoek TBS in 2006<sup>6</sup>:

- beveiligingscomponent bij de DBC's;
- onafhankelijke vaststelling van de tarieven;
- opstellen en vaststellen van DBC's door professionals uit het veld van de forensische psychiatrie;
- nazorg dient onderdeel te zijn van de DBC;
- acceptatieplicht voor klinieken;
- controle en inspectie door onafhankelijke instanties.

Deze conclusies werden in de consultatie van dit advies ter tafel gebracht.

De NZa stelt voor om een scenario door te ontwikkelen die aansluit bij deze oorspronkelijke voorwaarden. De beveiligingscomponent zal dan los van de behandeling en het verblijf wordt geregistreerd en gedeclareerd. Het doel is te onderzoeken of dit scenario zal leiden tot meer transparantie over de kosten van beveiliging, minder administratieve lasten voor instellingen en een beter te onderbouwen productstructuur. In de ontwikkeling van dit scenario is het uitgangspunt dat de beveiligingscomponent momenteel alleen in de verblijfssoorten geïntegreerd is en dat de behandelgroepen in eerste instantie intact kunnen blijven. Dit aangezien de kostprijzen van de behandelgroepen momenteel gemiddeld niet hoger geprijsd zijn dan bij DBC GGZ.

*Conclusie:*

De NZa vindt dat de registratie van de huidige verblijfssoorten verbeterd moet worden, maar verwacht niet dat deze maatregel alleen zal leiden tot een goede onderbouwing van de verblijfssoorten in de huidige structuur.

Om te voorkomen dat volgend jaar wederom onvoldoende data beschikbaar is voor verblijfssoorten adviseert de NZa dat Justitie op korte termijn start met het voorlichten van zorgaanbieders omtrent de registratie van verblijfssoorten.

Daarnaast geeft de NZa het volgende advies voor de doorontwikkeling van de verblijfssoorten in de periode van september tot en met december 2010:

De voorkeur heeft de verbetering van de huidige structuur volgens scenario 2: het uitwerken van de mogelijkheid om de grenzen van verblijfsintensiteit en hiermee ook de kosten te variëren per beveiligingsniveau. De NZa beveelt aan dat deze methode voor 1 januari 2011 met kostprijzen nader wordt onderbouwd, zodat deze per 2012 kan worden ingevoerd.

Een alternatief is scenario 3: de ontwikkeling van een beveiligingscomponent op de DBBC's. Hiervoor zal het kostprijsmodel moeten worden aangepast en dat er anders moeten worden geregistreerd. De NZa beveelt aan ook deze methode voor 1 januari 2011 door te ontwikkelen, zodat invoering per 2012 tot de mogelijkheden behoort. Mocht scenario 2 niet tot een kostenhomogene structuur leiden, dan stelt de NZa voor om scenario 3 per 2012 in te voeren.

---

<sup>6</sup> Parlementair Onderzoek TBS, Tweede Kamer der Staten Generaal, 30250, nr. 5, vergaderjaar 2005-2006.

### 3.6.2 Aansluiting bij ontwikkelingen DBC GGZ

Het uitgangspunt voor de DBBC's in de forensische zorg is de systematiek van DBC GGZ, tenzij er reden is om hiervan af te wijken. Het is daarom belangrijk om toekomstige ontwikkelingen bij DBC GGZ goed te volgen. Hieronder volgen enkele belangrijke ontwikkelingen:

#### *Upcoding*

Bij DBC GGZ gelden tarieven voor productgroepen met een bepaalde tijdsklasse. Hierdoor kunnen zorgaanbieders een financieel voordeel behalen door dusdanig veel minuten behandeltijd te registreren dat de geleverde zorg net in een volgende tijdsklasse met een hoger tarief valt. Momenteel onderzoekt de NZa de mogelijkheden om de werkelijk bestede tijd op de factuur te vermelden.

#### *Indirecte tijd normeren*

Zorgaanbieders die in het kader van de DBC-registratie activiteiten en verrichtingen registreren, zijn verplicht om ook de indirect patiëntgebonden tijd te registreren. Hoewel deze registratie inzicht biedt in de daadwerkelijke besteding van de indirecte tijd, brengt het ook een aanzienlijke administratieve last voor de zorgaanbieders met zich mee. Daarnaast neemt het aandeel indirecte tijd sterk toe en is transparantie hierin moeilijk te verkrijgen. De NZa heeft in de uitvoeringstoets 2009<sup>7</sup> geadviseerd om het tijdschrijven van indirect patiëntgebonden tijd af te schaffen.

#### *Vervallen No show*

De NZa onderzoekt de inhoudelijke en juridische aspecten van het registreren van no show als afzonderlijke zorgprestatie.

#### *Kostprijzen lange termijn*

De NZa is dit jaar een traject gestart om het kostprijsmodel DBC GGZ en de onderliggende calculatieprincipes te actualiseren en te formaliseren.

#### *Zorgzwaarte*

DBC-Onderhoud is een onderzoek gestart om objectief de rol die zorgzwaarte binnen de DBC-systematiek speelt vast te stellen. Het kunnen identificeren van de behoefte aan de juiste zwaarte van zorg op basis van patiëntkenmerken is hierbij als uitgangspunt gehanteerd. Zorgzwaarte is als volgt gedefinieerd: "Zwaardere zorgvraag van een complexe patiëntgroep (veelal kenmerkend als ambulante, chronisch, psychische en/of somatische comorbiditeit) resulterend in structureel meer tijdsbeslag van hoger gekwalificeerd personeel dan gemiddeld en/of structureel meer intensieve, langdurige, en multidisciplinaire diagnostiek, behandeling en afstemming met diverse leefmilieus dan gemiddeld". De uitkomsten zullen in 2011 worden gepresenteerd.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Uitvoeringstoets Curatieve GGZ, naar vrije prijzen in de GGZ, NZa (februari 2009).

<sup>8</sup> PROJECT: Analyse zorgzwaarte binnen DBC GGZ, DBC Onderhoud (2010).

## 4. Kapitaalslasten

### 4.1 Budgetoverheveling kapitaalslasten van de AFBZ naar Justitie

De loon- en materiële kosten van de forensische zorg zijn per 1 januari 2007 overgeheveld van de AFBZ naar Justitie. Voor de forensische kapitaalslasten was dit nog niet mogelijk, omdat deze nog niet waren af te splitsen van de overige kapitaalslasten.

De werkgroep kapitaalslasten, waarin VWS, Justitie, Financiën en de NZa waren vertegenwoordigd, heeft de overheveling van de kapitaalslasten voorbereid. In aanvulling op de werkzaamheden van deze werkgroep zal de NZa een inventarisatie doen om het bedrag van de kapitaalslasten te actualiseren. Deze inventarisatie zal plaatsvinden op basis van een vragenlijst die wordt gestuurd naar de GGZ-instellingen met een NZa-budget. Daarmee zal de hoogte van de kapitaalslasten in januari 2011 duidelijk worden.

Deze vragenlijst heeft normatieve aspecten die alleen gelden voor deze GGZ-instellingen. De vragenlijst lijkt daarmee niet geschikt voor de kapitaalslasten van de Forensische Psychiatrische Centra (FPC's). De NZa adviseert Justitie om TNO Centrum Zorg en Bouw (TNO) om advies te vragen over het ontwikkelen van een vragenlijst voor de kapitaalslasten van de FPC's.

### 4.2 Ontwikkeling normatieve huisvestingscomponent (NHC)

De NZa heeft het voornemen om de kapitaalslasten voor intramurale zorg volledig te normeren in het tarief van de zorgprestaties. Dit bevordert een gelijk speelveld voor zorgaanbieders.

In dit kader heeft de NZa opdracht gegeven aan TNO om een normatieve huisvestingscomponent (NHC) te ontwikkelen voor de curatieve GGZ, die qua methodiek aansluit bij de NHC voor de AWBZ. Het ligt voor de hand om ook voor de forensische zorg een NHC te ontwikkelen. Dit neemt niet weg dat een afzonderlijk onderzoekstraject nodig is om tot een NHC voor de forensische zorg te komen, aangezien de situatie bij de forensische zorg, curatieve GGZ en de AWBZ niet op alle onderdelen vergelijkbaar is.

De huisvesting binnen de forensische zorg is divers van aard. Zo is de beveiliging in het gevangeniswezen zwaarder dan in een GGZ-instelling. Verder verschilt het benodigde beveiligingsniveau op basis van de zorgvraag per cliënt. Daarnaast kan het beveiligingsniveau gedurende het zorgtraject variëren. Een cliënt begint bijvoorbeeld met een zwaar beveiligingsniveau en gaat na verloop van tijd door naar een lichter niveau (resocialisatie).

De NZa heeft aan Justitie geadviseerd om gezamenlijk in overleg te treden met TNO. Dit overleg heeft ertoe geleid, dat TNO in opdracht van de NZa zal gaan werken aan de ontwikkeling van de forensische NHC. Onderdeel hiervan is het analysetraject, dat TNO zal starten voor de TBS-voorzieningen, die verschillende gradaties van beveiliging kent. Het doel van dit traject is het verzamelen van gegevens die nodig zijn bij de NHC-ontwikkeling voor deze voorzieningen. Wat betreft de Forensisch

Psychiatrische Klinieken (FPK's) en Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's) kan TNO gebruik maken van al beschikbare gegevens.

### **4.3 Advies NZa**

De NZa zal een inventarisatie uitvoeren om de over te hevelen kapitaalslasten van de AFBZ naar Justitie te actualiseren. De NZa stelt voor om de informatie uit deze inventarisatie te gebruiken voor de bepaling van de hoogte van de kapitaalslasten. Wat betreft de inventarisatie van de kapitaalslasten FPC's beveelt de NZa aan om TNO advies te vragen over het ontwikkelen van een vragenlijst.

Daarnaast adviseert de NZa per 2012 de kapitaalslasten volledig te normeren in het tarief van de zorgprestaties door middel van een NHC, die aansluit bij de NHC voor de AWBZ en curatieve GGZ.

## 5. Technische aspecten DBBC-systematiek

### 5.1 Ontwikkeling ZZP's binnen Forensische zorg

Door het besluit van Justitie om voor kleine contractpartijen ZZP's als zorgprestaties te ontwikkelen, zijn er voor de forensische zorg nu drie soorten zorgprestaties ontstaan: ZZP's, extramurale parameters en DBBC's forensische zorg. De NZa heeft in 2009 geadviseerd voor de kleine contractpartijen een DBBC-light-variant te ontwikkelen. In bijlage 4 is het advies van de NZa van 25 januari 2010 bijgevoegd inzake de invoering van de ZZP's. Justitie is voornemens om voor de ZZP's aan te sluiten bij de tariefstelling van de ZZP's uit de AWBZ.

### 5.2 Vangnet en verrekenbedrag

De NZa adviseert in 2011 een vangnet te hanteren, dat wordt gevormd door het budget op basis van NZa parameters. In combinatie met een adequate bevoorschotting is dit vangnet van belang om de risico's van onjuiste dummy prijzen te minimaliseren.

Het vangnet kan worden afgebouwd bij de inwerkingtreding van de Wet forensische zorg. Een beperkte periode wordt geadviseerd om de termijn van dubbele registratie zo kort mogelijk te houden. Het budget dient als omzetgarantie bij daadwerkelijke realisatie van de productieafspraken.

De NZa adviseert een verrekenbedrag toe te passen voor het verschil tussen de omzet in NZa-parameters en de omzet in DBBC's. De NZa adviseert het verrekenen met vaste bedragen op één vast punt in jaar (bijv. de nacalculatie). Hierdoor wordt het belang van nauwkeurig en consequent registreren en factureren benadrukt.

Over de technische uitwerking van het vangnet en verrekenbedrag heeft de NZa al geadviseerd in het rapport Advies Forensische Zorg, Invoering DBBC structuur (juli 2009).

### 5.3 Bevoorschotting

Momenteel ontvangen alle instellingen op grond van de inkoopafspraken een maandelijks voorschot van Justitie. Vanaf 1 januari 2011 vindt declaratie plaats na sluiting van de DBBC. Om financiële problemen te voorkomen adviseert de NZa een adequate bevoorschotting voor klinische en ambulante zorg op basis van de budgetparameters. Dit levert voor de instellingen minder administratieve lasten op dan bevoorschotting op basis van DBBC's. Daarnaast worden risico's voor zowel zorgaanbieders als de zorginkoper verminderd aangezien de bedragen van de budgetparameters betrouwbaarder zijn dan de DBBC-dummy prijzen die nog in ontwikkeling zijn.

Indien sprake is van een negatief verrekenbedrag (definitieve omzet in DBBC's is hoger dan definitieve omzet in budgetparameters) dan adviseert de NZa om het negatieve bedrag te verrekenen met de bevoorschotting.

## 5.4 Tenders

De Directie Forensische Zorg van het Ministerie van Justitie (DForZo) heeft in de afgelopen jaren tenders (aanbestedingstrajecten) uitgezet ten behoeve van capaciteitsuitbreiding. Deze tenders zijn privaatrechtelijke afspraken die het effect hebben van een omzetgarantie voor een meerjarige periode (geen inkomensgarantie).

De NZa adviseert de tenders onderhevig te maken aan de Wet Forensische Zorg. Hierin moet dan worden geregeld dat tenders evenals andere inkoopcontracten in DBBC's moeten worden afgerekend, om de eenheid van prestaties en tarieven te borgen.

## 5.5 Inkoop/herschikken productieafspraken

De NZa adviseert Justitie voor het inkopen van zorg een transparant wegingkader voor gunning te ontwikkelen en te implementeren, waarbij de prestatie-indicatoren van het Bureau Zichtbare Zorg van IGZ transparant toegepast worden. Transparantie over de duur van de behandeling in verhouding tot het geleverde resultaat (in casu het recidivenniveau) kan een goede benchmark vormen voor de prijs-/kwaliteitsverhouding van zorg in de inkoop.

Daarnaast adviseert de NZa rekening te houden met de onzekere volumeontwikkeling in de markt bij het inkopen van zorg. De NZa raadt Justitie aan flexibiliteit te betrachten in de productieafspraken om aan haar eigen zorgplicht voor de forensische zorg invulling te geven. Gedurende het jaar moeten de partijen de mogelijkheid hebben om de eerder gemaakte productieafspraken te wijzigen zodat deze zo goed mogelijk aansluiten bij de gerealiseerde productie. Om de administratieve lasten te beperken is het van belang dat Justitie dezelfde indieningstermijnen voor de productieafspraken en de herschikking hanteert die gelden voor de curatieve GGZ: 1 maart respectievelijk 15 september.

## 5.6 Creditbedrag bij overloop DBBC's

Vanwege de start van de declaratie in DBBC's op 1 januari 2011 moet worden bepaald welke zorg in 2010 al is betaald volgens de oude declaratiemethode. Een DBBC kan immers over de jaargrens heenlopen: gestart in 2010 en gesloten in 2011. De zorg die in 2010 al vergoed is moet in mindering gebracht worden op de DBBC-nota in 2011.

Over de berekeningsmethode van de creditbedragen heeft de NZa al geadviseerd in het rapport van juli 2009. Aanvullend hierop heeft de NZa inmiddels de creditbedragen berekend en deze voorgelegd aan het Ministerie van Justitie. De NZa adviseert om van deze creditbedragen uit te gaan bij de bepaling welke zorg in 2010 al is vergoed.

## 5.7 Declaratiebepalingen

De declaratiebepalingen DBBC forensische zorg 2011 beschrijven de regels die gelden bij het declareren van DBBC's, waarbij ook wordt geregeld welke gegevens de factuur minimaal moet bevatten. Justitie heeft de declaratiebepalingen opgenomen in de Uitvoeringsregel declaratie DBBC forensische zorg 2011. Deze uitvoeringsregel bevat

onder andere de volgende technische aspecten: vangnet en verrekenbedrag, tenders en creditbedrag bij overloop DBBC's.

De NZa adviseert de declaratiebepalingen toe te passen zoals in juni 2010 vastgesteld in de Werkgroep uitvoeringsregel declaratie DBBC forensische zorg.

## 5.8 Advies NZa

De belangrijkste adviezen van de NZa aan Justitie over de technische aspecten van de DBBC systematiek zijn:

- Het hanteren van een vangnet in 2011 op basis van NZa parameters en tendercontracten, en een adequate bevoorschotting voor klinische en ambulante zorg om de financiële risico's te minimaliseren.
- Het afbouwen van het vangnet bij inwerkingtreding van de Wet forensische zorg.
- Het toepassen van een verrekenbedrag voor het verschil tussen de omzet in NZa-parameters + tendercontracten en de omzet in DBBC's. Indien sprake is van een negatief verrekenbedrag dan verrekenen met de bevoorschotting.
- Het onderhevig maken van de tenders aan de Wet Forensische Zorg, waarin wordt geregeld dat tenders evenals andere inkoopcontracten in DBBC's moeten worden afgerekend, om de eenheid van prestaties en tarieven te borgen.
- Het ontwikkelen en implementeren van een transparant wegingkader voor het inkopen van zorg, waarbij de prestatie-indicatoren van het Bureau Zichtbare Zorg van IGZ transparant toegepast worden.
- Het rekening houden met de onzekere volumeontwikkeling in de markt bij het inkopen van zorg. Dit betekent gedurende het jaar de mogelijkheid bieden om de eerder gemaakte productieafspraken te wijzigen zodat deze zo goed mogelijk aansluiten bij de gerealiseerde productie.
- Het hanteren van dezelfde indieningtermijnen voor de productieafspraken en deerschikking hanteert die gelden voor de curatieve GGZ: 1 maart respectievelijk 15 september.





## Bijlage 1. Productstructuur met dummy prijzen 2011

Tabel behandelgroepen en verblijfssoorten 2011

Productgroepen	Tijdgrenzen	Kostprijs (€)	Dummy prijs (€)
<b>Bijzondere productgroepen</b>			
Geen behandeling bij 24-uurs verblijf			
Geen behandeling naast verblijf			
0			
<b>Indirecte tijd</b>			
Indirect 1	vanaf 0 tot 50 minuten	36	38
Indirect 2	vanaf 50 tot 100 minuten	107	113
Indirect 3	vanaf 100 tot 200 minuten	227	240
Indirect 4	vanaf 200 tot 400 minuten	447	472
Indirect 5	vanaf 400 tot 800 minuten	852	900
Indirect 6	vanaf 800 minuten	1.438	1.518
<b>Diagnostiek</b>			
Diagnostiek 1	vanaf 0 tot 100 minuten	111	117
Diagnostiek 2	vanaf 100 tot 200 minuten	237	250
Diagnostiek 3	vanaf 200 tot 400 minuten	477	504
Diagnostiek 4	vanaf 400 tot 800 minuten	844	891
Diagnostiek 5	vanaf 800 tot 1200 minuten	1.507	1.591
Diagnostiek 6	vanaf 1200 tot 1800 minuten	2.164	2.285
Diagnostiek 7	vanaf 1800 minuten	3.507	3.703
<b>Productgroepen Behandeling kort</b>			
Kort 1	vanaf 0 tot 100 minuten	92	97
Kort 2	vanaf 100 tot 200 minuten	231	244
Kort 3	vanaf 200 tot 400 minuten	459	485
Kort 4	vanaf 400 tot 800 minuten	890	940
Kort 5	vanaf 800 tot 1200 minuten	1.613	1.703
Kort 6	vanaf 1200 tot 1800 minuten	2.340	2.471
Kort 7	vanaf 1800 minuten	4.042	4.268
<b>Productgroepen langdurende of intensieve behandeling</b>			
<b>Stoornissen in de kindertijd (As 1)</b>			
Stoornissen in de kindertijd 1	vanaf 250 tot 800 minuten	1.004	1.060
Stoornissen in de kindertijd 2	vanaf 800 tot 1800 minuten	2.096	2.213
Stoornissen in de kindertijd 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.717	3.925
Stoornissen in de kindertijd 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.718	7.094
Stoornissen in de kindertijd 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten	13.708	14.475
Stoornissen in de kindertijd 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten	22.818	24.094
Stoornissen in de kindertijd 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten	31.946	33.732

Productgroepen	Tijdgrenzen	Kostprijs (€)	Dummy prijs (€)
Stoornissen in de kindertijd 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten	41.073	43.370
Stoornissen in de kindertijd 9	vanaf 30000 minuten	50.200	53.008
<b>Schizofrenie en andere psychotische stoornissen</b>			
Schizofrenie 1	vanaf 250 tot 800 minuten	977	1.032
Schizofrenie 2	vanaf 800 tot 1800 minuten	1.962	2.072
Schizofrenie 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.915	4.134
Schizofrenie 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten	7.199	7.602
Schizofrenie 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten	13.704	14.470
Schizofrenie 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten	22.798	24.073
Schizofrenie 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten	30.298	31.992
Schizofrenie 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten	39.941	42.175
Schizofrenie 9	vanaf 30000 minuten	48.817	51.547
<b>Problemen in verband met misbruik of verwaarlozing</b>			
Misbruik of verwaarlozing 1	vanaf 250 tot 800 minuten	976	1.031
Misbruik of verwaarlozing 2	vanaf 800 tot 1800 minuten	2.183	2.305
Misbruik of verwaarlozing 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.879	4.096
Misbruik of verwaarlozing 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.546	6.912
Misbruik of verwaarlozing 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten	12.646	13.353
Misbruik of verwaarlozing 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten	21.463	22.664
Misbruik of verwaarlozing 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten	30.048	31.729
Misbruik of verwaarlozing 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten	38.634	40.794
Misbruik of verwaarlozing 9	vanaf 30000 minuten	47.219	49.860
<b>Restgroep diagnoses</b>			
Restgroep diagnoses 1	vanaf 250 tot 800 minuten	938	990
Restgroep diagnoses 2	vanaf 800 tot 1800 minuten	2.035	2.149
Restgroep diagnoses 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.652	3.856
Restgroep diagnoses 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.535	6.900
Restgroep diagnoses 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten	12.699	13.409
Restgroep diagnoses 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten	20.175	21.303
Restgroep diagnoses 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten	29.785	31.451
Restgroep diagnoses 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten	37.756	39.868
Restgroep diagnoses 9	vanaf 30000 minuten	46.147	48.727
<b>Seksuele stoornissen en genderidentiteitstoornissen</b>			
Seksuele stoornis 1	Vanaf 250 tot 800 minuten	1.071	1.131
Seksuele stoornis 2	vanaf 800 tot 1800 minuten	2.136	2.255
Seksuele stoornis 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.910	4.129
Seksuele stoornis 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.351	6.706
Seksuele stoornis 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten	13.303	14.047
Seksuele stoornis 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten	21.746	22.962
Seksuele stoornis 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten	30.625	32.338
Seksuele stoornis 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten	39.381	41.583
Seksuele stoornis 9	vanaf 30000 minuten	48.132	50.824

Productgroepen	Tijdgrenzen	Kostprijs (€)	Dummy prijs (€)
<b>Stoornissen in de impulsbeheersing</b>			
Impulsbeheersing 1	vanaf 250 tot 800 minuten	944	997
Impulsbeheersing 2	vanaf 800 tot 1800 minuten	1.975	2.085
Impulsbeheersing 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.616	3.818
Impulsbeheersing 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.043	6.381
Impulsbeheersing 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten	11.893	12.558
Impulsbeheersing 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten	20.092	21.216
Impulsbeheersing 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten	28.129	29.702
Impulsbeheersing 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten	36.166	38.189
Impulsbeheersing 9	vanaf 30000 minuten	44.203	46.675
<b>Aan een middel gebonden stoornissen</b>			
Aan een middel 1	vanaf 250 tot 800 minuten	882	931
Aan een middel 2	vanaf 800 tot 1800 minuten	1.761	1.859
Aan een middel 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.309	3.494
Aan een middel 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.149	6.493
Aan een middel 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten	11.497	12.140
Aan een middel 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten	20.962	22.134
Aan een middel 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten	28.690	30.294
Aan een middel 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten	36.887	38.949
Aan een middel 9	vanaf 30000 minuten	45.084	47.605
<b>Persoonlijheidsstoornissen</b>			
Persoonlijheidsstoornissen 1	vanaf 250 tot 800 minuten	979	1.034
Persoonlijheidsstoornissen 2	vanaf 800 tot 1800 minuten	2.030	2.144
Persoonlijheidsstoornissen 3	vanaf 1800 tot 3000 minuten	3.797	4.009
Persoonlijheidsstoornissen 4	vanaf 3000 tot 6000 minuten	6.380	6.737
Persoonlijheidsstoornissen 5	vanaf 6000 tot 12000 minuten	13.278	14.021
Persoonlijheidsstoornissen 6	vanaf 12000 tot 18000 minuten	22.518	23.777
Persoonlijheidsstoornissen 7	vanaf 18000 tot 24000 minuten	30.315	32.010
Persoonlijheidsstoornissen 8	vanaf 24000 tot 30000 minuten	38.379	40.525
Persoonlijheidsstoornissen 9	vanaf 30000 minuten	47.638	50.302
<b>Verblijfssoorten</b>			
Verblijfssoort A1	verblijfsintensiteit laag, beveiligingsniveau (zeer) laag	230	250
Verblijfssoort A2	verblijfsintensiteit laag, beveiligingsniveau gemiddeld	265	250
Verblijfssoort A3	verblijfsintensiteit laag, beveiligingsniveau hoog	269	250
Verblijfssoort A4	verblijfsintensiteit laag, beveiligingsniveau zeer hoog	276	250
Verblijfssoort B1	verblijfsintensiteit gemiddeld, beveiligingsniveau (zeer) laag	284	350

Productgroepen	Tijdgrenzen	Kostprijs (€)	Dummy prijs (€)
Verblijfssoort B2	verblijfsintensiteit gemiddeld, beveiligingsniveau gemiddeld	318	350
Verblijfssoort B3	verblijfsintensiteit gemiddeld, beveiligingsniveau hoog	314	350
Verblijfssoort B4	verblijfsintensiteit gemiddeld, beveiligingsniveau zeer hoog	420	350
Verblijfssoort C1	verblijfsintensiteit hoog, beveiligingsniveau (zeer) laag	318	400
Verblijfssoort C2	verblijfsintensiteit hoog, beveiligingsniveau gemiddeld	336	400
Verblijfssoort C3	verblijfsintensiteit hoog, beveiligingsniveau hoog	447	400
Verblijfssoort C4	verblijfsintensiteit hoog, beveiligingsniveau zeer hoog	461	400

## Bijlage 2. Definities productstructuur

### DBBC FZ

De zorgprestaties in de forensische zorg zijn ontwikkeld in een productstructuur met 93 productgroepen voor behandeling en 12 verblijfssoorten. Het is van belang om hierbij een aantal definities helder van elkaar te onderscheiden<sup>9</sup>:

#### *DBBC*

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.

#### *DBBC-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 DBBC 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 DBBC van de individuele patiënt.

#### *Zorgprofiel*

De samenhangende activiteiten en verrichtingen in een DBBC 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 verblijfssoorten geregistreerd.

#### *Verblijfssoorten*

De verblijfssoorten 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 verblijfssoorten 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.

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.

---

<sup>9</sup> 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<sup>e</sup> druk); Spelregels DB(B)C-registratie voor de Forensische Zorg in strafrechtelijk kader Versie 2009 - v2.0.

### *Productgroep*

Een productgroep is een verzameling van DBBC'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 DBBC-systematiek.

### *Validatie*

Voordat DBBC's gedeclareerd kunnen worden bij Justitie, vindt controle plaats op de juistheid van de geregistreerde DBBC's. Een aantal basale registratieregels worden automatisch gecontroleerd door de software. Tijdens dit zogenaamde validatieproces wordt bij de geregistreerde DBBC's bijvoorbeeld gecontroleerd of de DBBC 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 DBBC alsnog goedgekeurd kan worden.

### *Facturatie*

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

### *NHC*

De Normatieve Huisvestingscomponent is een manier om kapitaalslasten onder te brengen in de zorgprestaties. Deze systematiek wordt momenteel ontwikkeld voor de AWBZ en Curatieve GGZ door TNO Bouw.

## Bijlage 3. Betrouwbare kostprijzen GGZ

Samenvatting uit brief Uitgangspunten voor betrouwbare kostprijzen t.a.v. GGZ. (NZa, 16 december 2009)

### Samenvatting uitgangspunten

Omdat de kwaliteit van de tariefonderbouwing van belang is voor zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars als consument, zal de NZa bij de beoordeling van tariefvoorstellen de verantwoording van deze tariefvoorstellen toetsen aan de volgende uitgangspunten:

1. Van de gebruikte kosteninformatie is in een audit vastgesteld dat deze op totaalniveau overeenkomt met de jaarrekening van de zorgaanbieder én dat deze overeenkomstig geldende kostprijsmodellen en toerekeningprincipes is opgesteld.
2. Het proces en de gemaakte keuzes om van de kosteninformatie en productieregistratie te komen tot DBC-tarieven is verantwoord in een verantwoordingsdocument. Wanneer de NZa niet als opdrachtgever betrokken is bij het kostprijsonderzoek wordt het totstandkomingproces van de tarieven in een extra audit getoetst door een onafhankelijke partij.
3. Voor kostprijsberekeningen in jaar T wordt informatie gebruikt uit het meest recente jaar waarvoor volledige kosteninformatie bij de zorgaanbieder en de afgesloten DBC's in DIS beschikbaar zijn. Dit zal minimaal jaar T-2 zijn.
4. Het meten en verantwoorden van de betrouwbaarheid, nauwkeurigheid en representativiteit van de kostprijzen en de kostprijsvariabiliteit van de zorgproducten gebeurt met frequentiegewogen statistische technieken.
5. Kostprijsberekeningen en statistische bepaling van de kwaliteit van de kostprijzen vinden plaats voor verschillende groepen (hierna: strata) van zorgaanbieders, waarbij stratificatie plaatsvindt op basis structuurkenmerken die bepalend zijn voor kosteneffectiviteit.
6. Betrouwbaarheid/nauwkeurigheid (op productniveau, dus op basis van het gemiddelde zorgprofiel) is 95/10 voor tenminste 80% van de zorgomzet die binnen een stratum wordt gerealiseerd. Uit deze eis wordt het benodigde aantal zorgaanbieders per stratum afgeleid, met uitzondering van die strata waarvoor de NZa van te voren aangeeft dat deze buiten de scope van het kostprijsonderzoek kunnen blijven.
7. De wijze waarop kostprijzen van de verschillende strata worden gewogen tot landelijke productprijzen is een nog nader vast te stellen beleidsmatige keuze van de NZa. Deze keuze zal op korte termijn worden gemaakt. Voorlopige uitgangspunt is dat uitkomsten van de verschillende strata frequentiegewogen met elkaar gecombineerd worden. De impact van deze weging naar een landelijke kostprijs op de marktpositie van de zorgaanbieders in de afzonderlijke strata is input voor besluitvorming over de tarieven door de NZa.

### Toelichting uitgangspunten

Audits op van zorgaanbieders verkregen kostprijsinformatie zijn van belang om de kwaliteit van de ingaande data te toetsen. Bevindingen kunnen aanleiding zijn voor zorgaanbieders om eigen processen te verbeteren maar ook om het kostprijsmodel of de calculatieprincipes aan te passen.

In een verantwoordingsdocument worden onderzoekswerkzaamheden toegelicht en de gemaakte keuzes verantwoord. Dit document is van belang voor een onderbouwd en juridische houdbaar tariefbesluit door de NZa. Wanneer de NZa niet als opdrachtgever van een kostenonderzoek optreedt, en dus geen procescontroles kan uitvoeren, kan de NZa om extra zekerheid op dit punt te verkrijgen opdracht geven tot een externe audit op het onderzoeksproces en het verantwoordingsdocument.

Wanneer blijkt dat zorgaanbieders kosteninformatie niet eenduidig en bruikbaar kunnen aanleveren, kan er ook voor gekozen worden in plaats van een audit achteraf, de audit-expertise in te zetten om de zorgaanbieder te ondersteunen bij het verzamelen van kostprijsinformatie conform het kostprijsmodel. In dat geval zullen ook extra financiële middelen nodig zijn omdat dit een flexibele ondersteuningsgerichte onderzoeksaanpak vraagt.

Voor somatische zorg bestaat voor algemene ziekenhuizen een kostentoerekeningsmodel, onderhouden door DBCO, en door de NZa verplicht gestelde calculatieprincipes. In het verlengde hiervan is in het verleden samen met PWC een model ontwikkeld voor het statistisch meten van de betrouwbaarheid van tarieven, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen kostprijsvariabiliteit en profielvariabiliteit. De kostprijsvariabiliteit wordt sterk bepaald door het aantal zorgaanbieders waarvan kosteninformatie wordt verkregen.

Kostprijsmodellen worden opgesteld door het onderzoeksbureau in samenwerking met vertegenwoordigers van de beroepsgroep. Deze worden gebaseerd op calculatieprincipes vastgesteld door de NZa. Deze modellen zijn de instructie voor kostprijsberekening door zorgaanbieders en vormen daarmee de basis voor de verzameling van kostprijsinformatie. Calculatieprincipes geven hoofdlijnen voor kostprijsberekening en bevatten geen gedetailleerde instructies.

Voor de GGZ zullen overeenkomstig de werkwijze van somatiek calculatieprincipes worden ontwikkeld. De NZa zal deze met DBC Onderhoud afstemmen en vervolgens haar inhoudelijke standpunten in een separate brief toelichten. Naar verwachting zullen de calculatieprincipes eind februari 2010 gereed zijn. Het GGZ kostprijsonderzoek voor tarieven met ingangsdatum 2011 dat reeds gestart is kan gebruik maken van het huidige kostprijsmodel.

Kostprijsberekeningen worden uitgevoerd met frequentie gewogen analysemethoden. De betrouwbaarheid van kostprijsberekeningen wordt gemeten met statistische technieken. Hierbij wordt informatie (kostprijsgegevens en productieinformatie) gebruikt uit het meest recente boekjaar.

In zowel somatische als GGZ-zorg zijn verschillende groepen zorgaanbieders actief met soms sterk verschillende structuurkenmerken. Het is bekend dat niet alle groepen zorgaanbieders het gehele pallet aan zorgproducten leveren. Ook is het aannemelijk dat deze groepen verschillende kostenniveaus hebben. Dit betekent dat het samennemen van informatie van deze groepen in kostprijsanalyses de variabiliteit zal doen toenemen met als gevolg dat de gewenste nauwkeurigheid niet kan worden gehaald. Om die reden stelt de NZa het maken van een stratificatie op basis van structuurkenmerken in relatie tot kosteneffectiviteit als uitgangspunt. De stratificatie heeft tot doel kostenhomogeniteit te vergroten ofwel variabiliteit te beperken. Als startpunt voor stratificatie kan de bestaande indeling in typen zorgaanbieders gebruikt worden omdat deze ook gebaseerd is op



kostenkenmerken. Het onderbouwd aanpassen van deze stratificatie is uiteraard mogelijk.

Het stratificeren en het berekenen van gemiddelde kostprijzen voor deze strata in plaats van voor de totale groep heeft ook beleidsmatige redenen. De NZa krijgt hiermee inzicht in de verschillende kostenniveaus van groepen zorgaanbieders en daarmee op de impact van haar tariefbesluit. Dit is van belang omdat een tariefhoogte vastgesteld door NZa enerzijds toetreding maar ook uittreding kan veroorzaken.

De NZa kan uitzonderingen aangeven op de bovengenoemde aanpak van gestratificeerd onderzoek (een voorbeeld hiervan betreft de groep academische ziekenhuizen). In de uitvoeringstoets is opgenomen dat de academische component dient ter compensatie van extra kosten die voortkomen uit het academische karakter (innovatie, opleiding, etc). Voor het overige worden de academische ziekenhuizen beschouwd als vergelijkbaar met de groep algemene ziekenhuizen.

In de rekenmethode wordt gewerkt met statistische grootheden om variabiliteit en daarmee de nauwkeurigheid van de berekende tarieven te meten. Bijvoorbeeld 'betrouwbaarheid/nauwkeurigheid van 95/10' betekent dat nauwkeurigheid wordt uitgedrukt als de breedte van een interval +/- 10% rond de berekende gemiddelde waarde waarbinnen met 95% zekerheid de werkelijke gemiddelde waarde van de groep ligt.

Nauwkeurigheid en betrouwbaarheid zijn te berekenen op het niveau van de zorgactiviteiten maar ook op het niveau van de zorgproducten. Dit laatste verdient de voorkeur vanwege de relevantie in de zorgpraktijk. Er zal altijd een aantal zorgproducten zijn waarvoor weinig informatie beschikbaar is. Het is daarom niet realistisch een nauwkeurigheidseis te stellen voor de kostprijs van elk zorgproduct. De nauwkeurigheidseis '95/10' wordt daarom geformuleerd op productniveau voor die zorgproducten die 80% van de zorgomzet van een klasse zorgaanbieders (stratum) vormt.

Door betrouwbaarheid van kostprijsinformatie op activiteitsniveau te combineren met gemiddelde profielen, ontstaat inzicht in de betrouwbaarheid van kostprijzen op het niveau van het zorgproduct. De nauwkeurigheid van de kostprijsbepaling wordt dan niet beïnvloed door variabiliteit die gevolg is van productstructuur en verschillen in profielen.

Voor het combineren van berekende kostprijzen uit de verschillende strata wordt in principe gekozen voor een frequentiegewogen aanpak, waarbij in elk stratum de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van de kostprijzen wordt getoetst. Op basis van kostprijsanalyse per stratum in combinatie met deze landelijke kostprijs kan een impactanalyse worden gemaakt waaruit blijkt welke groepen zorgaanbieders relatief voor - of achteruit gaan.

De berekende landelijke kostprijzen tezamen met de impactanalyse, de verantwoordingdocumenten bij de uitgevoerde analyses en de auditrapportages vormen de basis voor besluitvorming door de NZa. Wanneer uit impactanalyse voor de NZa ongewenste effecten blijken, kan de NZa ervoor kiezen de weging van kostprijsinformatie uit de verschillende strata aan te passen (zie ook de benoemde uitzondering bij uitgangspunt 6).



## Bijlage 4. Advies NZa aan Justitie over invoering ZZP's



Nederlandse  
Zorgautoriteit

Ministerie van Justitie  
Dienst Justitiële Instellingen  
De heer G. van Gemert en mevrouw drs. H.J.B. Karreman  
Postbus 30132  
2500 GC 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

**Behandeld door**  
PMUR/mpan/GGZ

**Telefoonnummer**  
030 296 82 15

**E-mailadres**  
pmuller@nza.nl

**Kenmerk**  
10D0002043

**Onderwerp**  
Varianten productstructuur kleine contractpartijen forensische zorg

**Datum**  
25 januari 2010

Geachte heer Van Gemert en mevrouw Karreman,

Met deze brief wil ik u laten weten dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) graag met u in gesprek wil treden over het voornemen om kleine contractpartijen in de forensische zorg zorgzwaartepakketten (ZZP's) te laten declareren. Dit staat namelijk haaks op het advies van de NZa van juli 2009. Via deze brief wil ik u op de mogelijke gevolgen van deze beslissing wijzen.

### Achtergrond

Bij de start van het programma Vernieuwing Forensische Zorg is er voor gekozen om verrichtingen in het kader van forensische zorg te declareren via (de invoering van) DBBC's. De gedachte hierachter was dat er op die manier meer samenhang zou ontstaan tussen de strafrechtelijk forensische zorg en de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ), waarin reeds op basis van Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) wordt gedeclareerd.

Een probleem doet zich echter voor bij de kleine contractpartijen, die slechts voor een klein deel forensische zorg leveren. Deze kleine instellingen worden grotendeels, dan wel volledig, gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en/of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Indien deze instellingen volgens de DBBC-systematiek zouden moeten registreren en declareren, zou dit voor hen tot een aanmerkelijke toename van administratieve lasten leiden. Een dergelijke toename van administratieve lasten zal voor deze kleine instellingen een drempel opwerpen voor het leveren van forensische zorg, hetgeen er toe zou kunnen leiden dat deze categorie instellingen zich uit deze markt terugtrekt.

Het Ministerie van Justitie heeft Bureau Ernst & Young begin 2009 gevraagd te onderzoeken of in redelijkheid van deze kleine instellingen kan worden gevraagd volgens de DBBC-systematiek te registreren. In het kader van dit onderzoek heeft Ernst & Young daarnaast enkele alternatieve oplossingen onderzocht, waaronder een DBBC-light variant en een variant die aansluit op de ZZP systematiek. Het bureau heeft geconcludeerd dat een DBBC-light-variant de minste nadelen en risico's kent.

Ook de NZa heeft in het adviesrapport van juli 2009 geconcludeerd dat de DBBC-light variant de beste keuze is. In dit rapport is onder meer aangegeven dat een variant die aansluit op de systematiek van ZZP's als belangrijk nadeel heeft dat er verschillende financieringsystematieken - en daarmee verschillende tarieven - worden gehanteerd voor hetzelfde type zorg.

Kenmerk  
10D0002043  
Pagina  
2 van 2

**Klankbordgroep DBBC**


Tijdens het overleg van de Klankbordgroep DBBC van 6 januari 2010 is dit onderwerp ook besproken. De NZa heeft hierover op 17 december 2009 een memo gestuurd aan de heer Hoekstra, dat als onderlegger diende voor bespreking in de Klankbordgroep. Hierin worden de gevolgen van de keuze voor de DBBC-light- en de ZZP- variant uitgebreid uiteen gezet.

**Advies NZa**

De NZa wil met deze brief benadrukken dat de introductie van twee verschillende financieringsystemen voor één en dezelfde zorgprestatie gevolgen heeft die als onwenselijk moeten worden beschouwd. Twee verschillende financieringsystemen naast elkaar voor hetzelfde type zorg werkt marktverstrend. Het is moeilijk de prestaties in de twee systemen (AWBZ ZZP's en DBBC's) af te bakenen. Dit leidt mogelijk tot strategisch gedrag van zorgaanbieders dat nu niet is te voorzien. Juist om dit soort discussies te voorkomen, is binnen de kaders van de Wmg gekozen voor het principe van functionele bekostiging. Dat wil zeggen, bij één en dezelfde prestatie hoort één en hetzelfde tarief, ongeacht wie de zorg levert. Feitelijk wordt met het voorgenomen besluit afgeweken van het principe van functionele bekostiging. Immers, op grond van het voorgenomen besluit is degene die de zorg levert, juist wel bepalend voor (de beschrijving van) de te leveren prestatie en de daarbij gehanteerde systematiek. Het wettelijke kader voor de (wijze van) bekostiging van de forensische zorg zal dienen te bestaan uit een samenvoeging van regelgeving uit de Zorgverzekeringswet en de AWBZ in de Wet Forensische Zorg. Onduidelijk is vooralsnog hoe dit zijn beslag zal krijgen. Op grond van het bovenstaande raadt de NZa de invoering van ZZP's voor forensische zorg ten zeerste af.

Wij vertrouwen er op u hiermee naar behoren te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit,

  
drs. M.S. Mulder  
directeur Zorgmarkten Cure