

Advies

Normatieve huisvestingscomponent Forensische Zorg

Introductie van integrale tarieven voor verblijf

februari 2012

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Context	9
1.3 NHC voor de forensische zorg	10
1.3.1 Scope van de NHC	11
1.4 Beleidsmatige overwegingen NHC-bekostiging	12
1.4.1 Zorgvormen buiten de reikwijdte van dit advies	13
1.4.1.1 Penitentiair Psychiatrisch Centra	13
1.4.1.2 Rijksinrichtingen	13
1.4.2 Procedure voor ontwikkeling	14
1.5 Procedure van advies naar implementatie	14
1.6 Leeswijzer	15
2. Huisvesting forensische zorg	17
2.1 Verblijfszorg	17
2.2 Methode koppelen zorgvraag en huisvesting	17
2.3 Aanpak onderzoek	18
2.3.1 Globale onderzoeksaanpak	18
2.3.2 Keuzes door onderzoeksinsteeek	19
2.4 Resultaten onderzoek	19
2.5 Clusteren aantal huisvestingstypes	20
2.5.1 Criteria voor eindresultaat NHC-ontwikkeling	20
2.5.2 Reductie aantal relevante categorieën	21
2.5.3 Clusteren categorieën	21
2.6 Toevoeging NHC-prestaties aan productstructuur	22
2.7 Conclusies	22
3. Investeringskosten /voorzieningen	23
3.1 Grondslag investeringskosten	23
3.2 Prijsindex	24
3.3 Geclusterde investeringskosten per NHC	24
3.4 Specifieke voorzieningen	26
3.4.1 Splitsing niveau 2	26
3.4.2 SGLVG+	26
3.5 Conclusies	27
4. Samenhang binnen de geestelijke gezondheidszorg	29
4.1 Samenhang reguliere zorg en forensische zorg	29
4.2 Aanpak samenhang verschillende bekostigingssystemen	29
4.3 Structuur intramurale forensische zorg	30
4.4 Conclusies ten aanzien van samenhang	31
5. Van investeringskosten naar tarieven	35
5.1 Methode netto contante waarde	35
5.2 Tariefparameters	35
5.2.1 Investeringspatroon	36
5.2.2 Bouwtijd	36
5.2.3 Instandhouding	37
5.2.4 Rente	38
5.2.5 Grond, interim-huisvesting en terreinvoorzieningen	39
5.2.6 Bezettingspercentage	39
5.2.7 Samenvatting aannames rekenmodel	41

5.3	Tarieven NHC's	41
5.3.1	Integrale tarieven	42
5.3.2	Huidige kapitaallasten versus NHC-vergoeding	43
5.4	Tariefsoort	43
5.5	Onderhoud tarief	44

6.	Transitietraject	45
6.1	Algemene transitiemaatregel	45
6.1.1	Transitie op hoofdlijnen	45
6.2	Wijziging systematiek	46
6.2.1	Badkuip	46
6.2.2	Boekwaarde	46
6.2.3	Trekkingsrechten	46
6.3	Sectorspecifieke ontwikkelingen	46
6.3.1	Brandveiligheid	47
6.3.2	A fonds perdu investeringen	47
6.3.3	Veiligheidsniveau DBBC-systematiek	47
6.3.4	Tenders	47

Bijlage 1. Overzicht van opbouw investeringskosten

Bijlage 2. Reacties consultatiedocument forensische zorg

Vooraf

Aanleiding voor het opstellen van dit advies is de opdracht van het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) om voor de forensische zorg een normatieve huisvestingcomponent (NHC) te ontwikkelen. In juli heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) daarbovenop met een formele aanwijzing de NZa opdracht gegeven de NHC-bekostiging ook voor de strafrechtelijke forensische zorg in te voeren.

In het afgelopen jaar is daarom door een team van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gewerkt aan de ontwikkeling van een normatieve huisvestingcomponent voor de forensische zorg. Daarbij is gebruik gemaakt van de bouwkundige expertise van TNO Zorg en Bouw. Ook is er veelvuldig inhoudelijk overleg gevoerd met branchepartijen en het ministerie van VenJ.

Dit advies geeft weer hoe de NZa de normatieve huisvestingscomponent voor de forensische zorg beleidsmatig heeft uitgewerkt. Gezien de opdracht en aanwijzing heeft de NZa de invoering van een NHC en de specifieke NHC-rekenmethodiek als een gegeven beschouwd.

Voor een kort overzicht van het voorstel voor de bekostiging van kapitaallasten in de forensische zorg wordt u verwezen naar de managementsamenvatting. Na het uitbrengen van dit advies zal de NZa de noodzakelijke stappen ondernemen om de NHC-bekostigingsystematiek daadwerkelijk in te voeren.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

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

Managementsamenvatting

Onderstaand vindt u het concrete voorstel van de NZa voor de bekostiging van de kapitaallasten voor verblijf in de forensische zorg. Dit advies geeft weer hoe voor de forensische zorg die bekostigd gaat worden in DBBC's de kapitaallasten vergoed moeten gaan worden. De rest van dit document geeft een precieze uitwerking van ons advies. Hieronder zijn de hoofdlijnen te vinden van het NZa-advies:

- De NZa adviseert per 1 januari 2013 NHC-bekostiging in te voeren voor de forensische zorg.
- De ZZP-zorg die VenJ inkoopt is uitgesloten van dit advies.
- In belangrijke mate is aangesloten bij de kapitaallastebekostiging zoals die voor de geestelijke gezondheidszorg bekostigd uit de zorgverzekeringswet en de AWBZ gaat gelden.
- Voor de kapitaallasten die samenhangen met de behandeling zal een procentuele opslag worden vastgesteld als vergoeding.
- Voor het verblijf wordt de methode van de normatieve huisvestingcomponent (NHC) te gebruiken. De NHC is een productiegebonden normatieve vergoeding voor (vervangende)nieuwbouw en instandhouding. Voor de precieze berekening wordt de NHC-methodiek gebruikt, die in samenwerking met TNO Zorg en Bouw is ontwikkeld.
- De zorg die door de Penitentiair Psychiatrisch Centra wordt geleverd zal in eerste instantie geen NHC-opslag kennen. Voor de rijksinrichtingen kan de NHC gebruikt worden. Gegeven het bekostigingsregime met NHC's adviseert de NZa de rijks-FPC's op afstand te plaatsen.
- De materiële beveiliging blijkt de belangrijkste factor te zijn voor het gebruik en de kosten van huisvesting voor forensische verblijfszorg.
- De NZa adviseert daarom vier NHC-tarieven te introduceren als vaste opslag bovenop de verblijf-DBBC's, die aansluiten bij de verschillende beveiligingsniveaus.
- Naast de vier basistarieven is een apart tarief nodig voor SGLVG+-voorzieningen.
- Voor een optimale samenhang met de andere delen van de geestelijke gezondheidszorg adviseert de NZa voor de lichtbeveiligde settings in de forensische zorg (niveau 1) aansluiting te zoeken bij de curatieve GGZ. Voor de beveiligde settings (2,3 en 4) is het logisch dat gelijke settings in andere sectoren gebruik gaan maken van de specifieke tarieven die de NZa vaststelt voor de forensische zorg.
- De prestaties en tarieven zijn gebaseerd op een onderzoek van TNO waarin is bepaald wat de kosten zijn voor het realiseren van een gebouwelijke voorziening die nodig is voor het leveren van de specifieke verblijf-DBBC's.
- Uitgangspunt waren de bouwnormen van het Bouwcollege en de eisen van VenJ aan forensische zorggebouwen.
- Daarnaast zijn enkele normen vastgesteld voor de exploitatie van huisvesting van forensische zorg. Dit zijn normen voor de rente over een investering(5%), de gebruikstijd van een gebouw (30 jaar zonder renovatie), een genormeerde bezettingsgraad (94%), een genormeerde vergoeding voor instandhouding (0,8% van de nieuwbouwwaarde per jaar), de bouwtijd voor een gebouw (24 maanden, inclusief budgettair bouwen) en tot slot een genormeerde vergoeding voor grond, interim-huisvesting en terreinvoorzieningen.
- De NZa adviseert van 1 januari 2013 tot 1 januari 2018 een overgangsregeling in te stellen voor bestaande zorgaanbieders. Deze regeling gaat uit van een gewogen gemiddelde van de opbrengsten uit de huidige bekostiging voor kapitaallasten en de nieuwe NHC-

bekostiging. Naarmate de tijd verstrijkt zal het aandeel NHC-bekostiging groter worden en de huidige vergoeding afgebouwd worden.

- Voor nieuwe aanbieders en tendercapaciteit waarvan het contract is afgelopen stelt de NZa voor dat waar nog rechten bestaan op de oude vergoeding deze geleidelijk worden afgebouwd en vervangen worden door NHC-bekostiging. Als deze rechten verlopen zijn, dan stelt de NZa voor direct te bekostigen met NHC's.
- Gekeken moet worden naar in het verleden gedane a fonds perdu investeringen om dubbele bekostiging te voorkomen.
- Eventuele boekwaardeproblemen van zorgaanbieders worden op een gelijke manier behandeld als voor de instellingen van AWBZ-zorg.

1. Inleiding

Met het Programma Vernieuwing forensische zorg is beoogd de samenhang tussen de reguliere GGZ en de geestelijke gezondheidszorg binnen een strafrechtelijk kader te verbeteren. De geestelijke gezondheidszorg in een strafrechtelijk kader wordt ook wel de forensische zorg genoemd. Een belangrijk instrument om deze samenhang te versterken is de bekostiging. Geïnspireerd op zowel ontwikkelingen binnen de curatieve zorg bekostigd uit de Zorgverzekeringswet(cure) als binnen de langdurige zorg bekostigd uit de AWBZ (care) is er een vorm van prestatiebekostiging geïntroduceerd voor de forensische zorg. Dit is gebeurd in de vorm van de Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinaties (DBBC's).

1.1 Aanleiding

De DBBC-productstructuur valt uiteen in twee verschillende tabellen: een tabel met vergoedingen voor behandelingen en een tabel met vergoedingen voor het verblijf van patiënten. Met alle twee de onderdelen uit de productstructuur zijn naast zorgkosten ook kapitaallasten gemoeid. Daarom moet er naast de vergoeding voor zorgkosten ook een systematiek zijn om de kapitaallasten van zorgaanbieders te dekken. Voor alle zorg die bekostigd wordt met DBBC's bestaat nog geen specifieke vergoeding voor kapitaallasten. Met dit adviesrapport wordt voor een belangrijk deel invulling gegeven aan met name de bekostiging van intramurale kapitaallasten.

1.2 Context

Er zijn verschillende met elkaar samenhangende ontwikkelingen van belang voor de ontwikkeling van een nieuwe bekostiging van kapitaallasten. Ten eerste is de oude systematiek voor de vergoeding van kapitaallasten van aanbieders niet langer meer toepasselijk met de invoering van de Wet FZ en de overheveling van taken en budget naar het ministerie van VenJ. Ten tweede schept de invoering van prestatiebekostiging de voorwaarden waarbinnen de bekostiging van kapitaallasten vormgegeven moet worden. Tot slot moet rekening gehouden worden met de overlap tussen verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg bij het ontwerpen van een nieuwe bekostiging.

Met de invoering van prestatiebekostiging en daarvoor reeds ontwikkelde wet- en regelgeving is de basis voor het oude regime voor de vergoeding van kapitaallasten afgeschaft. Zo is het bouwregime afgeschaft voor alle aanbieders van forensische zorg die van oudsher bekostigd werden via de AWBZ. Door de gelijktijdige beëindiging van het Bouwcollege is het nodig om een nieuwe systematiek voor de kapitaallasten toe te gaan passen. Ook voor zorgaanbieders die van oudsher buiten de invloedssfeer vielen van het Bouwcollege is een herziening van de kapitaallastebekostiging nodig. Zo zorgt de aanstaande invoering van de wet forensische zorg ervoor dat de subsidierelatie die het ministerie van Veiligheid en Justitie heeft met sommige TBS-klinieken wordt beëindigd.

Ook de introductie van DBBC's speelt een rol in het nieuwe bekostigingssysteem voor kapitaallasten. De DBBC-systematiek is

gebaseerd op het concept van prestatiebekostiging, zoals dat voor de care en cure wordt ingevoerd.

Bij deze vorm van bekostiging krijgen aanbieders een vergoeding per geleverde behandeling ('zorgprestatie'). Inkopers van zorg kunnen het zorgaanbod van instellingen met elkaar vergelijken en de beste zorg inkopen tegen de laagste kosten. Door aanbieders onderling te laten concurreren om de gunsten van de patiënt wordt de zorg rondom de patiënt georganiseerd, met naar verwachting positieve effecten op zowel de kosten als de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Ook binnen de forensische zorg wordt dit concept toegepast, al zijn er wel verschillen met de care en de cure. Het is van belang dat de nieuwe bekostiging voor de forensische kapitaallasten past bij de invoering van prestatiebekostiging.

Tot slot is een belangrijke eis aan het bekostigingssysteem dat de systematiek zoveel mogelijk overeenkomt met die van andere wetten die van toepassing zijn op de geestelijke gezondheidszorg. Schotten tussen verschillende methodes van bekostiging kunnen belemmeringen vormen voor een goede kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De belangrijkste raakvlakken voor de forensische zorg zitten in de vergoedingssystematieken voor de curatieve GGZ, vergoed uit de Zorgverzekeringswet en de langdurige geestelijke gezondheidszorg vergoed uit de AWBZ. Daarnaast zijn er ook raakvlakken met de gehandicaptenzorg, bekostigd uit de AWBZ.

Binnen de care is voor de vergoeding van kapitaallasten na het afschaffen van het bouwregime en passend bij prestatiebekostiging de normatieve huisvestingscomponent (NHC) ontwikkeld voor intramurale zorg. Deze methode is ook voor de curatieve GGZ inmiddels geaccepteerd als nieuwe systematiek voor het vergoeden van intramurale kapitaallasten. In eerdere jaren heeft de NZa ook geadviseerd voor de forensische zorg deze systematiek te gaan hanteren. April 2011 heeft het ministerie van VenJ de NZa gevraagd deze systematiek verder uit te werken voor de forensische zorg. Daarbij heeft het ministerie van VWS per formele aanwijzing de NZa opgedragen de NHC-bekostiging ook voor de forensische zorg in te voeren. Met dit rapport wordt invulling gegeven aan het verzoek en de aanwijzing.

1.3 NHC voor de forensische zorg

Voor het begrip van dit document is het noodzakelijk om te weten wat de normatieve huisvestingcomponent precies is. De NHC is een vaste opslag bovenop de DBBC's om via de reguliere zorgproducten ook de kapitaallasten te vergoeden. De kapitaallastebekostiging is met een NHC dus productieafhankelijk. Het tarief van de NHC is een normatieve vergoeding voor (vervangende) nieuwbouw en instandhouding. Deze vergoeding bestaat uit een geïndexeerde jaarlijkse bijdrage die voldoende is om over de gehele levenscyclus van een nieuwbouw forensische-zorgvoorziening, rente, afschrijving- en instandhoudinguitgaven te dekken bij een genormeerd bezettingspercentage en een vastgestelde investeringsnorm.

De kernvraag om de hoogte van de NHC te kunnen bepalen is welke opslag passend is voor de vergoeding van de kapitaallasten van verblijf in een instelling. Om deze vraag te beantwoorden is gekeken naar de aard van de zorg die is opgenomen in de verschillende DBBC-verblijfsoorten. Daaraan is gekoppeld welke huisvesting past bij de specifieke DBBC's. Ook is gekeken naar de wijze waarop de

huisvestingsvergoeding was aan te sluiten bij de huisvestingsvergoeding voor de curatieve GGZ en de langdurige GGZ.

Deze globale omschrijving geeft nog onvoldoende handvatten voor de precieze toepassing van de systematiek in de forensische zorg. Daarom is in de volgende paragraaf beschreven voor welk deel van de forensische zorg de NHC als bekostiging kan gaan fungeren.

1.3.1 Scope van de NHC

Om te kunnen oordelen over de toepassing van de NHC in de forensische zorg, is het allereerst nodig om te begrijpen om wat voor soort zorg het gaat.

Onder forensische zorg wordt verstaan de geestelijke gezondheidszorg verstrekt aan personen met een strafrechtelijke titel. Ook de verslavingszorg en zorg aan verstandelijk beperkten die in strafrechtelijk kader wordt verleend vallen hieronder. De forensische zorg is dus een verzamelnaam voor diverse soorten en types zorg. Deze zorg is verdeeld over ongeveer 130 aanbieders met op hun beurt ook weer verschillende profielen. Er wordt zowel ambulante als klinische zorg geleverd. Deze zorg wordt voor een belangrijk deel bekostigd in DBBC's, naast ZZP's en extramurale parameters. Voor verschillende onderdelen van de forensische zorg bestaat dus een andere bekostiging. Dit advies richt zich op de in volumeaandelen belangrijkste zorgvormen: namelijk de zorg die nu wordt bekostigd uit de oude AWBZ-budgetsystematiek voor geestelijke gezondheidszorg en gefinancierd met DBBC's.

In de huidige budgetsystematiek is er een specifieke vergoeding voor de kapitaallasten/huisvestingslasten van zorgaanbieders. De extramurale parameters kennen een integraal tarief, waarin ook de kosten voor bijvoorbeeld behandelkamers zijn opgenomen. De intramurale kapitaallasten (onder andere verblijf) worden lump sum nagecalculeerd in het budget van een zorgaanbieder.

De langdurige zorg kende dezelfde budgetsystematiek als die nu van toepassing is op de forensische zorg. Voor de care is gekozen om de intramurale kapitaallasten te bekostigen met een NHC. Het is logisch om voor de forensische zorg ook een NHC te gebruiken als vergoeding voor intramurale kapitaallasten.

Echter, de intramurale kapitaallasten bestaan in de forensische zorg niet alleen uit de kapitaallasten voor verblijf, maar bevatten ook kapitaallasten voor behandeling in een klinische setting. Het verblijfsdeel zou in ieder geval aangevuld moeten worden met de NHC. Hieronder vallen dan ook de functies die zijn gekoppeld aan verblijf, zoals de ondersteunende diensten en de ondersteunende begeleiding (arbeidsmatige dagbesteding). Een vraag is wel hoe wordt omgegaan met de kapitaallasten van de klinische behandeling.

De curatieve GGZ kent dezelfde opdeling in de productstructuur tussen behandeling en verblijf als de forensische zorg. Voor die markt geldt op dit moment een procentuele opslag op de behandel-DBC's van 7,8%. De NZa adviseert om voor een optimale samenhang tussen deze twee verschillende zorgsectoren dezelfde uitgangspunten voor de kapitaallastenvergoedingen te nemen. De productstructuren voor de beide sectoren kennen immers ook dezelfde globale indeling. Dit is overeenkomstig het principe van 'DBC GGZ, tenzij'. Dit betekent dat een normatieve huisvestingscomponent alleen van toepassing zal zijn op de verblijfszorg in DBBC's. Voor de kapitaallasten die samenhangen met de behandeling zal de NZa onderzoeken of de vergoedingsystematiek van de curatieve GGZ toepasbaar is in de forensische zorg. Concreet zal

bekeken worden welke opslag bovenop de behandel-DBBC's passend is voor de vergoeding van kapitaallasten voor behandeling. De NZa zal hierover begin april een advies uitbrengen. De klinische behandeling is overigens wel een onderdeel van de intramurale kapitaallasten dat nu nog vergoed wordt via de nacalculatie. Met de nieuwe systematiek ontstaat hierdoor een andere opdeling van kapitaallastenvergoedingen dan voorheen. Een nadere omschrijving van de nieuwe opdeling wordt gegeven in paragraaf 3.3.

1.4 Beleidsmatige overwegingen NHC-bekostiging

De overstap van de nacalculatie van werkelijke kapitaallasten naar een productieafhankelijke vergoeding is het gevolg van een breed ingezette beleidswijziging. De invoering van NHC-bekostiging heeft drie belangrijke gevolgen:

- De NHC-tarieven worden landelijk uniform genormeerd, terwijl de bestaande bekostiging van kapitaallasten instellingsspecifiek is.
- De vergoeding van de kapitaallasten wordt nu afhankelijk van de productie in plaats van capaciteitgebonden.
- De vergoeding wordt losgekoppeld van het moment van investeren.

De NZa ziet twee belangrijke voordelen voor de invoering van de normatieve huisvestingscomponent voor de forensische zorg.

Ten eerste wordt in de langdurige GGZ ook gewerkt met de NHC. In 2013 zal deze overstap door de curatieve GGZ naar verwachting worden gemaakt. Omdat forensische zorg in veel gevallen geleverd wordt door dezelfde aanbieders, soms zelfs in hetzelfde gebouw op dezelfde afdeling, vindt de NZa het van belang dat er samenhang bestaat tussen de bekostigingssystemen. Verschillende regimes voor de vergoeding van kosten met tegenstrijdige beleidsdoelstellingen leiden niet tot goede prikkels voor doelmatige zorglevering. Daarnaast is het voor een goed werkende keten van geestelijke gezondheidszorg van belang dat er zo min mogelijk bekostigingsschotten bestaan. Door een gelijke methodiek te kiezen als voor de andere wetten voor de GGZ worden dergelijke schotten zoveel als mogelijk voorkomen.

Daarnaast vindt de NZa prikkels voor doelmatigheid van groot belang. Met de invoering van de NHC's worden de kapitaallasten een genormeerd integraal onderdeel van de DBBC's. Door op die manier instellingen zelf de lusten en lasten te laten dragen van hun investeringsbeslissingen hebben zij een intrinsieke, economische prikkel om doelmatige zorg te leveren. Zorgaanbieders zullen in de nabije toekomst hun investeringen daarom niet langer maximaliseren binnen de regelgeving, maar hun investeringen optimaliseren op basis van de zorgvragen die zij behandelen. Bovendien past de NHC-methode binnen het gekozen marktmodel, de monopsonie. Het zorgt voor gelijke concurrentie tussen verschillende aanbieders van forensische zorg. Op die manier zijn in de toekomst de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid het beste gediend.

In dit advies is aangegeven hoe de NHC-methodiek geïmplementeerd kan worden in de forensische zorg rekening houdend met de eerder gegeven context en de geformuleerde beleidsdoelstellingen.

De keuze voor het gebruik van de specifieke NHC-methode is reeds in een eerdere fase gemaakt. Voor meer achtergrond over de NHC-

methodiek zoals die ontworpen is voor de langdurige zorg wordt u verwezen naar de NZa-website¹.

1.4.1 Zorgvormen buiten de reikwijdte van dit advies

Dit advies heeft betrekking op de zorg en huisvesting die wordt ingekocht en bekostigd met DBBC's. Dit betreft echter niet alle vormen van forensische zorg. VenJ gebruikt voor een klein deel van de zorg die zij inkoopt de ZZP's zoals deze ook worden gebruikt voor de AWBZ. Voor de huisvesting van die zorg adviseert de NZa de NHC's voor de ZZP's te gebruiken.²

Daarnaast zijn er op dit moment nog twee organisatietypes die wel onder de DBBC-bekostiging zouden moeten vallen, maar door hun uitzonderlijke organisatievorm een bijzondere positie hebben gekregen. Daarom wordt op deze twee organisatievormen nader ingegaan in onderstaande paragrafen.

1.4.1.1 Penitentiair Psychiatrisch Centra

Er is binnen het spectrum van DBBC-bekostigde forensische zorg één uitzondering gemaakt, waar nu nog geen nieuwe kapitaallastenvergoeding voor zal worden vastgesteld. Het gaat om de tweedelijns psychiatrische behandelcentra in penitentiaire inrichtingen, de zogeheten Psychiatrisch Penitentiair Centra (PPC).

PPC's vallen op dit moment onder centraal bestuur van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). Dit geeft aanleiding om de PPC's op korte termijn uit te sluiten van de NHC-bekostiging. Ten eerste lijkt het niet opportuun om op korte termijn een decentralisatie van de besluitvorming over het vastgoed van de PPC's te verwachten. Een toename van het bedrijfsrisico op korte termijn hoort waarschijnlijk evenmin tot de mogelijkheden. Dit heeft als gevolg dat de PPC's nauwelijks gevoelig zijn voor financiële prikkels. Dankzij deze twee huidige kenmerken van de PPC's vervallen de voordelen van een NHC. Op korte termijn zijn er ook praktische hindernissen bij de ontwikkeling van een NHC voor de PPC. Omdat de PPC's kortgeleden begonnen zijn met het leveren van forensische zorg is het moeilijk om een profiel voor een optimale aanbieder vast te stellen. Daarbij bestaat deze sector uit een zeer klein aantal aanbieders, die qua ontwikkelingsstadium nog erg van elkaar verschillen.

Bovenstaande heeft de NZa medio juli 2011 al schriftelijk geadviseerd aan het ministerie van VenJ. Vervolgens heeft VenJ laten weten met het advies in te stemmen. Om deze reden omvat dit rapport geen prestaties en tarieven voor huisvesting die door PPC's gedeclareerd kunnen worden. In een later stadium zal nogmaals gekeken moeten worden naar de vergoeding van de huisvesting van PPC's.

1.4.1.2 Rijksinrichtingen

Net als de PPC's vallen de rijks-FPC's onder bestuur van DJI. Zij zijn dus niet zelfstandig van het ministerie en kunnen dus net als de PPC's niet zelf hun vastgoed inrichten. Ook zijn ze niet of nauwelijks gevoelig voor financiële prikkels. Tegelijkertijd bedienen de rijks-FPC's geen aparte markt zoals de PPC's dat wel doen. Bovendien is het goed mogelijk gebleken om voor de huisvesting ten behoeve van TBS met

¹ www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/kapitaallasten

² De NZa zal in haar advies bekostiging een advies geven over het verdere gebruik van de ZZP's in de forensische zorg. Publicatie staat gepland voor begin april.

dwangverpleging een NHC te ontwikkelen. NZa ziet daarom geen principiële redenen om de rijks-FPC's uit te sluiten van NHC-bekostiging.

Op korte termijn zijn er echter wel praktische problemen met het toepassen van NHC-bekostiging op de rijksinrichtingen. Om de voordelen van NHC-bekostiging te verkrijgen is verzelfstandiging een noodzaak. Deze verzelfstandiging vindt de NZa ook van belang in het kader van een gelijk speelveld voor alle aanbieders. Aangezien een dergelijke stap tijd zal kosten, is deze stap waarschijnlijk niet gerealiseerd voor de invoering van de NHC-systematiek. De NZa adviseert om wel alle bestaande inkomstenstromen zoveel als mogelijk om te vormen en af te bouwen, zodat de NHC's leidend zijn bij de bekostiging van het vastgoed van deze instellingen. Op deze manier kunnen de rijksinrichtingen zich voorbereiden op de nieuwe bekostiging. Na (eventuele) verzelfstandiging kan nogmaals gekeken worden naar de effecten van NHC-bekostiging voor deze aanbieders. Op dat moment zal nogmaals bekeken moeten worden of en in welke mate hierbij transitiemaatregelen moeten worden ingezet.

1.4.2 Procedure voor ontwikkeling

Om de normatieve huisvestingcomponent te kunnen ontwikkelen heeft de NZa intensief samengewerkt met verschillende branchepartijen, TNO Centrum Zorg en Bouw en het ministerie van VenJ. Veel van de technische en beleidsmatige uitwerkingen van de NHC zijn reeds in een eerder stadium voorgelegd aan de betrokken belanghebbenden. Eind januari is het gehele advies ook formeel geconsulteerd. De reacties van branchepartijen op het consultatiedocument zijn integraal opgenomen in de bijlage van dit rapport.

De NZa heeft op basis van die besprekingen en de reacties uit de consultatieprocedure afwegingen gemaakt op verschillende onderdelen. Dit advies is een weerslag van het doorlopen proces.

1.5 Procedure van advies naar implementatie

In dit document is een algemene onderbouwing gegeven van de NHC-bekostigingsmethodiek en de daarbij horende tarieven. Om de nieuwe systematiek in praktijk te gaan brengen moeten er nog wel stappen worden ondernomen. Hieronder is kort weergegeven welke activiteiten door de NZa of door andere organisaties moeten worden ondernomen om dit traject te voltooien.

De NZa bezit op het moment van de vaststelling van dit advies echter nog niet over de noodzakelijke bevoegdheden voor het vaststellen van prestaties en tarieven voor de forensische zorg.

Voor de implementatie c.q. vertaling van dit advies naar concrete maatregelen (regelgeving) in de praktijk is een vereiste dat het wijzigingsbesluit, waarmee zowel het Interimbesluit forensische zorg (Stb. 2010, 875) als het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg (Stb. 2007, 365) worden gewijzigd, per 1 januari 2012 (met terugwerkende kracht) in werking is getreden, dan wel dat de Wet forensische zorg, met inbegrip van de laatste Nota van Wijziging (TK 2011-2012, 32 398, nr. 10), in werking is getreden. Bij de publicatie van dit advies door de NZa op 13 maart was dat nog niet het geval. Desondanks heeft de NZa bij de vaststelling van dit advies inwerkingtreding van bovengenoemde regelgeving als een gegeven beschouwd. Immers, zonder wijziging van beide hiervoor genoemde

besluiten per 1 januari 2012, dan wel inwerkingtreding van de Wet forensische zorg, beschikt de NZa niet over de bevoegdheid om de in het advies voorgestelde maatregelen in praktijk te brengen, respectievelijk de noodzakelijke regelgeving (beleidsregels en nadere regels) met betrekking tot een NHC voor forensische zorg vast te stellen.

Dit betekent dat de in dit document genoemde indicaties van tarieven nog geen rechtswerving hebben. De NZa zal uiteindelijk in de zomer de definitieve tarieven en beleidsregels vaststellen, synchroon met de tarieven en beleidsregels voor de curatieve GGZ. In deze periode zal nog nader Technisch Overleg plaatsvinden met branchepartijen. Een voordeel hiervan is dat de methodieken voor de NHC van de curatieve GGZ en die van de forensische zorg op deze manier optimaal verder op elkaar afgestemd kunnen worden.

1.6 Leeswijzer

Het vervolg van dit document beschrijft de inhoudelijke uitwerking van de NHC-bekostiging en de wijze waarop deze tot stand is gekomen.

In hoofdstuk 2 is uitgelegd op welke manier is bepaald welke huisvesting past bij specifieke verblijf-DBBC's. Dieper wordt ingegaan op de onderzoeksmethode en de keuzes voor de vormgeving van de tariefstructuur.

Hoofdstuk 3 bevat vervolgens een bepaling van de investeringskosten die samenhangen met realiseren van huisvesting voor forensische zorg. Ook is verantwoord welke methode is gebruikt voor het vaststellen van de investeringskosten.

Hoofdstuk 4 geeft weer hoe de NHC-bekostiging voor de forensische zorg toegepast kan worden in samenhang met de andere sectoren binnen de geestelijke gezondheidszorg.

In hoofdstuk 5 is aangegeven welke normen voor de exploitatie van huisvesting voor forensische zorg zijn gehanteerd bij het bepalen van de tarieven. Bovendien is precies omschreven hoe de NZa adviseert de nieuwe tariefstructuur vorm te geven.

Hoofdstuk 6 bevat ten slotte een voorstel voor de overgang van de huidige bekostiging voor kapitaallasten naar de nieuwe bekostigingsystematiek.

2. Huisvesting forensische zorg

Met de invoering van NHC's verandert zowel aard als vorm van de kapitaallastenvergoeding. Er is daarom een onderzoek uitgevoerd naar de omvorming van de bekostiging. Dit hoofdstuk bevat de beschrijving van de onderzoeksmethode evenals een weergave van de onderzoeksresultaten.

2.1 Verblijfszorg

De NHC moet uiteindelijk een passende vergoeding bieden voor de huisvesting van een patiënt die in een instelling verblijft. Voor een passende vergoeding is het van belang om te bepalen welke factoren leiden tot kosten. Deze kosten zijn vervolgens maatgevend voor de hoogte van het tarief. Voor een zuivere vergoeding van de kapitaallasten voor verblijf is het van belang om af te bakenen wat precies wordt vergoed met de verblijf-DBBC's. Behandeling maakt geen onderdeel uit van deze vergoeding. Daarom is de behandeling niet meegenomen in het vaststellen van de vergoeding voor verblijfhuisvesting. Wel van belang is de verpleging en beveiliging van patiënten.

Om tot een adequate bekostiging te komen moet de invloed van zowel de zorgintensiteit als de beveiliging (zoals gedefinieerd in de verblijf-DBBC's) op de huisvesting worden meegewogen. De verblijfvoorzieningen moeten de juiste huisvesting bieden voor de zorgintensiteit en beveiliging die een cliënt nodig heeft. De NHC is uiteindelijk een normatieve benadering van deze huisvesting. De NHC-vergoeding per DBBC voor de specifieke huisvesting wordt afgeleid van bouwnormen en de reële afschrijvingstermijnen die gelden voor hedendaagse nieuwbouw van verblijfvoorzieningen.

2.2 Methode koppelen zorgvraag en huisvesting

De huidige DBBC's bieden bekostiging voor de zorgkosten die gemoeid zijn met het behandelen van een forensische zorgvraag, maar bieden geen direct aanknopingspunt voor de huisvesting passend bij de specifieke zorgvraag. De koppeling van huisvesting aan zorgvraag is cruciaal voor bekostiging met NHC's, omdat er een integraal tarief moet ontstaan voor het behandelen van een zorgvraag. De koppeling van de gebouwelijke voorziening aan de zorgvraag kan worden gemaakt op basis van kwantitatieve data of op basis van een kwalitatieve relatie tussen de geleverde verblijfszorg en de huisvesting.

Een methode om de koppeling kwantitatief te maken is een inventarisatie van bestaande gebouwenkenmerken en die koppelen aan de zorglevering in DBBC's. Uit deze gegevens over de werkelijke situatie is het mogelijk om een norm te construeren die passend is bij verschillende vormen van verblijf. De NZa heeft onderzocht of deze methode werkbaar was voor de forensische zorg. Hiertoe zijn data uitgevraagd bij de ontwikkeling van de productstructuur verblijf. Er is geprobeerd vast te stellen of er een correlatie was tussen aan de ene kant de zorgintensiteit en het beveiligingsniveau en aan de andere kant de kenmerken van gebouwelijke voorzieningen. Helaas bleken de ontvangen data niet voldoende nauwkeurig en betrouwbaar om precieze relaties te kunnen vaststellen tussen de verblijfssoort en de huisvesting.

Een alternatief is om op basis van een kwalitatieve methode een norm vast te stellen voor de huisvesting. Hiervoor is een objectieve maat en uniforme vaststelling van de zorgvraag van een patiënt nodig. De forensische zorg voldoet aan deze beide criteria, in de vorm van een onafhankelijke indicatiestelling en plaatsing. Dit betekent dat een kwalitatief onderzoek kan leiden tot een betekenisvolle koppeling tussen zorgvraag en huisvesting.

2.3 Aanpak onderzoek

De NZa heeft ervoor gekozen om via een kwalitatief onderzoek de gewenste koppeling tussen huisvesting en zorgvraag te maken. TNO Zorg en Bouw heeft in opdracht van de NZa dit onderzoek uitgevoerd. Het rapport is opgenomen op de website van de NZa³. Hieronder is kort weergegeven hoe het onderzoek is uitgevoerd.

2.3.1 Globale onderzoeksaanpak

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in twee verschillende stadia. In eerste instantie is begonnen met een bureauonderzoek. Om de uitkomsten van het bureauonderzoek te toetsen is vervolgens ook in de praktijk gekeken welke huisvesting wordt gebruikt voor welke soorten forensische zorg.

In het bureauonderzoek waren twee zaken van belang om vast te stellen. Ten eerste is in kaart gebracht op welke wijze patiënten worden toegewezen aan bepaalde aanbieders, types instellingen of vormen van zorg. Daarnaast is in kaart gebracht welke types huisvesting gebruikt worden voor het leveren van zorg. Hierbij is gebruik gemaakt van de bouwnormen die op papier stonden evenals dat is gekeken naar de praktijk die op basis van de verleende vergunningen tot stand is gekomen. Ten slotte is getracht deze twee elementen te combineren tot een geïntegreerd overzicht van verblijf en huisvesting.

In de eerste stap van het bureauonderzoek is bekeken op grond waarvan een patiënt wordt geplaatst in een specifieke voorziening. Daarbij is nagegaan of plaatsing daadwerkelijk objectief en onafhankelijk plaatsvindt en dus bruikbaar is als bekostigingsmaat. Met onafhankelijk wordt in dit geval bedoeld dat een aanbieder niet zelf (rechtstreeks) kan beïnvloeden dat de plaatsing leidt tot een hoger tarief, zonder dat daar duurdere zorg tegenover staat.

Er is geconcludeerd dat een onafhankelijke vorm van plaatsing bestaat en dat het plaatsingsbesluit vervolgens leidt tot plaatsing in een specifieke voorziening. Dit heeft als gevolg dat de verblijfsintensiteit en het beveiligingsniveau tezamen te herleiden zijn tot plaatsing in een specifieke voorziening. In een volgende stap is aan de hand van een stroomschema in kaart gebracht welke patiënten in welke types instellingen worden geplaatst.

Tegelijkertijd heeft TNO Zorg en Bouw bekeken welke gebouwelijke voorzieningen zouden kunnen voorkomen in de forensische zorg. Hiervoor is gebruik gemaakt van prestatie-eisen AWBZ, ervaringen uit de vergunningpraktijk van het Bouwcollege en gegevens van het ministerie van VenJ. Dit heeft geresulteerd in een grote lijst van mogelijke voorzieningen. Omwille van de leesbaarheid van dit document is niet de gehele lijst met gedefinieerde voorzieningen hier opgenomen.

³ www.nza.nl

Door het stroomschema te combineren met de mogelijke voorzieningen was uiteindelijk een overzicht te geven van het gebruik van bepaalde types voorzieningen door bepaalde patiëntgroepen. Dit geeft het voor de NHC-bekostiging noodzakelijke inzicht in het gebruik van de huisvesting voor de levering van bepaalde vormen van verblijfszorg.

Voor vaststelling van een adequate bekostiging is het van belang dat de geformuleerde normen zijn getoetst op toepasbaarheid in de praktijk. Om hiervoor te zorgen zijn branchepartijen actief betrokken geweest bij de ontwikkeling van de systematiek. Specifiek zijn de uitkomsten van het bureauonderzoek besproken met een vertegenwoordiging van instellingen en branchepartijen. Daarnaast heeft TNO in opdracht van de NZa een praktijktoets uitgevoerd om de uitkomsten uit het bureauonderzoek te controleren en waar nodig aan te scherpen. In totaal zijn zeven verschillende aanbieders van forensische zorg bezocht om de gebouwen te bekijken en het plaatsingsschema door te nemen.

2.3.2 Keuzes door onderzoeksinsteek

Bij het hanteren van een bepaalde onderzoeksaanpak staan altijd bepaalde elementen centraal, waardoor andere aspecten minder aandacht krijgen.

Het combineren van indicatie en plaatsing met huisvesting leidt tot een gebouwbenadering voor het vaststellen van huisvestingstarieven. De aanname hierbij is dat gebouwcategorieën overeenkomen met forensische patiëntcategorieën. Dit betekent dat het type instelling leidend is voor de NHC-tariefstructuur. Andere opties waren bijvoorbeeld geweest om zorgpaden of functies per DBBC als bouwsteen te gebruiken. Een gevolg van deze benadering is dat variatie binnen gebouwen(afdelingen) niet specifiek bekostigd wordt, maar alleen de variatie tussen verschillende types gebouwen. De NZa is op de hoogte van het feit dat in de praktijk cliënten vaak een bepaald behandelpad doorlopen in een instelling. Meestal verloopt dit van high-care via medium-care naar low-care. Deze variatie wordt bekostigd door naar een totale voorziening te kijken, waarin alle drie de soorten afdelingen vertegenwoordigd zijn.

Een andere keus van het onderzoek is geweest dat er is gewerkt op basis van een normatieve modelvoorziening. In feite is bepaald welke gebouwelijke voorzieningen bekostigd worden voor een specifieke DBBC. De benadering van de kosten en dus de vergoeding wordt gegeven door een ideaaltypische voorziening te definiëren. Een voordeel van de normsystematiek is dat de NHC-tarieven zijn gebaseerd op de meest actuele bouwnormen, met name relevant voor de beveiliging die instellingen moeten bieden. Het normtarief zal voor een doelmatige aanbieder voldoende moeten zijn om de noodzakelijke kosten van vastgoed te dekken voor het leveren van forensische zorg.

In werkelijkheid kennen niet alle aanbieders die gelijke zorg leveren ook gelijke kapitaallasten. Een gevolg is dat de bestaande praktijk soms kan afwijken van de geformuleerde norm. Deze praktijkvariatie is niet meegewogen in de vaststelling van de tarieven. Mede om deze reden adviseert de NZa dat instellingen de tijd krijgen om te wennen aan de nieuwe bekostiging in de vorm van een overgangstraject.

2.4 Resultaten onderzoek

Met het onderzoek naar de plaatsing en de voorkomende voorzieningen is een globale koppeling tussen verblijfszorg en huisvesting gemaakt.

Hieronder is weergegeven tot welke lijst de eerste⁴ inventarisatie van TNO heeft geleid. De tabel geeft een overzicht van de voorzieningen die voorkomen, hun zorgfunctie, hun beveiligingsniveau en het aantal vierkante meters. Het overzicht geeft een eerste idee van het maximale aantal NHC's dat nodig kan zijn om de huisvesting van de forensische zorg adequaat te bekostigen.

Figuur 1. Overzicht voorzieningen uit eerste inventarisatie TNO

Voorziening	Afkorting	Beveiligingsniveau	Afdeling	Aantal plaatsen	m ² BVO per plaats
Regionale Instelling voor Beschermd Wonen	RIBW	0	HAT-wonen	*	92,7
Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicaptenzorg /Ortho psy	(SGL)VG	1	kortdurend / behandelen	*	96,2
Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicaptenzorg	(SGL)VG	1	langdurend / verblijf	*	94,4
Reguliere GGz	Reg. GGz	1	kortdurend / gesloten	*	86,1
Verslavingszorg	Versl. Zorg	1	kortdurend / behandelen	*	83,4
Reguliere GGz	Reg. GGz	1	langdurend / gesloten	*	82,4
Reguliere GGz	Reg. GGz	1	langdurend / open	*	80,7
Reguliere GGz	Reg. GGz	1	kortdurend / open	*	71,9
Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicaptenz.	SGLVG+	2	kortdurend / behandelen	*	105,2
Forensisch Psychiatrisch Afdeling	FPA	2	long-stay	*	92,0
Forensisch Psychiatrisch Afdeling	FPA	2	behandelen	*	91,3
Forensisch Verslavingszorg Afdeling	FVA	2	behandelen	*	91,3
Forensisch Psychiatrisch Kliniek	FPK	3	behandelen	*	105,2
Kliniek Intensieve Behandeling	KIB	3	kortdurend / behandelen	*	105,2
Forensisch Verslavingszorg Kliniek	FVK	3	behandelen	*	105,2
Forensisch Psychiatrisch Centrum (Tbs-kliniek)	FPC	4	behandelen	*	97,4
Forensisch Psychiatrisch Centrum (Tbs-kliniek)	FPC	4	long-stay	*	97,4
Ambulante zorg niet opgenomen in het onderzoek					
Forensische Zorg aan gedetineerden RIBW	FZG RIBW	0			
Ambulante Forensische Psychiatrie	FZG FPA	0			
Ambulante (Sterk Gedragsgestoord Licht) Verstandelijk Gehandicaptenz.	(SGL)VG	0			
Ambulante Verslavingszorg		0			
Ambulante Reguliere GGz		0			
Ambulante Begeleiding		0			
* In overleg met het ministerie van V&J nog in te vullen.					

Figuur 5.1. clustering van voorzieningen op basis van beveiligingsniveau en oppervlakten per plaats.

Bovenstaande overzicht laat zien dat er op basis van het bureauonderzoek van TNO 17 types huisvesting te herkennen zijn. NB: de gegeven oppervlaktes zijn de concept-vloeroppervlaktes van de totale voorzieningen. De precieze vierkante meters oppervlakte zijn later getoetst en waar nodig aangepast. De lijst met definitieve, voor het NHC-tarief gebruikte vloeroppervlaktes passend bij de verblijf-DBBC's zijn weergegeven in bijlage 1.

2.5 Clusteren aantal huisvestingstypes

Uit het overzicht in voorgaande paragraaf blijkt dat er in theorie 17 verschillende, beveiligde intramurale voorzieningen kunnen worden onderscheiden die gebruikt worden voor het leveren van forensische zorg. Een dergelijk aantal is nog te groot om daadwerkelijk te dienen als basis voor de bekostiging. In deze paragraaf is beschreven hoe de vertaalslag te maken is naar een werkbare tariefstructuur voor de NHC's.

2.5.1 Criteria voor eindresultaat NHC-ontwikkeling

De belangrijkste eigenschappen van NHC's zijn dat ze inzichtelijk en kostenonderscheidend zijn. Bovendien is een simpele toepassing van belang voor de administratieve lasten van de uitvoering van het

⁴ Later is dit onderzoek verder gecontroleerd en aangevuld. Aan de kenmerken opgenomen in deze tabel kunnen dan ook geen rechten worden ontleend.

systeem. Teveel categorieën of niet-inzichtelijke categorieën leiden tot onnodig arbeidsintensieve zorginkoop. Ook is gekeken of de invoering past bij de bestaande productstructuur voor verblijf. Aanpassing daarvan heeft namelijk gevolgen voor de plaatsing van cliënten. Een bewerking is nodig om uit de ruwe onderzoeksresultaten een tariefstructuur te destilleren die voldoet aan deze criteria.

Zo kan het zijn dat de uit in het literatuuronderzoek benoemde voorzieningen in werkelijkheid nauwelijks verschillen qua functie, realisatie of kosten. Aan de hand van het eerste rapport is daarom een aantal vervolgstappen ondernomen om het aantal gedefinieerde voorzieningen te reduceren. Met diverse toetsen worden categorieën niet van toepassing verklaard als bekostigingstitel of samengevoegd, met als doel kostenonderscheidende, inzichtelijke en werkbare NHC's te krijgen. De informatie voor het kunnen reduceren van het aantal categorieën is voortgekomen uit het praktijkonderzoek, besprekingen met praktijkdeskundigen en data over de zorglevering/productie.

2.5.2 Reductie aantal relevante categorieën

De eerste stap voor het bewerken van de categorieën was een toets van de lijst van voorzieningen aan de strekking van de NHC-bekostiging zoals die in hoofdstuk twee is verwoord. Drie categorieën voorzieningen komen niet in aanmerking:

- Een voorziening toont gelijkenis met die voor forensische zorg, maar wordt niet daadwerkelijk voor de forensische zorg in strafrechtelijk kader gebruikt, maar voor de curatieve GGZ of de langdurige GGZ.
- Een voorziening bestaat wel in praktijk, maar wordt nauwelijks ingekocht omdat deze incurant is. Deze categorie wordt uit de bekostiging gehaald, omdat hierdoor de ingekochte categorie niet inzichtelijk is voor de inkoper.
- Een voorziening wordt wel voor de forensische zorg ingekocht en gebruikt maar niet met DBBC's bekostigd. Bijvoorbeeld ZZP's kunnen dienen ter bekostiging van deze zorg.

Op basis van bovenstaande criteria is een aantal voorzieningen geschrapt uit het oorspronkelijke lijstje. Het gaat om de volgende voorzieningen:

- RIBW, want deze wordt bekostigd met ZZP's.
- KIB. Dit is een voorziening die vooral wordt gebruikt voor de Zorgverzekeringswet.
- SGLVG-verblijf wordt bekostigd met ZZP's.
- SGLVG-behandeling wordt bekostigd met ZZP's. Deze instellingen registreren nu wel in DBBC's.
- Orthopsychiatrie. Wordt niet gebruikt voor forensische cliënten;
- FPA-longstay: omdat deze voorziening slechts een zeer klein deel (<5%) van het totaal aan FPA-plaatsen beslaat. NB: Het gaat hierbij om een hele specifieke voorziening met extra ruimtes voor het verblijf van patiënten. In de regel verblijven longstay patiënten in een reguliere FPA.

2.5.3 Clusteren categorieën

Na het doorvoeren van de beschreven schifting is nog geen resultaat bereikt dat voldoet aan de gestelde criteria.

Vervolgens zijn als criterium voor ordening en clustering van de categorieën de beveiligingsniveaus aangehouden. Dit omdat tussen de beveiligingsniveaus grote, kostenonderscheidende verschillen bestaan in zorgaanbod die voornamelijk tot uiting komen in het gebouw. Dat betekent dat er in ieder geval per beveiligingsniveau een aparte NHC

wordt vastgesteld. Met dit criterium wordt de inzichtelijkheid en onderscheidendheid van het eindresultaat bevorderd.

Vervolgens is gekeken naar de specifieke kostenonderscheidendheid van voorzieningen. Aan de hand van de praktijktoets van TNO en de eerder gemaakte omschrijvingen was het mogelijk om conceptinvesteringskosten te berekenen van de omschreven voorzieningen. Voorzieningen die nauwelijks van elkaar verschilden qua investeringskosten (<10%) zijn samengevoegd. Hiermee bleef overigens globaal de categorisering in beveiligingsniveaus over welke in aanmerking zou komen als bekostigingstitel.

2.6 Toevoeging NHC-prestaties aan productstructuur

Langs deze weg is het mogelijk geworden om verschillende huisvestingsnormen te koppelen aan de bestaande DBBC-productstructuur.

Er is gekozen voor in principe één normatief tarief per beveiligingsniveau. Hiervoor is een aantal redenen te noemen. Zo past één tarief bij een normatief systeem op basis van een ideaaltypische voorziening. Op deze wijze zijn de prestaties het meest inzichtelijk en tevens duidelijk kostenonderscheidend. Daarnaast is het tarief per beveiligingsniveau gemakkelijk uit te werken op basis van beschikbare gegevens en gemakkelijk in te passen in de bestaande productstructuur. Bovenstaande kenmerken maken de nieuwe NHC-tarieven bruikbaar voor zorginkoop.

Een aantal alternatieven is niet gekozen. Zo was het ook een mogelijkheid om geen koppeling tussen de productstructuur verblijf en de NHC's te maken ('modulaire tarieven', inkoper en aanbieder spreken zelf af welke NHC past bij welke DBBC) of juist een directe en volledige koppeling aan de productstructuur en dus ook onderscheid op basis van zorgintensiteit (12 tarieven). Deze opties zijn niet gekozen vanwege de uitvoeringslasten en een gebrek aan transparantie van de verschillende prestaties. Ook is de relatie tussen zorgintensiteit en huisvesting binnen de forensische zorg niet aangetoond.

2.7 Conclusies

Het resultaat van al deze werkzaamheden is een normatieve omschrijving van voorzieningen voor het leveren van zorg per beveiligingsniveau. Deze omschrijvingen kunnen vervolgens gebruikt worden als basis voor het bepalen van tarieven. In het volgende hoofdstuk is beschreven welke investeringskosten per plaats af te leiden zijn uit de gegeven omschrijvingen.

3. Investeringskosten / voorzieningen

In dit hoofdstuk is weergegeven welke noodzakelijke kosten gemoeid zijn met het realiseren van voorzieningen; de zogeheten investeringskosten.

3.1 Grondslag investeringskosten

Om op een uniforme en transparante wijze investeringskosten te berekenen is het van belang om een aantal uitgangspunten vast te stellen.

In het verleden stelde het Bouwcollege jaarlijks bouwnormen vast voor de huisvesting van de gehele geestelijke gezondheidszorg. Op dit moment is de GGZ onderverdeeld in de langdurige GGZ bekostigd uit de AWBZ, de curatieve GGZ bekostigd uit de Zorgverzekeringswet en de forensische zorg. Een belangrijk deel van de aanbieders heeft in het verleden zijn huisvesting gerealiseerd volgens deze maatstaven. De laatst gepubliceerde bouwmaatstaven waren de prestatie-eisen AWBZ 2007. Als aanvulling daarop zijn de meest recente beveiligingseisen van het ministerie van VenJ (najaar 2011) toegevoegd aan de omschrijvingen. Hiermee is een beeld verkregen van hedendaagse nieuwbouw van een gebouwelijke voorziening voor forensische zorg. Voor de FPC's bestonden geen AWBZ-prestatie-eisen. Voor deze vorm van zorg is gebruik gemaakt van het programma van eisen van DJI voor een forensisch psychiatrisch centrum (FPC).

De vergoedingen uit het verleden waren ook genormeerd. Hiervoor is de bouwkostennota in het leven geroepen. Deze bouwkostennota dateert uit 2008. Om deze reden is in paragraaf 3.2 aangegeven hoe de normvergoedingen uit dit document geïndexeerd worden naar prijspeil 2013.

In paragraaf 3.3. is te zien welke genormeerde investeringskosten passen bij verschillende voorzieningen. De investeringskosten zijn opgedeeld in verschillende functies en daarvoor toegekende acceptabele investeringskosten. Deze investeringskosten bestaan voor een belangrijk deel uit de bouwkosten van een voorziening. Deze zijn berekend op de kostennormen per vierkante meter uit de Bouwkostennota. Naast de bouwkosten zijn er nog enkele opslagen berekend over de bouwkosten. Deze opslagen komen rechtsreeks voort uit de Bouwkostennota en zijn ook toegepast bij de NHC voor Care.

- bijkomende kosten: 2,5% van de bouwkosten
- directiekosten: 14% van de bouwkosten
- programma- en bestekwijzigingen: 4% van de bouwkosten+bijkomende kosten en directie kosten.
- loon&prijsstijgingen: 2,5% over de uitkomst van bovenstaande drie opslagen.

Bovenstaande parameters zijn reeds verwerkt in de weergegeven investeringsbedragen. De onderstaande parameters zijn wel verwerkt in de NHC-tarieven, maar niet opgenomen in de weergave van de investeringskosten.

- startkosten: 1,22% over totaal aan investeringskosten
- rente tijdens bouw: Parameter rente*maal halve bouwtijd.

De FPC's kenden in het verleden andere opslagen tijdens de bouw. Deze zijn in dit document gevolgd. Een vervolgonderzoek zal nog plaatsvinden om deze getallen te ijken ten opzichte van de vergoedingen die worden

gegeven voor de andere aanbieders. In bijlage A is weergegeven hoe de opslagen zijn gehanteerd in de berekening van de investeringsbedragen.

Zoals gezegd waren bovenstaande normen de basis voor de vergoeding die instellingen ook nu ontvangen. Dat betekende echter niet dat instellingen exact volgens de normen hebben gebouwd. Veel zorgaanbieders hebben uit verschillende overwegingen een bovennormatief gebouw gerealiseerd.

3.2 Prijsindex

Omdat de bouwkostennota die leidt tot de investeringskosten dateert uit 2008 is het noodzakelijk om de investeringskosten te indexeren voor het gestegen prijspeil. Voor optimale samenhang wordt precies dezelfde wijze van indexeren gebruikt als die geldt voor de NHC's in de Care. De NZa heeft geadviseerd de tarieven van de NHC's na de invoering elk jaar met 2,5% te indexeren, passend bij het gebruikte rekenmodel.

3.3 Geclusterde investeringskosten per NHC

Bovenstaande keuzes hebben geleid tot de volgende inschattingen door TNO Zorg en Bouw.

Tabel 1. Investeringskosten forensische zorg

Beveiligings-niveau	Type voorziening	Investerings-kosten per plaats
1	Reguliere klinische GGZ	Maximaal € 158.802 ⁵
2	Forensisch Psychiatrische Afdeling	€ 186.490
3	Forensisch Psychiatrische Kliniek	€ 241.588
4	Forensisch Psychiatrische Centrum	€ 337.835

Bovenstaande investeringskosten zijn gegeven op prijspeil 2012. Deze investeringskosten zijn exclusief grondkosten, rente tijdens bouw en startkosten. Deze drie parameters zijn wel verwerkt in de tarieven.

De investeringskosten die horen bij deze voorzieningen zijn naast de vloeroppervlaktes per functie ook afhankelijk van toeslagen voor bijvoorbeeld perimeterbeveiliging(hekwerk), verzwaarde uitvoering van gebouwen, camera's of topkoeling. Voor de uiteindelijke tarieven zijn aan de kosten van verblijf en ondersteunende begeleiding(inclusief dagbesteding) nog kosten/vloeroppervlaktes toegevoegd voor de ruimtes in gebouwen die worden gebruikt voor therapie/specifieke klinische behandeling en de ruimtes voor ondersteunende diensten inclusief keukens('overhead')⁶.

Omdat er in de productstructuur van de forensische zorg een splitsing bestaat tussen een behandeltable en verblijftabel zijn de verschillende voorzieningen ook "verdeeld over" de kapitaallastenvergoedingen. Dit is anders dan bij de AWBZ, waar de volledige oppervlakte van de

⁵ Zie hoofdstuk 4

⁶ Deze kosten waren in het consultatiedocument nog niet verwerkt in de investeringskosten en dus tarieven.

genormeerde intramurale voorzieningen is omgerekend naar de NHC-tarieven.

De NZa hanteert voor de opdeling van de kapitaallasten de vuistregel dat de procentuele opslag in de behandelDBBC's alleen kapitaallasten bekostigt die passen bij poliklinische zorg. Dit betekent dat de NHC alle specifieke voor klinische zorg benodigde kapitaallasten bekostigt. Als een instelling voor een ambulante behandeling (geen verblijf) gebruikmaakt van voorzieningen die horen bij de klinische zorg dan kan alleen de procentuele opslag voor de behandeling gedeclareerd worden. Het voor poliklinische zorg gebruiken van specifieke voorzieningen die normaliter bekostigd worden met de NHC levert dus geen geld op. Uiteraard kan een aanbieder met efficiënt ruimtegebruik wel zijn propositie voor cliënten en inkoper verbeteren.

Deze opdeling resulteert erin dat de volgende elementen zijn opgenomen in de NHC:

- Alle genormeerde vloeroppervlaktes inclusief toeslagen voor het *verblijf van patiënten*.
- Alle genormeerde vloeroppervlaktes inclusief toeslagen voor de *ondersteunende begeleiding van patiënten*
- Het *deel van de behandelruimtes dat past bij de klinische zorg*. Het gaat hier voornamelijk om de activerende begeleiding.
- Het deel van de *ondersteunende diensten* dat exclusief hoort bij de klinische zorg inclusief een toeslag voor de keukens. Deze keukens zijn vaak niet daadwerkelijk gebouwd bij een instelling, maar uitbesteed aan andere partijen. Door wel de vergoeding voor deze ruimtes op te nemen in de NHC is een zorgaanbieder in staat om ook voor extern gemaakte maaltijden de kapitaallasten te bekostigen. Deze zijn immers door een cateraar impliciet verwerkt in de prijzen van het aangeboden eten.
- Voor de FPC's zijn ook zogeheten *algemene ruimtes* verwerkt in het NHC-tarief. Het gaat om in het programma van eisen genoemde gebouwelijke voorzieningen die niet specifiek toe te wijzen zijn aan een bepaalde plaats. Te denken valt aan een transportsluis, of een portiersloge.

De verdeelsleutel voor de ondersteunende diensten is gebaseerd op personele inzet. De verhouding tussen het behandelend personeel en het verblijfspersoneel is in de ogen van de NZa een goede graadmeter voor het gebruik van deze ruimtes. Uit een inventarisatie blijkt dat grofweg 75% van de oppervlakte voor ondersteunende diensten bij een voorziening voor intramurale zorg wordt gebruikt voor verblijf. Deze verdeelsleutel is op een later moment nauwkeuriger te geven. Het gaat hierbij overigens om een zeer klein onderdeel van de investeringskosten. Naar schatting minder dan 1% van het totaal. Afwijkingen van het hier gedane voorstel zullen dan ook niet of nauwelijks effect hebben op de tarieven.

Er is ook een aantal elementen van de voorzieningen niet verwerkt in de NHC. Deze elementen van de gebouwen moeten vergoed worden via de procentuele opslag op de behandel-DBBC's. Het gaat om:

- De medische en paramedische ruimtes.
- Het deel van de ondersteunende diensten, dat gebonden is aan het leveren van poliklinische zorg.

Getoetst moet worden of de opslag van 7,8% die in de curatieve GGZ geldt ook toereikend is voor de forensische zorg.

In bijlage 1 is in een schema weergegeven hoe de investeringskosten van de klinieken zijn opgebouwd. In het voorjaar van 2012 zal de samenstelling van de investeringskosten in een Technisch Overleg

besproken worden met branchepartijen ten behoeve van de definitieve vaststelling van de tarieven.

3.4 Specifieke voorzieningen

Een aantal voorzieningen vraagt een nadere duiding binnen de voorgestelde tariefstructuur. Het gaat hierbij nadrukkelijk niet om specifieke instellingen, maar om types zorg.

3.4.1 Splitsing niveau 2

Het ministerie van VenJ heeft het voornemen om het bestaande beveiligingsniveau 2 voor de forensische zorg op te splitsen in een niveau 2-laag en 2-hoog. De belangrijkste reden hiervoor is dat er in de groep patiënten die wordt geclassificeerd voor niveau 2 een grote diversiteit bestaat. In de praktijk blijkt het om twee groepen patiënten te gaan, die elk een andere beveiligingsbehoefte kent. Niet alleen tussen patiënten, maar ook tussen instellingen kan onderscheid gemaakt worden tussen instellingen die meer of minder beveiliging bieden in hun forensisch psychiatrische afdeling. Deze beleidswijziging heeft als gevolg dat het beveiligingsniveau 2 uiteenvalt in twee categorieën. De NZa heeft in samenwerking met TNO onderzocht of ook andere tarieven voor huisvesting noodzakelijk zouden zijn. In eerste instantie bleken de investeringskosten ongeveer 5% van elkaar te verschillen. Hiermee haalde de splitsing in 2-laag en 2-hoog niet het gestelde criterium van 10% uiteenlopende investeringskosten (zie ook paragraaf 2.5.3). Vervolgens is een verdiepend onderzoek uitgevoerd naar de verschillen tussen beveiligingsniveau 2-hoog en 2-laag. De NZa heeft deze onderzoeksresultaten beoordeeld op uitvoerbaarheid (inclusief administratieve lasten), kostenonderscheidendheid, en verwachte effecten op betaalbaarheid. Op basis hiervan blijkt naar de mening van de NZa niet dat er een realistisch kostenonderscheid bestaat tussen het niveau 2-laag en niveau 2-hoog. De NZa adviseert dan ook om in de tariefstructuur voor de NHC geen onderscheid aan te brengen.

3.4.2 SGLVG+

Tijdens de onderzoeken bleken de voorzieningen voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten met een strafrechtelijke titel (SGLVG+) niet goed in te passen in de globale tariefstructuur die voor de rest van de voorzieningen toereikend is. De belangrijkste oorzaak is het omvangrijke behandel- en zorgaanbod en de kleinschaligheid van de voorzieningen. Dit laatste heeft betrekking op zowel de noodzakelijke kleine omvang van de groepen patiënten als, in de praktijk, de totale omvang van de voorziening. Deze kleinschaligheid leidt tot hogere investeringskosten per plaats. Aangezien deze specifieke zorgvragen voor SGLVG-zorg in het recente verleden zijn vergund door de overheid en toegepast bij de NHC's voor de care, ziet de NZa deze normen als op dit moment gebruikelijke norm voor deze doelgroep.

Naast zorginhoudelijke normen is ook de noodzakelijke veiligheid van voorzieningen van belang in huisvesting voor forensische zorg. De eisen die VenJ stelt aan de beveiliging zijn leidend voor de normering van de veiligheidsvoorzieningen. De NZa gaat daarom voor dit type gebouwelijke voorzieningen uit van beveiligingsniveau 2. De NHC moet immers een toekomstbestendig systeem zijn, en op lange termijn is niveau 2 het gewenste niveau van de veiligheidsvoorzieningen.⁷

⁷ Veiligheidsniveau 2 wordt sinds enkele jaren gevraagd door VenJ.

Deze kenmerken leiden tot investeringskosten van €275.782 per plaats, berekend op prijspeil 2012. Dit is ruim boven het reguliere tarief voor beveiligingsniveau 2. Om te borgen dat het hogere tarief alleen gedeclareerd kan worden voor cliënten die deze specifieke zorg en huisvesting gebruiken, is een nauwkeurige prestatieomschrijving van belang. Veiligheid en Justitie ziet overigens deze huisvestingsnorm beleidsmatig niet als wenselijk voor de toekomst. Bekeken zal moeten worden hoe de regelgeving zo vorm kan worden gegeven dat er kostendekkende tarieven blijven bestaan voor deze voorzieningen/zorgvorm, terwijl tegelijkertijd de meest wenselijke toekomstige marktordening tot stand kan worden gebracht.

Het kan voorkomen dat instellingen hun voorzieningen (recent vergund) hebben gebouwd volgens andere normen dan de normenset die nu in de NHC wordt verwerkt. Deze kosten lopen mee in de afbouw van de oude bekostiging gedurende het overgangstraject.

De NZa zal aan DBC-Onderhoud verzoeken om deze categorie voorzieningen die hoort bij deze specifieke zorgvraag apart op te nemen in de productstructuur met een specifieke prestatieomschrijving. Dit zal gebeuren als extra tarief of toeslag bij beveiligingsniveau 2.

3.5 Conclusies

Dit hoofdstuk heeft een overzicht gegeven van logische categorieën huisvesting voor de bekostiging van verschillende types zorgvragen en daarbij passende investeringskosten. Deze dienen als basis voor de tarieven. Een vraag die nog openstaat is hoe deze omschrijvingen te vergelijken zijn met voorzieningen en zorgprestaties voor de AWBZ en met name de curatieve GGZ. Voorafgaand aan het bepalen van de tarieven moet bekeken worden hoe met deze samenhang wordt omgegaan. Deze vraag wordt beantwoord in het volgende hoofdstuk.

4. Samenhang binnen de geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg wordt georganiseerd vanuit verschillende wetten, ministeries, inkopers en bekostigingssystemen. Wel bestaat er een sterke samenhang tussen de verschillende systemen. Zo kan het voorkomen dat dezelfde aanbieders, in het zelfde gebouw en mogelijk zelfs aan dezelfde patiënt (op een ander tijdstip) geestelijke gezondheidszorg bieden. Om bekostigingsschotten of onbedoelde prikkels te voorkomen wil de NZa de systematiek en de tarieven voor al deze zorgvormen zoveel als mogelijk gelijktrekken. Uiteraard heeft de in dit advies beschreven oplossing alleen betrekking op de kapitaallasten.

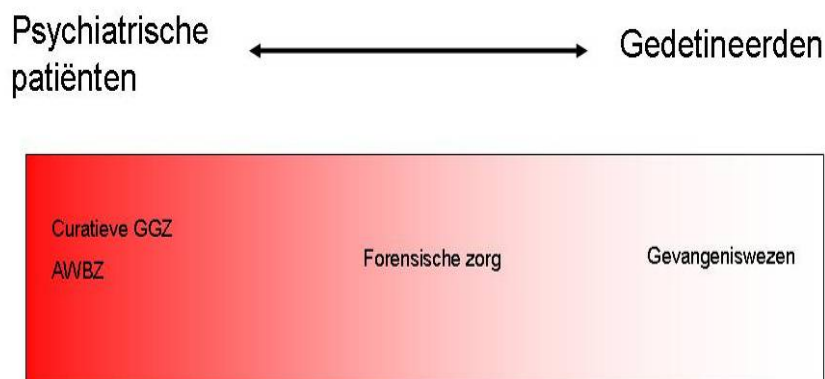
4.1 Samenhang reguliere zorg en forensische zorg

Heel globaal komt de geconstateerde situatie voort uit het feit dat:

- er psychiatrische patiënten zijn, die vanwege hun aandoening in een instelling verblijven;
- er justitiabelen zijn die vanwege een delict in een instelling verblijven;
- er justitiabelen zijn met een psychiatrisch probleem, die zowel vanwege hun aandoening als het delict (gevaar) in een instelling verblijven.

Grafisch ziet dat er als volgt uit:

Figuur 2. Patiëntenpopulaties geestelijke gezondheidszorg



Hieronder is vanuit het perspectief van de NHC voor de forensische zorg beschreven hoe de overlap tussen beide domeinen kan worden verwerkt in de kapitaallastebekostiging.

4.2 Aanpak samenhang verschillende bekostigingssystemen

Om tot een goede samenhang te komen tussen de verschillende vormen van kapitaallastebekostiging voor de langdurige, de curatieve en de forensische GGZ is het wenselijk om voor zorgvragen die dezelfde gebouwelijke voorzieningen nodig hebben zo veel als mogelijk dezelfde tarieven vast te stellen.

Hierbij moet vanzelfsprekend in herinnering worden gebracht dat voor de forensische zorg in eerste instantie reeds voor dezelfde rekenmethode gekozen is als voor de cure en de care. Binnen deze methodiek zijn vervolgens ook maatregelen genomen om de samenhang nog meer te bevorderen.

Dat begint bij het gebruik van dezelfde uitgangspunten om de gebouwen, hun functie en de daarmee samenhangende kosten te beschrijven. Dat is gebeurd doordat de prestatie-eisen AWBZ uit 2007 en de bouwkostennota 2008 voor de NHC-trajecten voor de AWBZ, Zvw en FZ zijn gebruikt. Hierdoor zijn de investeringskosten van gebouwen goed vergelijkbaar. Tegelijkertijd zijn de gebouwde voorzieningen gebaseerd op dezelfde normen uit het verleden en daardoor ook goed vergelijkbaar.

Hierop voortbouwend is in de volgende paragraaf weergegeven hoe het verblijf binnen de forensische zorg overlapt of verschilt met de andere sectoren binnen de GGZ. Aan de hand daarvan is beleidsmatig te bepalen welke toepassing leidend is voor het gebruik en dus de tarieven voor een bepaald type huisvesting.

4.3 Structuur intramurale forensische zorg

De belangrijkste verschillen wat verblijf betreft tussen de reguliere zorg en de forensische zorg zijn terug te voeren op het feit dat in de forensische zorg beveiliging een belangrijker item is. Dit betekent overigens niet dat in de curatieve GGZ of de AWBZ in het geheel geen beveiligde settings voorkomen. Maar, de sterk beveiligde settings volgens FZ-standaarden worden niet (niveau 4) of nauwelijks (niveau 2 en 3) gebruikt voor reguliere psychiatrische patiënten. Andersom worden de licht beveiligde settings veel minder gebruikt voor strafrechtelijke opgenomen patiënten en gelden deze voorzieningen juist als regulier voor de curatieve GGZ en de AWBZ-patiënten.

Omdat dus de aard van de samenhang en verschillen primair te vinden is in de beveiliging, is op basis van de beveiligingsniveaus een aanpak te maken voor een optimale samenhang in de bekostiging. De situatie die de NZa wil voorkomen is dat twee patiënten op een zelfde afdeling verblijven, maar dat zij vanwege de oorzaak of grondslag van hun verblijf een ander tarief van toepassing is.

Beveiligingsniveau 1: 'reguliere GGZ'

Verblijf op beveiligingsniveau 1 vindt plaats in een licht beveiligde setting. Dit kan zowel een open als gesloten setting zijn. Wel is er toezicht mogelijk op middelengebruik en verblijfsplaats van patiënten. Ook is er verplicht voorzien in een alarmfunctie voor het personeel in geval van calamiteiten.

Dit beveiligingsniveau bevat een breed spectrum aan voorzieningen, die qua vorm en functie vergelijkbaar zijn met klinische afdelingen voor de reguliere zorg. Ter illustratie: een groot deel van de klinische curatieve GGZ is te classificeren in dit beveiligingsniveau⁸. Voor de forensische zorg is dit deel van de zorg juist erg klein. Geschat is dat minder dan 50⁹ van de in totaal 1510 klinische bedden voor forensische zorg (exclusief TBS-plaatsen) te classificeren zijn in beveiligingsniveau 1.

⁸ Dat betekent niet dat alle voorzieningen voor curatieve GGZ ook vergelijkbaar zijn met de bedden die worden ingekocht als beveiligingsniveau 1.

⁹ Uitgangspunten Zorginkoop 2012, VenJ

Beveiligingsniveau 2: forensische psychiatrische afdeling

Een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) heeft als doelstelling patiënten door te plaatsen naar de reguliere zorg. In de meeste gevallen is de FPA een aparte eenheid binnen een GGZ-instelling, soms gehuisvest binnen of gekoppeld aan een andere afdeling voor intensieve langdurige zorg. FPA's zijn per definitie gesloten afdelingen waar patiënten langere tijd kunnen verblijven. Simpel gezegd zijn er wel verplicht hekken, personeelsbeveiligingssystemen, verstevigde ramen en deuren etc. Deze zorg is eenvoudig te herkennen, want apart gedefinieerd in zowel de verblijfs-DBBC's als de oude budgetsystematiek. De FPA is een voorziening die wordt gebruikt in zowel FZ, als cGGZ en AWBZ. In de zorgverzekeringswet wordt in de FPA ongeveer 0,6% van de productie gemaakt van de gehele cGGZ. Binnen de forensische zorg omvat de FPA-zorg ongeveer 400 bedden op het totaal van 1510¹⁰ bedden (ex TBS).

Beveiligingsniveau 3: forensische psychiatrische kliniek

In de praktijk zijn dit vooral voorzieningen die Forensisch Psychiatrische Klinieken genoemd worden. Patiënten verblijven hier langere tijd. De FPK's zijn voorzieningen met behandeling als prioriteit, maar ze voldoen aan stevige veiligheidseisen. De FPK's moeten muren hebben van een gestandaardiseerde hoogte (5,5 meter), gesluisde toegang, kamercontroles, personeel met speciale gevaarmelders etc. Anders dan FPA's liggen bij FPK's alle ruimtes waar patiënten verblijven verplicht binnen een beveiligde ring, dus ook de dagbesteding en de behandeling.

Deze voorzieningen worden zelden (0,5% van verpleegdagen Zvw) voor curatieve GGZ gebruikt. Het kan ook voorkomen dat een strafrechtelijke titel verloopt en dat een patiënt toch in de FPK moet blijven. Verblijf wordt dan bekostigd vanuit de Zvw of de AWBZ.

Beveiligingsniveau 4: forensische psychiatrisch centra en penitentiaire psychiatrisch centra

Dit is het hoogste beveiligingsniveau dat de forensische zorg kent. Eisen die aan de materiële beveiliging worden gesteld zijn onder andere dat er een dubbele beveiligingsring is met detectie, dat alle patiëntenruimtes binnen de dubbele beveiligingsring liggen, er vaak speciale voorzieningen voor (camera)bewaking zijn etc. In de praktijk is het veiligheidsniveau gelijk aan dat van een penitentiaire inrichting.

De forensische psychiatrisch centra (FPC's, ook wel TBS-klinieken) en de PPC's (tweedelijns psychiatrische centra van een gevangenis) leveren verblijfszorg met beveiligingsniveau 4. Deze voorzieningen worden per definitie niet gebruikt voor mensen die geen strafrechtelijke titel hebben. Een simpel voorbeeld hiervan is dat patiënten in een FPC of PPC vanaf 's avonds 10 uur tot 's ochtends 7 uur ingesloten worden in hun kamer. Dit is verboden voor reguliere patiënten.

4.4 Conclusies ten aanzien van samenhang

In deze paragraaf is beschreven op welke manier de AWBZ, de Zvw en de forensische zorg samenhangen. Door in de forensische zorg de verschillende functies en toepassingen van voorzieningen te bekijken, evenals de investeringskosten was het mogelijk een ordening aan te brengen in de overlap tussen verschillende sectoren. Deze ordening heeft vervolgens geleid tot de volgende beleidsmatige keuzes.

¹⁰ Uitgangspunten Zorginkoop VenJ

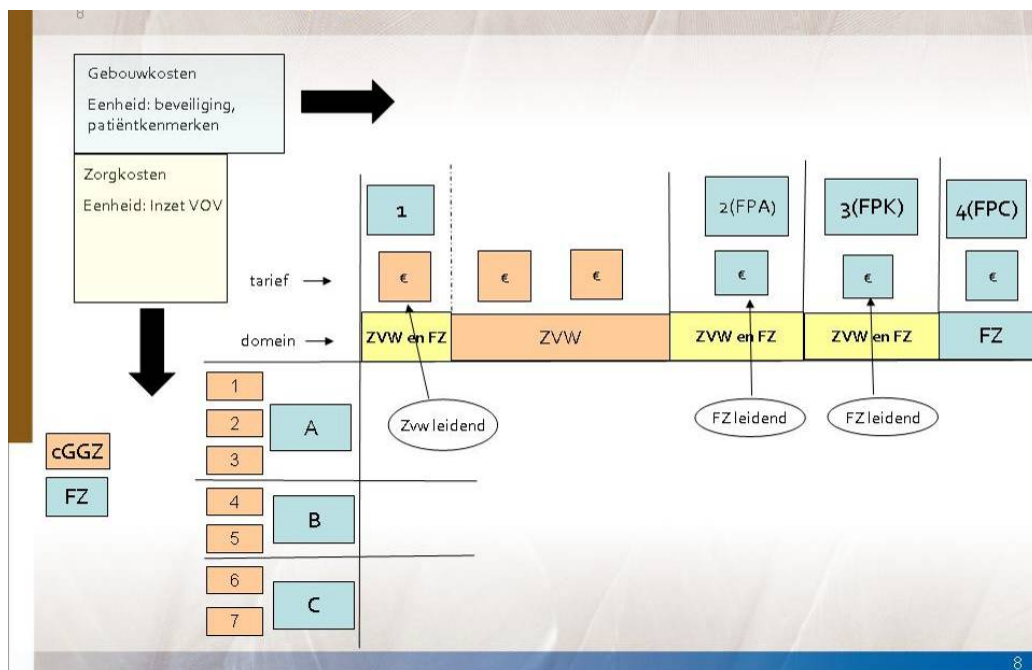
Het beveiligingsniveau 1 is een categorie verblijfszorg die voornamelijk voorkomt in de reguliere zorg. Dit betekent dat het gebruik van deze voorzieningen door aanbieders dan ook overeenkomt met het gebruik voor de reguliere zorg. Uit het TNO-onderzoek is duidelijk geworden om welke voorzieningen het gaat en welke investeringskosten daaraan verbonden zijn. Voor een optimale samenhang zal de NZa een tarief voor de curatieve GGZ van toepassing verklaren dat gebaseerd is op investeringskosten die liggen in de range van de investeringskosten voor de forensische zorg. Dat betekent dat de curatieve GGZ leidend is voor de tariefstelling van beveiligingsniveau 1, voor zowel de tariefparameters als precieze genormeerde investeringskosten. Uiteraard zal de NZa bij de definitieve vaststelling van de tarieven voor niveau 1 een dussdanige aanpak hanteren dat er zo min mogelijk tarieven worden toegevoegd aan de productstructuur.

In de beveiligingsniveaus 2 en 3 gaat het om voorzieningen die hoofdzakelijk gebruikt worden voor forensische zorg. In de reguliere zorg worden deze voorzieningen wel gebruikt, maar hier vormt dit slechts een klein deel van de totale productie. Vanwege de aard en het gebruik van deze voorzieningen stelt de NZa voor deze voorzieningen tarieven (en dus ook de investeringskosten) vast via het forensische kader. Dat betekent dat de forensische tarieven leidend zullen zijn voor de tariefstelling in de curatieve GGZ voor voorzieningen met overeenkomstig gebruik en investeringskosten als de niveaus 2 en 3 van de forensische zorg. Kort gezegd zal voor de FPA's en FPK's in de reguliere zorg (cGGZ en bij uitzondering AWBZ) het forensische tarief worden toegepast.

Het niveau 4 forensische zorg kent geen overlap met de reguliere zorg en wordt louter gebruikt voor forensische zorg in strafrechtelijk kader. Voor de curatieve GGZ worden deze tarieven in principe niet toegevoegd aan het spectrum.

Dit voornemen laat zich goed samenvatten in onderstaande figuur.

Figuur 3. Samenhang kapitaallasten cGGZ en FZ



Op de verticale as zijn de zorgintensiteitsaspecten van de verblijfsproductstructuren van de forensische zorg en de curatieve GGZ weergegeven. Op de horizontale as is weergegeven hoe de investeringskosten van gebouwen oplopen. Zoals te zien is nemen deze sterk toe met het forensische beveiligingsniveau. Voor de verschillende soorten voorzieningen is te herleiden welk bekostigingsregime leidend is voor het kapitaallastentarief.

5. Van investeringskosten naar tarieven

De genoemde investeringsbedragen uit hoofdstuk 3 zijn de noodzakelijke kosten die gemoeid zijn met het realiseren van een voorziening voor een bepaald type forensische verblijfszorg. Een extra stap is nodig om dit bedrag om te vormen tot een NHC-tarief dat voldoende is voor de exploitatie van een voorziening. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een rekenmodel met een aantal aannames. In dit hoofdstuk wordt uitgelegd welk rekenmodel is gebruikt en welke aannames zijn gedaan om tot tarieven te komen. Hierbij is ook uitgegaan van de uitgangspunten voor samenhang.

5.1 Methode netto contante waarde

Om de systemen voor de AWBZ, de curatieve GGZ en de forensische zorg zoveel als mogelijk gelijk te houden wordt voor de omrekening van investeringskosten naar tarieven gebruik gemaakt van hetzelfde rekenmodel.

Voor de berekening van de NHC voor de langdurige zorg is een methodiek ontwikkeld in samenwerking met TNO¹¹. Ditzelfde model zal ook gebruikt worden voor de NHC's van de curatieve GGZ.

In het model van de NHC wordt een netto contante waardeberekening van toekomstige kasstromen toegepast. In deze methodiek is per DBBC een investeringsbedrag bepaald (zie hoofdstuk 3). De NHC-methode rekent uit welke jaarlijkse vergoeding het equivalent is van dat (eenmalige) investeringsbedrag. Dat wordt gedaan door aan de hand van een indexlening terug te rekenen ('netto contant' gemaakt) naar een NHC per jaar en vervolgens naar een prijs per dag.

5.2 Tariefparameters

Zoals aangegeven is voor de stap van investeringkosten naar exploitatietarieven nog de vaststelling van een aantal aannames nodig.

In deze paragraaf zijn zes verschillende aannames/veronderstellingen gegeven die leiden tot een normvergoeding. Dit betekent niet dat aanbieders gebonden zijn aan het gebruik van hun vastgoed op de manier zoals deze is verondersteld in de NHC-vergoeding. Instellingen mogen zelf bepalen hoe zij invulling geven aan hun vastgoedbeleid.

Bij het formuleren van de aannames voor het rekenmodel is uitgegaan van de volgende uitgangspunten:

- Er is uitgegaan van tarieven die bekostiging van de actuele bouw- en beveiligingseisen mogelijk maken.
- Een overgangstraject zal zowel aanbieders als inkoper in staat stellen te wennen aan NHC-bekostiging.
- Er is geen rekening gehouden met kortingen of toeslagen die doorgevoerd worden door de betrokken ministeries.

¹¹ Zie voor de diverse rapportages www.nza.nl onder zorgonderwerpen /dossiers/kapitaallasten /publicaties /: TNO rapport Berekeningsmethodiek NHC in de Care (2011).

De hier genoemde aannames zijn gericht op de beveiligde voorzieningen in de forensische zorg, die te vatten zijn onder de niveaus 2,3 en 4. Voor niveau 1 wordt aangesloten bij de curatieve GGZ-parameters.

De aanwijzing integrale tarieven die het ministerie van VWS heeft afgegeven voor de AWBZ en de gehele geestelijke gezondheidszorg is beschouwd als richtinggevend bij het vaststellen van de in dit hoofdstuk genoemde tariefparameters. Alleen waar de kenmerken van de zorg of van deze markt daartoe aanleiding geven is gemotiveerd afgeweken van de AWBZ-aannames.

5.2.1 Investeringspatroon

Voor een omrekening van de investeringskosten is het van belang een aanname te doen over de gebruikstijd van voorzieningen cq een wenselijk investeringspatroon in vastgoed.

Uit eerder onderzoek¹² is gebleken dat een investeringspatroon van 30 jaar zonder renovatie de meest efficiënte manier van bouwen is en tot de laagste huisvestingskosten leidt. Bij een investeringspatroon van langer dan 30 jaar zullen instellingen tussentijds een renovatie uitvoeren die in totaal tot een hogere investering leidt dan bij een patroon van 30 jaar. Daarnaast geldt dat hoe langer een gebouw mee moet kunnen, hoe lastiger het is om het gebouw toekomstbestendig te bouwen.

Hoewel een gebouw technisch vaak langer meegaat, treedt gedurende de gebruikstijd functionele veroudering op. De trends in de geestelijke gezondheidszorg volgen elkaar snel op en nieuwe inzichten in de behandelingen leidt tot een andere functiebehoefte van het gebouw. Uitgaande van het feit dat de NHC in staat stelt om gebouwen te vervangen op basis van de geldende normen, is de functionele veroudering door nieuwe functionele eisen een (toekomstig) beleidsvraagstuk. De oplossing hiervoor moet gezocht worden in het onderhoud van de NHC-tarieven en niet in de investeringstermijn.

De periode van 30 jaar is aanzienlijk korter dan de afschrijvingsperiode van 50 jaar die onder het Bouwregime gebruikelijk was. Hier staat tegenover dat de trekkingsrechten voor tussentijdse renovatie komen te vervallen. Per saldo kunnen instellingen veel langer beschikken over een passend gebouw.

Aangezien de investeringstermijn van 30 jaar zonder tussentijdse renovatie een frequent gebruikt en efficiënt investeringspatroon is wordt dit ook van toepassing verklaard op forensische aanbieders. Dit is overeenkomstig de AWBZ-bekostiging.

5.2.2 Bouwtijd

Onderdeel van de berekende investeringskosten vormt de rubriek "Onvoorzien". Deze rubriek valt uiteen in twee posten te weten "Loon- en prijsstijgingen tijdens de bouw" en "Programma- en bestekwijzigingen". Voor de post "Loon- en prijsstijgingen tijdens de bouw" is de bouwtijd van belang.

Er wordt een component aan de tarieven toegevoegd voor de rente tijdens de bouw, uitgaande van de helft van de bouwtijd. De totstandkoming van deze bouwtijd voor de AWBZ is gebaseerd op de

¹² Quick Scan in de care(2006).

normering van het college Bouw uit het recente verleden. Dit was 12 maanden.

Binnen de AWBZ worden voorzieningen van verschillende omvang gerealiseerd. De bouwtijd is afhankelijk van de grootte van de voorziening of het bouwwerk en werd in het verleden in de vergunning vastgelegd. Na onderzoek naar de geplande bouwtijd en de gerealiseerde bouwtijd is het opgevallen dat in specifieke gevallen de bouwtijd voor de forensische zorg hoger is dan de oorspronkelijke norm. Het gaat met name om meer complexe, grotere voorzieningen zoals FPA's, FPK's en FPC's, oftewel de voorzieningen voor beveiligingsniveau 2, 3 en 4.

Om die reden zal voor de specifieke forensische voorzieningen een genormeerde bouwtijd worden gehanteerd van 24 maanden, inclusief budgettair bouwen. Voor de voorzieningen in veiligheidsniveau 1 wordt aangesloten bij de norm zoals die gesteld wordt bij de curatieve GGZ.

Voor 'Programma- en bestekwijzigingen' werd in de normbedragen uit de Bouwkostennota's standaard 2% aangehouden. In de praktijk werden na voldoende onderbouwing daar bovenop tijdens de bouw ontstane meerkosten gehonoreerd. Deze laatste mogelijkheid verviel als instellingen voor 'Budgettair Bouwen' kozen. In dat geval werd het percentage voor 'Programma- en bestekwijzigingen' verhoogd tot 4%. Bij de bepaling van de investeringsbedragen is voor 'Programma- en bestekwijzigingen' met 4% gerekend omdat de mogelijkheid voor honorering van meerkosten in de nieuwe bekostigingssystematiek niet meer aanwezig is.

5.2.3 Instandhouding

De vergoeding van instandhouding is voor de langdurige zorg in de NHC opgenomen als een toeslag van 0,8% van de nieuwbouwwaarde per jaar. Dit percentage is gebaseerd op de kostennormen zoals die van toepassing zijn bij de nacalculatie. Deze wordt op dit moment gebruikt voor de gehele geestelijke gezondheidszorg, de AWBZ en ziekenhuizen.

Het voordeel van het hanteren van een percentage van de investeringskosten is dat de instandhoudingskosten van duurdere gebouwen, bijvoorbeeld veroorzaakt door noodzakelijke technische aanpassingen (beveiliging) of een hogere bouwkwiteit zich automatisch doorvertalen in meer instandhoudingsgeld. Immers, tweemaal zo hoge investeringskosten leiden ook tot tweemaal zoveel instandhoudingsgeld terwijl hier niet automatisch meer te onderhouden vierkante meters tegenover hoeven te staan. Bovendien is nadrukkelijk getoetst door TNO voor de NHC-AWBZ of gezien de technische ontwikkelingen de gestelde norm passend zou blijven. Na het bekijken van theoretische en praktische instandhoudingspatronen bleek dat 0,8% een passende vergoeding zou bieden.

Door branchepartijen is gesteld dat de vergoeding voor instandhouding niet voldoende is voor sterk beveiligde voorzieningen. Zij claimen dat veel meer instandhoudingsgeld nodig is voor de renovatie van veiligheidsvoorzieningen. Ook zou het gebouw vaker dan in de reguliere zorg schade ondervinden van agressieve patiënten. Tot slot zouden de hoge eisen aan deze zorg moeten leiden tot een extra vergoeding voor instandhouding. In tegenspraak met de stellingname van de aanbieders meent de zorginkoper en specifiek de afdeling Huisvesting van DJI dat de gestelde norm voldoende moet zijn voor de instandhouding.

De NZa heeft alles overziend geen overtuigende kwantitatieve argumenten ontvangen dat de instandhoudingsvergoeding te laag is en

neemt de gevraagde afwijking van de NHC-AWBZ daarom niet over. De NZa is van mening dat de NHC voldoende geld oplevert om te voldoen aan de wettelijk gestelde eisen.

Ten eerste wordt incidentele schade door patiënten vergoed door de extra toeslagen voor molestbestendig bouwen, die in de NHC zijn verwerkt.

In het verleden kon er gedurende de gebruikstermijn van een gebouw gebruik gemaakt worden van trekkingsrechten. De facto voorzag het toen geldende regime in een gebruikstijd voor een gebouw van 50 jaar met de mogelijkheid voor tussentijdse renovatie. Voor de forensische zorg (en ook voor de care) wordt met de NHC expliciet gekozen voor een gebruikstijd van 30 jaar zonder tussentijdse renovatie. Voor de instandhouding wordt 0,8% van de nieuwbouwwaarde per jaar beschikbaar gesteld, gelijk aan de norm uit het verleden. Tegenover het nadeel dat tussentijds niet gerenoveerd/aangepast kan worden staat het voordeel dat al na 30 jaar -volgens de norm- een nieuwe voorziening kan worden gerealiseerd. Door de verkorting van de gebruikstermijn beschikt men in feite langer over een echt passend gebouw. De mogelijkheid tot renovatie via de trekkingsrechten is dus bewust verlaten bij de invoering van de NHC-bekostiging. Dat uitgangspunt staat voor de NZa niet ter discussie.

Bovendien is er geen overtuigende, kwantitatieve bewijsvoering voor de noodzaak van een procentueel hogere vergoeding voor instandhouding. De zwaarbeveiligde voorzieningen die genoemd worden als onderhoudsintensief, kennen ook hoge investeringskosten. Deze voorzieningen krijgen daarom per plaats al veel meer instandhoudinggeld dan een reguliere kliniek. Het verder opvoeren van de normvergoeding, vergroot het gat tussen de niet-beveiligde voorziening en wel beveiligde voorzieningen alleen maar verder. In aanmerking genomen dat de NHC geen tussentijdse renovatie faciliteert, is de NZa uit het aangeleverde materiaal niet duidelijk waarom er een éxtra verdubbeling van het instandhoudinggeld nodig is ten opzichte van een reguliere zorgvoorziening. De NZa is voor haar indicatieve berekeningen van de tarieven dan ook uitgegaan van 0,8% van het investeringsbedrag per jaar, zoals ook in de aanwijzing voor de NHC-AWBZ is opgenomen.

5.2.4 Rente

De NHC moet een vergoeding bieden voor zowel de afschrijvingslasten als rentelasten van een zorgaanbieder. Dit wordt gedaan door in het NHC-tarief een vergoeding voor rente op te nemen gebaseerd op een normatieve (nominale) rente.

De NZa gaat ervan uit dat als een zorginstelling eenmaal financiering heeft verkregen voor zijn nieuwbouw dat een bank een gemiddelde marktconforme rente berekent voor een langjarige financiering. Een rentepercentage van 5% wordt door de minister van VWS voldoende geacht om langjarig de rente van nieuwbouwfinanciering te kunnen dekken voor de langdurige zorg. Aansluiten bij de rente van 5%, zoals die geldt voor de AWBZ is daarom ook een adequate norm voor de forensische zorg.

In voorkomende gevallen kan het de financiering van specifieke projecten helpen om voor de forensische zorg productieafspraken te maken voor meerdere jaren.

De geldende rente moet wel aangepast worden als die zich ver boven of

onder de gestelde norm bevindt. Zie hiervoor ook paragraaf 5.6.

5.2.5 Grond, interim-huisvesting en terreinvoorzieningen

Grondkosten zijn in de investeringsbedragen opgenomen ter dekking van kosten voor verwerving van grond maar ook voor dekking van kosten voor interimhuisvesting en voor aanleg, aanpassing en vernieuwing van terreininfrastructuur.

In de NHC-tarieven voor de care wordt rekening gehouden met een deelbedrag van 10% bovenop de gemiddelde grondprijs in Nederland als onderdeel van de onderscheiden normatieve huisvestingscomponenten.

De grondkosten binnen Nederland variëren per regio. Om voor alle instellingen, ongeacht hun plaats van vestiging, grondverwerving mogelijk te maken zijn de genoemde bedragen uit de Bouwkostennota met 10% verhoogd. De grondkosten zijn als normale investeringskosten opgenomen.

Er is een nauwe samenhang tussen grond en interim-huisvesting. Nieuwe gebouwen op dezelfde, reeds in bezit zijnde grond vergen interimvoorzieningen voor de cliënten. Vervangende nieuwbouw elders op een in bezit zijnd terrein of op een nieuw terrein maakt interim-huisvesting overbodig, maar noodzaakt tot aanschaf van dat nieuwe terrein dan wel huur van de nieuwe voorziening. Een instelling kan op een nieuwe locatie grond kopen, daar laten bouwen, vervolgens de cliënten verhuizen en aansluitend de oude locatie al dan niet met gebouw erop verkopen, verhuren of voor een ander doel gebruiken. Een instelling kan evenwel ook besluiten om op dezelfde locatie nieuwbouw te realiseren in welk geval er gebruik gemaakt moet worden van tijdelijke, vervangende (interim)huisvesting en er mogelijk terreinvoorzieningen (of aanpassingen daarvan) nodig zijn.

Op (grote) terreinen hebben instellingen vaak een omvangrijke terreininfrastructuur gerealiseerd. Terreinvoorzieningen zijn in geval van eigendom vaak noodzakelijk als vervangende nieuwbouw (elders) op het terrein plaatsvindt. Er kan daardoor behoefte zijn aan nieuwe aansluitingen op het riool en/of de waterleiding of aan wegen of een parkeerterrein. Door grondkosten als reguliere investeringskosten in de normatieve huisvestingscomponent op te laten nemen, kunnen instellingen – al dan niet daartoe door hun huidige gebouwenbestand gedreven – keuzes maken ten aanzien van de voor hen optimale wijze van opereren. Deze redenering gaat volgens de NZa ook op voor de forensische zorg.

Voor de FPC's is bij de berekening van de grondvergoeding voortsnog gerekend met de grondkosten zoals deze voor het referentieproject golden. Het is een mogelijkheid om deze vergoeding bij de definitieve vaststelling van de tarieven gelijk te trekken met de berekende grondvergoedingen voor de andere forensische voorzieningen.

5.2.6 Bezettingspercentage

Het NHC-model gaat er in eerste instantie vanuit dat een zorgaanbieder zijn investeringsbedrag in 30 jaar kan terugverdienen door zijn capaciteit volledig bezet te houden gedurende deze looptijd. In werkelijkheid is het onmogelijk om 30 jaar lang een dergelijke bezetting te halen en dus op die manier het investeringsbedrag terug te verdienen. Daarom wordt het NHC-tarief gecorrigeerd voor een niet-volledige bezetting. In de AWBZ is ervoor gekozen deze bezetting te normeren op 97%. Het gaat hierbij om frictieleegstand die binnen de beïnvloedingsruimte van de individuele

zorgaanbieders valt.

Volgens de concept-beleidsregel tariefprincipes stelt de NZa tarieven vast op basis van werkelijke kosten, tenzij dit niet goed mogelijk is. Deze 'tenzij' is geoperationaliseerd in onder andere de criteria informatieproblemen en een gebrek aan efficiëntieprikkels. Beide criteria voor het tenzij zijn van toepassing op deze parameter van het NHC-tarief.

Gebaseerd op een actuele maar kleine steekproef¹³ is de bezetting van de bedden binnen de beveiligde voorzieningen van de forensische zorg op dit moment boven de 95%. Daarbij is niet meegenomen het aantal afwezigheidsdagen te wijten aan verlof, welke niet declarabel zijn in de DBBC-systematiek. Het aantal gedeclareerde dagen per bed kan dus lager zijn dan 95% van het maximum. Tegelijkertijd zal het aantal bedden binnen de forensische zorg op korte termijn afnemen naar verwachting, waardoor de bezetting zal stijgen.

De forensische norm zal afwijken van de AWBZ-norm, omdat de noodzaak tot het hebben van een strafrechtelijke titel voor cliënten de instroom en uitstroom bemoeilijkt. Forensische zorgaanbieders hebben hierdoor meer moeite om hun capaciteit consequent volledig te benutten dan hun AWBZ-tegenhangers: een marktspecifiek kenmerk. Aan de andere kant is veel van de forensische zorg langdurig van aard, waardoor eenmaal gevulde capaciteit vaak langdurig benut wordt.

Bovenstaande kenmerken afwegend kiest de NZa er beleidsmatig voor om voor de forensische zorg NHC een bezettingspercentage te hanteren van 94%. Klinieken zijn hiermee zelf verantwoordelijk voor het opvangen van incidentele, kleine productieve verschillen. Door deze norm te kiezen worden zij geprikkeld om hun bedrijfsvoering in te richten op een optimale bezetting van hun capaciteit.

Gekozen is voor een uniform percentage voor alle specifieke forensische klinieken (niveau 2,3 en 4). De totale vraag naar intensieve psychische zorg zal op totaalniveau in Nederland vrij constant zijn. De mate waarin en hoe deze wordt behandeld is wel afhankelijk van de maatschappelijke trends in sancties en zorgvormen. Een uniform percentage is daarom de beste benadering om langjarig de bezettingsgraad te normeren. Bovendien veronderstelt de NZa een nauwe samenhang in de keten voor forensische zorg, waardoor vraagverschuivingen merkbaar zijn binnen alle onderdelen van de keten.

De NZa is er van op de hoogte dat er in de kleine markt voor forensische zorg wel sprake kan zijn van een substantiële (al dan niet tijdelijke) uitval van de totale vraag, al dan niet in specifieke zorgsegmenten. De NZa constateert dat de verantwoordelijkheid voor de structurele capaciteitsontwikkeling bij VenJ ligt. Dat betekent dat het ministerie in voorkomende gevallen moet voorzien in maatregelen om voldoende capaciteit op orde te houden. De NZa stelt voor om als ondergrens voor de structurele macrobezetting een bezettingsgraad van 91% van de bedden te hanteren. Hierbij moet de uitwerking van het begrip structureel nog plaatsvinden. Het is een optie om uit te gaan van de gemiddelde bezetting over een bepaald boekjaar.

Dat betekent concreet dat het ministerie van VenJ maatregelen neemt met betrekking tot de algemene capaciteit als minder dan 91% van het

¹³ Informatie voortgekomen uit kostprijsonderzoek forensische zorg door onderzoeksbureau Significant

totale aantal bedden is bezet. Dit is conform de huidige begrotingsregels van het ministerie. Van belang is dat VenJ aanbieders een passende vergoeding biedt voor leegstand die wordt veroorzaakt door een terugval in de macrovraag. Afhankelijk van de operationaliteit van de capaciteit kan het gaan om alleen de kapitaallasten plus onderhoud/exploitatie tijdens leegstand, of een vergoeding die ook ruimte biedt om noodzakelijk personeel aan te houden. Het is goed om hierbij op te merken dat de inkoper zelf beslissingen neemt over welke capaciteit zij wil aanhouden via eventuele leegstandsregelingen.

Omdat op dit moment voor de NZa het effect van de aanwezigheidsdagen niet goed mee te wegen is in de bezettingsgraad zal de NZa bij het uitvoeren van impactanalyses hier apart aandacht aan besteden. De resultaten hiervan zullen worden meegenomen in de definitieve vaststelling van de tarieven. Zie verder paragraaf 5.3.2.

5.2.7 Samenvatting aannames rekenmodel

Hieronder is in een tabel samengevat welke aannames gebruikt zijn bij de berekening van de NHC-tarieven voor de forensische zorg.

Tabel 2. Overzicht tariefparameters NHC forensische zorg

Tariefparameter	AWBZ	Forensische zorg
Investeringspatroon	30 jaar zonder tussentijdse renovatie	30 jaar zonder tussentijdse renovatie
Rente	5%	5%
Instandhouding	0,8% van nieuwbouwwaarde per jaar	0,8% van nieuwbouwwaarde per jaar
Grondprijs	Gemiddelde grondprijs +10%	Gemiddelde grondprijs +10%
Bezettingsgraad	97%	94%
Bouwtijd	18 maanden	24 maanden voor complexe gesloten voorzieningen

In de volgende paragraaf is weergegeven tot welke concept NHC-tarieven deze uitwerking heeft geleid.

5.3 Tarieven NHC's

De beschreven stappen hebben geleid tot de volgende indicatieve uitkomsten.

Tabel 3. Overzicht indicatieve NHC's forensische zorg

Beveiligingsniveau	Type voorziening	Investeringskosten per plaats	Tarief
1	Reguliere klinische GGZ	Maximaal € 158.802	Overnemen uit cGGZ
2	Forensisch Psychiatrische Afdeling	€ 186.490	€ 36
2/Toeslag	SGLVG+	€ 275.782	€ 53
3	Forensisch Psychiatrische Kliniek	€ 241.588	€ 47
4	Forensisch Psychiatrische Centrum	€ 337.835	€ 65

Bovenstaande tarieven zijn gebaseerd op alle genormeerde kapitaallasten die samenhangen met het verblijf van een patiënt in een

forensische zorgvoorziening. Hierbij is uitgegaan van de investeringskosten zoals die in hoofdstuk 3 zijn weergegeven en de in dit hoofdstuk geformuleerde parameters. Zowel de investeringskosten als de tarieven zijn gegeven op prijspeil 2012. De investeringskosten zijn weergegeven zonder startkosten, grondkosten en rente tijdens bouw. Deze posten zijn wel verwerkt in de tarieven.

De genoemde indicaties van tarieven krijgen pas rechtswerking als de tarieven officieel zijn vastgesteld door de NZa, gelijk met de productstructuur. Dat zal naar verwachting gebeuren in de zomer van 2012. De tarieven in dit overzicht zijn afgerond op hele euro's.

5.3.1 Integrale tarieven

De NHC is onlosmakelijk verbonden aan de totaal gedeclareerde DBBC, als onderdeel van de verblijfsoorten. Door deze koppeling hebben aanbieders de vrijheid om zelf optimale keuzes te maken in hun inzet van arbeid en kapitaal. De inkoper krijgt hiermee de mogelijkheid om de aanbieder die de meest doelmatige zorg levert een contract aan te bieden. Aanbieders zullen zich dus ook op huisvesting kunnen gaan onderscheiden van hun concurrenten. De NZa stelt hierbij vast dat de ontwikkelde NHC's inclusief tarieven een passende normvergoeding bieden voor verschillende vormen van huisvesting.

Doordat de NHC's een sterke koppeling kennen met de beveiliging van een verblijfvoorziening is van belang hoe de uiteindelijke indicatie, plaatsing en zorglevering totstandkomt. Het is van belang voor prestatiebekostiging in het algemeen en de NHC –bekostiging in het bijzonder dat plaatsingsbesluiten en inkoopafspraken op een dusdanige manier eerlijk en inzichtelijk zijn dat discussies over de te leveren zorg en het te declareren tarief zoveel als mogelijk worden voorkomen.

Voor de indeling van de huisvesting is uitgegaan van de verschillende indicaties in de forensische zorg. Aangenomen is dat er vervolgens een logische relatie bestaat tussen indicatiestelling, de plaatsing, de zorglevering en de uiteindelijke gefactureerde DBBC inclusief NHC. De voor dit vraagstuk relevante DBBC-spelregels spreken van de vergoeding van 'feitelijk geleverde zorg'. Wat de NZa betreft zal de feitelijk geleverde zorg vrijwel altijd gelijk zijn aan de indicatie.

Hieraan wordt grotendeels voldaan. De geprotocolleerde plaatsingsregels van het ministerie van VenJ borgen dat de Plaatsingsbesluiten passen bij de zorgvraag/indicatie van een patiënt en dat geen oneigenlijke afwegingen een rol spelen. De uitvoering hiervan wordt bovendien gemonitord met prestatie-indicatoren. In uitzonderlijke gevallen kan het voorkomen dat een patiënt om zorginhoudelijke, of andere zwaarwegende redenen wel in huisvesting met een hoger beveiligingsniveau wordt geplaatst dan geïndiceerd. In een dergelijk geval dient de daadwerkelijke plaatsing te worden betaald van de betreffende patiënt. De NZa adviseert de DBBC-spelregels omtrent de relatie tussen indicatie, plaatsing en declaratie te verduidelijken.

De NZa stelt voor om de meest recente omschrijving van de veiligheidsniveaus te verwerken in de DBBC-omschrijvingen. Deze prestatieomschrijvingen zijn noodzakelijk om een zorgprestatie te creëren in de zin van de Wmg. De SGLVG+-NHC zal een specifieke nader omschreven zorgprestatie krijgen.

De NZa zal DBC-Onderhoud verzoeken de definitieve integrale DBBC-tarieven declarabel te maken per 1 januari 2013.

5.3.2 Huidige kapitaallasten versus NHC-vergoeding

Vanzelfsprekend zullen de tariefvoorstellen in dit document aanleiding geven tot inschattingen van de impact van deze bekostigingswijziging. Echter, de interpretatie van het mogelijke effect is niet gemakkelijk. Onder andere de volgende zaken moeten in ogenschouw worden genomen:

- Rekening gehouden moet worden met een andere aard van de vergoedingen. Waar de vergoeding in het verleden was gebaseerd op instellingspecifieke (werkelijke) kosten, is nu een landelijk uniforme norm gekozen.
- De werkelijke kapitaallastenvergoedingen varieerden in de tijd, afhankelijk van het moment van investeren. De NHC-vergoedingen zijn echter onafhankelijk van het moment van investeren waardoor er bij een momentmeting grote verschillen kunnen zijn tussen de vergoedingen.
- Het kan voorkomen dat een gebouw in het verleden niet is gebouwd volgens de geldende normen. Dat betekent dat een bestaand gebouw andere kosten kan hebben dan op basis van de bouwnormen uit het verleden verwacht kan worden.
- De reikwijdte van de vergoedingen verandert. In het verleden was de nacalculatie van toepassing op alle intramurale kapitaallasten, terwijl de intramurale kapitaallasten nu uiteenvallen in verblijf en klinische behandeling.
- De geadviseerde NHC's dekken alleen de kapitaallasten die gemoeid zijn met zorglevering in DBBC's.
- Sommige investeringen uit het verleden zijn a fonds perdu of als subsidie bekostigd. Dat maakt de kosten en opbrengsten uit de nacalculatiepraktijk moeilijk te vergelijken met de kosten en opbrengsten bij NHC-bekostiging.

Door een gebrek aan goede data en bovenstaande methodische problemen is het tot op heden niet gelukt om een nauwkeurige generieke impactanalyse te maken. De wel uitgevoerde analyses geven geen aanleiding om te denken dat de invoering van NHC-bekostiging tot onoverkomelijke problemen gaat leiden voor individuele aanbieders. In het FPC-segment leidt de invoering van de NHC op korte termijn wel tot substantiële meerkosten.

De NZa zal bij de uitwerking van de regelgeving aandacht hebben voor de impact van de nieuwe bekostiging. Ook zal de NZa zich inspannen om macro- en micro-impactanalyses uit te voeren.

5.4 Tariefsoort

De NHC-vergoeding is verwerkt in de DBBC-tarieven. Dit gegeven brengt vervolgens twee vraagstukken met zich mee ten aanzien van de aard van het tarief.

Ten eerste is het de vraag of de NHC als afzonderlijke component te herkennen moet blijven in de DBBC-productstructuur. De NZa adviseert om dit gedurende de overgangperiode wel te doen. Dit is enerzijds nodig om transitiemaatregelen te kunnen toepassen. Aan de andere kant is het hierdoor mogelijk om eventuele aanpassingen in de verblijfsstructuur te verwerken. In een advies over het onderhoud van de NHC's zal hieraan verder aandacht worden besteed.

Ten tweede is het de vraag wat voor type tarief de NHC moet kennen. De NZa adviseert om, gelijk aan de AWBZ, gedurende de overgangperiode

de NHC een vast tarief te geven. Dit is nodig om de transitiemaatregelen (hoofdstuk 6) uit te kunnen voeren. De NZa adviseert om na afloop van het transitietraject voor de NHC's dezelfde tariefsoort te hanteren als voor de DBBC-tarieven. Op dit moment is nog niet besloten welke tariefsoort DBBC's krijgen bij het overschakelen naar de nieuwe bekostiging. De NZa zal hierover adviseren in het advies bekostiging forensische zorg. De oplevering hiervan staat gepland voor april 2012.

5.5 Onderhoud tarief

De definitieve NHC-tarieven zullen moeten worden onderhouden om ook in de toekomst te voorzien in een adequate bekostiging van kapitaallasten. Het onderhoud zal worden gepleegd volgens de lijnen die zijn beschreven in het advies NHC-Onderhoud voor de Care.¹⁴

¹⁴ Advies NHC-Onderhoud, februari 2012

6. Transitietraject

De overgang van nacalculatie van werkelijke kapitaallasten naar de NHC-vergoeding kan voor aanbieders een groot verschil betekenen in hun opbrengsten. Daar komt bij dat de vastgoedkosten van een instelling op korte termijn moeilijk beïnvloedbaar zijn. De NZa acht een overgangperiode met transitiemaatregelen dan ook noodzakelijk voor een zorgvuldige invoering van de NHC.

In dit hoofdstuk is een globale schets gegeven van het overgangstraject zoals de NZa dat ziet voor de forensische zorg. Een meer gedetailleerde invulling ervan zal plaatsvinden in het voorjaar van 2012. De NZa adviseert in ieder geval om 1 januari 2013 als datum voor invoering te kiezen. De verdere uitwerking in dit hoofdstuk is gebaseerd op deze ingangsdatum.

6.1 Algemene transitiemaatregel

De NZa ziet het uitgewerkte overgangstraject voor de AWBZ als uitstekende basis voor de forensische zorg¹⁵. Omdat het een reeds uitgewerkt en geaccepteerd traject is, is het gemakkelijk om dit snel en adequaat uit te werken. Bovendien is op deze manier de gelijkheid tussen de verschillende zorgmarkten geborgd.

6.1.1 Transitie op hoofdlijnen

De bekostiging op basis van het budget kapitaallasten wordt voor bestaande forensische zorgaanbieders geleidelijk afgebouwd en bekostiging op basis van NHC-tarieven wordt geleidelijk opgebouwd om met ingang van 2018 de bekostiging uitsluitend op basis van integrale tarieven te laten plaatsvinden.

De nieuwe kapitaallastenvergoeding voor jaar t wordt berekend als het gewogen gemiddelde van de huidige kapitaallastenvergoeding (voor jaar t) en het totaalbedrag NHC's. Het totaalbedrag NHC's is de som van alle huisvestingcomponenten uit de DBBC-productie van een zorgaanbieder. Het uitmiddelen gebeurt met inachtneming van de percentages zoals weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 3. Invoertraject integrale tarieven

Jaar	Nacalculatie	NHC
2013	80%	20%
2014	70%	30%
2015	50%	50%
2016	30%	70%
2017	15%	85%
2018	0%	100%

Voor nieuwe forensische zorgaanbieders geldt dat de NHC-bekostiging direct ingaat. Voor deze aanbieders geldt geen invoertraject. De definitie van 'nieuw' zal in de regelgeving voor de NHC's verder aangescherpt moeten worden, maar het gaat globaal om aanbieders die voor 1 januari 2012 geen forensische zorg leverden.

¹⁵ Zie ook de beleidsregel: Invoering normatieve huisvestingcomponent (NHC) bestaande aanbieders (CA-300-494).

Wanneer voor de Zvw en voor forensische zorg een NHC per prestatie is vastgesteld, zal op basis van de verhoudingen van de gerealiseerde productie vermenigvuldigd met de bijbehorende NHC ten behoeve van de nacalculatie een exacte verdeling worden gemaakt van de kapitaallasten naar AWBZ, Zvw en forensische zorg.

Naast het algemene model voor de overgang is er een aantal specifieke onderwerpen die aandacht behoeven bij de overstap naar NHC-bekostiging. Die zijn benoemd in de volgende paragrafen.

6.2 Wijziging systematiek

Als gevolg van de overgang naar NHC-bekostiging worden er een aantal aspecten veranderd die verbonden waren aan de oude nacalculatie. Hieronder is weergegeven wat voor de belangrijkste aspecten wordt voorgesteld.

6.2.1 Badkuip

In de oude regeling werd de aanbieder vergoed voor zijn werkelijke lasten. Omdat de lasten van een nieuwe investering in het begin hoger zijn dan later, kreeg hij in het begin ook meer geld.

De NHC dient over een periode van 30 jaar een adequate vergoeding te bieden, ongeacht de werkelijke gedane investering door een aanbieder. Dat betekent dat de kapitaallasten bij een nieuwe investering in het begin hoger liggen dan de vergoeding. Dit wordt ook wel het 'badkuipeffect' genoemd. Als na verloop van tijd een groter deel van de lening is afgelost, dan worden de kosten lager dan de vergoeding. Dit is inherent aan de NHC-systematiek en wordt daarom niet gecompenseerd.

6.2.2 Boekwaarde

Onder boekwaardeproblematiek wordt (versimpeld) verstaan dat posten nog op de balans zijn opgenomen die op grond van een vergunning nu nog worden nagecalculeerd, terwijl feitelijk de betreffende panden er niet (meer) zijn. Een ander voorbeeld is de aanloopkosten van een gebouw dat er uiteindelijk nooit is gekomen.

De NZa stelt voor om wat de boekwaardeproblematiek betreft aansluiting te zoeken bij de wijze waarop er binnen de AWBZ en de reguliere GGZ wordt omgegaan met de boekwaardeproblematiek. Eventuele noodzakelijke regelgeving en implementatie werkt de NZa verder uit in het voorjaar van 2012.

6.2.3 Trekkingsrechten

In de NHC-systematiek is, net als voor de AWBZ-NHC uitgegaan van een afschrijvingstermijn van 30 jaar zonder tussentijdse renovatie. Ook voor de forensische zorg zullen daarom de trekkingsrechten komen te vervallen. Dit is een gelijke aanpak als voor de AWBZ is gevolgd.

6.3 Sectorspecifieke ontwikkelingen

Naast enkele overgangsaspecten die samenhangen met het afschaffen van de oude nacalculatiesystematiek zijn er in het recente verleden ook een aantal andere ontwikkelingen van belang geweest voor de kapitaallasten van de sector. In onderstaande paragrafen wordt

geschetst welke ontwikkelingen relevant zijn en hoe daarmee om kan worden gegaan gedurende de overgangperiode.

6.3.1 Brandveiligheid

De NHC forensische zorg gaat uit van het terugverdienen van de initiële investeringen inclusief de brandveiligheidseisen op het actuele niveau. In die zin zit de brandveiligheid dus al in de NHC.

Een specifiek aandachtspunt is de zgn. inhaalslag voor de brandveiligheid. Dit zijn additionele, specifieke investeringen geweest om aan de brandveiligheidseisen te kunnen voldoen. Deze investeringen zijn inmiddels gedaan en lopen mee in de nacalculatie (budget kapitaallasten) en dus in de transitie. Om die reden zouden deze investeringen geen aparte plaats meer behoeven in het overgangstraject. Tegelijkertijd voorziet de NHC-bekostiging in voldoende geld om in de toekomst huisvesting volgens het geldende brandveiligheidsniveau te realiseren.

6.3.2 A fonds perdu investeringen

In het recente verleden heeft VenJ in sommige klinieken a fonds perdu geld geïnvesteerd voor het op orde brengen van gebouwelijke voorzieningen. Dit betekent dat niet alle investeringen zijn verwerkt in de nacalculatie of terugbetaald worden aan het ministerie. De betreffende instellingen hebben dus een hoger niveau gebouw kunnen realiseren dan dat zij kosten kennen. Dit geeft een aantal klinieken een concurrentievoordeel. Ook uit het oogpunt van betaalbaarheid is het goed om zorgvuldig na te gaan of feitelijk een (tijdelijke) dubbele bekostiging ontstaat door deze specifieke investeringen. De NZa zal bij het vaststellen van de regelgeving voor het overgangstraject dubbele bekostiging waar mogelijk wegnemen.

6.3.3 Veiligheidsniveau DBBC-systematiek

De NHC-vergoeding is gebaseerd op de recent vastgestelde beveiligingseisen. Het aanpassen van eisen leidt niet tot de gewenste langjarige zekerheid. Zorgaanbieders lopen echter het (theoretische) risico dat de gebouweisen worden aangescherpt, waardoor de vergoeding niet meer passend is voor het gevraagde voorzieningenniveau.

Mocht dit onverhoopt voorkomen dan stelt de NZa het volgende voor. De voorgestelde NHC-regeling gaat uit van het huidige voorzieningenniveau en dat zou voldoende moeten zijn voor de komende jaren. Dat betekent dat er geen geld beschikbaar hoeft te worden gesteld om huisvesting op het gewenste niveau te brengen. De NZa is er bij de vaststelling van de vergoedingen en het overgangstraject vanuit gegaan dat deze aanbieders geen acute verbouwverplichting zal worden opgelegd. Aanbieders kunnen 'ingroeien' in het geldende voorzieningenniveau. De NZa verwacht dat door de zorginkoop aanbieders zich gedurende het overgangstraject zullen aanpassen aan het vereiste veiligheidsniveau.

Indien er toch een substantiële wijziging van de gebouweisen plaatsvindt dan moet hiervoor een regeling getroffen worden. De NZa stelt voor om dit op te pakken in het NHC-onderhoud. Zie hiervoor paragraaf 5.6.

6.3.4 Tenders

Het ministerie van VenJ heeft met een aantal zorgaanbieders een tendercontract afgesloten. Dit zijn meerjarige contracten voor nieuwe

klinische capaciteit. Hiervoor geldt in de meeste gevallen een tarief inclusief kapitaallasten. De NZa adviseert om de bestaande tendercontracten met de huidige all-in tarieven laten doorlopen. Gedurende de looptijd van de tendercontracten komt de betreffende capaciteit dus niet in aanmerking voor de algemene transitie maatregelen.

Veel van deze tendercontracten lopen af tijdens de overgangperiode naar NHC-bekostiging. Indien alle rechten op (een vorm van) nacalculatie eindigen met het aflopen van het contract stelt de NZa voor om deze afgelopen tendercapaciteit te beschouwen als nieuwe capaciteit. In het geval deze capaciteit vervolgens opnieuw wordt ingekocht dan kan de huisvesting van die capaciteit bekostigd worden uit de NHC-tarieven. Dit heeft als reden dat er geen nacalculatie beschikbaar is voor dergelijke voorzieningen om het transitietraject op te baseren. Bovendien hebben instellingen op dat moment ook feitelijk geen recht meer op de gegarandeerde inkomsten uit de nacalculatie. Immers, de afspraken kenden een vooraf bepaalde looptijd. Ook voor mogelijke andere gevallen, waarbij een aanspraak op de nacalculatie van werkelijke kosten ontbreekt stelt de NZa voor om de huisvesting van deze ingekochte capaciteit direct en volledig te vergoeden via de NHC-tarieven.

Mochten er situaties ontstaan waarbij de aanspraken van een instelling op een nacalculatievergoeding niet vervallen bij het aflopen van het tendercontract, dan worden deze aanspraken verrekend via de algemene transitie maatregelen conform de weging van nacalculatie en NHC die in dat jaar geldt.

Meer in het algemeen zal nadrukkelijk aandacht moeten worden besteed aan het begrip 'nieuwe aanbieder'.

Bijlage 1. Overzicht NHC FZ investeringskosten

Verzamelblad Onderverdeling invest.kosten Verblijf+Ondersteunende begeleiding+Behandeling (muv medisch en paramedisch)+ 0,75 Ondersteunende diensten/plaats													
Versie 27 februari 2012													
Verbl.+O.Beg.+ O.D.			Bouw-kosten	Bijkomend e kost.	Directie-kosten	Progr./best ekswijz.	Loon- en prijsstijg.	Totaal Investk.	% bouwkost.	Rente tijdens bouw (halve bouwtijd)	grond-kosten	Startk. % Invk.+ Rent	Totaal
BVO/pl. € / pl.													
Forensische voorzieningen			12,3% bouwkw. (analyse investk. RGD)					PP 01/2012		5,00% Bwk+bijk.+ direktiek.	€ 463	1,22%	
Niveau 4 *	94,8	330.038	337.835	300.833	37.002	????	????	337.835	112,3%	16.892 ??????	43.922	4.328	402.976
FPC (pve 2004); bouwtijd 24 maanden												??????	
				100,00%	2,50%	14,00%	4,00%	2,50%			€ 291		
				percentages bouwkosten			% bouwkw.+bijk.+dir.				10%		
Niveau 3	102,7	236.012	241.588	194.703	4.848	27.278	9.073	5.685	241.588	124,1%	11.341	32.858	288.873
FPK/FVK/FPK Long care; bwt. 24 maanden													
Niveau 2 Hoog	83,1	182.186	186.490	150.298	3.742	21.057	7.004	4.389	186.490	124,1%	8.755	26.600	224.227
FPA/FVA; bwt. 24 maanden (2 Hoog)													
SGLVG+; bwt. 24 maanden	116,8	269.417	275.782	222.261	5.534	31.139	10.357	6.490	275.782	124,1%	12.947	37.400	329.652
											€ 253		
Niveau 1	83,3	155.137	158.802	128.741	3.206	18.037	5.999	2.819	158.802	123,4%	5.624	23.175	189.607
Gesl. Afd.(typ.Y, geen aanpass.); bwt. 18maanden.													
* Investeringskosten FPC zijn exclusief Opslag RGD, Kunsttoepassing en Rente tijdens de bouw (deze kosten beslaan € 179,- per m2 pp jan. 2008).													

Input-berekening (pp. 01 januari 2008)	niveau 1		niveau 2 Hoog		Niveau 2 SGLVG+		Niveau 3		niveau 4	
	opp.	invest.	opp.	invest.	opp.	invest.	opp.	invest	opp.	invest
verblijf+separeer	51,9	98.661	57,3	130.129	65,7	153.271	64,0	149.248	48,0	159.623
ondersteunende begeleiding	8,7	15.363	7,4	12.765	26,3	61.285	11,2	26.118	11,5	38.158
behandeling (m.u.v. medisch en paramedisch)	17,0	30.124	12,0	26.820	18,9	43.357	21,0	48.174	22,4	74.569
ondersteunende diensten (75% totale opp.)	4,7	7.911	5,6	9.363	5,0	8.427	5,6	9.363	6,1	35.000
algemene ruimten									5,9	19.578
Keuken	0,9	3.078	0,9	3.109	0,9	3.078	0,9	3.109	0,9	3.109
	83,3	155.137	83,1	182.186	116,8	269.417	102,7	236.012	94,8	330.038

OUTPUT BEREKENING NHC			
	invest.	grondk.	totaal
Niveau 1	166.433	23.175	189.607
Niveau 2	197.627	26.600	224.227
N.2 SGLVG+	292.251	37.400	329.652
Niveau 3	256.015	32.858	288.873
Niveau 4	359.054	43.922	402.976

Controle ZZP 3B	181.463
-----------------	---------

Indexering input berekening	ivestk.	Idex 08/10	index /11	index /12	index /13
	pp 01/2008	99,00%	102,12%	101,25%	102,50%
niveau 1	€ 155.137	153.586	156.842	158.802	162.772
niveau 2 Hoog	€ 182.186	180.364	184.188	186.490	191.152
niveau 2 SGLVG+	€ 269.417	266.723	272.377	275.782	282.676
niveau 3	€ 236.012	233.652	238.605	241.588	247.628
niveau 4	€ 330.038	326.737	333.664	337.835	346.281

Bijlage 2. Reactie De Borg / Trajectum



Nederlandse Zorgautoriteit
t.a.v. de heer drs. M.S. Mulder MPA,
directeur Zorgmarkten Cure
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Datum : 8 februari 2012
Kenmerk: RvB12-95/6.3
Betreft : Consultatiedocument Normatieve Huisvestingscomponent Forensische Zorg
Bijlagen : -

Geachte heer Mulder,

Wij hebben uw Consultatiedocument om te komen tot een normatieve huisvestingscomponent voor de forensische zorg ontvangen, waarvoor onze dank. Wij hebben er kennis van genomen dat het Ministerie van Veiligheid en Justitie wil komen tot een andere systematiek voor de bekostiging van de kapitaallasten in de forensische zorg. In het voorstel dat nu voorligt en waarover u het veld consulteert sluit u in belangrijke mate aan bij de kapitaallastebekostiging zoals die voor de Geestelijke Gezondheidszorg is ontwikkeld en ook van toepassing is binnen de AWBZ. Uw uitgangspunt om een uniforme regeling te ontwerpen, die, los van de in het verleden gepleegde investeringen, zoveel mogelijk productieafhankelijk is, kunnen wij in beginsel onderschrijven.

Zoals u echter in uw voorstel zelf al constateert in paragraaf 3.4.2. zijn de voorzieningen voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten met strafrechtelijke titel (SGLVG+) niet goed in te passen in de globale tariefstructuur die voor bijna alle instellingen toereikend is.

Graag willen wij gebruik maken van de door u geboden mogelijkheid om verder in te gaan op de specifieke positie van de SGLVG+-voorzieningen, waarvoor De Borginstellingen, Trajectum in Boschoord, Rekken en Eefde, Ipse de Bruggen in Zwammerdam, Dichterbij in Oostrum en Altrecht, Wier in Den Dolder verantwoordelijk zijn.

In onderstaande reactie willen wij graag ingaan op de volgende punten:

1. De beleidsmatige keuze bij het zoeken van een koppeling tussen zorgvraag en huisvesting
2. Het hanteren van een genormeerd bezettingspercentage
3. De gehanteerde grondslag voor de investeringskosten
4. De clustering van de type voorzieningen



Wij realiseren ons dat in onze reactie de beleidsmatige aspecten en de meer technische uitvoeringsaspecten wat door elkaar lopen. Bij de beoordeling van het voorstel liggen deze echter voor wat betreft de SGLVG+-voorzieningen zo dicht bij elkaar dat het moeilijk is daarin een onderscheid aan te brengen.

Ad 1. De beleidsmatige keuze bij het zoeken van een koppeling tussen zorgvraag en huisvesting

In de beleidsmatige afweging bij het zoeken naar een model voor de verwerking van de kapitaallasten zijn er in grote lijnen twee mogelijkheden. Enerzijds is er het model van de AWBZ, waarbij verblijf en zorg en behandeling geïntegreerd worden aangeboden en waarin de kapitaallasten zijn verwerkt via een NHC-component bovenop het ZZP-tarief. Anderzijds is er het model van de GGZ waarbij er een onderscheid wordt gemaakt in klinische en ambulante behandeling aan de ene kant en het verblijf aan de andere kant. Ter dekking van de kapitaallasten voor de klinische en ambulante behandeling wordt een opslag toegepast boven op de DBC's. Voor de verblijfsfunctie wordt een NHC berekend en toegepast.

Kijkend naar de praktijk van de SGLVG+-voorzieningen, wordt daarin behandeling en verblijf gerealiseerd in één gebouw of binnen een beveiligde schil en is daarom een keuze voor het AWBZ-model het meest voor de hand liggend.

U hebt in uw voorstel gekozen voor het GGZ-model om daarmee zoveel mogelijk aan te sluiten bij de DBC en DBBC-systematiek in de Forensische zorg en de GGZ.

De consequentie voor de SGLVG+-voorzieningen is dat ook daar het onderscheid wordt gemaakt tussen de behandel functies enerzijds waarvoor uren geschreven moeten worden en de verblijfsfuncties anderzijds. Afgezien van de extra administratieve last is daar voor de SGLVG+-instellingen op zich nog wel mee te leven. Echter, zoals in het Consultatiedocument is aangegeven is het momenteel in de GGZ gebruikelijk om voor de dekking van de kapitaallasten te werken met een opslagpercentage van 7,8%. Voor de SGLVG+-instellingen zal dat echter ontoereikend zijn omdat daar, in veel grotere mate dan in de GGZ gebruikelijk is, sprake is van eigen dagbestedingsruimten.

Een tweede aspect is dat bij de instellingen voor SGLVG+ binnen het gebouw ook lichtere vormen van behandeling plaats kunnen vinden. De gemiddelde vergoeding bij toepassen van het model van een opslag op de behandeluren gaat daarmee omlaag, waardoor het nog maar de vraag is of dat voldoende is om de kapitaallasten van dat gebouw te dekken.

Wij verzoeken u met beide aspecten bij de vaststelling van het opslagpercentage rekening te houden.



Ad 2. Het hanteren van een genormeerd bezettingspercentage

In het NHC-model gaat u er van uit dat een zorgaanbieder zijn investeringsbedrag in 30 jaar kan terugverdienen door zijn capaciteit volledig bezet te houden gedurende deze looptijd. In de praktijk is dat niet haalbaar en wordt het NHC-tarief gecorrigeerd voor een niet volledige bezetting. In de AWBZ is dat 97%.

Uw voorstel is om dat in de forensische zorg een bezettingspercentage te hanteren van 94% omdat u terecht constateert dat het in de forensische zorg moeilijker is om de capaciteit consequent volledig te benutten.

In beginsel kunnen wij deze redenering onderschrijven en kunnen wij ons vinden in het uitgangspunt om het ondernemingsrisico bij de zorgaanbieder te leggen. Maar in de forensische zorg speelt er meer dan in de AWBZ-zorg nog een ander aspect, nl. de macro-politieke afweging die wordt gemaakt bij het beschikbaar hebben en houden van plaatsen voor forensische zorg. De verantwoordelijkheid voor deze totale capaciteit ligt bij het ministerie en is niet beïnvloedbaar door de individuele zorgaanbieder.

In de huidige systematiek wordt hierin voorzien door een leegstandsregeling waarbij de individuele zorgaanbieder met het ministerie afspraken maakt over het beschikbaar houden van een bepaalde capaciteit.

Met het normeren van een bezettingspercentage ontstaat de vraag wat in de toekomst gerekend mag worden tot de normale frictiecapaciteit en op welke wijze rekening wordt gehouden met macro-ontwikkelingen. Hoe wordt de 94% getoetst? Daar komt bij dat de systematiek van het rekenen met aan- en afwezigheidsdagen sowieso al leidt tot een daling van het bezettingspercentage. Nog los van wat we tot de gangbare frictieleegstand kunnen rekenen.

In uw voorstel wordt met dit aspect geen rekening gehouden. Wij constateren dat het bedrijfsrisico voor de instellingen hierdoor bovenmatig toeneemt.

Wij verzoeken u voor het vaststellen van het bezettingspercentage met het bovenstaande rekening te houden. Bovendien verzoeken wij u een handreiking op te stellen voor de toepassing van de 'macro-ontwikkeling', zoals hierboven beschreven.

Ad 3. De gehanteerde grondslag voor de investeringskosten

3.1 Het aantal vierkante meters voor de investeringskosten

Bij de voorbereiding van uw voorstel hebt u gebruik gemaakt van de adviezen van TNO die een onderzoek heeft gedaan naar de Gebouwenkenmerken voor de intramurale Forensische Zorg.

TNO constateert dat de SGLVG+-voorzieningen moeilijk zijn in te delen in een bepaalde categorie. De gebouwen die in het verleden door de Borginstellingen zijn gerealiseerd zijn gebaseerd op vergunningen met daarin afwijkende investeringskosten en bruto-vloeroppervlaktematen die specifiek gerelateerd zijn aan de SGLVG+-doelgroep. Te denken valt aan woongroepen niet groter dan 6-8 cliënten, extra ruimtes voor dagbesteding en therapieën.



In paragraaf 3.4.2. van uw voorstel constateert u dat hierover nader overleg gewenst is. In het voortraject om te komen tot het voorstel hebben wij in overleg met u aan het adviesbureau Twynstra Gudde gevraagd een overzicht te maken van de gebouwkenmerken in de SGLVG+-voorzieningen. Hierbij bieden wij u het rapport aan. Zoals toegezegd zullen wij u de betreffende bouwaanvragen, beoordelingsrapporten van het Bouwcollege en de betreffende vergunningen toezenden.

In eerste instantie kwam ook TNO al tot de conclusie dat het aantal van 105 m² waarop u zich baseert in uw advies niet toereikend is en opgehoogd zou moeten worden tot 125 m².

In het rapport van Twynstra Gudde komt zij tot de conclusie dat de gebouwen zijn gerealiseerd met een toegestaan bruto vloeroppervlak van 134 m². In het geval van Dichterbij was er in de vergunning oorspronkelijk zelfs toestemming gegeven voor 151 m².

Dit betekent dat de in uw voorstel genoemde parameters voor de SGLVG+-voorzieningen volstrekt ontoereikend zijn.

Wij verzoeken u in uw advies de normbedragen in overeenstemming te brengen met de destijds voor de SGLVG+ afgegeven vergunningen.

3.2 Percentage voor instandhouding

In het rapport van Twynstra Gudde is ook een overzicht opgenomen van de investeringskosten van de verschillende SGLVG+-gebouwen. Aangetoond is dat het aandeel van de installaties in het totaal van de investeringskosten aanmerkelijk hoger is dan bij andere voorzieningen, zoals ziekenhuizen. Dit heeft met name te maken met de beveiligingsaspecten in de forensische zorg en het relatief groot aantal "andere" vierkante meters waarover bijvoorbeeld ziekenhuizen moeten beschikken. Deze installatietechnische voorzieningen in de SGLVG+-voorzieningen zijn vele malen onderhoudsgevoeliger, en daarmee vervangingsgevoeliger, dan in niet forensische andere voorzieningen. Het gevolg daarvan is dat het door u gehanteerde instandhoudingspercentage van 0,8 voor de SGLVG+-instellingen volstrekt ontoereikend is.

In het rapport van Twynstra Gudde wordt aangetoond dat het voor de SGLVG+-instellingen op minimaal 1,4 moet liggen, wil er op een bedrijfseconomisch verantwoorde manier mee gewerkt kunnen worden.

Wij realiseren ons dat dit opnieuw een uitzondering is op de door u algemeen voorgestane regel van 0,8% voor alle voorzieningen. Maar wij menen dat u met uw standpunt geen recht doet aan het specifieke karakter van onze SGLVG+-voorzieningen. Wij constateren overigens dat ook in de sector van de ziekenhuizen door de NZa uitzonderingen zijn toegestaan. Wij refereren aan de situatie van de radiotherapeutische voorzieningen.



Wij verzoeken u bij het nader overleg tussen De Borg – TNO – NZa zowel voor wat betreft punt 3.1 als voor 3.2 rekening te houden met de input van Twynstra Gudde en de uitkomsten in uw eindadvies te verwerken.

Ad 4. De clustering van de type voorzieningen

TNO heeft in haar rapport een clustering voorgesteld van forensische voorzieningen naar beveiligingsniveau. In uw voorstel heeft u deze clustering overgenomen bij het uitwerken van een voorstel voor de NHC-component.

De SGLVG+-voorzieningen zijn door TNO ingedeeld in cluster van Beveiligingsniveau 2. Zoals u in uw paragraaf 3.4.2. aangeeft zijn een aantal van de SGLVG+-voorzieningen in overleg met justitie gebouwd volgens de normen van beveiligingsniveau 3.

In het voortraject hebben we hierover met u gesproken en zijn we met u tot de conclusie gekomen dat de SGLVG+ voorzieningen door hun specifieke karakter moeilijk zijn in te passen in één van de vier door u onderscheiden beveiligingscategorieën. Wij pleiten ervoor om voor de SGLVG+-voorzieningen een aparte categorie in te stellen, desnoods door middel van een toeslag bovenop de NHC voor Beveiligingsniveau 2, die alleen van toepassing is op de voor SGLVG+-behandeling toegelaten en voor deze doelgroep toegeruste en specifiek werkzame instellingen waarmee recht wordt gedaan aan de specifieke bouwbehoefte voor deze doelgroep.

Wij verzoeken u voor de SGLVG+ een aparte categorie te creëren, dan wel een specifieke toeslag toe te kennen.

Samenvattend

Wij kunnen in hoofdlijnen met uw voorstel instemmen. Op een aantal onderdelen de SGLVG+-betreffende kunnen wij niet akkoord gaan en pakken wij graag de in uw paragraaf 3.4.2 geboden handschoenen op om samen met u naar een adequate bekostigingssystematiek voor de SGLVG+-voorzieningen te komen. In deze notitie hebben wij u daarvoor een aantal suggesties gedaan. Wij zijn graag bereid hierover met u verder te spreken.

Vertrouwende u met deze reactie van dienst te zijn, verblijven wij,

Hoogachtend,
mede namens Trajectum, Boschoord; Ipse de Bruggen, Zwammerdam; Dichterbij,
Oostrum; Altrecht, Den Dolder

J.J. Martini,
voorzitter Raad van Bestuur Trajectum
voorzitter De Borg

Bijlage 3. Reactie Directie Forensische Zorg



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Veiligheid en Justitie

> Retouradres Postbus 30132 2500 GC Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit
t.a.v: M. van de Kraan
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Directie Forensische Zorg
Kwantitatieve en Financiële
Analyse

Schedeldoekshaven 101
2511 EM Den Haag
Postbus 30132
2500 GC Den Haag
www.dji.nl

Contactpersoon
T 088 072 50 00
F 070 370 29 79

Ons kenmerk
572435/12

*Bij beantwoording de datum
en ons kenmerk vermelden.
Wilt u slechts één zaak in uw
brief behandelen.*

Datum 8 februari 2012
Onderwerp Consultatiedocument NHC Forensische Zorg

Geachte mevrouw Van de Kraan,

Het consultatiedocument inzake de Normatieve Huisvestingscomponent Forensische Zorg heb ik met belangstelling gelezen. Hierbij ontvangt u de schriftelijke reactie van de afdeling inkoop van de Directie Forensische Zorg welk door u als leidend wordt beschouwd in de totstandkoming van uw advies. In grote lijnen kan ik mij vinden in de ingeslagen weg.

Onderstaand geef ik u mijn opmerkingen en aandachtspunten.

1.3.1 Scope van de NHC

U geeft aan begin april advies uit te brengen welke opslag boven op de behandel DBBC's passend is voor de vergoeding van de kapitaalslasten voor behandeling. Gezien de discussie over de hoogte van de tarieven is het zeer gewenst om in uw advies goed te onderbouwen wat in de nu vastgestelde NHC tarieven wordt vergoed voor verblijf en wat in de procentuele opslag (7,8%) voor de behandel DBBC's zal gelden.

1.4.1. Zorgvormen buiten de reikwijdte van dit advies

In uw advies beperkt u de uitzonderingen tot de PPC's vanwege de bijzondere besluitvorming over het vastgoed. Dit bijzondere kenmerk met betrekking tot de huisvesting is ook van toepassing op de 2 Rijks FPC's. Ik mis deze uitsluiting in het voorliggende document.

Net als u hecht ik aan een 'level playing field'. Ik zou het op prijs stellen dat u in uw advies mij adviseert hoe dit vorm te geven. Wellicht kan de NHC als referentiekader dienen voor de 2 Rijks FPC's.

2.5.2 FPA Long Stay

U vermeldt een aantal voorzieningen die niet meegenomen zijn als voorziening voor de forensische NHC waaronder de FPA Long Stay. Deze voorzieningen zouden slechts een zeer klein deel (<5%) van het totaal aantal FPA-plaatsen beslaan. Naar mijn mening is dit niet juist. Wij kopen 248 FPA plaatsen in ofwel 60% van het totaal van (geschat) 400 plaatsen. Wij kopen 54 Long Stay FPA plaatsen in ofwel 13%. Dit lijkt ons voldoende om voor deze voorziening ook een

NHC vast te stellen en verzoeken deze gebouwen onderdeel te laten zijn van de FPA.

Directie Forensische Zorg
Kwantitatieve en Financiële
Analyse

3.4.1. Splitsing niveau 2

Op dit moment vindt een verdiepend onderzoek plaats naar de verschillen in de beveiligingsniveaus 2 hoog en 2 laag. Ik benadruk dat deze splitsing voor mij uit het oogpunt van een juiste inkoop belangrijk is.

Datum
6 februari 2012

Ons kenmerk
5724357/12

3.4.2 SGLVG+

U stelt te zoeken naar een oplossing om voor de SGLVG+ een goede bekostigingstitel te verkrijgen.

Wij vinden dat het aan de inkoper is om te bepalen hoe om te gaan met zorgaanbieders met een gebouw dat bovennormatief gebouwd is.

5.2.3 Instandhouding

Gelet op de discussies over de hoogte van het percentage instandhouding heb ik dit percentage voorgelegd aan de afdeling Huisvesting van DJI. Van die kant wordt ondersteund dat het percentage van 0.8 voldoende is.

5.2.6 Bezettingspercentage

Het voorgestelde percentage van 94 is niet door u onderbouwd. Ik merk hierbij op dat op dit moment de markt van de FPC's in een krimpsituatie verkeert. Naar verwachting zal binnen afzienbare tijd het evenwicht in de markt zijn hersteld. Als de markt in evenwicht is dan zal het percentage vanwege de lange verblijfsduur van TBS gestelden (thans >10 jaar) hoger zijn dan 94. Dit pleit voor een hoger bezettingspercentage. Ons voorstel is 97%.

Uw definitief percentage zullen wij afwegen tegen de huidige leegstandsregeling.

6.1.1 Transitie op hoofdlijnen

Graag zou ik in uw advies een uitwerking van de facturatie tijdens het transitietraject opgenomen willen hebben.

6.3.2 A fonds perdu investeringen

U stelt dat de instellingen die te maken hebben met a fonds perdu financiering een hoger niveau gebouw hebben kunnen realiseren dan dat zij kosten kennen. Dat is niet juist. Het gebouw is conform het Programma van Eisen van DJI maar het gebouw of een deel daarvan is door het Ministerie van VenJ gefinancierd en staat als zodanig als schuld aan VenJ op de balans van de instelling. Zoals u ook stelt is het van groot belang om zorgvuldig na te gaan of feitelijk dubbele bekostiging zal ontstaan door deze specifieke financiering. Met de betrokken instellingen zal een specifieke afspraak over deze situatie worden gemaakt. Ik verzoek u mij te adviseren hoe deze dubbele financiering kan worden voorkomen.

Los van de NHC-invoering zullen toch specifieke afspraken moeten worden gemaakt over de a fonds perdu financieringen gezien de verwachte invoering van de Wet forensische zorg per 1-1-2013 waarin de subsidierelatie zal worden verbroken.

Directie Forensische Zorg
Kwantitatieve en Financiële
Analyse

Datum
6 februari 2012

Ons kenmerk
5724357/12

Met vriendelijke groet,
De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,
namens deze,

 G.V.M. van Gemert
Directeur Forensische Zorg

Bijlage 4. Reactie GGZ Nederland

NZa
t.a.v. L. Coenen
Newtonlaan 1-41
3584 BX UTRECHT

Datum
8 januari 2012
Contactpersoon
I. Stöver / M. Vroomen
Oms kenmerk

Bijlage(n)
Doorkiesnummer
Uw kenmerk

Onderwerp
Consultatie NHC FZ

Geachte heer Coenen

GGZ Nederland maakt graag gebruik van het aanbod een reactie te geven op het consultatiedocument 'Normatieve Huisvestingscomponent Forensische Zorg'. Tijdens de bijeenkomst op 31 januari jl heeft GGZ Nederland mondeling al een eerste reactie op het rapport gegeven, in deze schriftelijke reactie gaan we graag nog iets dieper op onze standpunten in.

GGZ Nederland is voorstander van een normatieve aanpak voor de huisvestingscomponent omdat dit past binnen de visie van marktwerking en ondernemerschap. Binnen het Forensisch veld zijn de mogelijkheden als ondernemer echter beperkter dan binnen andere (zorg)sectoren. Het FZ-veld is immers een kleine markt met specifieke cliëntenstromen én heeft bouwtechnisch gezien bijzondere vormen van vastgoed. Het is daarom van belang dat er zorgvuldig naar de (ondernemers)risico's binnen het FZ-veld wordt gekeken en in deze reactie op het consultatiedocument zullen wij op een aantal punten aangeven waar deze risico's in onze ogen op zijn minst gedeeld zouden moeten worden.

De NHC's dienen een uitvoerbaar systeem te zijn, dat tussen de wetten zoveel mogelijk samenhang kent. Deze uitgangspunten zijn voor de bestuurbaarheid van de sector van groot belang. Op dit moment is die samenhang nog niet zichtbaar. Behalve dat het voor zorgaanbieders zelf wenselijk is om breed zicht te hebben op de risico's en kansen op het gebied van vastgoed, is het noodzakelijk voor het vertrouwen van de banken in de sector. De zorg is voor het doen van (her)financiering en investeringen afhankelijk van de banken. De banken zien dat de risico's in de zorg toenemen en zij hechten veel waarde aan een goede bedrijfswaarde berekening waarvan de kapitaallasten deel uitmaken.

De NZa heeft eerder in dit traject haar zorgen geuit over de financierbaarheid van de sector. GGZ Nederland deelt deze zorgen en verzoekt de NZa om in het uiteindelijke adviesrapport dit thema een duidelijke plaats te geven.

Op dit moment ligt er nog geen voorstel voor de kapitaallastencomponent gekoppeld aan de behandel-DBBC's en ook de NHC's voor de ZVW zijn nog niet uitgewerkt. Daarom vinden wij

het lastig én risicovol om alleen over de verblijf-NHC's voor de FZ advies uit te brengen als de samenhang met andere ontwikkelingen op dit moment nog niet duidelijk is. Daarom zullen wij op dit moment alleen advies uitbrengen over de hoofdlijnen van het systeem. Over de detailuitwerking van dit systeem hebben wij namelijk nog veel vragen, mede omdat cijfers die hiervoor gebruikt zijn, voor ons pas laat beschikbaar kwamen en nog onvoldoende herkenbaar en te vergelijken zijn met de dagelijkse praktijk.

In deze notitie zullen wij dus eerst ingaan op de hoofdlijnen van het systeem:

1. Nieuwbouwbenadering

GGZ Nederland steunt het uitgangspunt dat de NZa steeds heeft ingenomen om uit te gaan van nieuwbouw. Een nieuwbouwbenadering is onder andere noodzakelijk omdat hiermee de veiligheidseisen van het ministerie van Veiligheid en Justitie bij de bouw geborgd zijn. Ook de brandveiligheid is hiermee afgedekt.

Deze keuze voor een nieuwbouwbenadering heeft consequenties voor het macrokader van de kapitaallasten voor de FZ. Dit heeft gevolgen voor het overhevelen en aanvullen van budgetten. GGZ Nederland zou het betreuren als later in het traject om budgettaire redenen het basisprincipe van nieuwbouw opnieuw ter discussie zou komen te staan. Daarom adviseren wij om in de tekst van het consultatiedocument de term nieuwbouw specifiek te benoemen, zodat dit uitgangspunt voor alle partijen heel duidelijk is.

Niet alleen de investeringskosten bij nieuwbouw vormen een belangrijke pijler voor een nieuwe NHC, ook een passende instandhoudingsfactor is noodzakelijk om blijvend zorg te kunnen dragen voor een goede functionele kwaliteit en beveiliging van de gebouwen binnen de FZ. Het percentage van 0.8 voor de instandhouding is voor de FZ-sector echt te laag. In dit voorstel wordt de instandhouding gelijk gesteld aan het percentage dat ook gehanteerd wordt in de ZZP. Dat is volstrekt niet vergelijkbaar.

De FZ-sector kenmerkt zich door gebouwen met veel technische voorzieningen, met name in verband met de veiligheidseisen. Deze voorzieningen vragen met grote regelmaat aanpassingen, onderhoud en vervanging. Daarnaast kent de FZ een grote cliëntenpopulatie met gedragsproblemen. Dit heeft gevolgen voor het personeel, maar ook voor de gebouwen. Er dient zoveel mogelijk molestbestendig gebouwd te worden, maar desondanks is het ook na de bouw –vaker dan in andere sectoren- nodig om te renoveren.

Ten algemene geldt dat de FZ-sector een klein veld is; de meeste zorgaanbieder hebben slechts één of enkele FZ-gebouwen, waardoor uitmiddelen over meerdere gebouwen binnen deze sector geen optie is.

GGZ Nederland stelt zich op het standpunt dat het huidige voorstel voor de instandhouding van 0.8% echt onvoldoende is om ook na de bouw te blijven voldoen aan de gevraagde bouw-, brand- en veiligheidseisen. De afgelopen jaren hebben laten zien dat veelvuldig gebruik is gemaakt van overige gelden (zoals trekkingsgelden en overige reserves en/of au fond perdu investeringen) om de instandhouding op het noodzakelijke niveau mogelijk te maken.

Daarnaast speelt het probleem dat de NHC uitgaat van nieuwbouw, terwijl we op dit moment te maken hebben met bestaande panden, die destijds volgens de toen geldende bouwnormen zijn geplaatst. Het onderhoud en vooral de beveiliging van deze bestaande bouw komt met de nieuwe NHC mogelijk (tijdelijk) onder druk te staan. Gezien de kleine omvang van de sector én de hoge veiligheidseisen die blijvend gesteld worden aan deze gebouwen, verzoekt GGZ Nederland de NZa een hardheidsclausule voor deze bestaande bouw uit te werken. Bij de vaststelling van de overgangsregeling zullen pas de afwijkingen (per instelling) duidelijk worden.

2. Gebouwbenadering

GGZ Nederland steunt het voorstel om de NHC's in te richten conform de vier beveiligingsniveau's. Het gebouw waar de cliënt verblijft is dan de basis voor de bekostiging van het vastgoed.

De afgelopen weken is al verschillende keren gesproken over het verschil tussen plaatsing en indicatie. Graag vragen wij voor dit onderwerp in deze notitie nogmaals aandacht.

Vaak komt de indicatie en de uiteindelijke plaatsing met elkaar overeen, maar er zijn ook situaties waarbij de plaatsende instantie er voor kiest om de cliënt op een andere locatie (met een ander beveiligingsniveau) te plaatsen dan er geïndiceerd is.

In een recent bureauoverleg van GGZ Nederland met het ministerie van V&J gaf Justus Kox hiervoor een mooi en passend voorbeeld: Een cliënt met een zedenproblematiek krijgt een indicatie voor beveiligingsniveau 2. Er zijn echter geen plaatsen beschikbaar waar voor deze doelgroep gerichte behandeling wordt aangeboden. Deze mogelijkheid bestaat wel op een locatie met beveiligingsniveau 3. De plaatsende instantie kiest er dan om inhoudelijke redenen voor om van deze mogelijkheid gebruik te maken.

Dit voorbeeld laat zien dat de zorgaanbieder geen eigen mogelijkheden heeft om cliënten te plaatsen én laat zien dat de indicatie soms afwijkt van de uiteindelijke plaatsing. Deze flexibiliteit is wenselijk en noodzakelijk binnen de FZ-sector omdat de instroom vanuit de rechtelijke macht niet helemaal te voorspellen is.

Wij gaan er vanuit, zoals ook tijdens de consultatiebijeenkomst is besproken, dat de NZa het advies op dit punt scherper uit zal werken, zodat duidelijk wordt dat de plaatsing leidend is voor de bekostiging van de huisvesting. In dit kader vraagt GGZ Nederland ook aandacht voor de technische uitwerking hiervan tijdens het facturatieproces.

3. FZ, ZVW en AWBZ

Zoals al eerder aangegeven, sluit de forensische zorg heel dicht aan bij de zorg vanuit de overige GGZ. Veel cliënten krijgen voor of na afloop van hun strafrechtelijke titel zorg en behandeling gefinancierd vanuit de AWBZ en/of de ZVW.

Omdat voor de bekostiging van de behandeling (de DBBC) is gekozen zoveel mogelijk aan te sluiten bij die van de GGZ-cure (DBC), is het in de ogen van GGZ Nederland wenselijk om ook voor de NHC zoveel mogelijk dezelfde systematiek toe te passen. Wij steunen dan ook het voorstel van de NZa om onderscheid te maken tussen een NHC voor het verblijfs gedeelte binnen een DBBC én een aparte 'NHC' voor de behandel-DBBC's.

Ook het idee om de FZ-NHC-tarieven leidend te laten zijn voor ZVW-clients in FZ-gebouwen vindt steun bij onze achterban, mits deze tarieven voldoende dekkend zijn. Evenals het uitgangspunt om voor de FZ-gebouwen met beveiligingsniveau 1, de ZVW-NHC, danwel AWBZ-NHC leidend te laten zijn.

Voor de AWBZ-NHC komen dan twee NHC's in aanmerking: ZCP-B5 en ZCP-B7.

Voor de ZVW-NHC is op dit moment nog niet duidelijk hoe die vorm gegeven gaat worden. GGZ Nederland vraagt dan ook aandacht voor de (technische) uitwerking hiervan voor de FZ-sector.

4. Bezettingspercentage

GGZ Nederland ziet 4 soorten leegstand: De reguliere frictie, zoals die ook binnen andere zorgsectoren herkenbaar is. Als tweede de leegstandsregeling die gekoppeld is aan de tenderinkoop. Daarnaast is er een macro leegstand. En als laatste speelt de aan- en afwezigheid binnen de periode van een DBBC. Op dit laatste punt wordt verderop ingegaan.

Binnen de FZ wordt de in- en uitstroom van cliënten bijna volledig door Justitie bepaald. Het moment van instroom wordt bepaald door de plaatsing van een cliënt, de uitstroom wordt bepaald door de afloop van de titel of terugplaatsing vanwege het stopzetten van de behandeling. De zorgaanbieder heeft hier dus minder dan binnen andere zorgsectoren grip op. Daarnaast speelt mee dat vanwege de beveiliging en de aldaar aanwezige populatie slechts een beperkte andere doelgroep van deze bedden gebruik kan maken.

Het bezettingspercentage van 94% dat in het advies wordt genoemd, komt hier in onze ogen redelijk aan tegemoet.

GGZ Nederland leest in het consultatiedocument echter onvoldoende duidelijk terug wat het advies is van de NZa over de separate leegstandsregeling en de macro leegstand. Wij verzoeken de NZa op dit punt haar standpunt verder en concreter uit te werken en dit geen impliciet onderdeel uit te laten maken van het bezettingspercentage. De kapitaallasten lopen immers door ook als een plaats niet bezet is.

Dan de aan- en afwezigheid tijdens de DBBC-periode van een cliënt. Dit is een punt waar binnen de NHC voor de FZ (en de ZVW) aparte aandacht voor zou moeten zijn. Hier wijkt de DB(B)C-systematiek fundamenteel af van de ZZP-systematiek: immers, alleen de aanwezigheidsdagen worden uitbetaald binnen een DB(B)C. Uit onderzoek van DBC-Onderhoud en bij navraag bij een aantal van onze leden, komt naar voren dat er een gemiddeld verschil is van ongeveer 6% tussen de 'kalenderdagen' binnen de looptijd van de DBBC en de aanwezigheidsdagen. Concreet betekent dit in onze visie dat in het voorstel van de NZa zoals het er nu ligt, voor 6% van de dagen geen financiële dekking is. Wij verzoeken de NZa dan ook het voorstel op dit punt aan te passen. De meest voor de hand liggende optie is om het percentage van 94% naar beneden te brengen.

5. Tarieven

De tarieven in het consultatiedocument zijn weliswaar concepttarieven, maar duidelijk is dat deze tarieven echt onvoldoende zijn. In de afgelopen dagen heeft GGZ Nederland met haar leden geprobeerd inzichtelijk te krijgen hoe de vertaling van het model op hoofdlijnen naar de tarieven is gemaakt.

Omdat GGZ Nederland pas laat en beperkt inzicht heeft gekregen in de cijfers die bij de totstandkoming van de tarieven zijn gebruikt, hebben wij op dit moment vooral een groot aantal vragen. Hier willen we echter meer in het algemeen ingaan op uitgangspunten bij de berekening van de tarieven:

De opbouw van de FZ-NHC dient te passen in de systematiek die voor de AWBZ al is ontwikkeld en die voor de ZVW nog moet worden ontwikkeld. Zoals al eerder aangegeven sluit de inhoud van de zorg binnen de FZ meer aan bij die van de ZVW dan bij de AWBZ. We hebben inmiddels begrepen dat bij het uitwerken van de tarieven de theoretische normen over het gebruik van m2 vanuit de AWBZ zijn gehanteerd. GGZ Nederland vindt het noodzakelijk om op alle relevantie punten te beoordelen of deze vergelijking voor de FZ (en straks de ZVW) wel helemaal opgaat. Immers de AWBZ is veel meer ingericht op wonen, terwijl de FZ en de ZVW meer op behandeling en re-integratie zijn gericht. De termen dagbesteding en behandeling krijgen daarmee een geheel andere gebouwelijke invulling.

De investeringsbedragen komen allemaal voort uit de Bouwkostennota. Binnen deze nota is sprake van een beperkte detaillering, hierdoor is het niet inzichtelijk dat de opbouw van de investeringen binnen de FZ afwijkt ten opzichte van de AWBZ (meer werktuigbouw, installatie en terreinvoorzieningen). De theorie vanuit de AWBZ sluit daarmee niet aan bij de praktijk van de FZ.

Een andere punt waar de FZ afwijkt van andere sectoren, is het feit dat zeker binnen de geïntegreerde instellingen veel algemene ruimtes, zoals stafgebouwen, magazijnen, keukens en bijvoorbeeld het bestuursgebouw, vaak buiten de muren van de FZ-locatie zijn gesitueerd. In onze ogen is bij de berekening van de m2 voor de FZ deze algemene overhead niet goed meegenomen.

De FZ-NHC dient zowel te worden ingericht voor de instellingen die waren verbonden met Justitie als voor de instellingen die hun inbedding hadden in de gezondheidszorg. Er is daarbij nog steeds sprake van afwijkende wet- en regeling (zoals een BOPZ voor de GGZ) welke direct invloed heeft op de inrichting van de woonomgeving van de cliënt. Denk hierbij

aan afwijkingen in de omvang van de kamer/cel, het wel- niet insluiten etc. Dit heeft ook zijn vertaling naar beschikbare m2 per bed waarbij in de gezondheidszorg meer m2 per cliënt beschikbaar zijn dan bij justitie.

We verzoeken de NZa dan ook met klem om de onderliggende investeringsbedragen en vierkante meter normen substantieel te verhogen tot het niveau dat nodig is om aan de gestelde zorg- en veiligheidseisen, die de wetgever van ons eist, te kunnen voldoen.

Tot zover de hoofdlijnen van ons advies. Wij hebben nog een paar vragen en detailopmerkingen die we hieronder benoemen. Over overige (meer technische) vragen zoals over de opbouw van het tarief, de onderbouwing van de m2, de investeringsbedragen en een oplossing voor de au fond perdu investeringen zullen wij op ambtelijk niveau de afstemming zoeken.

Tenders

In het consultatiedocument wordt over de tenders gesproken. GGZ Nederland geeft nogmaals aan dat voor een aantal lopende tenders geldt dat hier nog een nacalculatie wordt toegepast. Het is dan ook goed om hier in het document gericht aandacht aan te geven. Voor deze bedden dient het overgangsregiem van toepassing te zijn.

NHC-behandeling

De komende tijd moet de NHC (opslagpercentage) voor de behandelcomponent nog bepaald worden. Uit gesprekken komt steeds naar voren dat de NZa er van uit gaat dat dit percentage vergelijkbaar zal zijn met het huidige percentage van de ZVW. In dit kader vragen wij nu reeds aandacht voor het feit dat behandeling binnen de beveiligingsring alleen voor deze doelgroep ingezet kan worden. Ruimtes zullen daardoor wellicht meer onbenut blijven dan binnen de ZVW.

Tot slot

Wij gaan er vanuit dat onze reactie de NZa in staat zal stellen haar advies verder uit te werken. Het tijdspad voor het ontwikkelen van de NHC voor de FZ is echter heel kort geweest en het voorliggende advies van de NZa geeft op dit moment nog geen concrete voorstellen voor alle factoren die in dit kader van belang zijn. Wij hechten er dan ook veel waarde aan om ook na dit formele adviesmoment hierover intensief met elkaar in gesprek te blijven. Wij verzoeken u ons hierover een voorstel te doen toekomen.

Hoogachtend,

Paul van Rooij