



Nederlandse
Zorgautoriteit

Marktscan Forensische zorg 2015



Marktscan Forensische zorg

Wat zijn de recente ontwikkelingen in de Nederlandse forensische zorg? Waar lopen betrokken partijen tegenaan? En hoe zou deze zorg nog beter kunnen? Die basisvragen staan in deze marktscan centraal.



Net als vorig jaar bestudeerde de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hiervoor in het bijzonder de inkoop van dit type zorg, de kostenontwikkeling en de continuïteit van zorg. Ook namen we de beleidseffecten en tbs-wachttijden onder de loep.

Aanbevelingen

We eindigen de hoofdstukken 2 tot en met 5 van de marktscan met een aantal conclusies en aanbevelingen. Die aanbevelingen zijn gericht aan zowel het ministerie van Veiligheid en Justitie, verantwoordelijk voor forensische zorg, als aan de zorgaanbieders die forensische zorg leveren.

Gebruikte data

Voor de analyses in deze scan maakten we gebruik van:

- gegevens van de inkoper van forensische zorg: Divisie Forensische Zorg/Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI), voorheen DForZo;
- analyses van tbs-wachttijden van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI);
- data uit het DBC-Informatiesysteem (DIS);
- ervaringen van aanbieders van forensische zorg met zorginkoop en -bekostiging.

Deze ervaringen verkregen we door 127 vragenlijsten naar relevante zorgaanbieders te sturen. Daarvan kwamen er 47 ingevuld retour. Van de zorgaanbieders stuurden alleen de penitentiair psychiatrische centra geen vragenlijsten terug. Waar we in deze marktscan de reactie van zorgaanbieders weergeven, bedoelen we de zorgaanbieders die de vragenlijst hebben ingevuld.

Inhoud



Samenvatting

1

De forensische zorg in vogelvlucht

Wat is forensische zorg? Welke vormen van zorg zijn er? Welke patiëntgroepen zijn er en welke zorgaanbieders leveren deze zorg? Hoe wordt de zorg bekostigd?

2

De inkoop van forensische zorg

Hoe wordt de zorg ingekocht? Wat zijn de inkoopdoelen? Hoe loopt het inkoopproces? Wat vinden de zorgaanbieders daarvan? Welke rol speelt kwaliteit bij de inkoop?

3

De kostenontwikkeling

Wat geven we uit aan forensische zorg? Is dat meer of minder dan de inkoopafspraken? Worden de doelstellingen gehaald?

4

De wachttijden voor tbs-behandeling

Hoe lang moeten mensen wachten op de start van hun tbs-behandeling? Wat zijn de oorzaken van de wachttijden?

5

De continuïteit van forensische zorg

Hoe zit het met de instroom, doorstroom en uitstroom binnen en buiten de forensische zorg?



Samenvatting



1

Forensische zorg is een combinatie van verplichte zorg en beveiliging voor mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd en een psychische/psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking hebben. Het doel is dat deze mensen na hun behandeling en eventuele straf weer kunnen functioneren in de maatschappij.

2

Het ministerie van Veiligheid en Justitie is verantwoordelijk voor de forensische zorg. De Divisie Forensische Zorg/Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI), onderdeel van dit ministerie, koopt de forensische zorg in. De forensische zorg is de afgelopen jaren sterk beïnvloed door de doelstelling van de politiek om de kosten van de forensische zorg te verlagen. Daarnaast speelt de overgang naar prestatiebekostiging een rol.

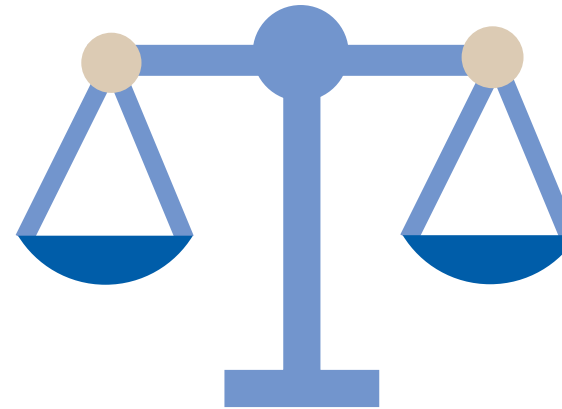
3

De bekostiging van forensische zorg

Forensische behandeling wordt bekostigd op basis van diagnose-behandel-beveiligingcombinaties (dbbc's). Forensische begeleiding met verblijf wordt vergoed op basis van zorgzwaartepakketten (zzp's). Forensische begeleiding zonder verblijf wordt vergoed via de extramurale parameters. De forensische zorg is per 2016 volledig overgegaan op prestatiebekostiging.

4

5



De inkoop van forensische zorg

Meer dan 80% van de zorgaanbieders vindt dat zij tijdig op de hoogte is van de inkoopcriteria en het tijdpad van de zorginkoop van ForZo/JJI. Wel vinden zij dat er weinig ruimte voor onderhandeling is. Inmiddels betreft zorginkoper ForZo/JJI de zorgaanbieders meer bij het inkoopproces. De NZa ziet graag dat dit in de toekomst verder toeneemt. Daarnaast slaagde de zorginkoper er de afgelopen paar jaar veel beter in om informatie boven tafel te krijgen over de kwaliteit van de forensische zorg. ForZo/JJI gebruikt informatie over de kwaliteit van de forensische zorg echter nog niet voor differentiatie bij de zorginkoop. De NZa is van mening dat dit wel mogelijk is.

Tarieven per behandeling lager dan maximum

De NZa stelt maximumtarieven vast voor de forensische zorg. De zorginkoper heeft bezwaar gemaakt tegen de tarieven 2014. In 2014 lagen de afgesproken tarieven voor de meeste behandelingen



1

2

3

4

5

ongeveer 25% lager dan het NZa-maximum. Voor de verslavingszorg was dat 43% lager. Tot en met 2015 is het financiële effect daarvan gering, omdat er nog een overgangsregeling geldt voor de overgang van budgetbekostiging naar de bekostiging op basis van dbbc's. Een te laag tarief kan leiden tot omzetverlies of tot stoppen met het aanbieden van forensische zorg zodra de aanbieder wel volledig wordt bekostigd op basis van dbbc's. Zorginkoper ForZo/JJI heeft een wettelijke plicht om voldoende forensische zorg in te kopen. Komt deze zorgplicht in gevaar, dan kan de NZa als toezichthouder optreden. De NZa houdt de zorginkoop en tariefstelling in de gaten en komt in 2016 met een aanvullend advies over de bekostiging van de forensische zorg.

Verschuiving naar lichtere vormen van forensische zorg

De NZa constateert dat de uitgaven in de forensische zorg relatief stabiel zijn de afgelopen jaren. De inkoopafspraken sluiten bovendien steeds beter aan bij de gedeclareerde zorg. In 2015 is voor ruim € 650 miljoen forensische zorg ingekocht.

Er is een duidelijke verschuiving waarneembaar naar meer lichtere vormen van zorg en minder zorg in forensisch psychiatrische centra. Als de verschuiving naar lichtere forensische zorg doorzet, dan zal de komende jaren meer geld nodig zijn voor deze vormen van forensische zorg. Het gaat daarbij vooral om de ambulante behandeling en begeleiding. Voor deze vormen van zorg is in 2014 meer gedeclareerd dan is ingekocht. De NZa adviseert het Ministerie

van VenJ om te onderzoeken op welke manier er flexibel kan worden omgegaan met de gescheiden budgetten voor tbs en 'overige forensische zorg', om deze laatste vorm van forensische zorg toegankelijk te houden.

De wachttijden voor tbs-behandeling

De totale gemiddelde wachttijd voor tbs daalde de afgelopen jaren sterk en was in 2014 gemiddeld 62 dagen. Deze wachttijd valt binnen de wettelijke norm, maar overschrijdt de interne streefnorm van 42 kalenderdagen van de Divisie Individuele Zaken (DIZ), onderdeel van het ministerie van VenJ. In 2014 werd 65% van de tbs-passanten niet binnen deze streefnorm geplaatst. Wachttijden lijken vooral het gevolg te zijn van vertraging in het proces van plaatsing van tbs-patiënten. De NZa vindt dat er betere afspraken moeten komen tussen de rechtspraak, het OM en DIZ om de wachttijd voor plaatsing van tbs-passanten te reduceren. Het Ministerie van VenJ wil de tbs-capaciteit de komende jaren verder afbouwen. Dit kan leiden tot een toename van de wachttijden. We adviseren de zorginkoper ForZo/JJI om de wachttijden goed te monitoren en afspraken aan te passen als er knelpunten dreigen. Ook de NZa zal de tbs-wachttijden de komende jaren in de gaten blijven houden.

Doorstroom binnen en buiten de forensische zorg

Jaarlijks stromen zo'n 12.000 patiënten de forensische zorg in. Van de zorgaanbieders ervaart 17% knelpunten in de doorstroom vanuit tbs naar lichtere vormen van zorg, vooral bij de doorstroom





1

naar voorzieningen voor beschermd wonen (de RIBW's) en bij de zorg voor mensen met een sterke gedragsstoornis en een licht verstandelijke beperking. Bijna de helft van de patiënten heeft na afloop van de forensische zorg nog begeleiding of behandeling nodig, voornamelijk geestelijke gezondheidszorg. In 2016 zal de NZa een verdiepend onderzoek doen naar de continuïteit van zorg.

Regeling 'Overheveling FZ-Zvw' wordt niet gebruikt

De NZa publiceerde in 2014 een beleidsregel ('Overheveling fz-Zvw') om geld over te kunnen hevelen van de forensische zorg naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg en andersom. Tot nu toe is er geen gebruik gemaakt van deze regeling. Eén verklaring is dat een groot aantal zorgaanbieders deze beleidsregel niet kent. Een kwart van de aanbieders kent de regel wel, maar ziet op dit moment geen aanleiding om er gebruik van te maken. De NZa overweegt daarom, ook in het kader van het verminderen van de administratieve lasten, om deze regeling te schrappen.

2

3

4

5

Betere cijfers nodig over de forensische zorg

De NZa onderneemt de eerste helft van 2016 actie om de datakwaliteit van het landelijke DBC-informatiesysteem (DIS) te verbeteren. Op dit moment schiet het informatiesysteem tekort in de kwaliteit en volledigheid van de data. De NZa benadrukt dat het de verantwoordelijkheid en plicht is van de zorgaanbieders om consequent de geleverde en gedeclareerde forensische zorg aan te leveren aan DIS. Voor het verdiepend onderzoek naar de continuïteit van zorg zijn betrouwbare gegevens nodig over de indicatiestelling en de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten.

De NZa verzoekt het ministerie van VenJ om heldere afspraken te maken over het registreren van de gegevens in het informatiesysteem IFZO met de diverse indicatiestellers en plaatsers in de forensische zorg. Met deze gegevens kan de NZa ook de komende jaren de ontwikkelingen in de forensische zorg goed blijven volgen.



1. De forensische zorg in vogelvlucht



1

Forensische zorg heeft kenmerken die haar sterk onderscheiden van andere vormen van zorg. Kenmerken als het soort patiënten, de verantwoordelijke partijen en de bekostiging. We bespreken deze punten voordat we ingaan op het inkoopproces.

Wat is forensische zorg?

Een combinatie van verplichte zorg en beveiliging:

- voor volwassen mensen in Nederland die zowel een strafbaar feit hebben gepleegd als een psychische/psychiatrische stoornis en/of een verstandelijke beperking hebben;
- die plaatsvindt voor, tijdens of na de straf, of deze straf vervangt, en meestal wordt opgelegd door de rechter. Patiënten mogen daarbij niet zelf hun zorgaanbieder kiezen;
- die als doel heeft dat deze patiënten na hun behandeling en eventuele straf geen strafbare feiten meer zullen plegen en normaal kunnen functioneren in de maatschappij.

NB Dat laatste doel wordt ook wel het 'verminderen (of tegengaan) van recidive' genoemd. Uiteindelijk moet forensische zorg ertoe leiden dat de maatschappij veiliger wordt.

Wie is verantwoordelijk voor de forensische zorg?

Het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ). Dit ministerie bewaakt het budget en de kwaliteit van de forensische zorg.

Wie koopt de zorg in?

De Divisie Forensische Zorg/Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI), onderdeel van het ministerie van Veiligheid en Justitie. Deze zorgverzekeraar schat in hoeveel en welk soort forensische zorg nodig is voor het volgende jaar en welke organisaties en instellingen die zorg kunnen bieden. ForZo/JJI is de enige verzekeraar en sluit contracten af met deze zorgaanbieders. Daarin staan afspraken over welke zorg er het komende jaar wordt geleverd en tegen welk tarief. Ook kunnen in het contract afspraken staan over de kwaliteit en de doelmatigheid van de forensische zorg.

2

3

4

5





1

2

3

4

5

Hoe wordt forensische zorg bekostigd?

Dat hangt ervan af. Gaat het om forensische *behandeltrajecten* met of zonder verblijf, of om forensische *begeleiding* met of zonder verblijf?

1. *Forensische behandeltrajecten* met en zonder verblijf worden vergoed op basis van diagnose-behandel-beveiligingcombinaties (dbbc's). Een dbbc omvat het totale zorgtraject dat een forensische patiënt doorloopt; vanaf het eerste contact bij een forensische zorgaanbieder tot en met de behandeling. De dbbc vormt de basis voor declaratie van de geleverde behandelzorg. Het gaat om behandeling en beveiliging van cliënten met verblijf (klinische zorg) en zonder verblijf (ambulante zorg). Hieronder valt ook de behandeling van mensen met een sterke gedragsstoornis die licht verstandelijk gehandicapt zijn (SGLVG). De behandeling binnen de forensische zorg varieert in intensiteit en beveiligingsniveau.
2. *Forensische begeleiding met verblijf*, zoals beschermd wonen, worden vergoed op basis van zorgzwaartepakketten (zzp's). Een zzp is een volledig pakket van intramurale zorg dat aansluit bij de kenmerken van de cliënt en de soort zorg die de cliënt nodig heeft. Een zzp bestaat uit een beschrijving van het type cliënt (een cliëntprofiel), het aantal uren zorg dat bij dit cliëntprofiel beschikbaar wordt gesteld en een beschrijving van die zorg. Voor een zzp geldt een bedrag per dag. De hoogte van dit bedrag hangt af van de zwaarte van de zorgvraag. De begeleiding met

verblijf kan meer of minder intensief zijn. Er zijn zes niveaus voor de begeleiding aan mensen met psychische problemen (zzp ggz-c) en zeven voor mensen met een verstandelijke beperking (zzp vg). Een zzp kan inclusief of exclusief dagbesteding zijn.

3. Voor *forensische begeleiding zonder verblijf* geldt dat de zorgverzekeraar een tarief per uur vergoedt voor begeleiding en per dagdeel voor dagbesteding (de zogenoemde extramurale parameters).

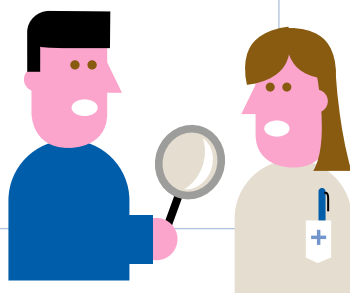
Maximumtarieven

De NZa stelt maximumtarieven vast voor de forensische zorg. In de jaarlijkse onderhandelingen kunnen zorgaanbieders en de zorginkoper niet een hoger, maar wel een lager tarief overeenkomen dan dit maximum.



Welke patiëntengroepen en zorgaanbieders zijn er?

Patiënten	Soort zorg	Zorgaanbieders	Bekostiging
Terbeschikkinggestelden (tbs'ers).	Behandeling met verblijf en begeleiding.	Forensisch psychiatrische centra (FPC).	Op basis van dbbc's en zzp's.
Gedetineerden die zorg tijdens detentie nodig hebben.	Behandeling met verblijf, begeleiding met verblijf.	Penitentiair psychiatrische centra (PPC's), aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (ggz) en Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's).	Op basis van dbbc's.
Verdachten/veroordeelden die geestelijke gezondheidszorg en/of gehandicaptenzorg nodig hebben.	Behandeling en/of begeleiding met of zonder verblijf.	• ggz-aanbieders. • Reguliere aanbieders voor verslavingszorg. • Forensisch psychiatrische klinieken (FPK's). • Forensische verslavingsklinieken (FVK's). • Forensisch psychiatrische afdelingen (FPA's). • Forensische verslavingsafdelingen (FVA's). • Forensisch psychiatrische poliklinieken (FPP's). • RIBW's. • VG-instellingen, waaronder SGVLG+-instellingen.	Zorg met verblijf: Op basis van dbbc's en zzp's (vg & ggz-c). Zorg zonder verblijf (ambulante zorg): Op basis van extramurale parameters en dbbc's.





Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen in de forensische zorg?

De forensische zorg is de afgelopen jaren sterk beïnvloed door de overgang naar de prestatiebekostiging en de doelstelling van de politiek om de kosten van de forensische zorg te verlagen.

1

1. Overgang naar prestatiebekostiging

Aanbieders van forensische behandelingen kregen tot en met 2012 een bepaald budget per jaar om die behandelingen uit te voeren. Dat ontvingen ze op basis van 'budgetparameters', bijvoorbeeld het aantal bedden en behandelcontacten. Aanbieders van forensische begeleiding kregen tot en met 2014 een budget per jaar.

2

3

Voor de forensische behandelingen is vanaf 2013 geleidelijk de prestatiebekostiging ingevoerd. Prestatiebekostiging houdt in dat zorgaanbieders betaald krijgen op basis van de zorg (dbbc's) die zij daadwerkelijk hebben geleverd. Voor de forensische begeleidingszorg is prestatiebekostiging vanaf 2015 ingevoerd. Daarbij wordt de zorg bekostigd op basis van zorgzwaartepakketten en extramurale parameters.

4

5

Volledige prestatiebekostiging geldt per 2016 voor alle forensische behandelingen. Om de financiële risico's voor de zorgaanbieders te beperken, heeft het ministerie een overgangsregeling voor de forensische behandelzorg ingesteld. Deze overgangsregeling startte op 1 januari 2013 en eindigde op 31 december 2015. In 2015 kregen

zorgaanbieders nog 70% van hun behandelingen betaald op basis van het 'oude' systeem, de budgetparameters. Voor 30% van de behandelingen werden de zorgaanbieders betaald op basis van de daadwerkelijk geleverde zorg, die zij declareren in dbbc's.

NB De forensische begeleidingszorg wordt vanaf 2015 bekostigd op basis van de zzp's en extramurale parameters. Anders dan voor forensische behandelzorg is hier geen overgangsregeling voor in het leven geroepen.

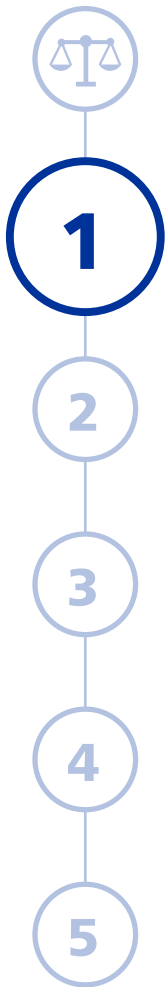
2. Bezuinigingsmaatregelen

Vanaf 2013 wordt er bezuinigd op de forensische zorg. DJI van het ministerie van Veiligheid en Justitie sprak met de brancheorganisaties GGZ Nederland (GGZN) en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) af om de uitgaven aan forensische zorg te verminderen van € 688 miljoen in dat jaar naar € 602 miljoen in 2017.

Deze bezuinigingen willen zij realiseren door:

- de gemiddelde behandelduur van tbs terug te brengen van tien jaar in 2013 naar acht jaar in 2017;
- het aantal tbs-plaatsen af te bouwen van 1.867 in 2013 naar 1.339 in 2018. Een klein deel van deze plaatsen wordt overgenomen door zorgaanbieders die lagere zorg- en verblijfsintensiteiten kunnen leveren, zoals forensische klinieken en afdelingen (FPK's en FPA's) en Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's);





- patiënten eerder te laten doorstromen naar relatief lichtere vormen van zorg;
- de reservecapaciteit in de tbs af te schaffen;
- bij de zorginkoop een vaste efficiencykorting toe te passen om doelmatige zorg te stimuleren. Voor 2014 en 2015 voert ForZo/JJI een korting van 4,5% op het jaarlijks budget door. Er zijn twee uitzonderingen. Ten eerste de tijdelijke uitbreiding van capaciteit in de forensische psychiatrische centra: daarvoor is een korting van 2% afgesproken. Ten tweede de aanbesteding Forensische Zorg aan Gedetineerden (FZG): daarvoor gold de efficiencykorting niet.

3. Verandering in het zorgaanbod

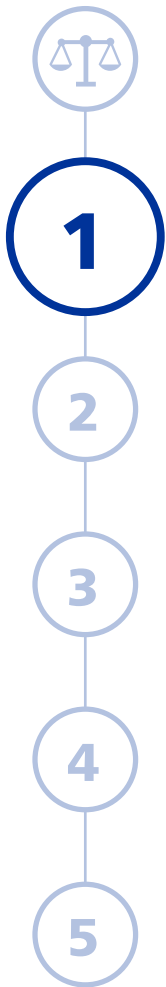
NZa vroeg zorgaanbieders of zij hun zorgaanbod hebben aangepast of nog wilden aanpassen, bijvoorbeeld door een ander beveiligingsniveau of andere zorgvorm aan te bieden. Ongeveer 30% blijkt het aanbod inderdaad aangepast te hebben naar aanleiding van de bezuinigingen. Deze zorgaanbieders bieden nu bijvoorbeeld een lager beveiligingsniveau aan en zetten minder en/of goedkoper personeel in.

Hoe ervaren zorgaanbieders het aanpassen van hun zorgaanbod?

Van de zorgaanbieders die hun zorgaanbod willen aanpassen, heeft 15% het lastig gevonden om dat te doen. Deze 15% wijst vooral naar de specifieke combinatie van behandeling en begeleiding die opgelegd wordt door ForZo/JJI. Door die verplichte 'productmix' hadden de aanbieders weinig andere keus dan het beveiligingsniveau aan te passen in hun offerte. (Zie voor de ervaring van zorgaanbieders met de onderhandelingen met ForZo/JJI ook [pagina 16.](#))

Bijna de helft van de zorgaanbieders zegt dat er onvoldoende zorgaanbod is op regionaal niveau. Deze aanbieders geven aan dat er vooral een knelpunt is voor de zorg aan mensen met een ernstige gedragsstoornis en een licht verstandelijke handicap (SGVLG) en voor de doorstroom van patiënten naar de RIBW's.

Bijna de helft van de zorgaanbieders voelt zich geremd bij het uitbreiden van het zorgaanbod. De zorgaanbieders geven aan dat ForZo/JJI de uitbreiding van het zorgaanbod of het aanbieden van een ander beveiligingsniveau niet toestaat. Alleen het inperken van zorgaanbod wordt door ForZo/JJI gehonoreerd.

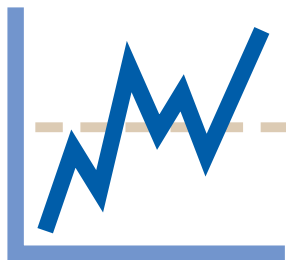


4. Aantal aanbieders neemt toe

Het aantal aanbieders van forensische zorg is tussen 2011 en 2015 met bijna 14% gestegen van 104 naar 118.

Nieuwe toetreders zijn vooral organisaties die begeleidingszorg en lage beveiligingsniveaus aanbieden.

Voor het aantal aanbieders in de ggz-begeleiding steeg, van 73 in 2011 naar 97 in 2014. In 2015 daalde dit aantal weer naar 92 aanbieders. Toetreden tot de klinische en zwaardere forensische zorg is nauwelijks mogelijk.



In 2014 en 2015 zijn twee forensisch psychiatrische centra (FPC's) gesloten en heeft één FPC een andere bestemming gekregen. Het ministerie van Veiligheid en Justitie sloot deze FPC's in lijn met de afspraken in de [Meerjarenovereenkomst forensische zorg](#).

Verder nam het aantal aanbieders dat zorg levert aan gedetineerden in penitentiair psychiatrische centra (PPC's), aanzienlijk af: van 15 in 2011 naar 5 in 2015.

Dit komt doordat:

- de aanbesteding 'forensische zorg aan gedetineerden' voor het leveren van overige forensische zorg in PPC's is afgerond. Bij het wegvallen van deze aanbesteding in 2015, wordt deze zorg niet meer door andere zorgaanbieders dan de PPC's geleverd. Voor slechts één aanbieder loopt deze aanbesteding nog een jaar door;
- in 2015 een van de vijf penitentiair psychiatrische centra werd gesloten.

Aantal zorgaanbieders, toetreders en uittreders

	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal aanbieders forensische zorg	104	123	124	125	118
Gemiddeld aantal forensische sectoren per zorgaanbieder	2,0	2,0	2,0	1,9	1,8
Aantal nieuwe toetreders forensische zorg	11	22	9	3	3
Aantal uittreders forensische zorg	3	3	8	2	10

Bron: ForZo/JJI

2. De inkoop van forensische zorg



1

Zorgverzekeraar ForZo/JJI is in Nederland de enige inkoper van forensische zorg. Wat zijn de doelstellingen bij de zorginkoop en hoe ervaren de zorgaanbieders het inkoopproces?

2

Wat zijn de inkoopdoelen?

ForZo/JJI formuleerde de volgende doelen voor de inkoop van forensische zorg tot en met 2017:

1. Meer zorg zonder verblijf, meer laagbeveiligde zorg met verblijf en minder hoogbeveiligde zorg

ForZo/JJI wil besparen door meer lichtere zorg in te kopen en minder hoogbeveiligde zorg met verblijf. De zorgverzekeraar wil met zijn inkoopbeleid ook stimuleren dat de doorstroming naar lichtere zorg beter verloopt.

3

2. Verbetering van de continuïteit van zorg

ForZo/JJI wil de continuïteit van zorg verbeteren door minder dure en meer goedkopere forensische zorg in te kopen. Ook werkt ForZo/JJI aan het oplossen van knelpunten in de bekostiging tussen de forensische zorg en de reguliere zorg.

De NZa is gevraagd een beleidsregel ('[Overheveling FZ-Zvw](#)') te ontwikkelen die het mogelijk maakt om geld over te kunnen hevelen van de forensische zorg naar de zorgverzekeringswet en andersom.

4

5

3. Inkoop en differentiatie op kwaliteit

ForZo/JJI wil de behandelduur voor tbs verkorten. Ook wil de verzekeraar meer sturen op de kwaliteit van de forensische zorg. Samen met zorgaanbieders ontwikkelt ForZo/JJI daarom de prestatie-indicatoren forensische psychiatrie (voor alle zorgaanbieders) en prestatie-indicatoren doelmatigheid van de tbs-zorg door forensische psychiatrie centra (FPC's).

Gezien deze speerpunten legde ForZo/JJI bij de zorginkoop in 2015 de focus op:

- voldoende capaciteit van zorg;
- de juiste patiënt op de juiste plek;
- kwalitatief goede forensische zorg;
- goede aansluiting van forensische zorg naar reguliere zorg.

Hoe verloopt het inkoopproces?

De verschillende stappen in het inkoopproces zijn:

1. ForZo/JJI publiceert inkoopdocumenten

Halverwege augustus brengt ForZo/JJI diverse inkoopdocumenten uit voor de inkoopronde van het eerstvolgende jaar. Voor 2015 publiceerde ForZo/JJI bijvoorbeeld:

- handleidingen voor de financiering en registratie van de forensische zorg in het algemeen;



1

- het inkoopplan forensische zorg 2015, voor de overige forensische zorg en voor tbs;
- handleidingen planning & control voor de rijks-FPC's en voor de particuliere FPC's;
- de offerteaanvraag.

NB Meer dan 80% van de zorgaanbieders vindt dat zij tijdig op de hoogte is van de inkoopcriteria en het tijdpad van de zorginkoop.

2

2. ForZo/JJI beantwoordt vragen

Tot half september kunnen zorgaanbieders bij ForZo/JJI vragen indienen over alles rondom de offerteaanvraag. ForZo/JJI verzamelt die vragen en schrijft alle antwoorden in één publicatie: de *Nota van Inlichtingen*. Deze publicatie is voor alle zorgaanbieders beschikbaar.

3

3. ForZo/JJI krijgt offertes binnen

Tot half oktober krijgen zorgaanbieders de gelegenheid om een offerte voor het eerstvolgende jaar in te dienen. Dit betekent dat zij voor hun offerte maximaal twee maanden de tijd hebben vanaf het moment dat ForZo/JJI de inkoopdocumenten publiceert.

4

5

4. ForZo/JJI houdt inkoopgesprekken

Niet met elke zorgaanbieder vindt een inkoopgesprek plaats. Voor het jaar 2015 hield ForZo/JJI eind oktober 2014 alleen inkoopgesprekken met de volgende categorieën zorgaanbieders:

- Aanbieders die forensische behandelingen leveren en/of begeleiding verzorgen voor meer dan € 500.000 per jaar.
- Alle forensisch psychiatrische centra (FPC's).
- Aanbieders die in het kader van het *Nieuwe Initiatief 2015* door de selectie zijn gekomen. Dit zijn aanbieders die een plan van aanpak opstellen om zorg op een lager beveiligingsniveau te kunnen leveren. Hiervoor krijgen zij twee jaar productieggarantie.

ForZo/JJI heeft aangegeven dat de inkoopgesprekken niet meewegen in de beoordeling van de offertes van de zorgaanbieders. De offertes van de zorgaanbieders waarmee ForZo/JJI wel of geen inkoopgesprek houdt, worden gelijk behandeld en beoordeeld.

5. ForZo/JJI sluit contracten af met aanbieders

Naar aanleiding van de offertes en eventuele inkoopgesprekken sluit ForZo/JJI met meerdere aanbieders een contract af. In het contract leggen een aanbieder en ForZo/JJI onder andere de afspraken vast over de afgesproken tarieven en de hoeveelheid zorg.





1

2

3

4

5

Is er ruimte voor onderhandeling?

Enkele zorgaanbieders gaven in onze vragenlijst aan dat zij zich door ForZo/JJI verplicht voelen tot een bepaalde combinatie van begeleiding en behandeling, en dat de inkoper ook de tarieven voorschrijft. Bovendien gaven enkele zorgaanbieders aan dat zij het weliswaar niet met alle afspraken eens zijn, maar het contract toch tekenen, omdat de bevoorschotting anders mogelijk gestopt wordt. Uit deze reacties blijkt dat er in de beleving van de zorgaanbieders weinig ruimte voor onderhandeling bestaat.

Hoe wordt er verrekend?

Levert een zorgaanbieder meer of minder zorg dan is afgesproken? Tot en met 2014 was de regel dat de verrekening dan halverwege het jaar plaatsvond. Soms moest de teveel gedeclareerde zorg terugbetaald worden aan ForZo/JJI, soms ook sprak ForZo/JJI een aparte regeling af met een zorgaanbieder voor het leveren van andere of meer zorg.

Sinds 2015 geldt deze tussentijdse verrekening niet meer. Zorgaanbieders die meer zorg leveren dan afgesproken, kunnen vanaf 2015 een verzoek indienen voor extra budget ('incidentele budgetophoging').

6. ForZo/JJI herzielt inkoopafspraken

Als er meer zorg moet worden geleverd dan afgesproken en bijvoorbeeld het risico op wachtlijsten ontstaat, dan kunnen zorgaanbieders met ForZo/JJI in gesprek gaan om de afspraken voor het desbetreffende jaar aan te passen. Ongeveer de helft van de zorgaanbieders heeft in 2015 onderhandeld met ForZo/JJI over een aanpassing van het contract. Het resultaat van die onderhandeling was voor veel zorgaanbieders in augustus 2015 nog niet bekend.





1

2

3

4

5

Kunnen aanbieders feedback geven op de inkoop?

Tot 2015 maakte ForZo/JJI geen ruimte voor input van zorgaanbieders op het inkoopbeleid. 80% van de zorgaanbieders geeft aan dat het proces van zorginkoop niet geëvalueerd werd. ForZo/JJI stelt dat er sinds 2015 ruimte is voor feedback van zorgaanbieders op het inkoopbeleid. De zorginkoper wijst erop dat er in mei 2015 bijvoorbeeld een openbare consultatie is gehouden om zorgaanbieders te betrekken bij de koers en speerpunten van het inkoopbeleid voor 2016. Ook heeft ForZo/JJI naar eigen zeggen knelpunten en ervaringen uit het veld meegenomen in het inkoopbeleid van 2016. Er is volgens de inkoper dus een terugkoppeling mogelijk voor de problemen waar de zorgaanbieders in 2015 tegenaan liepen.



Wat vinden aanbieders van het inkoopproces?

Ruim 40% van de zorgaanbieders is tevreden over het inkoopproces van ForZo/JJI. 13% is ontevreden over dat proces. Van de zorgaanbieders staat 45% neutraal tegenover het inkoopproces. Sommige zorgaanbieders geven aan dat zij moeilijk contact krijgen met ForZo/JJI, terwijl andere zorgaanbieders de verzekeraar juist complimenteren over de goede bereikbaarheid bij vragen.

Daarnaast geeft een kleine 40% van de zorgaanbieders aan knelpunten te ervaren in het inkoopproces. Dit geldt voor de aanbieders van zowel zorg met als zonder verblijf. De zorgaanbieders geven als voornaamste probleem aan dat zij geen inbreng hebben in het inkoopbeleid van ForZo/JJI. Ook als de zorgaanbieders zelf input leverden aan ForZo/JJI, had dit volgens hen nauwelijks invloed op het inkoopbeleid.





1

Welke rol speelt kwaliteit bij de inkoop?

Inkopen en differentiëren op basis van kwaliteit. Dat is één van de speerpunten uit ForZo/JJI's meerjarenbeleid 2014-2017. De zorgverzekeraar ontwikkelde daarom samen met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders twee sets kwaliteitscriteria, de zogenoemde 'prestatie-indicatoren':

1. Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie

Deze set is voor alle aanbieders van forensische zorg.

2. Prestatie-indicatoren doelmatigheid

Deze set is specifiek voor de forensisch psychiatrische centra (FPC's).

ForZo/JJI en de (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders hebben sinds 2014 gezamenlijk normen gekoppeld aan enkele prestatie-indicatoren. Daardoor weten aanbieders van forensische zorg wanneer zij goed scoren op bepaalde doelstellingen. In 2016 zullen de prestatie-indicatoren en normen verder worden ontwikkeld.



2

3

4

5

Hanteert ForZo/JJI selectieve of gedifferentieerde inkoop?

ForZo/JJI kort zorgaanbieders achteraf als zij informatie op de prestatie-indicatoren niet aanleveren (een korting van 2%) of als ze niet voldoen aan één of meer gestelde normen voor de kwaliteit van de zorg (een korting van 1%).

Vanaf 2016 is er geen sprake meer van een korting, maar krijgt een zorgaanbieder een boete als de zorg niet voldoet aan de kwaliteitsnormen. De hoogte van het kortings- of boetebedrag is een percentage van de omzet van een zorgaanbieder.

ForZo/JJI geeft aan dat er bij de zorginkoop (vooralsnog) geen rekening wordt gehouden met informatie over de prestatie-indicatoren (het wel of niet aanleveren van die informatie, en de resultaten van de zorgaanbieder). ForZo/JJI past dus tot nu toe geen selectieve of gedifferentieerde inkoop toe op basis van de kwaliteit van zorg.





1

2

3

4

5

Aanbieders over de rol van kwaliteit bij inkoop

Van de zorgaanbieders vindt 43% dat kwaliteit voldoende aan bod komt tijdens de inkoopgesprekken met ForZo/JJI. Aan de andere kant: 32% vindt dat kwaliteit niet voldoende aan bod is gekomen. De aanbieders gaven bij de NZa ook aan of zij zich konden vinden in de wijze waarop ForZo/JJI in zijn inkoopproces rekening houdt met kwaliteit en in het bijzonder de prestatie-indicatoren. 36% kon zich daar inderdaad in vinden. 21% niet.

Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie

1. Op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek van de cliënt.
2. Continuïteit van zorg na afloop strafrechtelijke titel.
3. Meten van het delict risico.
4. Recidive tijdens strafrechtelijke titel.
5. Voortijdige beëindiging van de behandel- of begeleidings-overeenkomst.
6. Geweldsincidenten.

Voor twee van deze indicatoren hebben ForZo/JJI en (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders inmiddels normen ontwikkeld:

Norm voor indicator 1: bij minimaal een kwart van de cliënten van de aanbieder moet een geldige en tijdige beginmeting zijn gedaan.

Norm voor indicator 3: er moet een geldige risicotaxatie zijn voor 70% van de cliënten van forensisch psychiatrische centra, en voor 35% van de cliënten van overige zorgaanbieders.

Hoe scoorden de zorgaanbieders in 2014?

- 104 zorgaanbieders leverden hun resultaten aan op de prestatie-indicatoren forensische psychiatrie.
- 10 zorgaanbieders leverden geen resultaten aan.
- 70 zorgaanbieders moesten de resultaten voor indicator 1 en 3 aanleveren.
- Twee zorgaanbieders voldeden niet aan de norm voor indicator 1.
- Acht overige zorgaanbieders en 1 forensisch psychiatrisch centrum voldeden niet aan de norm voor indicator 3.





1

2

3

4

5

Prestatie-indicatoren Doelmatigheid

1. Percentage terbeschikkinggestelden met begeleid verlop binnen twee jaar.
2. Percentage terbeschikkinggestelden met onbegeleid verlop binnen vier jaar.
3. Percentage terbeschikkinggestelden met transmuraal verlop binnen zes jaar.
4. Percentage terbeschikkinggestelden met proefverlop/ (voorwaardelijke) beëindiging tbs-maatregel binnen acht jaar.

De indicatoren worden jaarlijks door de forensisch psychiatrische centra aangeleverd en hebben betrekking op de doorlooptijd. Daarnaast is er nog een aparte indicator voor recidive: het percentage terbeschikkinggestelden dat opnieuw een strafbaar feit pleegt. Om te bepalen hoe aanbieders scoren op de 'recidive-indicator' maakt ForZo/JJI gebruik van het onderzoek van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC). In 2016 bespreekt ForZo/JJI met de zorgaanbieders hoe en hoe vaak zij cijfers over de indicator voor recidive moeten aanleveren bij de totale set van de prestatie-indicatoren Doelmatigheid.

Hoe scoorden de zorgaanbieders in 2014?

ForZo/JJI publiceert de resultaten van de zorgaanbieders op de prestatie-indicatoren Doelmatigheid niet. Wel heeft de zorgverzekeraar aangegeven dat twee van de negen forensisch psychiatrische centra de gestelde normen van de doorlooptijden in 2014 niet haalden.

Wat zijn de tarieven voor de forensische zorg?

De NZa stelt voor de tarieven in de forensische zorg een maximum vast. ForZo/JJI en zorgaanbieders kunnen in hun onderhandelingen onder of op dat maximum uitkomen, maar nooit erboven.

Onderstaande overzicht geeft weer met welk percentage de tarieven van behandelingen (dbbc's) de afgelopen jaren afwijken van het vastgestelde maximum (0% betekent dat een tarief precies op het maximum zat; elk percentage met een min ervoor geeft de afwijking onder het maximum weer.)

Dat pas in 2014 afwijkingen zichtbaar zijn, heeft alles te maken met de [overgang](#) van budgettering naar prestatiebekostiging voor behandelingen (dbbc's). De overgang is per 2016 afgerond.





1

2

3

4

5

Afwijkingen van het maximumtarief voor forensische behandelingen (dbbc's) in procenten

		2013	2014	2015
Behandelingen	Aan een middel	0%	-43%	-44%
	Behandeling kort	0%	-25%	-25%
	Diagnostiek	0%	-25%	-25%
	Impulsbeheersing	0%	-25%	-
	Indirect	0%	-	-
	Misbruik of verwaarlozing	0%	-25%	-
	Persoonlijkheid	0%	-25%	-25%
	Restgroep diagnoses	0%	-25%	-25%
	Schizofrenie	0%	-25%	-25%
	Seksuele stoornis	0%	-25%	-25%
	Stoornis kindertijd	0%	-25%	-25%
Verblijf	Deelprestatie verblijf	0%	0%	0%

Bron: ForZo/JJI

Ontwikkeling van de tarieven

In 2014 verhoogde de NZa de maximumtarieven voor de forensische zorg naar aanleiding van een kostprijsonderzoek. Deze maximumtarieven voor de forensische zorg zijn gemiddeld genomen kostendekkend voor de zorgaanbieders. ForZo/JJI heeft bezwaar gemaakt tegen de hoogte van de NZa-maximumtarieven.

Uit het overzicht blijkt dat ForZo/JJI voor alle dbbc's uiteindelijk een lager tarief heeft afgesproken dan het maximum. Voor de meeste behandelingen was het afgesproken tarief ongeveer 25% lager dan het maximum. Voor de verslavingszorg zelfs 43% lager.





1

2

3

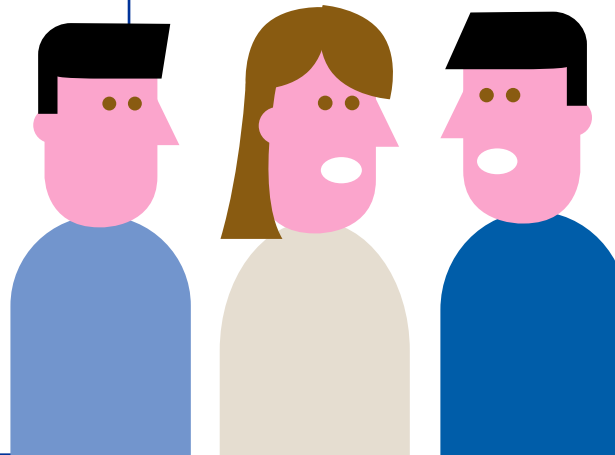
4

5

Beperkte onderhandelingsruimte

Uit cijfers blijkt dat voor de dbbc's en de afgesproken budgetten nauwelijks verschillende tarieven worden afgesproken met de zorgaanbieders. Dit duidt erop dat er weinig tot geen ruimte is voor onderhandeling over de tarieven. In onze vragenlijst geven zorgaanbieders dit ook aan. Van de zorgaanbieders die in de vragenlijst aangeven inzicht te hebben in hun kostprijs, stelt 39% dat het tarief dat zij ontvangen voor de forensische zorg lager is dan de kostprijs voor de forensische zorg.

In het algemeen geldt dat als de kostprijs voor forensische zorg hoger is dan het afgesproken tarief, de zorgaanbieder verlies draait op de forensische zorg.



Conclusies en aanbevelingen



1

2

3

4

5

Zorgaanbieders betrokken bij inkoopproces

Als het gaat over het inkoopproces, dan pakt ForZo/JJI goed haar rol. Ruim 40% van de zorgaanbieders geeft aan tevreden te zijn over het inkoopproces, terwijl maar 13% ontevreden is. Van de zorgaanbieders staat 45% neutraal tegenover het inkoopproces. Tot vorig jaar betrof ForZo/JJI zorgaanbieders niet of nauwelijks bij het inkoopproces en inkoopbeleid. Ook is het inkoopproces met de meeste aanbieders niet geëvalueerd. Inmiddels betreft ForZo/JJI de zorgaanbieders meer bij het inkoopproces. De NZa ziet graag dat dit in de toekomst verder toeneemt.

Onderhandelde tarieven

Uit de cijfers blijkt dat zorgaanbieders voor de contractafspraken op basis van hun budgetten nog het maximumtarief krijgen, maar dat de tarieven per behandeling een stuk lager zijn dan het maximumtarief. De afgesproken tarieven voor de meeste behandelingen zijn in 2014 ongeveer 25% lager dan het maximumtarief van de NZa. Voor de verslavingszorg zelfs 43%. ForZo/JJI heeft bezwaar gemaakt tegen de hoogte van de NZa-maximumtarieven. De NZa maakt zich - gelet op de marktverhoudingen in de forensische zorg - zorgen over de afgesproken tarieven. De enige zorginkoper in de forensische zorg is in staat om tarieven te onderhandelen die gemiddeld genomen onder de kostprijs van de zorgaanbieders liggen. Tot en met 2015 geldt er nog een overgangsregeling voor de overgang van budgetbekostiging naar bekostiging op basis van de dbbc's. Vanaf 2016 krijgen

zorgaanbieders volledig betaald op basis van de tarieven per behandeling. Een te laag tarief voor de dbbc's is vanaf 2016 een financieel risico voor zorgaanbieders. Van de zorgaanbieders die onze vragenlijst invulden en die inzicht hebben in de kostprijs, geeft 39% aan dat de afgesproken tarieven onder de kostprijs voor de forensische zorg liggen. Dit brengt het risico voor zorgaanbieders met zich mee dat zij forensische zorg verliesgevend aanbieden. Als zorgaanbieders forensische zorg onder de kostprijs leveren, is er een risico dat de zorgaanbieders geen adequate zorg meer kunnen leveren voor de afgesproken tarieven, en dat de toegankelijkheid en/of continuïteit van de forensische zorg niet wordt geborgd. Het risico bestaat dat zorgaanbieders stoppen met het aanbieden van deze zorg of hun tekorten aanvullen vanuit andere financiële middelen (middelen uit de Zvw of Wlz). De zorgplicht voor de FZ-patiënten, die is belegd bij de enige zorginkoper ForZo/JJI, kan mogelijk in het geding komen. Bij knelpunten kan de NZa als toezichthouder optreden. Ook blijft de NZa de inkoop en de tariefstelling van forensische zorg monitoren. En geeft de NZa in 2016 een aanvullend advies over de bekostigingsstructuur in de forensische zorg. Als individuele zorgaanbieders knelpunten ervaren of signalen willen geven, dan horen wij die graag. Er zijn door de NZa geen signalen ontvangen van individuele zorgaanbieders dat de zorginkoper haar marktmacht eventueel misbruikt. Wel hebben enkele brancheverenigingen kritiek geuit.



1

2

3

4

5

Nauwelijks inkoop op basis van kwaliteit

De zorginkoper slaagde er de afgelopen paar jaar veel beter in om informatie boven tafel te krijgen over de kwaliteit van de forensische zorg. Desondanks spelen kwaliteitscriteria of andere prestatie-indicatoren tot op heden nog een beperkte rol bij de zorginkoop. Het zwaartepunt van de prestatie-indicatoren ligt op het aanleveren van de kwaliteitsgegevens. Als ForZo/JJI deze criteria niet gaat gebruiken in de zorginkoop, vormt het aanleveren van deze gegevens voor zorgaanbieders een vergrote administratieve last. Wij roepen zorgaanbieders op om hun resultaten op de prestatie-indicatoren te gebruiken om ForZo/JJI te wijzen op de kwaliteit van zorg. We vragen ForZo/JJI om meer naar de individuele zorgaanbieders te kijken en om de resultaten op de prestatie-indicatoren te gebruiken bij de zorginkoop. De NZa is van mening dat op basis van kwaliteit er differentiatie en selectie in de inkoop mogelijk is.

3. De kostenontwikkeling



Het Ministerie van VenJ heeft op basis van haar beleid vastgesteld wat het maximaal kan uitgeven aan forensische zorg. We kijken naar de kostenontwikkeling van 2012 tot en met 2015.

1

Hoe onderzoeken we de kostenontwikkeling tijdens de overgangsregeling?

In de forensische zorg maakten aanbieders tot en met 2015 gebruik van een

overgangsregeling voor hun zorgvergoeding. Per 2016 gelden de budgetparameters niet meer

voor behandelzorg (voor begeleidingszorg golden ze al niet meer per 2015). De inkomsten van een zorgaanbieder zijn vanaf 2016 volledig gebaseerd op de zorg die daadwerkelijk is geleverd. Dit declareren zij in diagnose-behandel-beveiligingscombinaties (dbbc's) voor de forensische behandelingen en in zorgzwaartepaketten (zzp's) en extramurale parameters voor de forensische begeleiding. Maar omdat de budgetparameters tot 2016 nog voor het grootste gedeelte de inkomsten bepaalden, geeft die informatie wel een goed beeld over de ontwikkeling van de kosten tot en met 2015.

2



3

4

5

NB De kosten van de budgetten en van de losse behandeltrajecten (dbbc's) en begeleiding kunnen niet met elkaar worden vergeleken. In de budgetten zoals weergegeven in deze cijfers, zit bijvoorbeeld geen vergoeding voor het vastgoed, terwijl dit wel is verwerkt in de diagnose-behandel-beveiligingscombinaties.

Wat zijn de inkoopbedragen voor forensische zorg?

In de overgangsperiode naar prestatiebekostiging ontving de zorgaanbieder geld op basis van budgetparameters (zoals in het oude vergoedingssysteem) en in mindere mate op basis van daadwerkelijk geleverde zorg (zoals in het nieuwe vergoedingssysteem).

Onderstaande tabel laat de omvang zien van de inkoopafspraken in budgetparameters. In 2015 zorgde deze budgetten nog voor 70% van de inkomsten van de zorgaanbieders. De cijfers (weergegeven in miljoenen euro's) zijn exclusief kapitaallasten en de indexatie voor loon- en materiële kosten, maar inclusief de efficiëncykorting. Onder 'Overige forensische zorg' vallen meerdere behandelingen en begeleidingsvormen op het vlak van geestelijke gezondheidszorg (ggz) en verstandelijke gehandicaptenzorg (vg) – zowel met als zonder verblijf.

NB Voor een aantal zorgaanbieders zijn de inkoopafspraken voor 2015 nog niet definitief. De definitieve uitgaven voor dat jaar kunnen dus hoger of lager uitvallen.





1

2

3

4

5

Zorginkoop in de forensische zorg op basis van budgetparameters (aantal bedden en contactmomenten) in miljoenen euro's

	2012	2013	2014	2015
Forensisch psychiatrische centra	346,32	323,75	308,53	279,79
Zorg aan gedetineerden in penitentiair psychiatrische centra	89,76	87,59	80,00	79,79
Overige forensische zorg	236,53	241,21	251,67	291,24
Ambulante behandeling (ggz)	48,94	44,46	44,16	52,45
Begeleiding (ggz)	28,80	34,33	45,38	60,67
Behandeling beveiligingsniveau 1 (ggz)	20,18	18,81	15,99	14,62
Behandeling beveiligingsniveau 2 (ggz)	62,95	62,79	66,58	69,40
Behandeling beveiligingsniveau 3 (ggz)	48,83	54,15	52,65	61,74
Ambulante behandeling verstandelijk gehandicapte (vg)	1,49	1,36	1,52	1,85
Begeleiding (vg)	6,18	7,07	8,25	12,65
Behandeling beveiligingsniveau 2 (vg)	19,17	18,24	17,15	17,85
Overig (bijvoorbeeld zak- en kleedgeld)	0,41	1,25	1,30	1,03
Totaal	673,02	653,80	641,50	651,85

Bron: ForZo/JJI





1

2

3

4

5

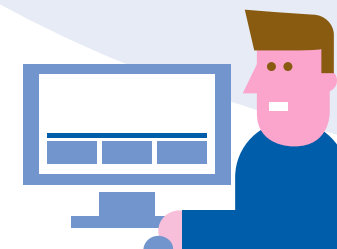
Wat laten de cijfers zien?

Er is in 2015 meer forensische zorg ingekocht dan in 2014. Maar dat geldt niet voor elke vorm van forensische zorg. Zo is zichtbaar dat er minder tbs-zorg ingekocht is en meer relatief lichte behandelzorg of begeleiding ('Overige forensische zorg'). In 2015 kocht ForZo/JJI vooral minder zorg in bij forensisch psychiatrische centra (FPC) en werd de inkoopafpraak voor begeleidingszorg groter. Ook de kosten voor zorg zonder verblijf ('ambulante forensische zorg') zijn gestegen. Evenals de uitgaven voor verblijfszorg niveau 2 en 3. Al met al volgt de zorginkoop goed de afspraken uit de [Meerjarenovereenkomst](#) tussen het ministerie en de brancheverenigingen.

Wat zijn de inkoopbedragen voor de dbbc's?

De afgelopen jaren ontvingen zorgaanbieders al voor een klein deel geld op basis van de forensische behandelingen die daadwerkelijk geleverd waren: de dbbc's. Onderstaande tabel bevat de inkoopafspraken voor deze dbbc's. In miljoenen euro's en exclusief efficiencykorting.

Hoeveelheid ingekochte forensische behandelingen met verblijf (dbbc's) in miljoenen euro's, excl. efficiencykorting



	2013	2014	2015
Behandeling zonder verblijf	103,87	112,00	113,41
Behandeling met verblijf	409,15	390,87	351,64
• waarvan beveiligingsniveau 1	11%	12%	10%
• waarvan beveiligingsniveau 2	25%	25%	28%
• waarvan beveiligingsniveau 3	20%	19%	18%
• waarvan beveiligingsniveau 4	44%	44%	44%
Overig	26,45	48,95	40,58
Totaal	539,46	551,81	505,63

Bron: ForZo/JJI





1

2

3

4

5

Wat laten de cijfers zien?

In 2015 was het ingekochte budget voor verblijf lager dan in 2014. De inkoop van behandelingen zonder verblijf blijft licht stijgen. En de verhouding tussen de verschillende beveiligingsniveaus blijft qua inkoop ongeveer gelijk.

Uit deze cijfers blijkt geen beweging naar gemiddeld lagere beveiligingsniveaus, maar wel de beweging naar meer lichte en ambulante zorg.

Wat zijn de inkoopbedragen voor forensische begeleiding?

Voor forensische begeleiding ontving de zorgaanbieder in 2015 geld op basis van zorgzwaartepakketten en extramurale parameters. De inkoopafspraken staan hieronder. De cijfers zijn in miljoenen euro's en exclusief efficiencykorting.

Hoeveelheid ingekochte forensische begeleiding (zorgzwaartepakketten en extramurale parameters) in miljoenen euro's, excl. efficiencykorting

	2013	2014	2015
ggz-begeleiding, zorgzwaartepakketten	21,51	31,18	39,90
vg-begeleiding, zorgzwaartepakketten	7,46	8,42	12,84
Extramurale parameters	12,39	13,87	18,49
Totaal	41,36	53,47	71,23

Bron: ForZo/JJI

Daarbij is de gemiddelde zorgzwaarte van de ingekochte zorgzwaartepakketten berekend op een schaal van 1 tot en met 7.

Gemiddelde zorgzwaarte ingekochte zorgzwaartepakketten

	2013	2014	2015
ggz-begeleiding gemiddelde zzp	3,51	3,26	3,61
vg-begeleiding, gemiddelde zzp	4,74	4,90	5,43

Bron: ForZo/JJI





1

2

3

4

5

Wat laten de cijfers zien?

Ten eerste: het inkoopbudget van forensische begeleiding neemt toe. Zowel in bedrag als in verhouding tot de inkoop van forensische behandelingen. Dit geldt zowel voor de ggz-begeleiding als voor de vg-begeleiding. Deze trend spoort met het voornemen van het ministerie om patiënten sneller te behandelen en te begeleiden via lichtere vormen van zorg.

Ten tweede: de gemiddelde zorgzwaarte van de ingekochte begeleiding neemt toe. Dit kan een logische gevolg zijn van de beleidsontwikkelingen: als patiënten sneller doorstromen naar lichtere vormen van zorg, is het waarschijnlijk dat de gemiddelde zorgzwaarte binnen de lichtere vormen van zorg toeneemt ten opzichte van de huidige situatie.

NB Voor de forensische begeleiding is al sinds begin 2015 sprake van volledige prestatiebekostiging. Voor deze zorg geldt geen [overgangsregeling](#). In een volgende marktscan kunnen we de financiële impact daarvan inzichtelijk maken, maar op dit moment zijn er daarvoor nog niet genoeg gegevens.

Wat zijn de daadwerkelijke uitgaven aan forensische zorg?

Onderstaande tabel bevat de uitgaven aan de zorg die nog op de oude manier wordt bekostigd (de budgetparameters) in miljoenen euro's en (net als voor de zorginkoop afspraken) *inclusief* efficiencykorting.

Daadwerkelijk geleverde forensische zorg in miljoenen euro's, incl. efficiencykorting

	2012	2013	2014
Zorg in forensisch psychiatrische centra (FPC's)	334,08	314,06	302,09
Zorg aan gedetineerden in penitentiair psychiatrische centra (PPC's)	88,51	87,22	79,38
Overige forensische zorg (OFZ)	217,54	228,07	255,19
Overige uitgaven forensische zorg (bijvoorbeeld zak- en kleedgeld)	0,02	1,12	0,72
Totaal	640,14	630,48	637,38

Bron: ForZo/JJI



1

2

3

4

5

Wat laten de cijfers zien?

Deze cijfers laten de trend zien dat er steeds minder uitgegeven wordt aan forensische zorg binnen de forensische en penitentiaire psychiatrische centra. En dat er meer uitgegeven wordt aan de overige forensische zorg.

In 2014 constateerde de NZa al dat er structureel minder forensische zorg werd gedeclareerd dan werd ingekocht. Dat zorgaanbieders alleen nog betaald krijgen op basis van de daadwerkelijk gedeclareerde zorg (wat voor de begeleidingszorg geldt sinds 2015 en voor de behandelszorg vanaf 2016), zorgt voor een onzekerheid bij zorgaanbieders over de verwachte inkomsten en is daarmee een financieel risico.

Hoeveel zorg hebben aanbieders meer of minder gedeclareerd dan afgesproken?

Onderstaande tabel laat zien hoeveel procent meer of minder zorg aanbieders tussen 2012 en 2014 declareerden dan was afgesproken bij de zorginkoop (in budgetparameters). Als er minder zorg gedeclareerd werd, dan is het percentage negatief. Als er meer zorg gedeclareerd werd, dan is het percentage positief.

Afwijking daadwerkelijke gedeclareerde zorg ten opzichte van zorginkoop in procenten

	2012	2013	2014
Zorg in forensisch psychiatrische centra (FPC's)	-3,5%	-3,0%	-2,1%
Zorg aan gedetineerden in penitentiaal psychiatrische centra (PPC's)	-1,4%	-0,4%	-0,8%
Overige forensische zorg (OFZ)	-8,0%	-5,4%	1,4%
Overige uitgaven (waaronder zak- en kleedgeld)	-95,5%	-10,5%	-45,0%
Totaal	-4,9%	-3,6%	-0,6%

Bron: ForZo/JJI





1

2

3

4

5

Wat laten de cijfers zien?

Voor bijna alle vormen van forensische behandelingen werd minder zorg gedeclareerd dan was ingekocht. Anders gezegd: de verzekeraar koopt structureel meer forensische zorg in dan naar verwachting nodig is. In de zorginkoop houdt ForZo/JJI rekening met de verwachte ontwikkeling van de zorgvraag én met een zekere marge. Dat laatste doet hij om ook bij kleine afwijkingen (bijvoorbeeld door leegstand) voldoende zorg in te kopen.

FPC's declareerden in 2014 2,1% minder zorg dan afgesproken. In de praktijk kwam dit neer op € 6 miljoen minder uitgaven dan in de afspraak met ForZo/JJI. Ook bij de penitentiair psychiatrische centra (PPC's) werd elk jaar minder zorg gedeclareerd dan was ingekocht. Het verschil tussen de zorginkoop en de daadwerkelijk gedeclareerde zorg werd wel kleiner.

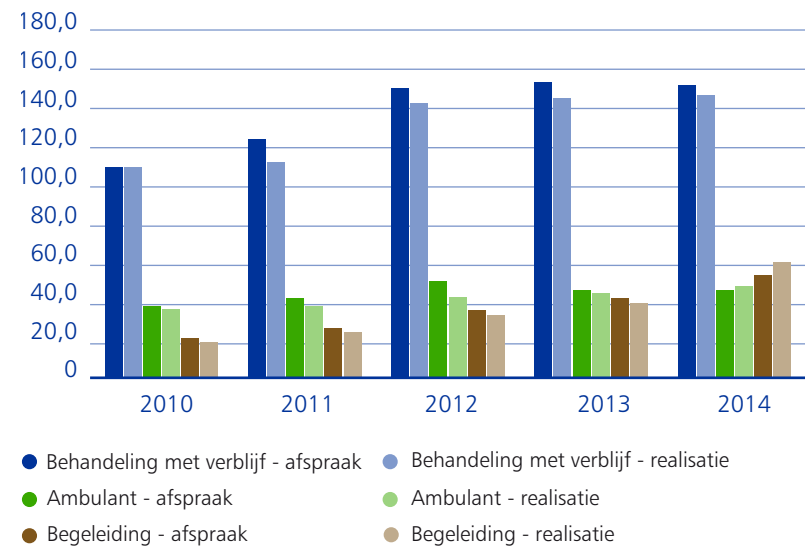
Opvallend is dat er in 2014 meer relatief lichte overige forensische zorg (OFZ) werd gedeclareerd dan was ingekocht. Als die lijn van bezuinigen op (vooral zwaardere) forensische zorg doorzet, dan zal de komende jaren meer geld nodig zijn voor OFZ. Het gaat daarbij vooral om de ambulante behandeling en begeleiding.

Hoe ziet de kostenontwikkeling binnen OFZ er precies uit?

In onderstaande figuur is die kostenontwikkeling uitgesplitst naar de verschillende soorten zorg die onder OFZ vallen:

- Behandeling met verblijf.
- Behandeling zonder verblijf (ambulante zorg).
- Begeleidingszorg.

Daadwerkelijk gedeclareerde overige forensische zorg (OFZ) ten opzichte van de zorginkoop in miljoenen euro's, incl. efficiencykorting



Bron: ForZo/JJI



1

2

3

4

5

Wat laten de cijfers zien?

Er zijn in 2014 minder 'behandelingen met verblijf' gedeclareerd dan was afgesproken. Maar bij de zorg zonder verblijf (de ambulante zorg) en bij de begeleiding is er een ander beeld: daar is juist méér zorg gedeclareerd dan was afgesproken.

Is het totale budget voor forensische zorg door de jaren heen veranderd?

Het landelijke budget dat tussen 2013 en 2017 beschikbaar wordt gesteld voor forensische zorg (het financiële kader) is zeker niet elk jaar hetzelfde. Tussen de budgetten zijn duidelijke verschillen te zien. De voornaamste vier oorzaken zijn:

1. Het meerjarenplan

De regering wil bezuinigen op forensische zorg. In de *Meerjarenovereenkomst forensische zorg 2013-2017* sprak het ministerie van Veiligheid en Justitie daarom met FZ-brancheverenigingen af wat het beschikbare budget per jaar in principe moest zijn. Elk jaar is dat vastgestelde budget lager.



2. Bijstellingen in capaciteit

Bijstellingen van het vastgestelde budget komen voort uit beleidswijzigingen, zoals het besluit om het aantal plaatsen uit te breiden voor de overige forensische zorg (OFZ), het aantal tbs-patiënten te verminderen en de continuïteit te borgen van specifiek zorgaanbod.

3. Loon- en prijsbijstellingen

Jaarlijks worden de lonen en prijzen geïndexeerd. Hierdoor stijgt het benodigde financiële budget voor de forensische zorg.

4. Overboekingen en technische mutaties

Dit betreft administratieve veranderingen, zoals de overboekingen van geld voor het vastgoed (kapitaallasten op basis van de zogenoemde Normatieve Huisvestingscomponent) en het centraliseren van budgetten voor ICT.





1

2

3

4

5

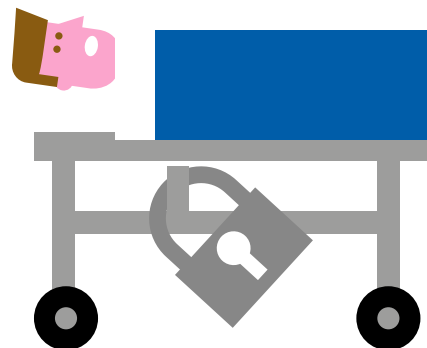
Totaal landelijk beschikbare budget voor de forensische zorg in miljoenen euro's

	2013	2014	2015	2016	2017
Vastgesteld budget in het meerjarenplan	688,0	651,0	631,0	614,0	602,0
Bijstellingen capaciteit	0,0	14,3	32,5	51,1	57,8
Loon- en prijsbijstelling	13,2	27,5	28,2	27,8	27,6
Overboekingen en technische mutaties	11,8	9,9	16,5	21,6	17,3
Totaal beschikbare budget (het financiële kader) forensische zorg	713,0	702,7	708,2	714,5	704,7

Bron: ForZo/JJI

Passen de uitgaven aan forensische zorg binnen de doelen van het ministerie van Veiligheid en Justitie?

Dat kan niet worden beoordeeld op basis van de informatie waartoe de NZa beschikking heeft. In de cijfers over de zorginkoop en realisatie is namelijk niet opgenomen welke uitgaven in de forensische zorg niet direct naar zorgaanbieders gaan. Denk hierbij aan somatische zorgkosten van tbs'ers, kosten voor het Kwaliteitsprogramma Forensische Zorg (KFZ) en advies- en projectkosten.



Conclusies en aanbevelingen



1

Meer lichtere vormen van zorg

In de ontwikkeling van de kosten van de forensische zorg is te zien dat er een trend is om patiënten sneller te behandelen met behulp van lichtere vormen van behandeling en begeleiding. Zorgaanbieders die lichtere vormen van zorg aanbieden, in het bijzonder RIBW's, kunnen daarom rekening houden met een mogelijke stijging van de gemiddelde zorgwaarde van de patiënten.

2

Betere aansluiting inkoopafspraken en gedeclareerde zorg

Het zorgaanbod is minder flexibel dan de veranderende zorgvraag, waardoor de kans groter wordt dat er meer of minder zorg wordt gedeclareerd dan is afgesproken. De inkoopafspraken sluiten sinds 2012 beter aan op de gedeclareerde zorg. Wel is in 2014 voor de overige forensische zorg meer behandeling en begeleiding gedeclareerd dan afgesproken.

3

Financiële druk voor overige forensische zorg (OFZ)

De NZa verwacht dat de komende jaren de financiële druk blijft toenemen op lichtere vormen van verblijf, behandeling en begeleiding in de overige forensische zorg (OFZ). De NZa raadt het ministerie van VenJ aan om te onderzoeken op welke manier er flexibel kan worden omgegaan met de 'gescheiden' budgetten voor tbs en 'overige forensische zorg', om deze laatste vorm van zorg toegankelijk te houden.

4

5

Volledige prestatiebekostiging per 2016

Per 2016 is er sprake van volledige bekostiging op basis van geleverde zorg (prestatiebekostiging). Dit kan risico's met zich meebrengen, bijvoorbeeld het risico op omzetverlies bij zorgaanbieders. De NZa monitort de impact van de invoering van de prestatiebekostiging en zal het ministerie van VenJ hierover adviseren.

4. De wachttijden voor tbs-behandeling



1

2

3

4

5

Forensische zorg is toegankelijk als tbs'ers op tijd het zorgtraject kunnen starten dat de rechter hen heeft toegewezen. Zo'n tijdige start is van groot belang voor het effect en de slagingskansen van dat traject. Hoe langer de wachttijd, hoe langer een tbs'er in de penitentiaire inrichting moet wachten op de toegewezen zorg.

Onze analyses

In dit hoofdstuk gaan we in op de (oorzaken en oplossingen voor hoge) tbs-wachttijden. Onze analyses zijn gebaseerd op de gegevens van de Divisie Individuele Zaken (DIZ) van het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ). We hebben de analyses ontvangen van en afgestemd met DIZ.

Om een compleet beeld te geven van de wachttijden in de forensische zorg, willen wij ook de wachttijden in kaart brengen voor de zorg aan gedetineerden tijdens detentie en voor de geestelijke gezondheidszorg of gehandicaptenzorg voor verdachten/veroordeelden. Daarvoor zijn niet voldoende gegevens beschikbaar. Daarom geven wij in dit hoofdstuk alleen de wachttijden voor tbs weer.

Welke tbs-vormen zijn er eigenlijk?

Voor tbs zijn er twee vormen te onderscheiden: tbs met bevel tot verpleging en tbs met voorwaarden. Tbs met bevel tot verpleging is de zwaarste behandelmaatregel die een rechter kan opleggen, bedoeld voor personen aan wie het misdrijf niet (volledig) kan worden toegerekend. Tbs met voorwaarden is een lichtere vorm van tbs, waarbij de rechter voorwaarden stelt aan het gedrag van de tbs'er. Houdt de tbs'er zich niet aan de gestelde voorwaarden, dan kan de rechter alsnog tbs met bevel tot verpleging opleggen.

Zijn er criteria voor het plaatsen van tbs'ers?

De Divisie Individuele Zaken (DIZ) stelt de indicatie voor tbs-patiënten met bevel tot verpleging en is verantwoordelijk voor de plaatsing van deze patiënten. Voor die plaatsing gelden de volgende criteria:

- 1. Passende zorg:** tbs'ers moeten geplaatst worden op basis van hun indicatie.
- 2. Bereikbare zorg:** tbs'ers moeten geplaatst worden in hun regio. Daar kan bijvoorbeeld het ondersteunende sociale netwerk van de patiënt benut worden.
- 3. Tijdige zorg:** tbs'ers moeten zo snel mogelijk zorg krijgen. Dat is van groot belang voor het effect en de slagingskansen van de zorg voor tbs'ers.



1

De wettelijke termijn voor plaatsing van een tbs'er is zes maanden (art. 12 Beginselenwet verpleging tbs'ers). De uit jurisprudentie volgende termijn voor het betalen van een passantenvergoeding is vier maanden.

2

Het streven (de norm in het beleidskader Plaatsing) van DIZ is om tbs'ers waarvan de tbs is ingegaan, binnen 42 kalenderdagen te plaatsen. Dat komt neer op circa zes weken of dertig werkdagen.

3

Hoe vaak wordt tbs opgelegd en beëindigd?

Hieronder staat:

- het aantal nieuwe opleggingen en het aantal beëindigingen van tbs met bevel tot verpleging. (Het aantal nieuwe opleggingen in 2014 kan nog iets toenemen, doordat DIZ deze opleggingen met vertraging ontvangt van de rechterlijke macht.)
- het gemiddeld aantal tbs-passanten. Een tbs-passant is een patiënt van wie de tbs is ingegaan en die in een penitentiaire inrichting wacht op opname in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC).

4

5

Instroom, uitstroom en aantal tbs-passanten

	2012	2013	2014
Nieuwe oplegging van tbs met bevel tot verpleging	108	88	94
Voorwaardelijke beëindiging van tbs met bevel tot verpleging	137	179	186
Beëindiging van tbs met bevel tot verpleging	179	178	150
<i>Afname van tbs</i> (verschil oplegging en beëindiging)	71	90	56
<i>Gemiddeld aantal tbs-passanten</i>	27	22	20

Bron: DJI (2015), Forensische Zorg in getal





1

2

3

4

5

Wat laten de cijfers zien?

Het aantal tbs-opleggingen is in 2014 licht gedaald ten opzichte van 2012. Het aantal tbs-beëindigingen is in 2014 afgenomen met 16% ten opzichte van 2013. Het aantal tbs-beëindigingen (uitstroom) per jaar is groter dan het aantal tbs-opleggingen (instroom), waardoor de omvang van de patiëntengroep met tbs steeds kleiner wordt. In 2014 werd het verschil tussen oplegging en beëindiging iets kleiner dan in 2012 en 2013.

De cijfers tonen ook een afname van het aantal tbs-passanten. In 2014 hebben gemiddeld 20 tbs'ers in een penitentiaire inrichting gewacht op de start van hun forensische behandeling. Het aantal wachtende tbs'ers nam in 2014 af met bijna 40% ten opzichte van 2010. Het aantal passanten zal nooit op nul uitkomen, omdat tussen de start van de tbs-maatregel en de plaatsing in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC) altijd enige tijd zit.

Hoe komt het dat er minder mensen ter beschikking gesteld worden?

Daar heeft het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van VenJ onderzoek naar gedaan. Het WODC kwam tot drie verklaringen:

- Minder delicten waarbij een bovengemiddelde kans bestaat dat de rechter tbs oplegt.
- Meer verdachten die niet meewerken aan Pro Justitia-onderzoeken (een voorwaarde voor tbs);
- Minder adviezen voor tbs in Pro Justitia-rapporten.





1

2

3

4

5

Waarom zit er altijd enige tijd tussen de start van de terbeschikkingstelling en de plaatsing?

Dit zijn de drie voornaamste verklaringen:

- Het Openbaar Ministerie heeft tijd nodig voor de overdracht van het strafdossier aan de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI).
- Voor mensen met een zeer specifieke zorg- en/of beveiligingsbehoefte kan niet altijd direct een plek worden gevonden bij een forensisch psychiatrisch centrum met beschikbaar zorgaanbod.
- Mensen die ontslagen zijn van rechtsvervolging maar wel ter beschikking worden gesteld, zijn direct tbs-passant op het moment dat dit vonnis onherroepelijk wordt.

Hoe lang duurt de wachttijd voor een tbs-behandeling?

De wachttijd is de tijd tussen de ingangsdatum van de terbeschikkingstelling tot de eerste opnamedag (de plaatsing in een forensisch psychiatrisch centrum).

Hieronder staat de gemiddelde totale duur van de wachttijd voor de start van een tbs-behandeling. De berekening van het gemiddelde is inclusief de tbs'ers die binnen 42 kalenderdagen zijn geplaatst (de niet-wettelijke, intern gestelde norm van DIZ).

Totale wachttijd voor een tbs-behandeling in kalenderdagen

	2010	2011	2012	2013	2014
Totaal	134	85	82	81	62

Bron: DJI (2015), Forensische Zorg in getal

Hoe lang wachten tbs'ers op plaatsing?

De wachttijd laat de afgelopen jaren een sterke daling zien. De gemiddelde wachttijd voor een tbs-behandeling bedroeg 62 dagen in 2014. Het gaat om tbs'ers die in 2014 voor het eerst werden opgenomen in een forensisch psychiatrisch centrum. De gemiddelde wachttijd is binnen de wettelijke termijn (zes maanden) voor plaatsing van een tbs'er. De interne DIZ-norm van 42 dagen werd in 2014 wel overschreden.

In de tabel op de volgende pagina staat:

- de gemiddelde wachttijd voor tbs'ers ten opzichte van de interne streefnorm;
- het percentage van de tbs'ers dat langer of korter moest wachten dan de interne streefnorm van 42 dagen.





1

2

3

4

5

Wachttijd van tbs-passanten ten opzichte van de interne DIZ-norm

Jaar	wachttijd ≤ 42 kalenderdagen			wachttijd > 42 kalenderdagen		
	aantal	% aantal	gem. duur	aantal	% aantal	gem. duur
2013	26	24%	9	82	76%	103
2014	32	35%	13	60	65%	88
1 ^e helft 2015	36	59%	17	25	41%	66

Bron: Divisie Individuele Zaken (2015).

Wat laten de cijfers zien?

De groep tbs'ers die binnen de interne streefnorm van 42 kalenderdagen van start kan met de behandeling neemt toe. Van de tbs'ers die na meer dan 42 dagen zijn geplaatst, neemt de gemiddelde wachttijd af in 2014 ten opzichte van 2013.

Welke stappen zijn er in het plaatsingsproces?

Het plaatsingsproces van tbs'ers is opgedeeld in zes stappen:

1. De rechter legt tbs op. Dit vonnis of arrest moet de Rechtspraak volgens afspraak binnen 14 dagen aanleveren aan het Openbaar Ministerie (OM). Het OM stelt vervolgens het straf- en persoonsdossier op. Als er geen hoger beroep wordt ingesteld, wordt het vonnis na 2 weken onherroepelijk. Arresten van de Hoge Raad zijn onmiddellijk onherroepelijk.
2. De Divisie Individuele Zaken (DIZ) van het ministerie van VenJ ontvangt afschriften uit het straf- en persoonsdossier van het OM nadat het vonnis onherroepelijk is.
3. Zodra het (complete) dossier aanwezig is, stelt DIZ de indicatie.
4. DIZ plaatst de tbs'er via het informatiebeheersysteem MITS op de wachtlijst van een forensisch psychiatrisch centrum (FPC).
5. De zorgaanbieder ontvangt vervolgens een aanmeldbrief met de indicatiestelling en geeft binnen vijf werkdagen na aanmelding duidelijkheid over de mogelijkheid tot plaatsing.
6. Wanneer de zorgaanbieder de tbs'er heeft geaccepteerd, bekrachtigt DIZ de plaatsing met een plaatsingsbrief via het informatiesysteem voor de forensische zorg (IFZO) en een plaatsingsbeschikking.





1

Doorlopen alle tbs'ers deze stappen in dezelfde volgorde?

Nee, de volgorde hangt af van het moment waarop het vonnis onherroepelijk wordt en het moment waarop de terbeschikkingstelling ingaat. Die momenten verschillen per tbs'er. De NZa verdeelt de tbs-passanten in twee groepen:

Groep A

De datum waarop het vonnis onherroepelijk is (OH) gaat vooraf aan de datum waarop de terbeschikkingstelling start. Oftewel:

OH < ingangsdatum tbs.

De overschrijding van de interne streefnorm voor tbs-wachttijden is bij deze groep meestal beperkt. Dat komt doordat DIZ tussen de datum waarop het vonnis onherroepelijk is en de ingangsdatum van de tbs doorgaans genoeg tijd heeft om het dossier en de indicatie voor te bereiden en de tbs'er te plaatsen in een FPC.

3

Groep B

De datum waarop het vonnis onherroepelijk is, is gelijk aan de datum waarop de terbeschikkingstelling start. Oftewel:

OH = ingangsdatum tbs.

Bij deze groep ontstaat er gegarandeerd een wachttijd bij de plaatsing. De wachttijd gaat direct in op de tbs-ingangsdatum. De tijd die DIZ nodig heeft om het dossier en de indicatie voor te bereiden en de tbs'er te plaatsen, is wachttijd voor de tbs'er.

4

5



Hoe lang wachten tbs'ers gemiddeld per groep?

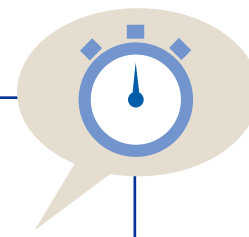
	2013	2014	2015*
Groep A (OH < ingangsdatum tbs)			
• Totaal aantal tbs-passanten	50	39	29
• Gemiddelde wachttijd (kalenderdagen)	56,4	39,0	19,1
Groep B (OH = ingangsdatum tbs)			
• Totaal aantal tbs-passanten	44	38	26
• Gemiddelde wachttijd (kalenderdagen)	107,7	95,2	57,8

* De gegevens over 2015 zijn de gegevens van januari tot juli.

Bron: Divisie Individuele Zaken (2015)

Over de analyse van wachttijden per processtap

Op de pagina hierna komen de wachttijden per processtap aan de orde. Ook de gegevens over deze wachttijden komen van DIZ. Omdat de cijfers over 2015 slechts tot 1 juli strekken, verbinden we aan die cijfers nog geen conclusies. Bij de analyse van de wachttijden per stap geven we alleen de wachttijden weer voor tbs-passanten met de opgelegde maatregel 'tbs met bevel tot verpleging'.



Vervolg van kader

De groep mensen bij wie 'tbs met voorwaarden' is omgezet in 'tbs met bevel tot verpleging' nemen we dus niet mee in de analyses. De reden waarom we die mensen niet meenemen, is dat de gegevens over hun wachttijd een vertekend beeld geven. Dit komt doordat de oorspronkelijke datum (de datum waarop het vonnis onherroepelijk werd) van de 'tbs met voorwaarden' blijft staan. Hierdoor lijkt de wachttijd veel langer dan het in werkelijkheid is.

Hoe lang duren de stappen in het plaatsingsproces?

Groep A (OH < ingangsdatum tbs)

Als de tijd tussen OH en ingangsdatum tbs korter is dan zestig dagen, dan kan er onvoldoende tijd zijn om de patiënt binnen de interne DIZ-norm te plaatsen in een forensisch psychiatrisch centrum. Is die tussentijd langer dan zestig dagen, dan kan de patiënt meestal wel binnen deze interne streefnorm geplaatst worden.

Van de tbs'ers met een tussentijd langer dan zestig dagen, was er in 2015 voornamelijk één patiënt die na de start van zijn tbs langer dan 42 kalenderdagen moest wachten (namelijk zeventig dagen) voordat hij geplaatst werd. In 2014 waren dat er nog vijf (gemiddeld 64,8 dagen) en in 2013 zeven (gemiddeld 69,7 dagen).

Groep B (OH = ingangsdatum tbs)

Voor bijna 95% van de patiënten in deze groep geldt dat ze in 2014 langer moesten wachten op plaatsing dan de wachttijdnorm van DIZ toestond. Hieronder staan hun gemiddelde wachttijden voor specifieke stappen in het plaatsingsproces.

Wat is de wachttijd per processtap voor groep B?



Processtap:	A	B	C	Totaal (D)
2013 - gemiddelde wachttijd	36,3	35,2	36,2	107,7
2014 - gemiddelde wachttijd	47,4	25,6	22,2	95,2
2015 - gemiddelde wachttijd	24,8	15,6	17,4	57,8

Bron: Divisie Individuele Zaken (2015).

Ongeveer de helft van de totale wachttijd voor groep B zit in de tijd tussen de datum waarop de terbeschikkingstelling officieel ingaat en de datum waarop het OM de complete stukken gereed heeft. De wachttijd in processtap A is gestegen in 2014 ten opzichte van 2013. De totale gemiddelde wachttijd tot de plaatsing in een forensisch psychiatrisch centrum daalde in 2014 ten opzichte van 2013.



1

In 2013 en 2014 was het voor drie tbs'ers niet mogelijk om geplaatst te worden bij het eerst geselecteerde FPC. Daardoor zijn ze bij een ander centrum geplaatst. De tijd tussen het niet kunnen plaatsen door het eerste centrum en de uiteindelijk plaatsing bij het tweede centrum, bedroeg in 2013 gemiddeld 46,3 dagen.

Waarom ontstaan tbs-wachttijden?

Wachttijden voor plaatsing kunnen procedurele of inhoudelijke oorzaken hebben:

2

Procedurele oorzaken

Wachttijd als gevolg van procedurele oorzaken ontstaan als onderdelen van het plaatsingsproces te lang duren. De NZa constateert dat procedurele oorzaken het grootste deel van de lange tbs-wachttijd verklaren. Het gaat dan hoofdzakelijk om de volgende elementen:

3

1. Oplevering door het OM van het straf- en persoonsdossier

Opvallend is dat met name bij groep B (OH = ingangsdatum tbs) het lang duurt tot het OM het dossier compleet heeft en aanlevert. Dáár worden zeer lange wachttijden dus meestal door veroorzaakt; niet zozeer door het niet beschikbaar zijn van zorg of de lange reactietijd van de zorgaanbieders. In 2013, 2014 en de eerste helft van 2015 bedroeg de gemiddelde wachttijd van de tien langst wachtende tbs'ers 178 kalenderdagen. Bij deze groep duurde het gemiddeld 110 kalenderdagen voordat DIZ de stukken van het OM kreeg.

4

5

Het OM heeft aangegeven dat bij zaken die in cassatie zijn gegaan, een extra processtap geldt. Arresten van de Hoge Raad zijn onmiddellijk onherroepelijk. De Hoge Raad stuurt het arrest niet direct naar het OM maar eerst terug naar het Gerechtshof. Pas als het Hof het arrest in het primaire processysteem (genaamd NIAS) heeft vastgelegd, wordt het arrest en de voor het OM essentiële (elektronische) gegevens vrijgegeven voor verwerking door het OM. Naast de zaken die in cassatie zijn gegaan, zijn er ook zaken waarbij veroordeelde en het OM afzien van hun recht op beroep 'direct onherroepelijk'. Het OM beschikt dan niet meteen over het dossier. Ook komt het voor dat een vonnis na controle door het OM soms weer teruggaat naar de rechtspraak voor een correctie. Dit komt vaak voor bij vonnissen met een maatregel, waaronder de tbs. Deze redenen kunnen van invloed zijn op de wachttijden.

2. Verandering van werkwijze Divisie Individuele Zaken

In 2015 heeft DIZ een andere aanpak geïntroduceerd. De overgang van de oude naar de nieuwe werkwijze heeft hier en daar het plaatsingsproces van tbs'ers vertraagd. Nu die overgang is afgerond, zal de aanpak de doorlooptijden niet langer verlengen, verwacht DIZ.

3. Capaciteit van forensisch psychiatrische centra (FPC)

Als het eerste forensisch psychiatrisch centrum waar een tbs-passant geplaatst wordt geen plek heeft, duurt het lang voordat deze tbs'er bij een ander FPC geplaatst kan worden.





1

2

3

4

5

Afspraken over wachttijden

Slechts 60% van de forensisch psychiatrische centra gaf ons aan dat zij aanvullende afspraken met zorginkoper ForZo/JII maken over wachttijden. De NZa is van mening dat ForZo/JII daarover met álle zorgaanbieders afspraken zou moeten maken. Dat zou het plaatsingsproces kunnen versnellen.

Inhoudelijke oorzaken

Het gaat hier vooral om forensisch psychiatrische centra die niet zozeer om capaciteitsproblemen, maar om inhoudelijke redenen een tbs-passant weigeren. Deze inhoudelijke oorzaken voor een vertraging blijken niet te voorkómen. De NZa heeft de volgende inhoudelijke argumenten gehoord:

1. Contra-indicaties

Soms was er sprake van contra-indicaties, zoals een tbs'er die een crimineel netwerk had in de regio van het forensisch psychiatrisch centrum. Daardoor moest in een ander centrum naar een geschikte plek worden gezocht voor deze tbs-passant.

2. Ziekenhuiszorg

Eenmaal was een tbs-passant lichamelijk ziek, waardoor hij meerdere weken in een ziekenhuis verbleef. De ingangsdatum van de tbs was inmiddels verstreken, maar het was nog niet mogelijk om deze persoon op te nemen in een forensisch psychiatrisch centrum.

3. Handicaps

Er was een tbs-passant die in een rolstoel zat en een verstandelijke beperking had. De klinieken waar deze persoon terecht kon, hadden geen rolstoelvriendelijke kamer. Uiteindelijk kon hij na een verbouwing wel in een kliniek geplaatst worden.

4. Vreemdelingenstatus

Vreemdelingen die in Nederland als tbs'er geplaatst moeten worden, komen in FPC Veldzicht terecht. Hierbij kunnen zowel een gebrek aan capaciteit als het proces rondom de vreemdelingenstatus zorgen voor de oplopende wachttijd.

5. Extreem vlucht- en beheergevaar (EVBG)

Toen een tbs-passant geplaatst zou worden, bleek hij extreem vlucht- en beheergevaarlijk. Voordat hij definitief geplaatst werd, was extra informatie en overleg noodzakelijk. Mogelijk moest hij naar een andere kliniek, specifiek voor EVBG-patiënten.



Conclusies en aanbevelingen



1

Overschrijding van interne wachttijdnorm

De totale gemiddelde wachttijd voor opname van een tbs'er in een forensisch psychiatrisch centrum neemt af. De gemiddelde wachttijd daalde in 2014 naar 62 kalenderdagen. Deze wachttijd valt binnen de wettelijke norm (zes maanden) voor plaatsing van een tbs'er. Een gemiddelde wachttijd van 62 dagen overschrijdt wél de interne streefnorm van DIZ. In 2014 werd 65% van de tbs-passanten niet binnen de interne streefnorm van 42 kalenderdagen geplaatst.

2

Niet beschikbaar zijn van gegevens

Er zijn niet voldoende cijfers beschikbaar over de wachttijden voor de zorg aan gedetineerden tijdens de detentie in PPC's. Dit geldt ook voor de wachttijden voor verdachten/veroordeelden die geestelijke gezondheidszorg of gehandicaptenzorg nodig hebben in de overige forensische zorg. Deze informatie is nodig om een completer beeld te krijgen van de wachttijden in de forensische zorg. De NZa gaat in gesprek met ForZo/JII om de benodigde gegevens beschikbaar te krijgen.

3

4

Vertraging door plaatsingsproces

In de tbs-zorg is er meer zorgcapaciteit ingekocht dan dat er gedeclareerd wordt. Te hoge wachttijden lijken dan ook vooral het gevolg te zijn van vertraging in het proces van plaatsing en niet van de beschikbare capaciteit. Die vertraging kan inhoudelijke en procedurele oorzaken hebben. DIZ moet vooral lang wachten tot het Openbaar Ministerie de benodigde stukken compleet heeft en

5

aanlevert. Het OM is op haar beurt afhankelijk van het toezenden van het dossier door de rechtbanken en gerechtshoven. Het OM is bezig met het aanpassen van de interne procesbeschrijving en bijbehorende werkinstructie voor de uitvoering van tbs. Hierin nemen zij bij diverse processtappen een termijn op. Wij realiseren ons dat er een sterke afhankelijkheid is tussen de rechtspraak, het OM en DIZ. Zij zouden met elkaar heldere afspraken moeten maken met goede indicatoren om de wachttijd te reduceren, zoals een tijdige en constante informatiestroom over de datum van het onherroepelijke vonnis en de ingangsdatum van de tbs. Dit zou de wachttijd kunnen verminderen.

Toereikende tbs-zorg

ForZo/JII koopt op dit moment op totaalniveau voldoende tbs-capaciteit in. Het verschil tussen de zorginkoop en daadwerkelijk gedeclareerde zorg door forensisch psychiatrische centra is in 2014 kleiner dan in 2013. Bij individuele forensische psychiatrische centra kan het wel zo zijn dat er meer zorg gegeven wordt dan is ingekocht. Wij adviseren ForZo/JII om per centrum te kijken of de ingekochte zorg blijft aansluiten op de tbs-zorgvraag.

Risico van capaciteitsafname

Het voornemen in het Meerjarenbeleid is om de tbs-capaciteit de komende jaren verder af te laten nemen. Er zullen dus minder bedden beschikbaar zijn. Dit kan leiden tot een toename van de wachttijden voor tbs. We adviseren ForZo/JII om de wachttijden goed





1

2

3

4

5

te monitoren de komende jaren. Daarbij is het van belang dat er voldoende tbs-zorg beschikbaar is, zowel kwantitatief (capaciteit) als kwalitatief (aansluiting bij specifieke zorgvraag). Het is belangrijk dat ForZo/JJI de afspraken aanpast als er knelpunten (kunnen) ontstaan in de toegankelijkheid van zorg. Ook de NZa zal de tbs-wachttijden de komende jaren in de gaten blijven houden.



5. De continuïteit van zorg



1

Patiënten in de forensische zorg moeten - onafhankelijk van het soort zorg of de bekostiging ervan - passende en toegankelijke begeleiding of behandeling krijgen. Continuïteit van zorg bij de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten, is essentieel.

2

Hoe zien de patiëntstromen er idealiter uit?

Het is belangrijk dat patiënten makkelijk kunnen uitstromen van de forensische naar de reguliere zorg, en andersom. Ook is het essentieel dat patiënten binnen de forensische zorg kunnen doorstromen van zware naar lichtere zorg. Sluiten de verschillende vormen van zorg niet goed op elkaar aan? Dan leidt dat mogelijk tot een onnodig langere behandelduur, hogere kosten en een grotere kans op recidive.

3

Hoe wordt de continuïteit van zorg verbeterd?

Die continuïteit is een speerpunt in het [inkoopbeleid](#) van ForZo/JJI. ForZo/JJI koopt bijvoorbeeld meer lichtere vormen van forensische zorg in (de 'overige forensische zorg') om tbs-patiënten sneller uit de zwaardere vormen van zorg te kunnen laten doorstromen. Daarnaast probeert ForZo/JJI knelpunten op te lossen in de bekostigingsschotten tussen het strafrechtelijke en reguliere kader.

4

5

Via het programma Continuïteit van Zorg werken GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging Nederlandse Gemeenten en de ministeries van VWS en VenJ samen aan het verbeteren van de continuïteit van de forensische zorg. Het doel is om patiënten zonder inhoudelijke of financiële drempels de forensische zorg in, door- en uit te laten stromen.

Hoe ziet de instroom van patiënten in de forensische zorg eruit?

Jaarlijks stromen zo'n 12.000 patiënten de forensische zorg in. In de tabel op de volgende pagina staat in welke zorgvormen zij terecht kwamen in 2013 en 2014.





1

2

3

4

5

Instroom per forensische zorgvorm

Forensische zorgvorm	Instroom 2013	Instroom 2014
Forensisch psychiatrische centra	110	90
Penitentiair psychiatrische centra (cijfers van halverwege 2013 tot halverwege 2014)	1.400	1.400
Forensisch psychiatrische klinieken	440	380
Forensisch psychiatrische afdelingen	650	720
Overige forensische behandeling met verblijf (ggz en verslavingszorg)	810	890
Beschermd wonen	970	1280
Forensische zorg zonder verblijf (ambulante behandeling en begeleiding) en forensische Assertive Community Treatment (f-ACT)	9.060	8.980

Bron: Werkgroep Continuïteit van zorg/ForZo/JJI (2015).

Wat laten de cijfers zien?

Het grootste deel (65%) van de patiënten die instromen krijgt forensische zorg zonder verblijf. De instroom van patiënten naar beschermd wonen neemt toe. De instroom in de forensisch psychiatrische centra neemt af, dit bleek ook in hoofdstuk 4 over de tbs-wachttijden.

Welk deel van de patiënten stroomt de forensische zorg in vanuit de reguliere ggz?

Daar geeft onderstaande grafiek zicht op. Een instromer wordt hierin aangeduid als 'wel ggz' als hij op de datum van instroming ook nog in een behandeltraject zit in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Instromers bij wie het ggz-behandeltraject tot uiterlijk een half jaar voor de instroomdatum is beëindigd, worden eveneens meegeteld. Mensen die verstandelijk gehandicaptenzorg krijgen, zijn niet in de grafiek opgenomen.





1

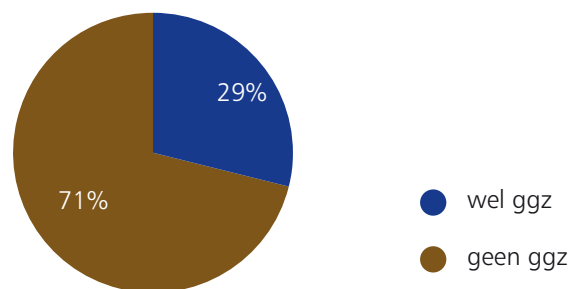
2

3

4

5

Percentage patiënten dat vanuit de reguliere ggz instroomt in de forensische zorg



Bron: DBC-informatiesysteem (DIS), NZa

Wat laten de cijfers zien?

Uit de grafiek blijkt dat 29% van patiënten die instromen in de forensische zorg al bekend is in de ggz. Dit percentage is stabiel over 2012 en 2013.

NB Het percentage is mogelijk een onderschatting; de groep 'geen-ggz' omvat ook patiënten van wie geen gegevens bekend zijn vanuit de beschikbare data. Ook kan een deel van deze mensen voorafgaand aan de forensische zorg in detentie hebben gezeten. Voorafgaand aan de forensische zorg verblijft 32% in detentie. Doorgaans ontvangen deze mensen in detentie geen reguliere ggz-zorg.

Hoe ziet de doorstroom van patiënten in de forensische zorg eruit?

ForZo/JJI wil met zijn inkoopbeleid stimuleren dat de doorstroming naar lichtere vormen van zorg beter verloopt. Doordat de behandelduur van tbs'ers korter wordt en meer tbs'ers doorstromen naar lichtere vormen van zorg, neemt de vraag naar die lichtere vormen van forensische zorg toe.

ForZo/JJI wil de doorstroming van patiënten naar lichtere vormen van zorg verbeteren, door meer zorg zonder verblijf en laag beveiligde zorg met verblijf in te kopen. In de cijfers is dit zichtbaar in:

- de zorginkoop via het budget (budgetparameters).
- de extra inkoop van relatief lichtere begeleidingszorg (de zzp's en extramurale parameters).
- de inkoop van minder verblijf bij de behandelszorg (dbbc's).
De inkoop van behandelingen zonder verblijf blijft licht stijgen. De verhouding tussen de verschillende beveiligingsniveaus blijft qua inkoop wel ongeveer gelijk.





1

2

3

4

5

Meer zorg gedeclareerd dan ingekocht

Uit de [cijfers](#) blijkt dat er meer 'overige forensische zorg' (behandeling en/of begeleiding met of zonder verblijf) wordt gedeclareerd dan dat er wordt ingekocht.

Die achterblijvende inkoop vergroot twee risico's:

1. De doorstroom naar overige forensische zorg wordt moeilijk. Het risico is dat duurdere bedden langer bezet blijven.
2. De wachtlijsten voor de overige forensische zorg worden groter.

Hoe zien aanbieders de doorstroom van patiënten?

Van de zorgaanbieders ervaart 17% knelpunten in de doorstroom vanuit tbs naar de overige forensische zorg (OFZ). Zij geven bijvoorbeeld aan:

- dat die doorstroom stopt doordat er wachtlijsten zijn voor beschermd wonen bij de RIBW's;
- dat het zorgaanbod voor de behandeling van mensen met een sterke gedragsstoornis en een licht verstandelijke handicap (SGLVG) onvoldoende is;
- dat de flexibiliteit beperkt is om patiënten voor 'overige forensische zorg' op te nemen. Dit komt omdat een deel van de capaciteit of bedden gereserveerd is (geoomerkt) voor andere zorgvormen.

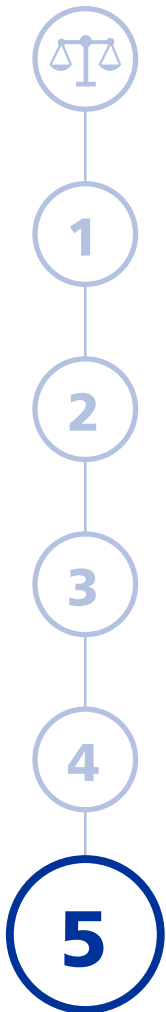
Hoe ziet de uitstroom van patiënten eruit?

Vaak houdt de zorgvraag van patiënten niet op als hun strafrechtelijke titel eindigt. Veel van hen worden verder behandeld of begeleid via de reguliere zorg. Die vervolgzorg kan geleverd worden vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).



Uit onderzoek van de NZa blijkt dat de meerderheid van de patiënten die vervolgzorg krijgen, dezelfde hoofddiagnose houden die zij hadden in de forensische zorg. Dit betekent dat patiënten in de forensische zorg vaak nog niet uitbehandeld zijn, maar door het aflopen van de strafrechtelijke titel uit de forensische zorg stromen.

De overgang naar die reguliere zorg moet soepel verlopen om te zorgen dat de zorg voor deze mensen van goede kwaliteit is en zowel toegankelijk als betaalbaar blijft.



Wat zijn knelpunten in de overstap van forensische zorg naar geestelijke gezondheidszorg?

Het programma [Continuïteit van Zorg](#) onderscheidde deze:

1. Er bestaat vaak onzekerheid over de financiering van de vervolgzorg, omdat er veel verschillende wetten zijn met eigen budgetten.
2. De best passende zorg is niet altijd makkelijk of snel te realiseren, vanwege cultuurverschillen en/of de noodzaak van maatwerk.
3. Passende zorg is niet altijd beschikbaar, omdat dit niet is ingekocht, of omdat er wachtlijsten zijn.
4. De inhoudelijke overgang van forensische naar geestelijke gezondheidszorg is in sommige gevallen te groot: in de reguliere ggz komt het meer aan op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.
5. Er heerst onduidelijkheid over wie welk deel van de zorg voor een voormalig forensische patiënt regelt en financiert.

Welk percentage forensische patiënten stroomt na de straf uit naar de reguliere zorg in de Zvw of naar de langdurige zorg?

Vervolgzorg na afloop van de strafrechtelijke titel in 2014

	Vervolgzorg
Klinische behandeling FPC	31,3%
Klinische behandeling PPC	89,4%
Klinische behandeling	60%
Ambulante behandeling	43,2%
Ambulante begeleiding/Beschermd wonen	41%
Totale doorstroom naar vervolgzorg	46,9%

Bron: DJI

Wat laten de cijfers zien?

Bijna de helft van de patiënten heeft vervolgzorg na afloop van hun straf nodig. De percentages hierboven kunnen nog iets veranderen, omdat de gegevens van tien instellingen ontbreken. Uit de cijfers is niet te zien welke zorg de cliënten precies nodig hadden (bijvoorbeeld langdurige zorg of curatieve geestelijke gezondheidszorg).



1

Hoeveel patiënten stroomden uit naar zorg die gefinancierd werd door zorgverzekeraars en gemeenten?

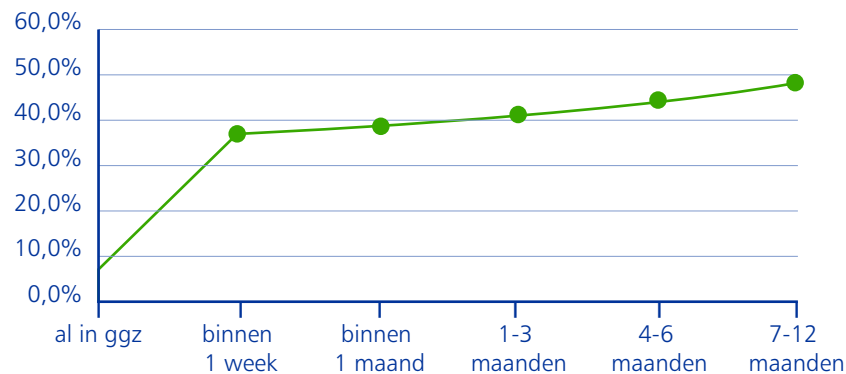
Uit onderzoek van het programma Continuïteit van Zorg blijkt dat in 2014 minimaal 510 patiënten uitstroomden naar zorg met verblijf, gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet. Minimaal 990 patiënten stroomden uit naar zorg zonder verblijf (ambulante begeleiding) en forensische Assertive Community Treatment (f-ACT).

2

Minimaal 440 mensen gingen van forensische zorg naar beschermd wonen, en minimaal honderd van forensische zorg naar begeleiding zonder verblijf. Gemeenten financieren zowel beschermd wonen als begeleiding zonder verblijf.

3

Start van de vervolgzorg ggz na forensische zorg



Bron: DIS

5

Wat laten de cijfers zien?

Na beëindiging van de forensische zorg kunnen 38% van de patiënten binnen 1 week starten met vervolgzorg (curatieve ggz). Dit percentage loopt op naar bijna 50% binnen een jaar.

Te lange wachttijden

Uit onderzoek van de NZa in 2015 bleek dat de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg langer zijn dan de normen die daarvoor gelden (de zogenoemde 'Treeknormen'). Uit het onderzoek komt naar voren dat de wachtlijsten ontstaan doordat budgetten niet goed verdeeld zijn tussen de verschillende zorgaanbieders. Het kan dus zijn dat patiënten door deze wachttijden langer moeten wachten op passende geestelijke gezondheidszorg dan de geldende normen.





1

2

3

4

5

NZa-beleidsregel

Betere geldstroom tussen forensische en reguliere ggz-zorg

De NZa publiceerde in 2014 een regel om geld te kunnen overhevelen van de forensische zorg naar de reguliere ggz-zorg in de zorgverzekeringswet en andersom.

Het is lang niet altijd eenvoudig om vooraf te bepalen welke (en dus hoeveel of zelfs wanneer) patiënten forensische zorg of juist reguliere zorg nodig hebben.

Beide zorgvormen hebben namelijk hun eigen bekostigingsvorm. Deze 'schotten in de bekostiging' kunnen er bijvoorbeeld toe leiden dat een forensische zorgaanbieder een tekort aan bedden voor de forensische zorg heeft, terwijl bij dezelfde zorgaanbieder, bedden voor de reguliere geestelijke gezondheidszorg leeg staan. Dit is niet goed voor de continuïteit van de zorg.

Regel beoogt oplossing te bieden

Uit onderzoek van de NZa blijkt dat bijna de helft van de zorgaanbieders inderdaad knelpunten ervaart door de verschillen in de bekostiging tussen de forensische zorg en de reguliere geestelijke gezondheidszorg of gehandicaptenzorg.

Met de beleidsregel ('Overheveling FZ-Zvw') beoogt de NZa dit probleem op te lossen. De regeling maakt het mogelijk geld over te hevelen van het ene naar het andere domein. Voorwaarde is dat de zorgaanbieder, de verzekeraars van reguliere zorg én ForZo/JJI het eens zijn met die overheveling.

Regel blijft onbekend

Hoewel bijna de helft van de zorgaanbieders aangeeft knelpunten te ervaren met de schotten in de bekostiging, hebben ze tot nog toe geen gebruik gemaakt van de beleidsregel. Eén verklaring is dat een groot aantal zorgaanbieders deze regel niet kent. Dat geldt voor twee van de drie zorgaanbieders die knelpunten in de bekostigingsschotten ervaren.





1

2

3

4

5

In totaal weet bijna driekwart van alle zorgaanbieders niet dat deze beleidsregel bestaat. Een kwart kent de regel dus wel. Van hen geeft de helft aan op dit moment geen aanleiding te zien om er gebruik van te maken. De andere helft geeft aan dat de beleidsregel geen echte oplossing is.

Twijfel aan de oplossing

Zorgaanbieders die de beleidsregel wel kennen, maar daar geen oplossing in zien, geven daarvoor de volgende redenen:

1. Zowel in de overige forensische zorg als in de geestelijke gezondheidszorg wordt meer zorg gedeclareerd dan is afgesproken en ingekocht. Het overhevelen van geld biedt dan geen uitkomst.
2. Het aandeel forensische zorg is klein. Het aandeel behandelingen in de forensische zorg is bij veel instellingen zoveel minder dan in de reguliere zorg, dat het maken van overhevelingsafspraken niet opwegen tegen de opbrengsten.
3. Er is geen afspraak tussen de zorgaanbieder, de zorgverzekeraars in de reguliere ggz-zorg en ForZo/JJI tot stand gekomen; dit is een voorwaarde om geld over te kunnen hevelen.

NB Mogelijk is er nog een andere reden waarom de regeling niet wordt gebruikt. Reguliere begeleidingszorg wordt sinds 2015 door de gemeenten uitgevoerd, via de Wmo. Er is op dit moment geen regeling voor het overhevelen van geld van en naar de Wmo.



Conclusies en aanbevelingen



1

Doorstroom naar lichtere zorg

Jaarlijks stromen zo'n 12.000 patiënten de forensische zorg in. Een deel van hen (tenminste 29%) kreeg al reguliere geestelijke gezondheidszorg voordat zij een forensisch zorgtraject ingingen. Het doel van ForZo/JJI is dat patiënten na een bepaalde periode in de zware forensische zorg doorstromen naar relatief lichtere vormen, zoals forensische zorg zonder verblijf of lager beveiligde zorg met verblijf. De ontwikkeling van de zorgkosten laat zien dat aan deze doelstelling gewerkt wordt.

2

Knelpunten in de doorstroom

Er wordt meer 'overige forensische zorg' gedeclareerd dan dat er wordt ingekocht. Dit kan ervoor zorgen dat patiënten langer moeten wachten op de juiste zorg. Volgens de zorgaanbieders zitten de grootste knelpunten voor de doorstroom bij de voorzieningen voor beschermd wonen (de RIBW's) en bij de zorg voor mensen met een sterke gedragsstoornis en een licht verstandelijke beperking (SGLVG).

3

4

Reguliere zorg na forensische zorg

Bijna de helft van de forensische patiënten heeft na afloop van de forensische zorg nog begeleiding of behandeling in de reguliere zorg nodig en krijgt dus vervolgzorg. De meeste van hen krijgen deze vervolgzorg in de geestelijke gezondheidszorg. Bovendien behoudt de meerderheid van de patiënten met vervolgzorg dezelfde diagnose als dat zij hadden in de forensische zorg.

5

Beleidsregel tegen knelpunten

De NZa-regel uit 2014 ('Overheveling FZ-Zvw') om geld over te kunnen hevelen van de forensische zorg naar de zorgverzekeringswet en andersom wordt niet gebruikt. De regel biedt blijkbaar niet de beoogde oplossing voor knelpunten in de bekostigingsschotten tussen de forensische zorg en de reguliere ggz-zorg. De NZa overweegt, ook in het kader van het verminderen van de administratieve last, om de beleidsregel 'Overheveling FZ-Zvw' te schrappen.

Verbetering van datakwaliteit

De NZa onderneemt de eerste helft van 2016 actie om de datakwaliteit van het landelijke DBC-informatiesysteem (DIS) te verbeteren. Op dit moment schiet het informatiesysteem tekort in de volledigheid van de data. Wij willen benadrukken dat het de verantwoordelijkheid en plicht is van de zorgaanbieders om consequent de geleverde en gedeclareerde forensische zorg aan te leveren.



1

2

3

4

5

Onderzoek naar continuïteit

We zullen in 2016 een verdiepend onderzoek doen naar de continuïteit van zorg. Om de continuïteit van de forensische zorg goed in kaart te brengen, zijn betrouwbare gegevens nodig over de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in de forensische zorg. Hiervoor willen wij onder andere de gegevens van het informatiesysteem IFZO van het ministerie van VenJ gebruiken. In dit systeem worden nu niet alle gegevens goed bijgehouden. We vragen het ministerie van VenJ om duidelijke (prestatie)afspraken te maken met de diverse indicatiestellers en plaatsers in de forensische zorg, zodat het informatiesysteem goed ingevuld en gebruikt kan worden.





Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

Postadres

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Bezoekadres

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 - 296 81 11

Website: www.nza.nl

Twitter: [@zorgautoriteit](https://twitter.com/zorgautoriteit)

Informatielijn

Telefoon: 088 - 770 87 70

(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)

E-mail: info@nza.nl

Vormgeving

Optima Forma bv

