

**Advies**

# **Bekostiging forensische zorg 2016**



februari 2017



# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>Aanleiding</b>	<b>9</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Overgang forensische zorg: van bekostiging op basis van budgetparameters naar prestatiebekostiging	11
1.2 Onderzoek	12
1.3 Gebruikte data	13
1.4 Leeswijzer	13
<b>2. Prestatiebekostiging</b>	<b>15</b>
2.1 Wat is prestatiebekostiging?	15
2.2 Wat zijn de voorwaarden voor de forensische zorg waaronder prestatiebekostiging werkt?	15
2.3 Conclusie	21
<b>3. Redenen financieel risico</b>	<b>23</b>
3.1 Resultaten uit dataonderzoek	23
3.1.1 Aandeel verblijf	24
3.1.2 Beveiligingsniveau en verblijfsintensiteit	25
3.1.3 Zorginhoud: aandeel verslavingszorg en zorgzwaarte	26
3.1.4 Deelconclusie resultaten dataonderzoek	27
3.2 Resultaten uit interviews	28
3.2.1 Risico's	28
3.2.2 Deelconclusie interviews	28
3.3 Conclusie	29
<b>4. Rijksinstellingen</b>	<b>31</b>
4.1 Kenmerken rijksinstellingen	31
4.2 Conclusie prestatiebekostiging	32
<b>5. Tbs-zorg</b>	<b>35</b>
5.1 Kenmerken tbs-zorg	35
5.2 Conclusie prestatiebekostiging	36
<b>6. Overige forensische zorg</b>	<b>37</b>
6.1 Kenmerken overige forensische zorg	37
6.2 Conclusie prestatiebekostiging	38
<b>Bijlage 1. Eerdere publicaties van de NZa over de invoering van prestatiebekostiging</b>	<b>39</b>
<b>Bijlage 2. Alternatieven voor prestatiebekostiging</b>	<b>40</b>
<b>Bijlage 3. Vragenlijst interviews</b>	<b>41</b>
<b>Bijlage 4. Voorwaarden voor prestatiebekostiging</b>	<b>44</b>



## Samenvatting

*De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderzocht in hoeverre prestatiebekostiging past binnen de (verschillende deelsectoren van) de forensische zorg. Als onderdeel van dit advies geven we ook antwoord op de vraag van de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie (VenJ), wat de redenen zijn waarom zorgaanbieders met de overgang naar prestatiebekostiging op basis van dbbc's (diagnose behandel beveiligingscombinaties) (financieel) risico lopen.*

Prestatiebekostiging is een vorm van bekostiging waarbij zorgaanbieders betaald worden voor de zorg die zij daadwerkelijk hebben geleverd. Vanaf 2013 is de forensische zorg stap voor stap overgegaan van bekostiging op basis van budgetparameters naar prestatiebekostiging. Voor de behandelenzorg gold voor de jaren 2013, 2014 en 2015 een overgangsregeling. De begeleidingszorg wordt vanaf 2015 bekostigd op basis van geleverde prestaties. Per 1 januari 2016 is prestatiebekostiging voor het zorgdeel volledig ingevoerd in de forensische zorg. Alleen voor het vastgoed (de kapitaallasten) bij de verblijfszorg geldt nog een overgangsregeling tot 1 januari 2018. Daarna zal er sprake zijn van prestatiebekostiging op basis van integrale tarieven. Dat zijn tarieven die een vergoeding bieden voor alle kosten van forensische zorg (loonkosten, materiële kosten en kapitaallasten).

De manier van bekostigen verschilt per zorgsoort:

- *Forensische behandeling* wordt bekostigd op basis van diagnose behandel beveiligingscombinaties (dbbc's).
- *Forensische begeleiding met verblijf* wordt bekostigd op basis van een bedrag per dag: de zorgzwaartepakketten (zzp's).
- *Forensische begeleiding zonder verblijf* wordt vergoed via de zogenoemde 'extramuraal parameters': dit zijn bedragen per tijdseenheid.

### *Voorwaarden voor prestatiebekostiging*

Om antwoord te kunnen geven op de vraag of prestatiebekostiging passend is voor de forensische zorg, is een set met voorwaarden opgesteld waaraan de prestatiebekostiging in de forensische zorg kan worden getoetst. Deze set bevat de volgende voorwaarden:

1. Inzicht in de kwaliteit van de zorg
2. Goede en stabiele productstructuur met passend tarief
3. Minimalisering van ongewenste effecten
4. Beheersing van volume-/kostenontwikkeling
5. Risicodragendheid
6. Eenduidige diagnostiek en indicatiestelling
7. Vrije toe- en uittreding van aanbieders

De NZa vindt dat op basis van de genoemde criteria prestatiebekostiging past binnen de forensische zorg. Op dit moment wordt echter nog niet aan alle randvoorwaarden voldaan om een optimale werking van prestatiebekostiging te borgen. Forensische zorg heeft bijzondere eigenschappen die niet terug te vinden zijn bij andere zorgsoorten. Denk daarbij aan het verplichte karakter van zorg en het feit dat er maar één inkoper/zorgverzekeraar is, namelijk de dienst Forensische Zorg/Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI), welke onderdeel is van het Ministerie van VenJ. Deze kenmerken zijn gelegen in veelal politieke en organisatorische keuzes en daardoor lastig veranderbaar.

Dit geldt ook voor de randvoorwaarden rondom de risicodragendheid en de uniforme indicatiestelling. Aan sommige randvoorwaarden wordt nu nog niet volledig voldaan, maar deze zijn wel te verbeteren. Denk daarbij aan het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de forensische zorg, het verbeteren van de zorgprestaties (productstructuur) en het afspreken van gedifferentieerde tarieven.

#### *Redenen voor (financiële) risico's*

De NZa onderzocht de redenen waarom zorgaanbieders in de forensische zorg met de invoering van de dbbc-bekostiging (financieel) risico lopen. Uit de data-analyses blijkt dat de verschillen voor de zorgaanbieders behoorlijk uiteen lopen. Wij kunnen op basis van de beschikbare cijfers niet concluderen dat er (zorginhoudelijke) factoren aan te wijzen zijn, die bij het invoeren van prestatiebekostiging tot een specifiek risico voor de zorgaanbieder leiden.

Zorgaanbieders van forensische zorg die nu een lagere omzet hebben dan destijds via de budgetten, kunnen wel degelijk een financieel risico lopen. De redenen die zorgaanbieders noemen voor deze lagere omzet zijn echter niet specifiek voor prestatiebekostiging, maar zijn vooral bedrijfskundig en administratief van aard, zoals onderregistratie of de inrichting van de bedrijfsvoering.

#### *Advies prestatiebekostiging deelsectoren forensische zorg*

In de forensische zorg onderscheiden we de volgende deelsectoren:

- Tbs-zorg (met uitzondering van de rijks-forensische psychiatrische centra).
- Overige forensische zorg.
- Rijksinstellingen: de penitentiaire psychiatrische centra (ppc's) en de rijks-fpc's.

Prestatiebekostiging is voor de 'overige forensische zorg' en de 'tbs-zorg' passend. Voor de continuïteit van zorg en de doorstroom naar andere zorgaanbieders van forensische zorg of gespecialiseerde ggz, is het belangrijk dat deze instellingen 'dezelfde taal' spreken. Ook biedt prestatiebekostiging inzicht in de zorgactiviteiten en helpt het kosten en uitgaven inzichtelijk te maken. Daarnaast zijn de zorgaanbieders die overige forensische zorg of tbs-zorg leveren zelfstandige organisaties die speelruimte hebben om hun bedrijfsvoering aan te passen aan veranderingen in de markt.

De rijksinstellingen zijn in theorie over op prestatiebekostiging, maar in de praktijk is dit anders. Het resultaat van de rijksinstelling is namelijk onderdeel van het resultaat van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). Boven een bepaald percentage wordt het resultaat afgeroomd ten gunste van de centrale exploitatiereserve van DJI. Bovendien kunnen rijksinstellingen niet sturen in bedrijfseconomische zin en niet failliet gaan. Een deel van de registratie en financiële administratie is uitbesteed en voor de ppc's geldt dat zij geen volledig zelfstandige bedrijfsvoering voeren. Ook gelden er voor de rijksinstellingen andere regels voor het personeelsbeleid en het vastgoed is niet in eigen beheer.

Een aantal van de kenmerken van de rijksinstellingen passen niet bij prestatiebekostiging en bekostiging op basis van prestaties is niet de huidige praktijk. De voordelen die prestatiebekostiging met zich meebrengt, zijn echter wel van dermate belang, dat de NZa adviseert om prestatiebekostiging niet in zijn geheel af te schaffen voor de rijksinstellingen. Op dit moment wordt het werken met zorgprestaties

voor deze rijkinstellingen niet gebruikt voor de bekostiging van de zorg (het daadwerkelijk afrekenen op basis van de geleverde zorgprestaties), maar wel voor de financiering ervan (de opbrengsten uit het factureren van de zorgprestaties leiden tot de inkomsten van de zorgaanbieder). Dit heeft voordelen: ook voor de rijkinstellingen is het namelijk van belang om 'dezelfde taal' te spreken als andere aanbieders van forensische zorg, ggz- of vg- aanbieders. Bovendien biedt deze manier van factureren inzicht in de zorgactiviteiten van deze rijkinstellingen, en helpt het om inzicht te krijgen in de kosten en uitgaven van de forensische zorg.

De huidige situatie is ontstaan vanwege politieke en juridische redenen. Het ligt buiten de taken en bevoegdheden van de NZa om te beslissen over de inrichting van het stelsel van forensische zorg. Over prestatiebekostiging bij de rijkinstellingen moet het Ministerie van VenJ<sup>1</sup> een keuze maken.

Als het Ministerie van VenJ besluit dat de huidige prestatiebekostiging (wel financiering, geen volledige bekostiging) voor de forensische zorg in rijkinstellingen blijft bestaan, dan zal de NZa onderzoeken of de huidige wijze waarin het resultaat ten laste of gunste valt van de exploitatiereserve kan blijven bestaan en past binnen de huidige regelgeving of dat een verduidelijking of aanpassing in de regels nodig is.

Besluit het Ministerie van VenJ om de prestatiebekostiging ook bij de rijkinstellingen volledig toe te passen, dan moet de huidige praktijksituatie worden aangepast. Dit zal betekenen dat rijkinstellingen voor de bekostiging dan niet langer onderdeel uit maken van het Ministerie van VenJ.

---

<sup>1</sup> Als een aanwijzing aan de NZa moet worden gegeven, wordt deze aanwijzing vanuit het Ministerie van VWS in overeenstemming met de Minister van VenJ gegeven.





## Aanleiding

De bekostiging van forensische zorg vond tot 2013 plaats op basis van budgetparameters. Vanaf 2013 is prestatiebekostiging binnen de forensische zorg ingevoerd. Voor de behandلزorg (zorg op basis van dbbc's) gold voor de jaren 2013 tot en met 2015 een overgangperiode. De bekostiging van de begeleidingszorg (zorg op basis van zzp's en extramurale parameters) vindt vanaf 2015 plaats op basis van geleverde prestaties.

In dit advies doet de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderzoek naar prestatiebekostiging binnen de forensische zorg. De forensische zorg heeft kenmerken die haar onderscheiden van andere vormen van zorg. Op basis van de kenmerken van de forensische zorg en zorgaanbieders onderzoeken wij in hoeverre prestatiebekostiging past binnen de verschillende deelsectoren van de forensische zorg.

De staatssecretaris van VenJ heeft aan de NZa gevraagd<sup>2</sup> om een nadere analyse te maken van redenen waarom zorgaanbieders binnen de forensische zorg financiële risico's lopen bij de invoering van prestatiebekostiging op basis van dbbc's. Als onderdeel van dit advies beantwoorden wij deze vraag. De vraag komt onder andere voort uit de 'Evaluatie invoering prestatiebekostiging in dbbc's in de forensische zorg' van augustus 2015.

De afgelopen jaren heeft de NZa diverse documenten gepubliceerd die raken aan de invoering van prestatiebekostiging binnen de forensische zorg. Hieronder staan de publicaties op een rij. In bijlage 1 is een uitgebreider overzicht opgenomen.

Wat zijn eerdere publicaties van de NZa die de invoering van prestatiebekostiging raken?

- Marktscan Forensische zorg in strafrechtelijk kader 2014 (gepubliceerd in februari 2015).
- Evaluatie invoering prestatiebekostiging in dbbc's in de forensische zorg (gepubliceerd in augustus 2015).
- Advies tariefstelling in relatie tot de invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg (gepubliceerd in juni 2016).

<sup>2</sup> Brief 'Verzoek NZa toets op maatregelen VenJ tegen risico's beëindiging transitie-model' van 4 maart 2016 met kenmerk 695721.



## 1. Inleiding

Met het programma 'Vernieuwing Forensische Zorg in een strafrechtelijk kader' zijn van 2006 tot en met 2010 veel veranderingen doorgevoerd in de forensische zorg. De uitgangspunten van het programma waren:

- de juiste patiënt op de juiste plek;
- het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit;
- kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving;
- goede aansluiting tussen de forensische en de reguliere zorg.

Een sterkere samenhang tussen de forensische en de reguliere geestelijke gezondheidszorg en de langdurige zorg werd beoogd door de bekostiging van zorg beter op elkaar aan te laten sluiten. Ook was de wens om een meer eenduidig en transparant stelsel te creëren.

In de voorhangbief over invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg van 14 juni 2012 schrijft de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie (VenJ) het volgende:

"Het is mijn voornemen om op de doelen van het programma en de veranderingen die in het stelsel zijn doorgevoerd voort te bouwen. De invoering van prestatiebekostiging in de zorg is één van de voorwaarden voor de ontwikkeling van de juiste prikkels om samenhangende en doelmatige zorg rondom de justitiabele te organiseren. De prikkels om kwalitatief goede zorg te leveren die aansluit bij de behoefte van de justitiabele nemen hierdoor toe. Dit heeft een positief effect op de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Bovendien wordt zo qua bekostigingssystematiek zoveel mogelijk aangesloten bij de ggz en de AWBZ, waardoor de administratieve lasten voor de zorgaanbieders worden beperkt. Daarom kies ik ook voor de forensische zorg voor de invoering van prestatiebekostiging."<sup>3</sup>

### 1.1 Overgang forensische zorg: van bekostiging op basis van budgetparameters naar prestatiebekostiging

Voor 2013 vond bekostiging van de forensische zorg plaats op basis van budgetparameters (zoals het aantal bedden). Vanaf 2013 is er sprake van bekostiging op basis van prestaties. Voor de zorg gericht op behandeling gaat dit op basis van dbbc's. Voor dit type zorg gold een overgangsregeling van 3 jaar (2013, 2014 en 2015), waardoor de zorgaanbieders geleidelijk over zijn gegaan op prestatiebekostiging. De zorg gericht op begeleiding (zzp's en extramurale parameters) wordt sinds 2015 bekostigd op basis van geleverde prestaties. Hiervoor was geen overgangsregeling in het leven geroepen.

Per 1 januari 2016 is er sprake van volledige prestatiebekostiging voor het zorgdeel van de forensische zorg. Voor de kapitaallasten bij verblijf loopt een overgangsregeling naar de normatieve huisvestingscomponent (nhc) tot 1 januari 2018. Daarna zal er sprake zijn van integrale prestatiebekostiging, waarin zowel de zorg als kapitaallasten op basis van prestaties bekostigd worden.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2011/12, 32 398, 16, p. 2.

In onderstaande tabel is een vergelijking opgenomen tussen de bekostiging op basis van budgetparameters en de bekostiging op basis van prestatiebekostiging in de forensische zorg:

	Bekostiging op basis van budgetparameters	Prestatiebekostiging
Prestaties	Budgetparameters: bedden en contacten.	Dbbc's, zzp's, extramurale parameters.
Kapitaallasten	Werkelijke kosten, op basis van vergunning.	Overgang naar bekostiging op basis van de normatieve huisvestingscomponent (nhc) per 2018. De nhc is een tarief per patiënt per dag. De nhc is productiegebonden en dus afhankelijk van de bezetting.
Bijzondere componenten	Naast de budgetparameters kunnen bijzondere componenten bestaan. Deze componenten hoeven niet patiëntgebonden te zijn.	Integraal tarief, gemiddeld dekkend voor alles. Er zijn geen afzonderlijke (budget)componenten. Toeslagen of overige producten zijn wel mogelijk, maar kunnen alleen op patiëntniveau worden gedeclareerd.

## 1.2 Onderzoek

In dit advies nemen we de huidige bekostigingsvorm, prestatiebekostiging op basis van dbbc's, zzp's en extramurale parameters als uitgangspunt. We bekijken dus of er aanleiding is aan te nemen dat prestatiebekostiging niet het best passend is en dat we een ander systeem moeten overwegen. Prestatiebekostiging sluit wellicht niet voor alle onderdelen van de forensische zorg even goed aan, afhankelijk van segment specifieke kenmerken. Alternatieve vormen van bekostiging kunnen bepaalde beperkingen wegnemen, maar tegelijkertijd weer andere (grotere) nadelen bevatten. Als prestatiebekostiging niet de best passende vorm is, bekijken we welke vorm van bekostiging dan wel past. Voorbeelden van enkele alternatieve manieren van bekostiging zijn een beschikbaarheidsbijdrage, functiegericht bekostiging en uitkomstbekostiging. In bijlage 2 zijn deze alternatieven verder toegelicht. Als onderdeel van dit advies geven we ook antwoord op de vraag van de staatssecretaris wat de redenen zijn waarom zorgaanbieders met de overgang naar prestatiebekostiging op basis van dbbc's (financieel) risico lopen.

### 1.3 Gebruikte data

Voor de analyses in deze scan maakten wij gebruik van:

- gegevens uit 2013 en 2014 uit de transitierегeling voor de overgang naar dbbc-bekostiging en de overgangsregeling nhc;
- gegevens van de inkoper van forensische zorg: Divisie Forensische Zorg/Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI), voorheen DForZo;
- interviews met aanbieders van forensische zorg en ForZo/JJI.

De interviews vonden plaats met ForZo/JI en 15 aanbieders uit alle deelsectoren van de forensische zorg. Hierbij valt te denken aan zorgaanbieders die tbs-zorg leveren, rijksinstellingen, zorgaanbieders van overige forensische zorg, geïntegreerde zorgaanbieders, zorgaanbieders die enkel ambulante zorg bieden en zorgaanbieders die enkel verslavingszorg of zorg aan verstandelijk gehandicapten bieden.

Tijdens het interview stonden we stil bij:

- het profiel van de zorgaanbieder binnen de forensische zorg;
- de verklaringen voor de resultaten van de zorgaanbieder voor de dbbc's, zzp's, extramurale parameters en nhc's;
- prestatiebekostiging.

De totale vragenlijst staat in bijlage 3.

Waar we in dit advies de reactie van zorgaanbieders weergeven, bedoelen we de zorgaanbieders die geïnterviewd zijn.

### 1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 gaan we eerst in op de kenmerken van prestatiebekostiging en de voorwaarden voor de forensische zorg waaronder prestatiebekostiging werkt.

In hoofdstuk 3 beantwoorden wij de adviesvraag van de staatssecretaris van VenJ. We kijken of bepaalde kenmerken van zorgaanbieders de oorzaak zijn voor het verschil tussen de budgetomzet en de dbbc-opbrengsten. Dit onderzoek wordt gebaseerd op basis van data-analyses en interviews die zijn gehouden met een aantal zorgaanbieders en ForZo/JJI.

Naar aanleiding van bovenstaande analyses willen we een conclusie trekken over de mate waarin prestatiebekostiging past in de forensische zorg. Hierbij wordt gekeken naar de volgende deelsectoren van de forensische zorg; rijksinstellingen (ppc's en de rijks-fpc's), de tbs-zorg (met uitzondering van de rijks-fpc's) en de overige forensische zorg. Dit staat achtereenvolgend in de hoofdstukken 4, 5 en 6.



## 2. Prestatiebekostiging

### 2.1 Wat is prestatiebekostiging?

Prestatiebekostiging is een vorm van bekostiging waarbij zorgaanbieders voor hun omzet afhankelijk zijn van de zorg die zij leveren aan de burger. De essentie van prestatiebekostiging is dat er uitsluitend bekostiging plaatsvindt op basis van de werkelijk geleverde prestaties.

Binnen prestatiebekostiging onderhandelen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder over de kwaliteit van zorg, het volume en de prijs. Prestatiebekostiging beoogt daarmee zorgaanbieders te stimuleren om doelmatig te werken en te investeren in kwaliteit en transparantie van het zorgaanbod. Als een zorgaanbieder kwalitatief betere zorg kan leveren tegen een gelijkblijvende of een lagere prijs, kan de zorgverzekeraar besluiten deze zorgaanbieder gunstigere contractvoorwaarden te bieden. Prestatiebekostiging geeft de zorgverzekeraar handvatten voor het opzetten van selectieve zorginkoop, waarmee een positieve impuls op kwaliteit en betaalbaarheid wordt gerealiseerd.

Omdat forensische zorg plaatsvindt binnen een strafrechtelijk kader is de zorg verplicht. Er bestaat dus geen keuzevrijheid voor de patiënt om te bepalen of hij in zorg komt en bij welke zorgaanbieder. Hierdoor verandert de dynamiek tussen de zorgaanbieder, zorgverzekeraar en patiënt. Echter, prestatiebekostiging heeft vooral impact op de wijze waarop zorgaanbieders worden bekostigd door de zorgverzekeraar en staat daarom gedeeltelijk los van de rol van de patiënt. De mogelijkheid om via het keuzegedrag van patiënten informatie te verkrijgen over kwalitatief goede zorg, ontbreekt voor de forensische zorg. Er zijn andere indicatoren die de kwaliteit van zorg transparant kunnen maken.

In de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) is prestatiebekostiging vanaf 1 januari 2013 ingevoerd. De invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg leidt tot dezelfde 'bekostigingstaal' tussen de gespecialiseerde ggz en de forensische zorg. De samenhang in wijze van bekostiging kan er voor zorgen dat de administratieve lastendruk voor zorgaanbieders wordt beperkt.

### 2.2 Wat zijn de voorwaarden voor de forensische zorg waaronder prestatiebekostiging werkt?

Om de onderzoeksvragen van dit advies te kunnen beantwoorden is het belangrijk om voorwaarden te stellen waaraan de prestatiebekostiging in de forensische zorg kan worden getoetst. Deze voorwaarden zijn ontleend aan de volgende bronnen:

- de randvoorwaarden zoals gesteld door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bij de invoering van prestatiebekostiging in de gespecialiseerde ggz;<sup>4</sup>
- het advies van de Raad van State over de invoering van prestatiebekostiging in de zorg uit 2009;<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Brief van de Minister van VWS d.d. 13 oktober 2009 aan de leden van het Bestuurlijk Overleg (CZ CGG 2958765). De randvoorwaarden zijn mede te vinden in het advies van de NZa inzake 'Invoering prestatiebekostiging curatieve ggz' van januari 2010.

- de aanwijzing van de Minister van VWS, handelende in overeenstemming met de Minister van VenJ inzake de invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg.<sup>6</sup>

De hieronder genoemde voorwaarden betreft een samengestelde set van voorwaarden voor prestatiebekostiging die zijn genoemd door VWS, VenJ en de Raad van State:

1. Inzicht in de kwaliteit van zorg
2. Goede en stabiele productstructuur met passend tarief
3. Minimalisering van ongewenste effecten
4. Beheersing van volume-/kostenontwikkeling
5. Risicodragendheid
6. Eenduidige diagnostiek en indicatiestelling
7. Vrije toe- en uittreding van aanbieders

In deze paragraaf toetsen we de algemene kenmerken van de forensische zorg aan de bovengenoemde voorwaarden.

- 1. Inzicht in de kwaliteit van zorg

Inzicht in de kwaliteit van forensische zorg is nodig om de transparantie over de geleverde zorg te verbeteren. Een hoge kwaliteit van verleende zorg kan bijvoorbeeld bijdragen aan het terugdringen van recidive risico of het sneller afschalen van de geboden zorg. Het is vervolgens aan zorgaanbieders en de zorginkoper om te bepalen wat betaald moet worden voor de geleverde kwaliteit. Voor de forensische zorg zijn er door ForZo/JJI in samenwerking met het veld twee sets prestatie-indicatoren (door)ontwikkeld die een beter inzicht geven in de kwaliteit van forensische zorg: prestatie-indicatoren forensische psychiatrie en prestatie-indicatoren doelmatigheid. De eerste set is van toepassing op alle zorgaanbieders van forensische zorg. De tweede set is specifiek voor instellingen die tbs-zorg leveren. Een aantal prestatie-indicatoren is genormeerd. Als een zorgaanbieder de opgelegde normen niet haalt, legt ForZo/JJI een boete op. Op die manier worden zorgaanbieders gestimuleerd om de kwaliteit te waarborgen en jaarlijks te verhogen. Indien nodig gaat ForZo/JJI in gesprek over de uitkomsten op de indicatoren. Zo kan enerzijds sturend worden geacteerd bij tegenvallende prestaties en anderzijds kunnen best-practices worden verzameld.

Uit het inkoopplan 2017 volgt dat ForZo/JJI voor 2017, naast de boetes, geen prijsdifferentiatie toepast voor de resultaten op de prestatie-indicatoren. ForZo/JJI past wel een prijsdifferentiatie toe op de behandel dbbc's voor e-health en Forensische (Flexible) Assertive Community Treatment. ForZo/JJI heeft daarnaast het gunningsproces voor de meerjarencontracten voor 75% gebaseerd op kwaliteitsprestaties.

Forzo/JJI past op het behandeldeel van de prestaties, met uitzondering van de behandel dbbc's voor e-health en Forensische (Flexible) Assertive Community Treatment, een generieke afslag toe.

Het toepassen van generieke afslagen past niet goed bij prestatiebekostiging, maar het specifieke behandelaanbod, de cliëntkenmerken en kwaliteit komen via de onderhandeling en differentiatie terug in het gecontracteerde tarief.

Het leveren van kwalitatief goede zorg aan patiënten met specifieke kenmerken is bij uitstek een van de onderdelen die aan bod moet komen bij de onderhandeling tussen zorgaanbieder en verzekeraar.

---

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 393, 4, p. 9-10.

<sup>6</sup> Stcrt. 2012, 22537.



De NZa is van mening dat op basis van kwaliteit er differentiatie en selectie in de zorginkoop mogelijk is. ForZo/JJI is dan ook door de NZa opgeroepen om meer naar de prestaties van de individuele zorgaanbieders te kijken en om in toenemende mate de resultaten op de prestatie-indicatoren te gebruiken bij de zorginkoop. Daarnaast hebben wij zorgaanbieders opgeroepen om hun resultaten op de prestatie-indicatoren te gebruiken om ForZo/JJI te wijzen op de kwaliteit van de door hun geleverde zorg.

– 2. Goede en stabiele productstructuur met passend tarief  
In de aanwijzing over de invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg<sup>7</sup> wordt gesteld dat een belangrijke voorwaarde voor een verantwoorde overstap naar prestatiebekostiging een voldoende stabiele dbbc-productstructuur is. De NZa heeft in het advies 'Implementatie dbbc-bekostiging forensische zorg' van april 2012 geadviseerd dat de productstructuur voldoende stabiel is voor de invoering van prestatiebekostiging. Wijzigingen in de productstructuur worden altijd getoetst op de potentiële impact voor de forensische zorg en geconsulteerd bij betrokken partijen.

Voor de forensische zorg geldt dat, net als voor de gespecialiseerde ggz, een doorontwikkeltraject loopt om de huidige productstructuur te verbeteren. Het doel is onder andere om medische herkenbaarheid te vergroten door een zorgclustermodel toe te passen en om eerder inzicht in de schadelast te hebben. De streefdatum voor de invoering van een verbeterde productstructuur is 1 januari 2020. De nieuwe prestaties moeten passen bij de zorgvraag van de patiënt in de forensische zorg. Voor een optimale toepassing van de prestaties, in de context van prestatiebekostiging, is het belangrijk dat de specifieke eigenschappen van de forensische patiënten op een goede manier tot uiting komen in de productstructuur.

In de beleidsregel Tariefprincipes curatieve zorg<sup>8</sup> staat opgenomen binnen welke kaders de tariefberekening wordt uitgevoerd. Het uitgangspunt van de tariefberekening in de forensische zorg is dat tarieven (of onderdelen van tarieven) zijn gebaseerd op kosten. De tariefsoort voor prestaties in de forensische zorg betreft een maximumtarief, wat inhoudt dat zorgaanbieders vrij zijn om onder of op het maximumtarief af te spreken, maar niet boven het maximumtarief kunnen afspreken. De maximumtarieven borgen enerzijds een bepaalde mate van beheersing van de kostenontwikkeling en bieden anderzijds de mogelijkheid om doelmatigheid een plek te geven bij de inkoop van zorg.

Voor een succesvolle overgang naar prestatiebekostiging is het van groot belang dat de tariefstelling juist is. Binnen de forensische zorg is de afgelopen jaren discussie gevoerd over de juistheid van de tarieven 2014 tot en met 2017. De NZa voert een nieuw kostenonderzoek uit voor de tarieven 2018. Omdat het erg belangrijk is dat marktpartijen de tarieven 2018 accepteren en uniform toepassen, worden zij nadrukkelijk betrokken bij het kostenonderzoek en de resultaten. Dit neemt niet weg dat de zorgaanbieder met de verzekeraar vervolgens prijzen afspreken die – al dan niet gedifferentieerd – op of onder de NZa-maximumtarieven liggen. Zoals ook aangegeven bij kwaliteit, past een tariefdifferentiatie bij een markt met prestatiebekostiging, bijvoorbeeld differentiatie op basis van kwaliteit, cliëntkenmerken en specifiek behandelaanbod.

---

<sup>7</sup> Stcrt. 2012, nr. 22537.

<sup>8</sup> Beleidsregel BR/CU-5149 Tariefprincipes curatieve zorg.

### *Vergoeding naast de reguliere prestaties en tarieven*

Voor de forensische zorg stelt de NZa de prestaties en tarieven vast. De NZa is er verantwoordelijk voor dat zorgactiviteiten, die patiëntgebonden zijn en binnen de definitie van forensische zorg zoals omschreven in de Wmg vallen, op een adequate manier in de productstructuur opgenomen zijn.

Voor de forensische zorg mogen alleen de door de NZa vastgestelde prestaties en tarieven in rekening worden gebracht door zorgaanbieders en vergoed worden door ForZo/JJI. Aparte vergoedingen voor zorg die binnen de definitie van de forensische zorg vallen, zijn niet toegestaan en mogen niet apart, naast de vastgestelde prestaties en tarieven, worden vergoed. ForZo/JJI kan bijvoorbeeld zorg aan dove cliënten differentiëren in het tarief om zo recht te doen aan de specifieke cliëntkenmerken.

### *Release forensische zorg*

De productstructuur in de forensische zorg bestaat uit dbbc's, zzp-c, zzp-vg en extramurale parameters. Voor de dbbc's geldt dat deze onderdeel uitmaken van de doorontwikkeling van de productstructuur in het zorgclustermodel. Over de zzp's zijn de geïnterviewde zorgaanbieders tevreden, met een enkele kanttekening dat de zzp's fz-specifiek kunnen worden gemaakt. Voorbeelden van kenmerken die volgens deze zorgaanbieders nu niet of onvoldoende in de zzp's zitten zijn: recidivegevoeligheid, verslavingsproblematiek, een psychiatrisch element en vg bij de zzp-c reeks en multiproblematiek. In 2017 onderzoekt de NZa of en hoe de zzp's fz-specifiek kunnen worden gemaakt. Hierbij wordt onder andere gekeken welke fz-kenmerken onderscheidend zijn en te differentiëren zijn naar de prestaties. Ook start de NZa een kostenonderzoek voor herijking van de tarieven voor de zzp's en extramurale parameters.

Daarnaast gaven zowel ForZo/JJI als enkele aanbieders van tbs-zorg in de interviews aan dat het overig product voor extreem vlucht- en beheersgevaarlijke cliënten (EVBG-cliënten) niet goed past binnen prestatiebekostiging. Deze toeslag is productie afhankelijk, terwijl het beschikbaar hebben van deze voorziening (gebouwen en personeel) doorlopend kosten met zich mee brengt. In 2017 onderzoeken we samen met partijen dit overig product.

#### – 3. Minimalisering van ongewenste effecten

Bekostiging op basis van dbbc's, zzp's en extramurale parameters kan op sommige onderdelen leiden tot onbedoelde prikkels, zoals overbehandeling of upcoding. De dbbc-systematiek bevat tijdklassen voor de behandeling, waardoor er een prikkel bestaat om meer te behandelen en zodoende een (relatief) hoger tarief te kunnen declareren. Als er stelsmatig meer zorg wordt geregistreerd om in een hogere tijdklasse van de productstructuur te vallen, is er sprake van upcoding. Daarnaast kent de dbbc-productstructuur een maximale doorlooptijd van een prestatie van één jaar, waardoor de definitieve kosten mogelijk pas laat bekend worden. Dit kan leiden tot laat zicht op de (definitieve) zorgkosten en potentiële liquiditeitsproblemen bij zorgaanbieders. In de forensische zorg worden alleen cliënten met een strafrechtelijke titel behandeld of begeleid. Dit betekent dat een volumeprikkel beperkt is.

De NZa heeft een belangrijke taak om de ongewenste prikkels in de bekostiging en de productstructuur zoveel als mogelijk te beperken. Daarnaast heeft ForZo/JJI een belangrijke rol om ongewenste effecten

zoveel als mogelijk te mitigeren. Via formele en materiële controles kan de juistheid en rechtmatigheid van de gedeclareerde prestaties worden getoetst. Een materiële controle op potentiële upcoding heeft zowel een preventief als repressief karakter, waarmee het ongewenste effect kan worden beperkt. ForZo/JJI heeft afspraken gemaakt met zorgaanbieders over bevoorschotting, om liquiditeitsproblemen bij zorgaanbieders als gevolg van een lange gemiddelde doorlooptijd van prestaties te voorkomen.

– 4. Beheersing van volume-/kostenontwikkeling

In de voorhangbrief en de aanwijzing<sup>9</sup> voor de invoering van prestatiebekostiging binnen de forensische zorg wordt de voorwaarde van beheerste kostenontwikkeling genoemd.

Voor de dbbc's, zzp's en extramurale parameters wordt dezelfde tariefsoort gehanteerd, namelijk maximumtarieven. Deze wijze van tarifiering biedt enerzijds een waarborg voor een beheerste kostenontwikkeling en biedt anderzijds de ruimte om kwaliteit, specifieke kenmerken en doelmatigheid een plek te geven in het inkoopproces van de forensische zorg. De tarifiering op basis van maximumtarieven sluit aan bij de tariefsoort voor de reguliere ggz- en Wlz-zorg.

Omdat er in de forensische zorg sprake is van één zorgverzekeraar, is er goed overzicht over de (verwachte) zorgkosten en daarmee een hoge mate van beheersingsmogelijkheden. De NZa ziet in de kostenontwikkeling in de forensische zorg stabiliteit in de totale uitgaven. De Rijksuitgaven staan onder druk en vanaf 2013 wordt bezuinigd op de forensische zorg. Het Ministerie van VenJ heeft hierover samen met de brancheorganisaties GGZ Nederland (GGZN) en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) afspraken gemaakt in een convenant.

– 5. Risicodragendheid

In de forensische zorg is er sprake van een monopsonie. Dit houdt in dat er meerdere zorgaanbieders zijn, maar slechts één zorgverzekeraar/zorginkoper. In de forensische zorg is ForZo/JJI de enige zorgverzekeraar. ForZo/JJI bepaalt op basis van prognosemodellen hoeveel en welke forensische zorg nodig is in het komende jaar en welke zorgaanbieders dit kunnen bieden. Deze zorgaanbieders worden gecontracteerd door ForZo/JJI, er is geen sprake van niet-gecontracteerde zorg.

De NZa vindt het in het kader van prestatiebekostiging belangrijk dat de zorgaanbieder in staat is om zelfstandig bedrijfsmatige keuzes te maken. Hierdoor zijn zorgaanbieders in staat om op een adequate manier in te spelen op veranderingen, bijvoorbeeld door het zorgaanbod aan te passen of de zorgverlening. In de forensische zorg is dit niet voor alle zorgaanbieders vanzelfsprekend, bijvoorbeeld omdat zij onderdeel uitmaken van het Ministerie van VenJ. In hoofdstuk 4 komt dit nader aan de orde.

Voor de dynamiek in de markt is het belangrijk dat ook de zorgverzekeraar risico draagt. Dit moet borgen dat de zorgverzekeraar de zorginkoop en andere bedrijfsprocessen goed inregelt. ForZo/JJI is onderdeel van het Ministerie van VenJ en daarmee niet zelfstandig risicodragend. Gelet op de publieke gevoeligheid van forensische zorg én de verantwoordelijkheid van de Minister van VenJ is het niet

---

<sup>9</sup> *Stcrt.* 2012, nr. 22537.

waarschijnlijk dat de positionering van ForZo/JJI verandert. Het is van belang dat andere mechanismen, zoals strakke begrotingsrichtlijnen bij VenJ, borgen dat ForZo/JJI de rol van zorgverzekeraar op een efficiënte manier uitvoert. Tegelijkertijd is de relatieve onafhankelijkheid van ForZo/JJI ten opzichte van het beleidsdepartement van het Ministerie van VenJ als zorginkoper belangrijk in het goed kunnen functioneren van de zorginkoper. Daarvoor is een duidelijke scheiding van functies, rollen en verantwoordelijkheden nodig.

– 6. Eenduidige diagnostiek en indicatiestelling

De indicatiestelling in de forensische zorg ziet enerzijds op de mate en het type zorg die een justitiabele nodig heeft en anderzijds op de noodzakelijke beveiliging. Het blijkt voor de indicerende instantie moeilijk om een juiste indicatie te stellen die overeenkomt met de daadwerkelijke zorgvraag van de patiënt. Zo kan er sprake zijn van een andere zorgzwaarte of zelfs een andere diagnose dan oorspronkelijk is geïndiceerd. Als er meer zorg wordt verleend dan waarvoor is geïndiceerd, dient de zorgaanbieder dit via een herindicatie aan te vragen.

Als er een indicatie is gesteld, begint het proces van plaatsing van een justitiabele. De plaatsende instanties gaan op zoek naar een zorgaanbieder die de geïndiceerde zorg en de eventueel vereiste beveiliging kan leveren.

Het Informatiesysteem Forensische Zorg (Ifzo) matcht aan de hand van de indicatiestelling een geschikte zorgaanbieder en moet de onafhankelijkheid borgen. Doordat sommige plaatsingsinstanties onderdeel zijn of samenwerkingsverbanden hebben met een aantal zorgaanbieders, kan bij deze zorgaanbieders de schijn van belangenverstremming bestaan: dat er geen onafhankelijke matching, maar dus plaatsing bij de eigen instelling plaats vindt.

– 7. Vrije toe- en uittreding van aanbieders

Voor een dynamische werking van prestatiebekostiging is het van belang dat zorgaanbieders de mogelijkheid hebben om zelfstandig een vrije keuze te maken in welke soorten van de forensische zorg zij actief zijn.

Om toe te treden tot de forensische zorgmarkt is een contract met de zorginkoper ForZo/JJI noodzakelijk. Dit werpt volgens de NZa aan de aanbodzijde een toetredingsdrempel op, al is er wel sprake van vrije toetreding. Daarnaast wordt toetreding tot relatief hoog beveiligde vormen van forensische zorg beperkt door relatief grote investeringen voor faciliteiten met een hoog beveiligingsniveau.

Zorgaanbieders zijn in principe vrij om forensische zorg, of bepaalde vormen van forensische zorg, niet meer aan te bieden. Uitgezonderd is de bijzondere positie van de rijksinstellingen, die de strategische keuzes in hun zorgaanbod binnen het Ministerie van VenJ dienen te overleggen.

## 2.3 Conclusie

De NZa vindt dat op basis van de genoemde criteria prestatiebekostiging als bekostigingssystematiek past binnen de forensische zorg. Op dit moment wordt echter nog niet aan alle randvoorwaarden voldaan om een optimale werking van prestatiebekostiging te borgen. Dit komt doordat de forensische zorg bijzondere eigenschappen heeft die niet terug te vinden zijn bij andere zorgsoorten. Voorbeelden zijn het verplichte karakter van zorg en het feit dat er maar één inkoper/zorgverzekeraar is, welke onderdeel is van het Ministerie van VenJ. Deze kenmerken zijn gelegen in veelal politieke en organisatorische keuzes en daardoor lastig veranderbaar. Dit geldt ook voor de randvoorwaarden rondom de risicodragendheid en de uniforme indicatiestelling. Sommige randvoorwaarden kunnen echter wel verbeteren als gevolg van een verandering in gedrag of opgedane ervaring met prestatiebekostiging. Bijvoorbeeld het inzichtelijk maken van kwaliteit, verbeteren van de zorgprestaties (productstructuur) en het afspreken van gedifferentieerde tarieven. De NZa ziet, ondanks dat niet aan alle voorwaarden volledig wordt voldaan, voldoende aanknopingspunten voor een goede werking van prestatiebekostiging in de forensische zorg.



### 3. Redenen financieel risico

Met de invoering van prestatiebekostiging lopen zorgaanbieders mogelijk een financieel risico. De inkomsten uit prestatiebekostiging kunnen immers verschillen met de inkomsten uit het budget. Van 2013 tot en met 2015 gold voor de bekostiging op basis van dbbc's een overgangsregeling. Van 2013 tot en met 2017 geldt een overgangsregeling voor de normatieve huisvestigingscomponent (nhc). Met het vervallen van de overgangsregelingen zijn de zorgaanbieders dus geheel over op prestatiebekostiging.

De staatssecretaris van VenJ heeft ons verzocht een nadere analyse te maken van de redenen waarom zorgaanbieders met de invoering van de dbbc-bekostigingssystematiek financiële risico's lopen en hierover een advies uit te brengen. In dit hoofdstuk geven wij antwoord op deze vraag. Voor het antwoord hebben wij dataonderzoek gedaan en interviews gehouden. Wij hebben de jaarrekeningen van de zorgaanbieders bestudeerd. De jaarrekeningen van geïntegreerde zorgaanbieders zijn echter niet bruikbaar, omdat de kosten niet te splitsen zijn naar het type zorg. Rijksinstellingen deponeren geen jaarrekening. Het aantal overgebleven zorgaanbieders bleek daarmee te laag om een uitspraak te doen op basis van jaarrekeningen.

#### 3.1 Resultaten uit dataonderzoek

Voor het dataonderzoek kijken wij naar integrale tarieven voor behandeling in de fz, gebaseerd op de gegevens uit 2013 en 2014 uit de transitieregeling voor de overgang naar dbbc-bekostiging en de overgangsregeling nhc. Onder integrale tarieven verstaan wij tarieven die een vergoeding bieden voor alle kosten die een zorgaanbieder van forensische zorg heeft (loonkosten, materiële kosten en kapitaallasten). Geen onderdeel van deze analyse zijn de zzp-prestaties voor forensische begeleidingszorg.

Wanneer wij spreken over het omzetverschil bedoelen wij het verschil tussen de inkomsten uit integrale tarieven en de inkomsten uit de budgetsystematiek. Wij vergelijken dus de budgetomzet inclusief de vergoeding voor kapitaallasten onder de budgetsystematiek (werkelijke aanvaardbare kosten voor rente, huur en afschrijvingen<sup>10</sup>) met de totale dbbc-opbrengsten inclusief nhc (integraal tarief).

Voor het dataonderzoek gebruiken wij gegevens uit 2013 en 2014 uit de transitieregeling voor de overgang naar dbbc-bekostiging en de overgangsregeling nhc. De data van 2015 is nog niet volledig en is daarom niet meegenomen. Wij hebben echter niet de verwachting dat er op basis van de data 2015 reden is de conclusies te veranderen.

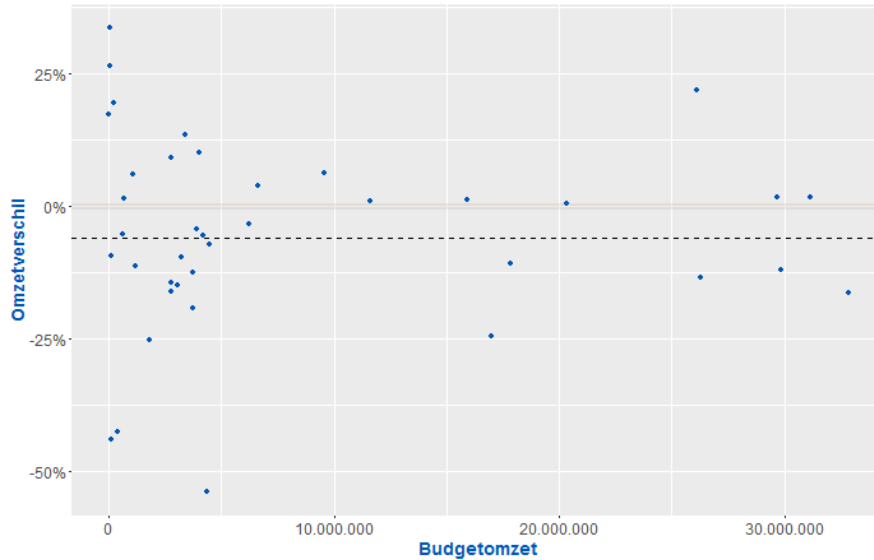
ForZo/JJI past een generieke afslag op het NZa-maximumtarief toe. De NZa constateert dat gemiddeld genomen de opbrengsten uit het integrale tarief onder de opbrengsten uit het budget liggen voor 2013 en 2014. Doordat ForZo/JJI bij de toegepaste afslagen niet differentieert naar individuele zorgaanbieders, kunnen wij in kaart brengen wat de verschillen tussen individuele zorgaanbieders zijn.

---

<sup>10</sup> Enkele zorgaanbieders van tbs-zorg hebben hun vastgoed gefinancierd middels door DJI à fonds perdu verstrekte middelen. Deze zorgaanbieders vielen niet onder het bouwregime en voor hen werd dus ook geen vergunning verstrekt. De kapitaallasten voor deze aanbieders zijn dus anders bepaald.

Zoals is beschreven in het 'Advies tariefstelling in relatie tot invoering prestatiebekostiging'<sup>11</sup>, zien we een grote spreiding in omzetverschil tussen zorgaanbieders. In figuur 1 zien we dat deze spreiding groter is voor aanbieders met een lage budgetomzet. De stippellijn in deze figuur staat voor het gemiddelde omzetverschil in 2014 van -6,1%. Dit betekent dat het integrale tarief 2014 6,1% lager is ten opzichte van de budgetomzet 2014.

**Figuur 1. De budgetomzet 2014 ten opzichte van het omzetverschil per zorgaanbieder**



Wij hebben onderzocht of deze spreiding te verklaren valt aan de hand van kenmerken die te maken hebben met het type verblijf van de zorgaanbieders: aandeel verblijf, beveiligingsniveau en verblijfsintensiteit. Daarnaast hebben we de aanbieders vergeleken op basis van zorginhoud: verslavingszorg en zorgzwaarte.

### 3.1.1 Aandeel verblijf

We hebben onderzocht of het aandeel van verblijf in de omzet voor behandeling een mogelijke voorspeller is van het omzetverschil. Het beschikbaar hebben van bedden capaciteit (met name bij tbs) vormt een mogelijk risico binnen prestatiebekostiging op basis van dbbc's, omdat de omzet van de zorgaanbieder afhankelijk is van geleverde zorg en niet van de beschikbare capaciteit. In figuur 2 staan de resultaten van deze analyse. Aan de linkerkant van de figuur staan de ambulante zorgaanbieders. Hun aandeel van verblijf in de totale omzet is 0%. De grootte van de stip staat voor de grootte van de zorgaanbieder (op basis van de budgetomzet).

We zien, op basis van de figuur en bijbehorende correlatie, geen verband tussen het aandeel van verblijf in de omzet voor behandeling en het omzetverschil.

<sup>11</sup> Advies tariefstelling in relatie tot invoering prestatiebekostiging. Met kenmerk 185366/ 254410



**Figuur 2. Aandeel van verblijf 2014 in omzet voor behandeling ten opzichte van het omzetverschil per zorgaanbieder**

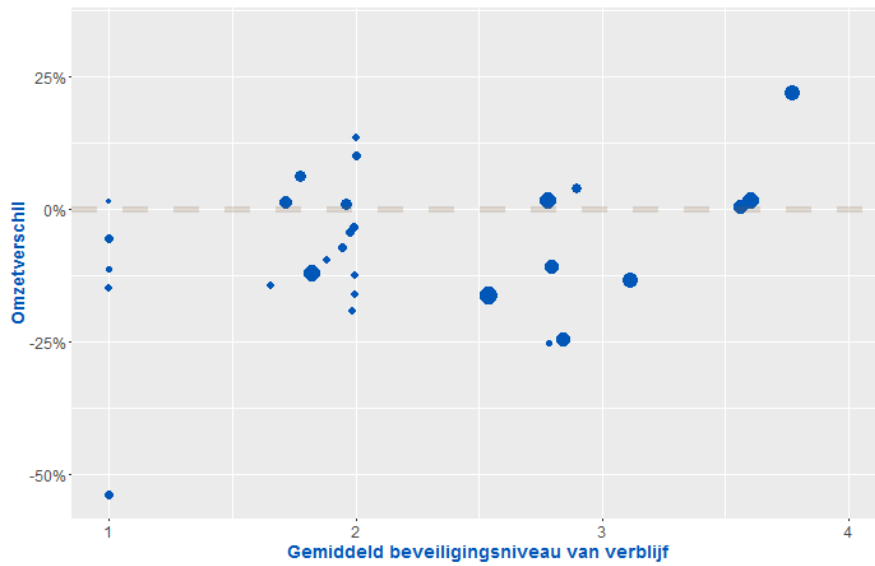


### 3.1.2 Beveiligingsniveau en verblijfsintensiteit

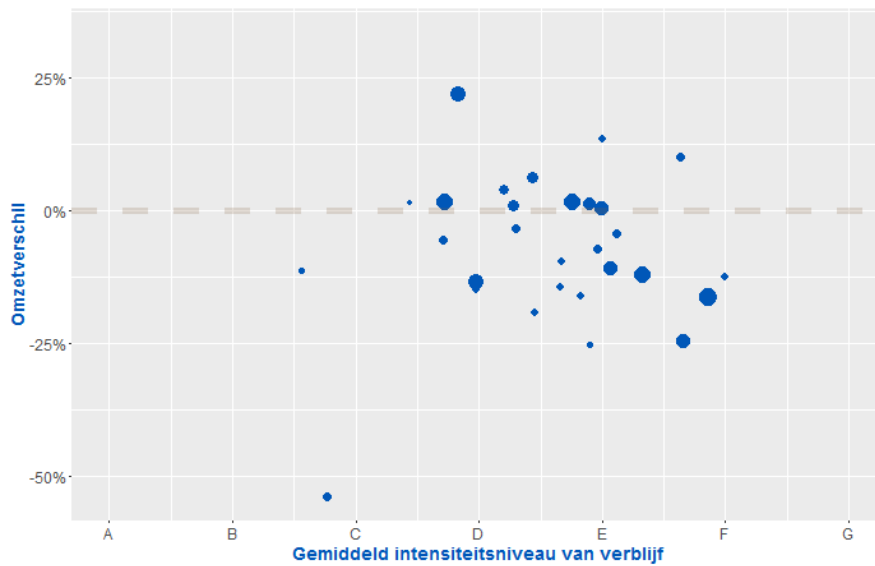
Voor de analyses met betrekking tot het beveiligingsniveau en de verblijfsintensiteit hebben we gebruik gemaakt van facturatiegegevens uit het facturatie controle systeem (FCS) van DJI. In figuur 3 en 4 hebben we het gemiddelde beveiligingsniveau en verblijfsintensiteit van het verblijf uitgezet tegen het omzetverschil. Er zijn vier beveiligingsniveaus (1 tot en met 4) en zeven verblijfsintensiteiten (A tot en met G). De zorgaanbieders zonder verblijf hebben we buiten beschouwing gelaten. Deze analyse gaat verder op de vorige analyse. De aanname is hier dat bij een hoger beveiligingsniveau de beschikbaarheidscomponent een grotere rol speelt. In de bekostiging op basis van budgetparameters was er een leegstandregeling voor tbs die compenseerde voor niet bezette bedden. Ook voor deze figuren geldt dat de grootte van de stip de grootte van de zorgaanbieder voorstelt (op basis van de budgetomzet).

Figuur 3 en bijbehorende correlatie laten geen relatie zien tussen het gemiddelde niveau van beveiliging en het omzetverschil. In figuur 4 is een lichte afname in omzet voor behandeling op basis van het integrale tarief ten opzichte van de budgetomzet te zien bij een hogere gemiddelde intensiteit per zorgaanbieder. De bijbehorende correlatie laat echter geen duidelijk signaal zien. Het effect is statistisch niet significant. We kunnen dus niet met zekerheid zeggen dat een hogere verblijfsintensiteit (verzorgingsgraad) leidt tot een verandering in het omzetverschil.

**Figuur 3. Gemiddeld beveiligingsniveau 2014 ten opzichte van het omzetverschil per zorgaanbieder**



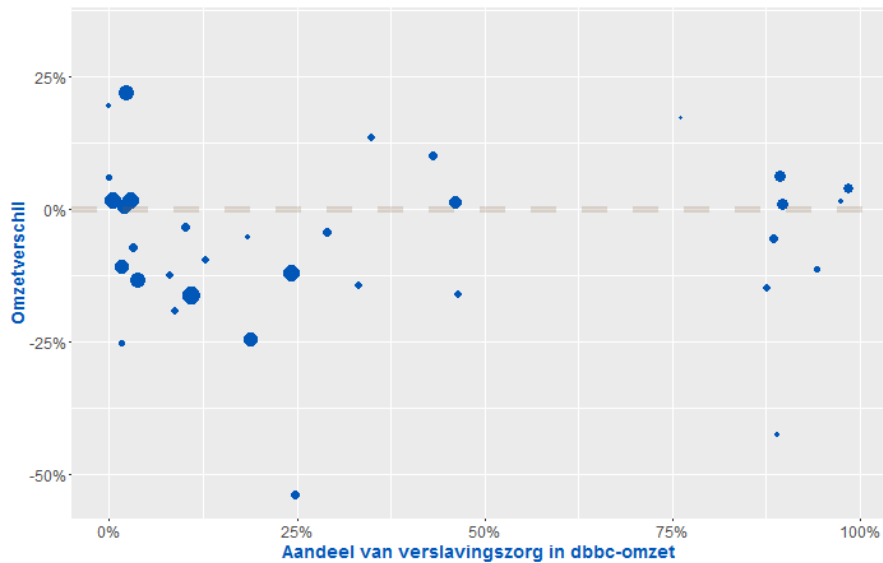
**Figuur 4. Gemiddeld verblijfsintensiteit 2014 ten opzichte van het omzetverschil per zorgaanbieder**



### 3.1.3 Zorginhoud: aandeel verslavingszorg en zorgzwaarte

In figuur 5 vergelijken we het aandeel verslavingszorg van de zorgaanbieders met het omzetverschil. Als indicator voor het aandeel van verslavingszorg gebruiken we de omzet uit dbbc's met diagnose 'Aan een middel gebonden stoornis', exclusief de omzet voor verblijf. We lichten deze sector expliciet toe, omdat ForZo/JJI een hogere generieke afslag voor de tarieven voor verslavingszorg hanteert dan voor de overige dbbc-tarieven. Uit deze analyse blijkt dat het aandeel van verslavingszorg geen verband heeft met het omzetverschil.

**Figuur 5. Aandeel van verslavingszorg 2014 in de omzet voor behandeling ten opzichte van het omzetverschil**



Tenslotte hebben we de zorgaanbieders ook vergeleken op basis van het aandeel van dbbc's met extreme zorgzwaarte (gemeten als dbbc's met meer dan 24.000 geschreven minuten) ten opzichte van het totaal. Deze resultaten lieten geen verband zien. De stelling dat extreme zorgzwaarte niet past binnen een systeem van prestatiebekostiging kunnen wij op deze manier dan ook niet onderbouwen.

### 3.1.4 Deelconclusie resultaten dataonderzoek

Op basis van de beschikbare data is het niet aannemelijk dat er (zorginhoudelijke) factoren aan te wijzen zijn die, bij het invoeren van prestatiebekostiging op basis van dbbc's, tot een risico voor de zorgaanbieder leiden.

Uit de data blijkt ook dat er tussen zorgaanbieders grote verschillen bestaan. Individuele zorgaanbieders kunnen dus wel degelijk een risico lopen. Deze verschillen kunnen wij niet verklaren op basis van de uitgevoerde analyses. Wij hebben daarom de omzetverschillen voorgelegd aan een aantal geïnterviewde zorgaanbieders. Op deze manier proberen wij factoren, die niet door data-onderzoek zijn aan te wijzen, alsnog in kaart te brengen.

## 3.2 Resultaten uit interviews

Wij hebben de geconstateerde omzetverschillen over de transitiejaren 2013 en 2014 tijdens het interview aan de zorgaanbieders voorgelegd en gevraagd naar mogelijke verklaringen en maatregelen en/of oplossingen.

### 3.2.1 Risico's

Tijdens de interviews met zorgaanbieders zijn enkele algemene risico's/kenmerken genoemd:

- **Tariefstelling:** de ervaring van de geïnterviewde zorgaanbieders is dat de tarieven voor ambulante zorg aan de lage kant zijn. ForZo/JJI hanteert een generieke tariefafslag op het NZa-maximumtarief. Zorgaanbieders die forensische zorg leveren aan bijzondere cliëntgroepen, kunnen daarnaast een bepaalde mate van risico lopen als geen rekening wordt gehouden met deze bijzondere omstandigheden en kenmerken in de onderhandelde tarieven.
- **Onderregistratie:** omdat de budgetparameters in 2013 en 2014 nog voor 95% bepalend waren voor de bekostiging, is er volgens de meeste zorgaanbieders onvoldoende aandacht geweest voor een volledige administratie van alle activiteiten binnen een dbbc.
- **Financiële administratie en/of inrichting van ICT-systemen:** in een aantal gevallen was de administratie niet op orde of waren de ICT-systemen niet goed ingericht, waardoor er niet goed gefactureerd kon worden. Hieronder valt ook de bepaling van het onderhandenwerk. Daarnaast ervaren veel zorgaanbieders een hoge regeldruk.
- **Oude jaren:** voor enkele instellingen zijn eenmalige effecten uit oudere jaren toegerekend aan de omzet van 2013 of 2014, door bijvoorbeeld het afwaarderen van het onderhandenwerk. Voor deze instellingen kan de dbbc-omzet een vertekend beeld geven.

De genoemde punten kunnen het omzetverschil op de volgende manier beïnvloeden:

- Het toepassen van een tariefafslag leidt direct tot een lagere dbbc-omzet. Hierdoor kan er een omzetverschil ontstaan. Dit verschil hoeft dan niet te maken met inhoudelijke verschillen tussen de systemen, maar met verschillen in de onderhandelde tarieven.
- Wanneer er niet goed geregistreerd wordt, wordt niet alle bestede (directe of indirecte) tijd op de dbbc geschreven. De dbbc kan daardoor in een lagere tijdsklasse vallen en minder opbrengen. Wanneer de registratie volledig zou zijn, zou de dbbc meer opbrengen en zou het omzetverschil kleiner zijn.
- Wanneer er niet goed gefactureerd kan worden, kan de omzet lager uitvallen. Hoewel zorgaanbieders onderhandenwerk en afgesloten maar nog niet gefactureerde productie tot de omzet moeten rekenen, hebben wij begrepen dat dit niet overal goed is gegaan.
- Het opnemen van een incidenteel verlies of winst uit een oud jaar kan een zeer vertekend beeld geven. Het is immers niet aannemelijk dat dit vaker voorkomt en bovendien behoort het incident aan een ander jaar toe.

### 3.2.2 Deelconclusie interviews

Bovengenoemde risico's zijn niet aan een specifieke productstructuur of aan prestatiebekostiging toe te wijzen. Zij versterken bovendien het beeld dat het op basis van de beschikbare data niet aannemelijk is dat er (zorg)inhoudelijke factoren zijn aan te wijzen die het omzetverschil verklaren. Uit de interviews bleek wel een aantal redenen voor een omzetverschil. Deze redenen kunnen voor een individuele zorgaanbieder

wel degelijk een risico vormen bij de overgang naar prestatiebekostiging op basis van dbbc's. De genoemde redenen zijn echter niet specifiek voor prestatiebekostiging, maar zijn vooral bedrijfskundig en administratief van aard, zoals onderregistratie of de inrichting van de bedrijfsvoering.

### **3.3 Conclusie**

Het antwoord op de vraag van de staatssecretaris is als volgt. Wij kunnen op basis van de beschikbare cijfers niet concluderen dat er (zorginhoudelijke) factoren aan te wijzen zijn, die bij het invoeren van prestatiebekostiging tot een specifiek risico voor de zorgaanbieder leiden. Uit de interviews blijkt dat de reden voor een (groot) omzetverschil, en dus een risico op omzetverlies, vaak te maken heeft met registratie, administratie of een andere bedrijfskundige oorzaak.



## 4. Rijksinstellingen

Tot de rijksinstellingen rekenen wij de vier penitentiaire psychiatrische centra (ppc) en twee rijks forensisch psychiatrische centra (rijks fpc's). Kenmerk van deze instellingen is dat zij onderdeel zijn van het Ministerie van VenJ. Het bestaansrecht van deze rijksinstellingen is vaak van politieke aard. Doordat het Rijk enkele instellingen in eigen beheer heeft, is er een garantie dat patiënten met een strafrechtelijke titel altijd kunnen worden opgenomen.

### 4.1 Kenmerken rijksinstellingen

#### *Zelfstandigheid*

De vier ppc's maken allen onderdeel uit van een penitentiaire inrichting (PI) en vallen onder de verantwoordelijkheid van het Gevangeniswezen. Zij bevinden zich op hetzelfde terrein als de PI en maken gebruik van dezelfde gebouwen en faciliteiten. Meestal ontbreekt een gesegmenteerde boekhouding of is het moeilijk kosten aan het ppc toe te rekenen.

De rijks fpc's daarentegen zijn wel op zichzelf staande zorginstellingen. Dit betekent ook dat een rijks fpc een eigen boekhouding kan bijhouden/bijhoudt.

Alle rijksinstellingen vallen onder het Ministerie van VenJ en maken daardoor deel uit van de rijksbegroting. De rijksinstellingen hebben dan ook geen zelfstandig financieel resultaat. Het resultaat wordt gecorrigeerd in een virtuele reserve (egalisereserve van 5%) die niet in eigen beheer is. Dit betekent dat een resultaat tot 5% wordt geoormerkt voor de rijksinstelling en daarboven wordt afgeroomd ten gunste van de centrale exploitatiereserve van DJI. Het resultaat van de rijks fpc's is onderdeel van het resultaat van DJI en het resultaat van de ppc's is onderdeel van het Gevangeniswezen (DJI). De rijksinstellingen kunnen niet failliet gaan.

#### *Vastgoed*

Het vastgoed van alle rijksinstellingen is in handen van het Rijksvastgoedbedrijf (Rvb). Dit betekent dat het Rvb eigenaar is van de gebouwen en terreinen. Het Rvb schaft deze gebouwen en terreinen aan middels een lening bij het Ministerie van Financiën. Het Rvb beheert vervolgens deze gebouwen en brengt daarvoor een gebruiksvergoeding in rekening bij DJI. Het Rvb hanteert rijksbrede afschrijvingspercentages en rekt met rentes bepaald door het Ministerie van Financiën. Deze zijn anders bepaald dan waar de door de NZa vastgestelde nhc van uitgaat. Het Rvb is verantwoordelijk voor de instandhoudingsinvesteringen en voert deze zelfstandig uit. De grote investeringen zoals functionele investeringen of renovaties worden uitgevoerd in opdracht van DJI en de uiteindelijke investeringsbeslissing hangt af van de beschikbare middelen bij DJI. DJI rekt de gebruiksvergoeding niet door aan de individuele instellingen, waardoor de rijksinstellingen de huisvestingslasten niet zelf dragen.

### *Capaciteit*

De ppc's hebben geen directe invloed op de capaciteit, omdat VenJ bepaalt hoeveel bedden er in totaal beschikbaar moeten zijn (620 bedden in 2016<sup>12</sup>). Zelfstandig besluiten capaciteit op of af te bouwen, is dus niet mogelijk. Het staat het Gevangeniswezen vrij om in afstemming met ForZo/JJI de verdeling van de plaatsen over de verschillende ppc's te bezien.

### *Overhead en personeel*

De gang van zaken rondom de overhead wordt voor een groot gedeelte door de rijksoverheid bepaald. Een voorbeeld hiervan is het shared service center (ssc), dat de registratie en financiële administratie van de rijksinstellingen uitvoert. Tot slot zijn rijksinstellingen voor het personeelsbeleid deels afhankelijk van het Rijk. Zij vallen onder het Gevangeniswezen en DJI. Bij het aannemen van nieuw personeel hebben bepaalde medewerkers van het Rijk voorrang en moet er worden aangetoond dat deze niet geschikt zijn als de instellingen werknemers buiten deze pool willen aantrekken.

### *Concurrentie*

De situatie van de rijksinstellingen is gegeven bovenstaande omstandigheden bijzonder. Wanneer het Rijk en in het bijzonder de ketenregisseur (ForZo/JJI) klinieken in eigen beheer heeft, bestaat het gevaar van een voorkeurspositie. Om niet in eigen vlees te hoeven snijden, kan DJI er voor kiezen de capaciteit van de rijksinstellingen volledig te benutten en dit ten koste laten gaan van particuliere instellingen. Opgemerkt moet worden dat de ppc's onderdeel uitmaken van een PI en dat deze bijzondere faciliteiten kennen. Ppc's behandelen gedetineerden en daar zijn (veiligheids)eisen aan verbonden die in de private sfeer niet voorkomen. Deze bijzondere faciliteiten gelden ook voor de rijks fpc's, die een beveiligingsniveau 4 hebben.

De rijks fpc's concurreren in bepaalde zin wel met particuliere fpc's. De afgelopen tijd is een particuliere fpc en een gedeelte van een rijks fpc gesloten. Hoewel in theorie een mogelijkheid tot oneerlijke concurrentie bestaat, heeft de NZa voorsnog geen aanleiding om aan te nemen dat hier ook daadwerkelijk sprake van is.

## **4.2 Conclusie prestatiebekostiging**

In theorie zijn de rijksinstellingen over op prestatiebekostiging. De praktijk is echter anders. In de beoordeling over de mate van passendheid van prestatiebekostiging maken we een onderscheid tussen financiering en bekostiging. De rijksinstellingen zijn qua financiering over op prestatiebekostiging. Met financiering bedoelen we de opbrengsten uit facturatie van zorgprestaties. Deze leiden gedurende het jaar tot inkomsten van de zorgaanbieder. Wat betreft de bekostiging zijn de rijksinstellingen niet over op prestatiebekostiging. Met bekostiging wordt de daadwerkelijke afrekening bedoeld. Naast de inkomsten uit facturatie is er sprake van een verrekening. Het resultaat van de rijksinstelling is onderdeel van het resultaat van DJI. Boven een bepaald percentage wordt het resultaat afgeroomd ten gunste van het exploitatieresultaat van DJI.

---

<sup>12</sup> 28 bedden zijn beschikbaar bij rijks fpc Veldzicht. De overige 592 bedden worden verdeeld over de 4 ppc's.



Daarnaast ligt bekostiging niet in de rede, omdat de centrale veronderstelling achter de keuze voor de invoering van prestatiebekostiging niet opgaat. Deze veronderstelling is dat de zorgaanbieder in staat is te sturen in bedrijfseconomische zin. In het geval van de rijksinstellingen is een deel van de registratie en financiële administratie uitbesteed en wordt er, in het geval van de ppc's, geen volledig zelfstandige bedrijfsvoering gevoerd. Tevens zijn er voor de rijksinstellingen restricties aangaande het personeelsbeleid en is het vastgoedbeheer in handen van een (in zekere zin) externe partij.

Een aantal van de kenmerken van de rijksinstellingen passen niet bij prestatiebekostiging en bekostiging op basis van prestaties is niet conform de huidige praktijk. De voordelen die prestatiebekostiging met zich meebrengt zijn echter wel van dermate belang, dat de NZa adviseert om prestatiebekostiging niet in zijn geheel af te schaffen voor de rijksinstellingen en wel te gebruiken voor de financiering. Ook voor de rijksinstellingen is het spreken van 'dezelfde taal' van belang voor de continuïteit van zorg en de doorstroom naar andere fz-aanbieders of ggz- en vg-aanbieders. Ook biedt prestatiebekostiging inzicht in de zorgactiviteiten en helpt het kosten en uitgaven inzichtelijk te maken.

De huidige situatie is ontstaan vanwege politieke en juridische redenen. Het ligt buiten de taken en bevoegdheden van de NZa om te beslissen over de inrichting van het stelsel van forensische zorg. Over het bekostigen van de rijksinstellingen op basis van prestatiebekostiging moet het Ministerie van VenJ<sup>13</sup> een keuze maken.

Als het Ministerie van VenJ een volledig functionele toepassing van prestatiebekostiging zowel op het vlak van financiering als bekostiging wenselijk acht, zal de huidige praktijksituatie moeten worden aangepast. Er zal een duidelijke scheiding moeten worden aangebracht tussen de penitentiaire inrichting en de ppc. Het moet voor een ppc mogelijk zijn een zelfstandig resultaat te halen en behouden. Kosten moeten dan inzichtelijk en beheersbaar zijn. Daarnaast horen zowel de ppc's als de rijks-fpc's het vastgoed in eigen beheer te hebben zodat ook het rendement op het vastgoed de verantwoordelijkheid van de instellingen zelf is. Tot slot dient het resultaat van de rijksinstelling niet te verdwijnen in de centrale exploitatiereserve van DJI. Concreet komt het er op neer dat voor bekostiging op basis van prestatiebekostiging rijksinstellingen niet langer onderdeel uit horen te maken van het Ministerie.

Als het Ministerie besluit om de huidige situatie te handhaven (wel financiering, geen volledige bekostiging), dan zal de NZa onderzoeken of de huidige wijze waarin het resultaat ten laste of gunste valt van de exploitatiereserve kan blijven bestaan en past binnen de huidige regelgeving of dat een verduidelijking of aanpassing in de regels nodig is.

---

<sup>13</sup> Als een aanwijzing aan de NZa moet worden gegeven, wordt deze aanwijzing vanuit het Ministerie van VWS in overeenstemming met de Minister van VenJ gegeven.



## 5. Tbs-zorg

Tot de zorgaanbieders die tbs-zorg leveren, rekenen wij vijf particuliere justitiële forensisch psychiatrische centra (fpc's) en vier niet-justitiële forensische psychiatrische klinieken (fpk's). De rijks fpc's scharen wij niet onder de tbs-zorg, maar onder de rijksinstellingen (zie het vorige hoofdstuk).

Zowel de particuliere justitiële fpc's als de niet-justitiële fpk's kenmerken zich doordat zij een hoog beveiligingsniveau hebben en patiënten een hoge zorgintensiteit nodig hebben. De particuliere justitiële fpc's hebben een beveiligingsniveau 4 en de niet-justitiële fpk's hebben een beveiligingsniveau 3. De Minister van VenJ wijst de justitiële fpc's aan als inrichting voor verpleging van de terbeschikkinggestelden (tbs-ers).<sup>14</sup> De niet-justitiële fpk's worden niet aangewezen door de Minister van VenJ, maar leveren wel zorg aan tbs-ers.

### 5.1 Kenmerken tbs-zorg

#### *Inkoop*

De particuliere justitiële fpc's hebben een subsidierelatie met het Ministerie van VenJ.<sup>15</sup> De niet-justitiële fpk's hebben geen subsidierelatie. De wijze waarop de inkoopafspraken worden vastgelegd verschillen daardoor. De particuliere justitiële fpc's ontvangen een subsidieovereenkomst tbs, waar de niet-justitiële fpk's een contract ontvangen. Het al dan niet hebben van een subsidierelatie heeft geen effect op de inkoopgesprekken. ForZo/JJI benadert de zorgaanbieders die tbs-zorg leveren bij de inkoop op dezelfde manier.

De particuliere justitiële fpc's hebben een egalisereserve van 10%, die overigens wel in eigen beheer is. Een egalisereserve houdt in dat wanneer de reserves van de particuliere justitiële fpc's boven de 10% komen van de omzet, deze worden afgeroomd naar DJI.

Zodra de Wet forensische zorg in werking treedt, zullen deze verschillen tussen de particuliere justitiële fpc's en de niet-justitiële fpk's vervallen. De zorg zal dan zowel bij de particuliere justitiële fpc's als de niet-justitiële fpk's door middel van contracten worden ingekocht. Wel behouden de particuliere justitiële fpc's hun egalisereserve, maar er geldt geen maximum van 10% meer.

#### *Vastgoed*

DJI, waar inkoper ForZo/JJI onderdeel van is, heeft in het verleden enkele investeringen van particuliere justitiële fpc's à fonds perdu gefinancierd. De kosten en aflossing van de door DJI gefinancierde investeringen worden eerst toegekend in het subsidiebesluit en later in mindering gebracht op het budget. Op deze manier vergoedt DJI een-op-een de kosten van deze investeringen, zoals in het verleden gebruikelijk was voor alle investeringen in het vastgoed.<sup>16</sup>

<sup>14</sup> Artikel 90 quinques jo.artikel 37 d, lid 1, onder a, van het Wetboek van Stafrecht.

<sup>15</sup> Artikel 73 en verder Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden.

<sup>16</sup> Ten tijde van het bouwregime werden de kosten die voortvloeiden uit de verleende vergunningen op basis van nacalculatie vergoed.

Met de invoering van de nhc wordt de vergoeding voor het vastgoed productief afhankelijk en zal DJI de eerder verstrekte middelen in mindering moeten brengen ter voorkoming van dubbele bekostiging.

Een particuliere justitiële fpc kan een à fonds perdu gefinancierd gebouw niet zonder toestemming van DJI verkopen. Deze voorwaarden zijn opgenomen in de algemene subsidievoorwaarden en bij de à fonds perdu financiering.

#### *Capaciteit*

De zorgaanbieders die tbs-zorg leveren, zijn sterk afhankelijk van het aantal tbs-opleggingen dat onafhankelijk door de rechterlijke macht wordt opgelegd. Het aantal tbs-opleggingen daalt. Daarnaast is de behandelduur van tbs-ers steeds korter.

De plaatsing van tbs-patiënten gebeurt door een onafhankelijke plaatsingsinstantie. ForZo/JJI koopt de tbs-plaatsen in bij de zorgaanbieders. Per regio dient er voldoende capaciteit te zijn van tbs-bedden. Dit leidt ertoe dat wanneer een zorgaanbieder voor tbs-zorg concurrentie ervaart, zij dit met name op regionaal niveau ervaart. Hierbij valt te denken aan de beslissing om vanwege het overschot aan capaciteit in een regio een tbs-instelling te sluiten, zoals in het verleden is gebeurd.

De zorgaanbieders die tbs-zorg leveren, hebben speelruimte om hun bedrijfsvoering aan te passen aan de verandering in de markt. Hierdoor kunnen ze ervoor kiezen om zorg te leveren in een andere zorgsector. Het leveren van lichtere zorg dan de standaardzorg van de zorgaanbieder (qua personeel en gebouw), kan helpen in het dekken van de kosten voor de eventueel leegstaande bedden. Tbs-zorg leverende zorgaanbieders hebben immers vaak ook een contract voor de overige forensische zorg en kunnen er, in geval van onderbezetting, voor kiezen om de nadruk meer op dit segment te leggen of zorg te leveren voor andere domeinen.

Enkele tbs-zorgaanbieders hebben aangegeven dat er, naast afspraken met ForZo/JJI, ook afspraken met Zvw-zorgverzekeraars en gemeenten worden gemaakt, eventueel op basis van onderlinge dienstverlening. Daarnaast worden er steeds vaker zware patiënten van reguliere ggz-aanbieders (tijdelijk) overgenomen.

## **5.2 Conclusie prestatiebekostiging**

Prestatiebekostiging is voor de tbs-zorg passend. Voor de continuïteit van zorg en de doorstroom naar andere fz-aanbieders of (geïntegreerde) ggz-aanbieders is het van belang dat ook deze instellingen 'dezelfde taal' spreken als de overige aanbieders. Ook biedt prestatiebekostiging inzicht in de zorgactiviteiten en helpt het kosten en uitgaven inzichtelijk te maken. Daarnaast zijn zorgaanbieders die tbs-zorg leveren zelfstandige organisaties die speelruimte hebben om hun bedrijfsvoering aan te passen aan veranderingen in de markt. De subsidierelatie tussen het Ministerie van VenJ en particuliere justitiële fpc's heeft geen wezenlijke invloed op de bedrijfsvoering en de zorginkoop. Daarnaast vervalt dit onderscheid met de invoering van de Wet forensische zorg.

## 6. Overige forensische zorg

### 6.1 Kenmerken overige forensische zorg

Overige forensische zorg is een brede sector binnen de forensische zorg, die het meest lijkt op de gespecialiseerde ggz. Er is veel variatie in het type aanbieder. Voorbeelden van zorgaanbieders zijn reguliere (veelal geïntegreerde) ggz-aanbieders, aanbieders van forensische verslavingszorg, regionale instellingen voor beschermd wonen en instellingen voor zorg aan verstandelijk gehandicapten, waaronder SGLVG+-instellingen. Het beveiligingsniveau van deze zorgaanbieders varieert tussen de 0 (ambulante begeleiding) en 3. De zorgaanbieders die overige forensische zorg leveren, declareren dbbc's, zzp's en extramurale parameters.

Uit de interviews blijkt dat de instellingen prestatiebekostiging in de basis goed en passend vinden. Het voordeel van prestatiebekostiging op basis van dbbc's, zzp's en extramurale parameters is dat de bekostigingstaal van de forensische en reguliere gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg hetzelfde is. De cliënt kan gevolgd worden over de domeinen heen en de zorgprestaties vormen geen belemmering voor de doorstroom naar de reguliere ggz of verstandelijk gehandicaptenzorg (vg-zorg). De overige forensische zorg zit voor tbs-ers doorgaans aan het einde van de forensische zorgketen. Indien nodig vindt, als de strafrechtelijke titel verval, uitstroom naar de reguliere ggz- of vg-zorg plaats.

DJI geeft ook aan prestatiebekostiging het best passend te vinden voor de overige forensische zorg. Dit komt met name door het 'ggz tenzij' principe, dat de samenhang tussen de ggz en (overige) forensische zorg bevordert. Zorgaanbieders en DJI geven aanvullend wel aan dat er knelpunten zijn als de strafrechtelijke titel verval of afloopt, terwijl de zorg moet worden voortgezet. De plaatsing en doorstroom van cliënten naar het gemeentelijke domein, de Wmo-zorg, is een knelpunt.

De overige forensische zorgaanbieders hebben een zelfstandige bedrijfsvoering. Ze hebben daardoor speelruimte om in te spelen op veranderingen in de markt. Zorgaanbieders van overige forensische zorg zijn over het algemeen private instellingen die naast forensische zorg ook curatieve en/of langdurende zorg leveren. Wanneer forensische zorg voor deze zorgaanbieders niet ten minste kostendekkend is, kunnen zij er voor kiezen anderen vormen van (forensische) zorg te leveren of zelfs te stoppen met het leveren van dit type zorg. Zorgaanbieders van overige forensische zorg hebben de mogelijkheid om voor het vastgoed een andere bestemming te zoeken of het te verkopen.

## 6.2 Conclusie prestatiebekostiging

Prestatiebekostiging is voor de overige forensische zorg passend. Voor de continuïteit van zorg en de doorstroom naar andere fz-aanbieders of (geïntegreerde) ggz-aanbieders is het van belang dat deze instellingen 'dezelfde taal' spreken als de overige zorgaanbieders. Ook biedt prestatiebekostiging inzicht in de zorgactiviteiten en helpt het kosten en uitgaven inzichtelijk te maken. Daarnaast zijn zorgaanbieders die overige forensische zorg leveren, zelfstandige organisaties die speelruimte hebben om hun bedrijfsvoering aan te passen aan veranderingen in de markt.

## **Bijlage 1. Eerdere publicaties van de NZa over de invoering van prestatiebekostiging**

*Marktscan Forensische zorg in strafrechtelijk kader 2014 (gepubliceerd in februari 2015)*

In de beleidsbrief bij de marktscan is opgenomen dat de NZa adviseert om te onderzoeken of prestatiebekostiging de best passende bekostigingssystematiek is voor een beschikbaarheidsfunctie van zorg.

*Evaluatie invoering prestatiebekostiging in dbbc's in de forensische zorg (gepubliceerd in augustus 2015)*

In de 'Evaluatie invoering prestatiebekostiging in dbbc's in de forensische zorg' constateren we dat zorgaanbieders, in het bijzonder forensisch psychiatrische centra (fpc's), financieel risico lopen bij het vervallen van het transitie-model. Op dat moment was er weinig informatie beschikbaar, waardoor er nog geen inzicht was in de verklarende factoren.

De evaluatie van de NZa en analyses van het Ministerie van VenJ vormden voor de staatssecretaris van VenJ aanleiding om in 2016 maatregelen te nemen om de geconstateerde risico's van de invoering van volledige prestatiebekostiging in de forensische zorg te beperken. Deze risico's wil de staatssecretaris beperken door het toepassen van zowel een verlaging van de tariefafslagen als een differentiatie in de tarieven.

De staatssecretaris heeft de NZa in een brief gevraagd om advies uit te brengen over de vraag of het risico op omzetverlies bij het vervallen van de transitierегeling, in de tariefstelling kan worden opgelost. In deze brief verzoekt VenJ ook een nadere analyse te maken van de redenen waarom zorgaanbieders met de invoering van de dbbc-bekostigingssystematiek financiële risico's lopen en hierover een advies uit te brengen.

*Advies tariefstelling in relatie tot de invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg (gepubliceerd in juni 2016)*

De NZa concludeert in haar advies over de tariefstelling dat de zorgverzekeraar Divisie Forensische Zorg/Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI) het risico op omzetverlies kan beperken door aangepaste tariefafslagen te hanteren. De tariefafslagen moeten wel passen bij de specifieke situatie van de zorgaanbieders. De effecten van de invoering van prestatiebekostiging verschillen namelijk sterk per individuele zorgaanbieder. Deze verschillen kunnen enerzijds worden veroorzaakt door de verandering in de wijze van bekostiging, maar ook door instellingsspecifieke oorzaken. Voorbeelden hiervan zijn de kwaliteit van de registratie, de mate van doelmatigheid en de efficiëntie van de bedrijfsvoering. Een generieke maatregel in combinatie met de voorgestelde differentiatie per 2016 is daarom niet goed passend.

## Bijlage 2. Alternatieven voor prestatiebekostiging

### *Beschikbaarheidsbijdrage*

Voor een aantal vormen van zorg is het niet of niet geheel mogelijk om de kosten voor de afzonderlijke prestaties rechtstreeks toe te rekenen naar of in rekening te brengen aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden. Dit geldt voor specifieke functies of kenmerken van de zorgverlening, zoals beschikbaarheid of specifieke deskundigheid. Ook kan het voorkomen dat een dergelijke toerekening van de kosten naar tarieven marktversturend zou werken. Indien deze vormen van zorg niet op een andere wijze worden bekostigd, kan er onder voorwaarden een beschikbaarheidsbijdrage worden toegekend. De Minister van VWS wijst door middel van een algemene maatregel van bestuur die vormen van zorg aan die via een beschikbaarheidsbijdrage bekostigd moeten worden.

### *Functiegerichte bekostiging*

In 1988 is de functiegerichte budgettering geïntroduceerd. Op lokaal niveau stellen ziekenhuizen en zorgverzekeraars een budget vast per ziekenhuis. Dit doen zij aan de hand van een beperkte set parameters (zoals vastgoedkosten, aantal inwoners in het verzorgingsgebied, aantal opnamen, aantal polikliniekbezoeken, enz.). Het vastgestelde budget wordt altijd exact uitgekeerd aan het ziekenhuis. De verrichtingen die zij uitvoeren, declareren zij tegen de landelijke vastgestelde tarieven bij de zorgverzekeraars van de patiënten. Een verschil tussen de omzet op basis van declaraties en het vastgestelde budget heeft geen financiële consequenties voor het ziekenhuis. Een tekort tussen de declaraties en het budget wordt door de zorgverzekeraars bijgestort. Andersom wordt een overschot terugbetaald aan de zorgverzekeraars. Het vooraf overeengekomen budget is dus leidend voor de ziekenhuizen.

### *Uitkomstbekostiging*

Uitkomstbekostiging is een wijze van bekostiging waar de vergoedingen aan de zorgaanbieders (deels) afhangen van vooraf overeengekomen prestaties over bijvoorbeeld (aspecten) van kwaliteit, zoals effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid. Zorgaanbieders kunnen zo op basis van hun patiëntenpopulatie, mogelijke innovatie en/of kwaliteit gewaardeerd worden.



## Bijlage 3. Vragenlijst interviews

### *Doel van de afspraak*

In het interview willen wij in gesprek gaan met de zorgaanbieder over de ontwikkelingen in de bekostiging van de forensische zorg.

We willen antwoord krijgen op de volgende vragen:

- Wat zijn de redenen waarom zorgaanbieders met de invoering van prestatiebekostiging (financieel) risico lopen? Wat zijn de verklaringen voor het verschil in budget en prestatiebekostiging?
- In hoeverre past prestatiebekostiging bij de forensische zorg? Wat zijn de knelpunten en de oplossingen?
- Als prestatiebekostiging niet de best passende vorm is, welke vorm van bekostiging dan wel?

### **Vragenlijst**

De verschillende onderdelen in dit gesprek zijn:

1. Profiel zorgaanbieder binnen de forensische zorg
2. Verklaringen resultaten zorgaanbieder
3. Prestatiebekostiging

#### *1. Profiel zorgaanbieder binnen forensische zorg*

- Hoe groot is het aandeel forensische zorg in uw organisatie?
- Welke zorg levert u nog meer naast forensische zorg?
- Hoe heeft u de forensische zorg binnen uw instelling georganiseerd?
- Welke vormen en specialisme van forensische zorg levert u?
- Hebben de ontwikkelingen in de forensische zorg van de afgelopen jaren ertoe geleid dat u andere zorg bent gaan leveren? Of bent u voornemens dat in de toekomst te gaan doen?

#### *Kengetallen volgens de NZa en verklaringen*

In bijgevoegde tabel vindt u informatie over uw organisatie en (waar mogelijk) een vergelijking met landelijk gemiddelde waarden.

#### *2. Verklaringen resultaten zorgaanbieder*

##### *A. Dbbc*

1. Welke verklaringen heeft u voor de geconstateerde verschillen tussen de dbbc- en de budgetomzet?
  - a. In 2013?
  - b. In 2014?
2. In welke mate is dit te verklaren door prijs en volume effecten, onderregistratie, efficiëntie van bedrijfsvoering, etc.?
3. Wat zijn volgens u de onderdelen van forensische zorg waarop u dbbc-omzet verliest?
4. Welke maatregelen heeft u getroffen voor de invoering van prestatiebekostiging op basis van dbbc's?
5. Hoe komt dit tot uiting in de transitiebedragen bij onderdeel 2?
6. Hoe voorkomt u dat u omzetverlies gaat leiden door de overgang naar prestatiebekostiging?

#### *BZzp's en extramurale parameters*

1. Welke financiële risico's ervaart u op dit moment bij het leveren van forensische begeleidingszorg op basis van zzp's en extramurale parameters?
2. Op welke manier kunt u dit verklaren? Denk hierbij aan prijs en volume effecten, specifieke zorg, onderregistratie of bedrijfsvoering?

3. Welke maatregelen heeft u getroffen om (financiële) risico's voor forensische begeleidingszorg te verkleinen? Of treft u op dit moment maatregelen?

*C. Nhc*

1. Welke verklaring heeft u voor de geconstateerde verschillen tussen de NHC en de kapitaallasten?
2. Welke risico's verwacht u door bekostiging van kapitaallasten door middel van de NHC-systematiek?
3. Welke maatregelen neemt u tegen mogelijke risico's?
4. Heeft u de komende jaren plannen voor nieuwbouw, verbouw of verkoop van uw gebouwen?
5. Is het ook mogelijk om binnen uw huidige faciliteiten andere soorten zorg aan te bieden? Overweegt u dit?

*3. Prestatiebekostiging*

Prestatiebekostiging is een vorm van bekostiging waarbij zorgaanbieders voor hun omzet afhankelijk zijn van de geleverde zorg aan de burger.

Het doel is om aanbieders te stimuleren om doelmatig te werken en te investeren in kwaliteit en de transparantie van het zorgaanbod. Bovendien geeft prestatiebekostiging zorgverzekeraars handvatten voor het opzetten van selectieve zorginkoop, waarmee een positieve impuls op kwaliteit en betaalbaarheid wordt beoogd.

- Wat vindt u van de keuze van de invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg?
- In hoeverre sluit de bekostiging in de gespecialiseerde ggz volgens u aan op de bekostiging in de forensische zorg?
- In hoeverre heeft u invloed op de plaatsing van patiënten in uw instelling?
- Komt kwaliteit aan bod bij de contractering? Kunt u zich hierin onderscheiden op basis van kwaliteit?
- In hoeverre ervaart u concurrentie in de forensische zorg?
- Als u ook Zvw/Wlz-zorg levert, kunt u aangeven wat voor u de grootste verschillen zijn ten aanzien van de dynamiek in de zorginkoop?
- Bent u van mening dat u voldoende tegenwicht kan bieden tegen de zorginkoper in de forensische zorg? Zo ja, hoe doet u dit? Zo nee, waarom niet?
- Welke invloed hebben beleidsmatige veranderingen (zoals ambulantisering, vermindering van het aantal Tbs-opleggingen) op uw bedrijfsvoering? Welke maatregelen treft u?
- Heeft u toetredingsdrempels ervaren bij het gaan leveren van forensische zorg?
- Ervaart u toetredingsdrempels voor het veranderen of uitbreiden van uw zorgaanbod?
- In hoeverre heeft uw organisatie wel eens overwogen om te stoppen met het leveren van bepaalde soorten forensische zorg?
- Ervaart u uittredingsdrempels in de forensische zorg?
- In hoeverre is er bij uw organisatie sprake van leegstand of een teruglopende vraag naar specifieke vormen van zorg? Welke zorg?

*Samenvattend*

- Vindt u dat prestatiebekostiging de best passende bekostigingsvorm voor de forensische zorg is? En specifiek voor u als zorgaanbieder?
- Als prestatiebekostiging niet de best passende vorm is, welke vorm van bekostiging dan wel?
- Kunt u een top 3 maken van de knelpunten van prestatiebekostiging in de forensische zorg?
- Wat zijn uw oplossing om deze knelpunten weg te nemen?

*Beoordeling randvoorwaarden prestatiebekostiging*

Voor invoering van prestatiebekostiging zijn randvoorwaarden gesteld. Doordat voor de forensische zorg zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de ggz, toetsen wij de randvoorwaarden van prestatiebekostiging in de curatieve ggz voor de forensische zorg.

*Kunt u met een score tussen 1 t/m 10 aangeven in hoeverre u vindt dat deze randvoorwaarde van prestatiebekostiging op dit moment van toepassing is voor de forensische zorg. De score '1' staat voor geheel niet van toepassing. De score '10' staat voor geheel van toepassing.*

**Inzicht in kwaliteit**

Bij de invoering van prestatiebekostiging is inzicht in kwaliteit van een zorgaanbieder van belang, zodat de zorgverzekeraar kritisch zorg kan inkopen op basis van prijs en kwaliteit. In hoeverre is inzicht in kwaliteit op dit moment van toepassing?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Ongewenste grote volumestijgingen**

De overgang naar een ander bekostigingssysteem mag niet leiden tot een substantiële uitgavenstijging ten opzichte van de budgetsystematiek. Is er op dit moment sprake van ongewenste grote volumestijgingen?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Een goede stabiele productstructuur**

Een goede en stabiele productstructuur is nodig om de zorginkopers voldoende informatie te geven over de in te kopen prestaties. Is op dit moment sprake van een goede stabiele productstructuur?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Passende tarieven**

Zijn de afgesproken tarieven binnen de huidige productstructuur passend?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Minimalisering ongewenste effecten van de (dbbc) productstructuur**

In hoeverre zijn er ongewenste effecten van de (dbbc) productstructuur?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Eenduidige diagnostiek en indicatiestelling**

Voor het mogelijk maken van eenduidige diagnostiek en indicatiestelling is het belangrijk dat er medische herkenbaarheid van de diagnose en de behandeling is. Dezelfde diagnose moet bij eenzelfde type patiënt gesteld worden. In hoeverre is dit van toepassing?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

## Bijlage 4. Voorwaarden voor prestatiebekostiging

De hieronder genoemde voorwaarden betreft een samengestelde set van voorwaarden voor prestatiebekostiging die zijn genoemd door VWS, VenJ en de Raad van State.

– 1. Inzicht in de kwaliteit van zorg

Bij prestatiebekostiging is inzicht in kwaliteit van een zorgaanbieder belangrijk, zodat de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar kwaliteit kunnen betrekken in de contractafspraken. Als de kwaliteit van zorg inzichtelijk is, kunnen zorgaanbieders met elkaar worden vergeleken, waardoor zij worden gestimuleerd om kwalitatief goede zorg te leveren voor een passende prijs. De kwaliteit van zorg hangt in principe nauw samen met de prijs voor die zorg.

Als er onvoldoende inzicht is in de kwaliteit van zorg, kan de zorgaanbieder zich onvoldoende onderscheiden en bestaat het risico dat de zorginkoper zich primair richt op het reduceren van de prijs van de zorg. De kwaliteit van de geleverde zorg speelt geen rol, waardoor zorgaanbieders geen extrinsieke prikkel hebben om de kwaliteit van zorg continu te verbeteren.

– 2. Goede en stabiele productstructuur met passend tarief

Een goede en stabiele productstructuur is nodig om de zorginkopers voldoende informatie te geven over de in te kopen prestaties. De productstructuur is het geheel aan prestaties dat een zorgaanbieder kan leveren om de zorgvragen van patiënten te behandelen. Aan deze prestaties is door de NZa al dan niet een tarief gekoppeld.

Een stabiele productstructuur is nodig om transparantie van de markt en vergelijkbaarheid tussen zorgaanbieders te creëren. Bij een stabiele productstructuur kan data worden verzameld om ontwikkelingen in de zorg te constateren en besluiten in de toekomst te baseren op data uit het verleden. Als er geen stabiliteit in de productstructuur bestaat, is de vergelijkbaarheid met prestaties uit het verleden beperkt. Het is volgens de Raad van State van belang dat er een stabiele productstructuur is, omdat daardoor transparantie in de prijzen kan worden bereikt. Als er geen sprake is van een stabiele productstructuur, is het lastig om vrijheid in de tarifiering toe te staan.

– 3. Minimalisering van ongewenste effecten

Uit voorwaarde 2 volgt het belang van een goede en stabiele productstructuur. In aanvulling hierop zorgt een goede en stabiele productstructuur ook voor het beperken van ongewenste effecten, zoals risico op overbehandeling of upcoding. Een goede productstructuur draagt bij aan een overzichtelijke doorlooptijd (zicht op zorgkosten en liquiditeit) en moet zo goed als mogelijk aansluiten bij de zorgvraag van de patiënt en de doelmatigheid van geleverde zorg bevorderen.

Als het niet mogelijk is om de ongewenste effecten volledig te mitigeren in de productstructuur, kan via controles en analyses door de zorgverzekeraar ongewenst gedrag worden aangetoond en beperkt.

De zorgverzekeraar kan via formele- en materiële controles ongewenste gedrag sterk reduceren.

– 4. Beheersing van volume-/kostenontwikkeling

De Minister van VWS heeft aangegeven dat de overgang naar een ander bekostigingssysteem niet mag leiden tot een substantiële uitgavenstijging ten opzichte van de huidige systematiek. De wijze van bekostiging verandert, maar de daadwerkelijke kosten van de zorgaanbieders blijven in principe relatief stabiel.

De beheersing van de kostenontwikkeling wordt enerzijds geborgd door het vaststellen van tarieven op basis van kostenonderzoeken door de NZa. Als de kosten van zorgaanbieders gelijk blijven zullen de tarieven dat ook doen.

Anderzijds kan de dynamiek van de markt zorgen voor een beheerste kostenontwikkeling. Als de zorgverzekeraar de inkooprol op een juiste manier oppakt, kan dit bijdragen aan de beheerste kostenontwikkeling.

– 5. Risicodragendheid

Prestatiebekostiging is ingevoerd als middel voor kwalitatief goede en betaalbare zorg. Om prestatiebekostiging te laten werken is het van belang dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf de risico's van hun bedrijfsvoering dragen, waardoor zij geprikkeld worden om een goed bedrijfsresultaat te behalen.

De zorgverzekeraars spelen een belangrijke rol via de inkoop van zorg. Als de zorgverzekeraars risico lopen over de resultaten uit eigen bedrijfsvoering en zorginkoop, hebben de zorgverzekeraars een sterke prikkel om kwalitatief goede en betaalbare zorg in te kopen. De positieve resultaten uit de zorginkopen hebben immers een directe relatie met het bedrijfsresultaat van de zorgverzekeraars, zowel op de korte als op de lange termijn.

Daarnaast vindt de NZa risicodragendheid van zorgaanbieders van belang. Voor een zorgaanbieder geldt, net als voor de zorgverzekeraar, dat goede en doelmatige zorg tegen een juiste prijs zal moeten leiden tot efficiënte bedrijfsprocessen en een passend bedrijfsresultaat. Als zorgaanbieders kwalitatief onvoldoende zorg leveren, lopen zij het risico dat dit niet wordt ingekocht, wat leidt tot een daling van de opbrengsten.

Risicodragendheid moet altijd worden beoordeeld in samenhang met de mogelijkheid om zelfstandig besluiten te kunnen nemen. Een zorgaanbieder of zorgverzekeraar zou geen risico moeten lopen op iets waar hij geen invloed op heeft.

– 6. Eenduidige diagnostiek en indicatiestelling

Voor het mogelijk maken van eenduidige diagnostiek en indicatiestelling is het belangrijk dat er medische herkenbaarheid van de diagnose en de behandeling is.

Bij het voorkomen van een prikkel om een andere diagnose te stellen, waardoor een patiënt meer geld oplevert, ligt zowel een rol voor de zorgaanbieder als voor de zorgverzekeraar. Er zijn beroepsrichtlijnen opgesteld om te voorkomen dat een zorgaanbieder de verkeerde diagnose stelt. Zorgverzekeraars kunnen de zorgaanbieders controleren door controles op declaratiegegevens op basis van voorgaande jaren.

– 7. Vrije toe- en uittreding van aanbieders

Het is van belang dat er enerzijds nieuwe zorgaanbieders kunnen toetreden tot een zorgmarkt en anderzijds dat er zorgaanbieders kunnen uittreden. Door deze dynamiek worden zorgaanbieders geprikkeld zorg te leveren waar daadwerkelijk vraag naar is, en voor een marktconforme prijs. Er moet een gezonde mate van concurrentie tussen zorgaanbieders bestaan. Gedrag wat beoogt de mededinging te beperken moet worden tegengegaan.