Advies

Implementatie DBBC-bekostiging forensische zorg

Invoering DBBC-bekostiging per 2013

April 2012

Inhoud

Vooraf **5**

Managementsamenvatting **7**

1. Inleiding **11**
1.1 Inleiding 11
1.2 Context 11
1.2.1 Marktordening 11
1.2.2 Wettelijk kader 13
1.3 Uitgangspunten NZa-beleid 13
1.4 Leeswijzer 14

2. Transitie naar DBBC-bekostiging **15**
2.1 Inleiding 15
2.1.1 Start overgang naar DBBC-bekostiging 15
2.1.2 Randvoorwaarden 16
2.1.2.1 Tariefstelling 2013 16
2.1.2.2 Wet- en regelgeving 17
2.2 Afbouw oude bekostiging 18
2.3 Werking transitiemodel 18
2.3.1 Ex-ante versus ex-post 21
2.4 Afweging en advies NZa 22
2.4.1 Reacties branchepartijen 22
2.4.2 Afweging NZa 22
2.5 Advies NZa 24

3. DBBC's als bekostigingsinstrument **27**
3.1 DBBC-productstructuur 27
3.1.1 Variëteit in zorgzwaarte 27
3.2 Oordeel productstructuur voor prestatiebekostiging 28
3.3 Lange termijn doorontwikkeling productstructuur 29
3.3.1 Ontwikkelpunten DBBC-productstructuur 29
3.4 Afweging en advies NZa 30

4. Tariefsoort **31**
4.1 Tariefstructuur op korte termijn 31
4.1.1 Transparantie 31
4.1.2 Marktmacht 32
4.1.3 Passende tarieven 33
4.1.4 Advies tariefstructuur 34
4.1.4.1 Mogelijk scenario lange termijn 34
4.1.5 Reacties veldpartijen en afwegingen NZa 35
4.1.6 Samenvatting advies en acties NZa 36

5. ZZP's **37**
5.1 Voor- en nadelen 37
5.1.1 Afweging en advies 38
5.2 Gevolgen voor transitiemodel 38
5.3 Tariefregulering ZZP's en extramurale parameters 38

6. Afbouwen oude bekostiging **41**
6.1 Inleiding 41
6.2 Individuele (budget)componenten 41
6.2.1 Bedrijfsvoering 42
6.2.2 NHC/kapitaallasten 42
6.2.3 Wettelijke vastgestelde eisen 42

6.2.4 Budgetcomponenten specifieke doelgroepen/ zorgzwaarte 43
6.3 Vergoeding doventolk 43
6.4 Overige producten (OVP) 44

7. Kapitaallasten 46
7.1 Kapitaallastenbeleid voor de forensische zorg 46
7.2 Noodzaak vaststelling nieuw kapitaallastenbeleid 46
7.3 Nieuwe vergoedingsstructuur kapitaallasten 47
7.3.1 Verblijf 48
7.3.2 Vergoedingsstructuur behandeling 48
7.3.3 Hoogte tarief voor behandeling 49
7.3.4 In welk overgangtraject? 50

Bijlages: Reacties van DForZo, GGZ-Nederland en de VGN op het consultatiedocument

Vooraf

Voor u ligt het advies implementatie prestatiebekostiging forensische zorg. In het kader van het programma 'Vernieuwing Forensische Zorg' van het ministerie van VenJ zijn veel veranderingen doorgevoerd in het stelsel van forensische zorg. Er wordt een sterkere samenhang tussen GGZ en FZ beoogd door onder andere de bekostiging van de zorg beter op elkaar aan te laten sluiten. Daarnaast was het een wens om een meer eenduidig en transparant stelsel te creëren, waarbij onderlinge concurrentie tussen aanbieders de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijk moet verbeteren. Een belangrijk instrument om deze doelen te verwezenlijken is de methode van bekostiging.

Binnen de forensische zorg bestaan op dit moment nog diverse methoden voor bekostiging: AWBZ-budgetparameters, nacalculatie kapitaallasten, tenders, toeslagen en subsidies. Daarnaast is er veel diversiteit in organisaties die forensische zorg leveren. De verschillende organisaties onderling kennen ook weer aparte bekostigingssystemen. Een voorbeeld hiervan is het onderscheid tussen FPC's en PPC's.

Inmiddels is prestatiefinanciering geïntroduceerd voor de forensische zorg, welke diverse bestaande methodieken moet gaan vervangen. Specifiek voor deze sector zijn DBBC's ontwikkeld waarbij beveiliging integraal onderdeel is van de systematiek. Uitgangspunt bij de ontwikkeling van deze DBBC's is 'DBC GGZ tenzij'.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft in voorliggend document advies over de daadwerkelijke overstap naar prestatiebekostiging. Het doel van dit advies is het inzicht geven in de wijze waarop bekostiging op basis van DBBC's kan worden ingevoerd in de forensische zorg.

Dit advies omvat verschillende aspecten van de bekostiging en het direct daaraan gerelateerde beleid: transitiemaatregelen, productstructuur, kapitaallasten, specifieke activiteiten en de relatie tot ZZP-bekostiging.

In maart heeft de NZa diverse betrokken partijen geconsulteerd over een aantal onderwerpen die opgenomen zijn in dit uiteindelijke advies. Deze reacties hebben de NZa in staat gesteld een goed onderbouwd advies te geven. Wij willen deze partijen en alle anderen die input hebben geleverd voor dit advies, hartelijk danken voor de constructieve bijdragen.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

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

Managementsamenvatting

De forensische zorg met strafrechtelijke titel werkt sinds enkele jaren met de Diagnose Behandel en Beveiliging Combinaties (DBBC's). Ook worden sinds 1 januari 2011 ZZP's uit de C-reeks ingekocht door de zorginkoopafdeling van het ministerie van VenJ. Op dit moment worden de DBBC's en ZZP's nog puur als financieringsmethodiek gebruikt. De oude AWBZ-budgetsystematiek dient nog steeds als uiteindelijke bekostiging van instellingen. In dit document wordt advies gegeven over de wijze waarop bekostiging op basis van DBBC's daadwerkelijk kan worden ingevoerd in de forensische zorg.

De forensische zorg is een bijzondere markt. Deze vorm van zorg vraagt bijna altijd om overheidsinterventie. Vraag en aanbod worden min of meer bepaald door de uitkomsten van de strafrechtketen. De rol van het ministerie is anders dan bij andere zorgmarkten. Het ministerie heeft binnen de forensische zorg meerdere rollen. Zij is onder andere inkoper, beleidsbepaler, zorgaanbieder, indicatiesteller en plaatser van forensische zorg. Binnen deze markt voor forensische zorg is daarnaast nog sprake van een ongelijk speelveld, doordat er verschillende grondslagen zijn voor de contractering en bekostiging. De NZa adviseert waar mogelijk deze ongelijkheden op te heffen of te verzachten.

In dit advies zijn diverse vraagstukken uitgewerkt. Het belangrijkste vraagstuk is het moment van overschakelen naar DBBC-bekostiging en de daarbij behorende transitiemaatregelen. Het is de intentie om zo snel als mogelijk op een zorgvuldige wijze volledig over te schakelen op bekostiging met DBBC's.

Om te kunnen starten met de afbouw van het vangnet ziet de NZa twee randvoorwaarden waar op dit moment nog invulling aan wordt gegeven. Het gaat om de ontwikkeling van de tariefregulering en het vaststellen van de definitieve wet- en regelgeving voor dit type zorg.

Het inmiddels uitgevoerde kostprijsonderzoek heeft geleid tot een verbetering van de kostprijsdata. Al met al leidt dit tot een dusdanige verbetering van de tariefstelling, dat de NZa positief gestemd is over het invullen van de randvoorwaarde tariefstelling. Ook wat betreft de wet- en regelgeving ziet de NZa sterke vooruitgang. De NZa is van mening dat met een aanwijzing en het interim-besluit aan de belangrijkste formele voorwaarden is gedaan voor de invoering van DBBC-bekostiging. Als een aanwijzing is afgegeven ziet de NZa daarom verder geen belemmeringen meer in de wet- en regelgeving die uitstel van de invoering van DBBC-bekostiging nodig maken. Wel moet de Wet FZ zo snel mogelijk worden vastgesteld om ook de handhavende bevoegdheden van de NZa te regelen.

Om de bedrijfseconomische risico's van de overstap naar DBBC-bekostiging te beperken zijn transitiemaatregelen nodig. De NZa stelt voor om gedurende twee jaar een gewogen gemiddelde vast te stellen van de behaalde DBBC-omzet en de behaalde omzet in oude bekostigingsparameters. De mate waarin de DBBC-omzet gevolgen heeft voor de daadwerkelijke omzet van een instelling, wordt bepaald door een beleidsmatig vastgesteld percentage. Gezien de grote risico's op korte termijn stelt de NZa voor om in het eerste jaar na de overgang de transitieomzet vast te stellen als een gewogen gemiddelde met 95% van de omzet in oude bekostiging en 5% DBBC-omzet. In het tweede transitiejaar kunnen deze percentages wijzigen naar 70% respectievelijk

30%. Deze maatregelen verzachten de financiële risico's sterk en zorgen ervoor dat de overstap op een verantwoorde manier gemaakt kan worden.

Voor een uiteindelijke verantwoorde overgang volgt de NZa tijdens de transitie de ontwikkelingen in de markt en wordt de impact van de overgang geëvalueerd voordat de oude bekostiging volledig wordt afgebouwd. Twee jaar na de overgang naar prestatiebekostiging zal in principe de volledige DBBC-omzet dienen ter bekostiging van de FZ-instellingen. De oude bekostigingsvormen zijn op dat moment beëindigd.

Een cruciaal onderdeel van de DBBC-bekostiging is de DBBC-productstructuur en bijbehorende tariefstelling. De NZa vindt op dit moment de DBBC-productstructuur voldoende voor bekostiging, doordat via de verfijnde structuur voor verschillende doelgroepen en zorgvragen een passende bekostiging gevonden kan worden. De NZa adviseert om op korte termijn de productstructuur stabiel te houden en geen grote wijzigingen door te voeren. Hierdoor kunnen aanbieders en inkoper hun processen beter afstemmen op de nieuwe bekostiging en kan ook een goede dataverzameling tot stand worden gebracht. Waar (kleine) wijzigingen het systeem meer stabiel kunnen maken is dat naar het idee van de NZa wel wenselijk.

Voor de langere termijn zal de NZa zich blijven oriënteren op mogelijke verbeterrichtingen in de productstructuur. Hiermee zal een stap gemaakt worden in de tweede helft van 2012, bij het opstellen van de doorontwikkelagenda voor de productstructuur van 2014.

Naast de tariefstelling is ook het soort tarief van belang. De tariefsoort is zeer bepalend voor de marktdynamiek. De NZa adviseert ten aanzien van de tariefstructuur om op de korte termijn maximumtarieven te introduceren, in ieder geval gedurende de transitieperiode. Hiermee wordt de bestaande dynamiek gecontinueerd en blijft het mogelijk kwaliteitsprikkels in te bouwen in de tariefstelling.

In een volgend onderdeel van dit advies komt de handhaving van de ZZP-systematiek en extramurale parameters naast de DBBC-systematiek aan de orde. Deze bekostigingstitels zijn alleen van toepassing op duidelijk afgebakende zorgvormen die door een beperkt aantal instellingen worden geleverd. Gebruikers zijn positief over het gebruik van de ZZP's en extramurale parameters. Daarbij leveren ze voor deze specifieke zorg een aanzienlijke beperking van de administratieve lasten op. Mede gebaseerd op reacties vanuit de consultatieronde adviseert de NZa om zowel DBBC's als ZZP's en extramurale parameters te blijven gebruiken.

Voor een aantal activiteiten die op dit moment vergoed worden middels toeslagen geldt dat deze opgenomen worden in de DBBC-productstructuur en dus niet meer als extra activiteit vergoed gaan worden. Voor een aantal andere activiteiten geeft de NZa in dit document advies voor de toekomstige vergoeding. Er wordt onder andere specifiek ingegaan op de vergoeding van zak- en kleedgeld, zorg voor activiteiten die mogelijk vallen onder zorgzwaarte en de vergoeding van Overige Producten. Daarnaast wordt geadviseerd om dove patiënten aanspraak te laten maken op de reeds bestaande AWBZ-regeling voor de vergoeding van doventolken. De acties voortvloeiend uit dit hoofdstuk zullen in overleg met het veld opgepakt worden door de NZa.

Dit advies sluit af met een analyse en voorstel rondom kapitaallasten. Eerder heeft de NZa geadviseerd over de kapitaallastenvergoeding voor

verblijf. Nog niet is voorzien in tarifering van de kapitaallasten behandeling in de DBBC-systematiek. De NZa heeft geconcludeerd dat een opslag van 7,8% op de behandelDBBC's een passende vergoeding biedt voor de kapitaallasten die gepaard gaan met de psychiatrische behandeling van forensische patiënten. Feitelijk is dit een budgetneutrale en beleidsarme omvorming van de vergoedingen die verwerkt zijn in de reeds gebruikte budgetsystematiek. Bijkomend voordeel is de consistentie tussen de curatieve GGZ en de forensische zorg, waardoor geen onbedoelde prikkels voor het leveren van bepaalde zorg ontstaan. De NZa zal de opslag van 7,8% verwerken in de DBBC-behandeltarieven voor 2013.

Spoorboekje forensische zorg

Jaar	Omschrijving	Door	Uiterlijk
2012	Vaststellen prestaties en tarieven 2013	NZa	augustus
	Vaststellen beleidsregels 2013 rond de prestaties en tarieven, en de werking van het transitiemodel	NZa	augustus
	Voorhangbrief voor aanwijzing naar Tweede Kamer (en voor de beleidsregels en voor de invoering van prestatiebekostiging)	VenJ	juni
	Definitieve aanwijzing prestatiebekostiging en beleidsregels naar NZa	VenJ	oktober
2013	Inwerkingtreding Wet FZ		januari
	Start transitieperiode jaar 1 (95%/5%)		januari
	Publicatie Marktscan 2013	NZa	april
	Vaststellen prestaties en tarieven 2014, inclusief beleidsregels	NZa	augustus
2014	Start transitieperiode jaar 2 (70%/30%)		januari
	Publicatie Marktscan 2014		april
	Evaluatie transitieperiode		juni

1. Inleiding

1.1 Inleiding

Onder forensische zorg wordt zorg verstaan die wordt uitgevoerd binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg en die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf/maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan dan wel een andere strafrechtelijke titel. De zorg behelst klinische zorg, ambulante zorg en/of beschermd wonen. Zowel behandeling van patiënten als de beveiliging van de maatschappij spelen een grote rol in de forensische zorg.

In het kader van het programma 'Vernieuwing Forensische Zorg' van het ministerie van VenJ zijn veel veranderingen doorgevoerd in het stelsel. Doel van het programma is, naast het verminderen van recidive, het verbeteren van de samenhang tussen de reguliere GGZ en de geestelijke gezondheidszorg binnen een strafrechtelijk kader. Door onder andere de bekostiging van de zorg beter op elkaar aan te laten sluiten kan deze samenhang versterkt worden. Inmiddels is, geïnspireerd door zowel ontwikkelingen binnen de curatieve zorg (Zvw) als de langdurige zorg (AWBZ), in de vorm van Diagnose Behandel en Beveiliging Combinaties (DBBC's) prestatiebekostiging geïntroduceerd voor de forensische zorg. Bekostiging vindt nu nog plaats op basis van oude AWBZ-budgetsystematiek (of een bewerking daarvan) met behulp van budgetparameters. De financiering vindt voornamelijk plaats door middel van het in rekening brengen van DBBC's. In een brief van 14 september 2011[1] hebben de staatssecretaris van VenJ en de minister van VWS aangegeven dat zij graag zien dat er per 2013 wordt aangevangen met de afbouw van de budgetbekostiging. Hierbij is tevens opgemerkt een advies van de NZa hierover met veel belangstelling tegemoet te zien.

De NZa geeft in voorliggend document het verwachte advies over de daadwerkelijke overstap naar DBBC-bekostiging. Het doel van dit adviesrapport is het inzicht geven in de wijze en het tijdstip waarop bekostiging op basis van DBBC's kan worden ingevoerd in de forensische zorg. Het is de intentie om zo snel als mogelijk op een zorgvuldige wijze volledig over te schakelen op bekostiging met DBBC's.

1.2 Context

Om de keuzes van de NZa te kunnen plaatsen is het van belang om de context van de voorgestelde verandering goed te begrijpen. Eerst wordt kort ingegaan op de marktordening en vervolgens wordt het wettelijk kader geschetst.

1.2.1 Marktordening

De forensische zorg is een bijzondere zorgmarkt. Het lijkt uitgesloten dat een consument zelf op zoek zal gaan naar gesloten en gedwongen behandeling voor (delict)gevaarlijk gedrag veroorzaakt door een psychiatrische aandoening. Bovendien is een strafrechtelijke zorgtitel noodzakelijk om in zorg genomen te worden. Gevolg hiervan is dat voorkeuren van patiënten nauwelijks een rol spelen, omdat de plaatsing in zorg juist van buitenaf opgelegd wordt. De uitkomsten van de

[1] Reactie advies productstructuur.

strafrechtketen bepalen min of meer de dynamiek van de markt, evenals de daaraan voorafgaande politieke afwegingen. Anders dan voor de reguliere gezondheidszorg vraagt deze vorm van zorg dus altijd overheidsinterventie. Een dergelijke vorm van zorg is daarom ook niet privaat te verzekeren.

Om voorgaande redenen treedt de overheid op als zorginkoper voor de forensische zorg. Deze inkooprol is belegd bij de Directie Forensische Zorg(DForZO) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), een uitvoeringsorgaan van het ministerie van VenJ. Forensische zorg wordt ingekocht door één inkoper. Wanneer er binnen een markt slechts één inkoper is met meerdere leveranciers, spreken we van een monopsonie. De voornamelijk private aanbieders concurreren onderling om de gunsten van de publieke inkoper. De aanbieders proberen de publieke doelstellingen van de inkoper zo goed mogelijk te vervullen.

Forensische zorg wordt aangeboden door ongeveer 130 verschillende zorgaanbieders. Forensische zorg in strafrechtelijk kader kan worden verleend binnen de volgende types instellingen:
- Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC)[2];
- Forensische Psychiatrische Kliniek (FPK);
- Forensische Psychiatrische Afdeling (FPA);
- Penitentiair Psychiatrische Centrum (PPC);
- Instelling voor verstandelijke gehandicaptenzorg;
- Reguliere GGZ instelling (waaronder verslavingszorg);
- Penitentiaire inrichting met zorgafdeling;
- Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW).

De plaatsing van justitiabelen in zorg wordt gedaan door een specifieke afdeling van DJI. Plaatsing vindt voornamelijk plaats op basis van de indicatiestelling met behulp van het ICT-programma IFZO. Er wordt gestreefd naar een match tussen de indicatie en de plaatsing. Plaatsingsregels en indicatoren zijn ontwikkeld en in ontwikkeling.

Een justitiabele kan alleen forensische zorg ontvangen, als hij hiervoor een indicatie heeft gekregen. Binnen de forensische zorg zijn er verschillende organisaties die indiceren. De indicerende organen zijn het NIFP (Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie), 3RO (Reclassering Nederland, Leger des Heils en Stichting Verslavingsreclassering) en PMO (Psycho-medische Overleggen). Het NIFP neemt een bijzondere plaats in. Naast hun taak als indicatiesteller leveren zij ook zorg ten behoeve van Zorg in detentie.

Uit voorgaande blijkt dat het ministerie van Veiligheid en Justitie verschillende rollen heeft. Zij is onder andere inkoper, beleidsbepaler, zorgaanbieder, indicatiesteller en plaatser van forensische zorg.

Binnen het forensische veld is de bekostigingsrelatie van de diverse aanbieders ten opzichte van de inkoper verschillend. Hierdoor kunnen sommige (typen) aanbieders bevoordeeld worden ten opzichte van anderen. Hiervan zijn de NZa een aantal voorbeelden bekend. Ten eerste zijn er twee rijksFPC's. Deze FPC's zijn eigendom van DJI. De schijn van belangenverstrengeling kan ontstaan, omdat ook de afdeling plaatsing bij DJI is ondergebracht. In de tweede plaats wordt het onderscheid met PPC's door partijen ook gevoeld als ongelijke behandeling. PPC's kunnen zelf justitiabelen indiceren en naar zichzelf verwijzen. Ten derde is een ongelijk speelveld binnen de forensische zorg ook het gevolg van de tender- en aanbestedingscontracten die in het recente verleden zijn

[2] FPC is de nieuwe naam voor TBS-kliniek. In dit document zal voor de consistentie alleen gesproken worden over de term FPC.

afgesproken en die bestaan naast de reguliere inkoopcontracten. Instellingen met een meerjarig tendercontract hebben voor dezelfde zorg andere inkoopafspraken met VenJ dan ander instellingen zonder tendercontract. Bij het uitzetten van de tenders hebben instellingen weliswaar een gelijke uitgangspositie in de aanbesteding, maar vervolgens is er sprake van een ongelijke positie. De tenders vormen een substituut voor de zorg geleverd via reguliere inkoopcontracten. Doordat deze contracten naast elkaar bestaan en soms door elkaar lopen in de onderhandeling, is er sprake van verminderde transparantie en ongelijke behandeling van marktpartijen. De NZa adviseert dan ook de contractvorming voor alle vormen van forensische zorg gelijk te trekken. De DBBC's dienen in ieder geval als uitgangspunt te worden genomen voor het maken van productieafspraken. Ook is het wenselijk als de gunning van contracten en het plaatsen van patiënten zo transparant mogelijk gebeurd, volgens eenduidige regels.

De bekostiging van en marktordening binnen de forensische zorg is op dit moment sterk gebaseerd op historisch gegroeide constructies, welke niet volledig passen binnen de nieuwe invulling van het stelsel. De DBBC-systematiek past veel beter bij de beoogde stelselwerking en is voor de inkoper een belangrijk instrument om invulling te geven aan haar verantwoordelijkheden. Hiermee wordt immers de samenhang met de curatieve GGZ versterkt en concurrentie tussen aanbieders gestimuleerd. Een snelle en zorgvuldige overgang naar DBBC-bekostiging komt de ontwikkeling van het stelsel dan ook ten goede, waardoor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid beter geborgd zijn.

1.2.2 Wettelijk kader

De Wet FZ vormt als het ware het sluitstuk van het programma Vernieuwing Forensische Zorg. Met het van kracht worden van de wet verandert er ook het een en ander in de taken en bevoegdheden rondom de forensische zorg. Tot nog toe vervulde het ministerie van VenJ nog verschillende rollen. Zo stelde het ministerie zelf prestaties en tarieven vast, terwijl zij ook eindverantwoordelijk is voor de zorginkoop. De NZa heeft eerder geadviseerd dat een onafhankelijke regulator de werking van het stelsel met onderling concurrerende aanbieders kan verbeteren.

Tot 1 april 2012 had de NZa slechts een adviserende rol richting het ministerie van VenJ over de forensische zorg. Per 1 april 2012 is het gewijzigde Interim-besluit FZ van kracht geworden. Hiermee heeft de NZa wettelijk de bevoegdheid gekregen om prestaties en tarieven vast te stellen voor de FZ. De verwachting is dat in de nabije toekomst de Wet FZ van kracht zal zijn.[3] De NZa zal dan naast advisering en het vaststellen van prestaties en tarieven ook de bevoegdheid krijgen om toezicht te houden en handhavend op te treden. Hierdoor kan de NZa net als in de reguliere zorg functioneren als onafhankelijk marktmeester.

1.3 Uitgangspunten NZa-beleid

De NZa heeft het bij het vaststellen van het beleid enkele principes centraal staan, die van belang zijn voor de regulering die wordt ingepast. De voor de forensische zorg meest relevante uitgangspunten zijn de volgende:

– 'DBC GGZ, tenzij'. Dit houdt in dat waar mogelijk de bekostigingssystematiek van de curatieve GGZ gevolgd wordt, tenzij dat door het specifieke karakter van deze zorg niet mogelijk is. Door samenhang te bevorderen tussen de bekostigingsystemen worden

[3] Op dat moment wordt het interim-besluit forensische zorg vervangen.

administratieve lasten zoveel als mogelijk beperkt en wordt het zo gemakkelijk mogelijk voor aanbieders om in verschillende markten geestelijke gezondheidszorg aan te bieden.
- De Wet Marktordening gezondheidszorg (WMg) stelt gereguleerde concurrentie als centraal besturingsprincipe voor de gezondheidszorg. De NZa bekijkt dan ook de wet- en regelgeving vanuit dit perspectief.
- Minimale regulering: De NZa probeert te allen tijden zoveel mogelijk vrijheden en verantwoordelijken bij marktpartijen neer te leggen. Alleen waar regulering noodzakelijk is voor de borging van de publieke belangen zal dit instrument worden ingezet.

1.4 Leeswijzer

In de diverse hoofdstukken wordt uitgewerkt op welke wijze de overgang naar DBBC-bekostiging volgens de NZa het beste plaats kan vinden.
De volgende onderwerpen komen hierbij aan bod: transitiemaatregelen, productstructuur, kapitaallasten, specifieke activiteiten en de relatie tot ZZP-bekostiging.

2. Transitie naar DBBC-bekostiging

Tussen de oude bekostigingsmethodieken (AWBZ-budgetsystematiek) en de DBBC's zitten grote verschillen. Zowel in de beleidsdoelstellingen die eraan ten grondslag liggen, als de daadwerkelijke vormgeving van de bekostiging. Dit betekent dat de overstap van de oude systematiek naar de nieuwe systematiek tot onzekerheid leidt over de bedrijfseconomische situatie van instellingen. Dit hoofdstuk gaat in op de wijze waarop de NZa adviseert om de overstap zorgvuldig te maken.

In de eerste paragrafen worden de voorgestelde transitiemaatregelen en het transitiemodel uitgewerkt. In paragraaf 2.4 zijn de reacties van branchepartijen benoemd en volgt de afweging en het uiteindelijke advies.

2.1 Inleiding

In het advies productstructuur DBBC 2012 FZ heeft de NZa aangegeven te gaan onderzoeken wat de mogelijkheden zijn voor de afbouw van de oude bekostiging in de forensische zorg. Met dit advies wordt invulling gegeven aan dat voornemen.

2.1.1 Start overgang naar DBBC-bekostiging

Vanaf 2011 declareren FZ-instellingen in DBBC's. De NZa heeft het beeld gekregen dat de fase van implementatie binnen instellingen verschilt. Bij een overstap naar DBBC-bekostiging in 2013 heeft de sector twee aanloopjaren gehad om de DBBC-registratie en -declaratie op orde te krijgen. Dat is kort, waardoor de gevolgen van de nieuwe systematiek nog niet volledig duidelijk zijn.

Om bovenstaande reden vindt de NZa het van belang dat er maatregelen worden genomen om de overgang naar prestatiebekostiging geleidelijk te laten plaatsvinden. Het doel van deze transitiemaatregelen is om eventuele inkomstenverschillen als gevolg van de overstap naar prestatiebekostiging uit te smeren over een langere periode. Dit heeft de volgende effecten:

- Met een transitieperiode krijgen instellingen nog extra de tijd om hun DBBC-facturatie en administratie te optimaliseren. Instellingen hebben zo voldoende tijd om hun bedrijfsvoering aan te passen op de nieuwe bekostigingssystematiek.
- De zorginkoper krijgt eveneens de tijd om haar administratiesystemen en inkoop te optimaliseren.
- De effecten van de niet-gereguleerde prijzen voor 2012 lopen nog door in 2013. Met transitiemaatregelen worden deze effecten gladgestreken.

Het is de intentie om zo snel als mogelijk op een zorgvuldige wijze volledig over te schakelen op bekostiging met DBBC's. De NZa wil ten eerste de last van de dubbele administratie zo kort mogelijk houden. Met een snelle overstap naar prestatiebekostiging wordt de periode waarin twee systemen naast elkaar bestaan zoveel als mogelijk beperkt. Gedurende de transitieperiode zal wel een dubbele administratie gevoerd worden. Na afloop van de transitieperiode vervalt de dubbele administratie en hoeven alleen DBBC's geadministreerd te worden. Ten tweede is een langdurige transitieperiode tegenstrijdig met het doel om

zo snel mogelijk en zo goed mogelijk DBBC-bekostiging in te voeren. De NZa is van mening dat door het snel invoeren van de DBBC-bekostiging de focus geheel op DBBC's komt te liggen bij aanbieders en inkoper. Dit zal een goede implementatie van de DBBC's en daarmee de beoogde werking van de inkoopmarkt bevorderen. Kortom: hoewel er wel degelijk transitiemaatregelen nodig zijn, dient de transitieperiode zo kort mogelijk te zijn. Ook de periode van schaduwdraaien, waarin de DBBC's gelden als financieringsmethodiek, moet zoveel als mogelijk beperkt worden.

De NZa ziet mogelijkheden om te starten met afbouw van de oude bekostiging in 2013. Het voorstel is om vervolgens in twee jaar tijd volledig over te schakelen op DBBC-bekostiging. Dit voornemen is voorgelegd aan de relevante branchepartijen. In het vervolg van dit hoofdstuk geeft de NZa haar advies en afwegingen weer die hebben geleid tot een definitieve aanbeveling voor VenJ.

2.1.2 Randvoorwaarden

Om te kunnen starten met de afbouw van het vangnet ziet de NZa twee randvoorwaarden waar op dit moment nog invulling aan wordt gegeven. Het gaat om de ontwikkeling van de tariefregulering en het vaststellen van de definitieve wet- en regelgeving voor dit type zorg.
Bij aanvang van de overschakeling per 2013 moet dus in de loop van 2012 aan beide randvoorwaarden zijn voldaan. Hieronder worden beide randvoorwaarden toegelicht.

2.1.2.1 Tariefstelling 2013

In het advies Productstructuur DBBC 2012 heeft de NZa aangegeven dat de huidige prijzen (gebruikt bij de zorginkoop 2012) een goede basis zijn voor de registratie en facturatie van DBBC's, maar nog onvoldoende zijn voor bekostiging. De NZa heeft hierbij opgemerkt dat de bedrijfseconomische risico's beheersbaar zijn indien het volledige vangnet bij de productstructuur 2012 gehandhaafd blijft.[4] Op basis van dit advies heeft VenJ besloten deze prijzen te gebruiken voor de zorginkoop in 2012. De daadwerkelijke vergoeding van aanbieders vindt nog plaats via de budgetsystematiek.

Een belangrijke reden waarom onzekerheid bestond over de kwaliteit van de tariefstelling, was dat deze niet gebaseerd konden worden op kostprijzen uit de forensische zorg. Specifiek de FPC's waren in het geheel niet vertegenwoordigd, terwijl deze wel ongeveer de helft van de forensische omzet draaien.

Een andere reden waarom de vaststelling van een nieuwe release belangrijk is voor de bekostiging, is het toevoegen van enkele overige producten (OVP) aan de productstructuur. Hierdoor worden enkele activiteiten declarabel gemaakt in de DBBC-systematiek, die anders niet bekostigd zouden worden.

Het is voor de afbouw van het vangnet een randvoorwaarde dat voor 2013 voldoende representatieve en betrouwbare tarieven worden vastgesteld. De belangrijkste actie van de NZa om aan deze randvoorwaarde te voldoen is het uitgevoerde kostprijsonderzoek in de periode oktober 2011-februari 2012.

[4] Zie pagina 14 'Advies productstructuur FZ 2012' (2011) NZa.

Het inmiddels uitgevoerde kostprijsonderzoek heeft geleid tot een verbetering van de kostprijsdata. Door het gebruik van de FPC-data is het specifieke forensische karakter van deze zorg goed geborgd in de kostprijzen. Doordat bijna alle FPC's hebben meegewerkt aan het onderzoek, zijn ze representatief. Ook zal er meer profieldata beschikbaar zijn voor het vaststellen van de nieuwe release.

De kritiek van veldpartijen op de nu geldende tarieven was gericht op het feit dat de verblijfs- en dagbestedingstarieven te laag waren. Hiervan zijn de kostprijzen verhoogd. Dat is dus ook een aanwijzing dat de tarieven verbeteren en beter passen bij de geleverde zorg. De NZa wijst er tot slot op dat transitiemaatregelen de financiële risico's van de tariefstelling minimaliseren.

Al met al leidt dit tot een dusdanige verbetering van de tariefstelling, dat de NZa positief gestemd is over het invullen van de randvoorwaarde tariefstelling. Een definitief oordeel zal volgen in juli 2012 bij de beoordeling van de release. Mocht de situatie zich onverhoopt voordoen dat er geen productstructuur met een voldoende kwaliteit tarieven vastgesteld kan worden, dan adviseert de NZa de overstap naar DBBC-bekostiging pas per 2014 te maken.

2.1.2.2 Wet- en regelgeving

De Wet FZ regelt formeel de invulling van het nieuwe stelsel, waaronder het nieuwe takenpakket van de NZa en de rol van de zorginkoper. Met de inwerkingtreding van de Wet FZ beschikt de NZa over haar volledige takenpakket voor de FZ. Dit volledige pakket is nodig om de FZ zo betrouwbaar mogelijk te reguleren.

Ten tweede regelt de Wet FZ formeel de relatie van (onder andere) de FPC's met het ministerie van VenJ. Inkooprelaties met alle instellingen zijn van belang voor het verkrijgen van een gelijk speelveld tussen de concurrerende aanbieders.

Vanaf 1 april 2012 heeft de NZa een aantal belangrijke regulerende bevoegdheden reeds verkregen. Met de inwerkingtreding van het nieuwe interim besluit forensische zorg kan de NZa prestaties en tarieven vaststellen, welke gebruikt kunnen worden voor de zorginkoop voor 2013. Dit betekent dat de door NZa geadviseerde onafhankelijke regulator inmiddels formeel is gerealiseerd. Hiermee is een belangrijk aspect van de rolvermenging van VenJ inmiddels teniet gedaan.

Voor de invoering van DBBC-bekostiging is een aanwijzing noodzakelijk van de betrokken ministeries. Deze aanwijzing moet de NZa de ruimte geven om DBBC-bekostiging door te voeren, de tariefsoort van de DBBC's vast te stellen en beleidsregels voor de forensische zorg te kunnen vaststellen.

De NZa is van mening dat met een aanwijzing en het interim-besluit aan de belangrijkste formele voorwaarden is gedaan voor de invoering van DBBC-bekostiging. Als een aanwijzing is afgegeven ziet de NZa geen belemmeringen meer in de wet- en regelgeving die uitstel van de invoering van DBBC-bekostiging nodig maken.

Wel wijst de NZa erop dat het van groot belang blijft dat ook de Wet FZ zo snel mogelijk wordt vastgesteld. Zonder de Wet mist de NZa een deel van haar handhavende bevoegdheden. Als deze stap uitblijft zou het kunnen voorkomen dat bijvoorbeeld noodzakelijke informatieverstrekking aan de NZa niet afgedwongen kon worden. Ook het handhaven van de geldende regels zou niet kunnen.

2.2 Afbouw oude bekostiging

De NZa stelt voor om gedurende de transitie uit te gaan van een gewogen gemiddelde van de oude bekostiging en de nieuwe DBBC-omzet. In paragraaf 2.3. wordt de werking van dit transitiemodel verder uiteengezet.

De weging van de omzetten is beleidsmatig vast te stellen, door aan beide vormen van bekostiging een percentage te geven in de totale transitieomzet. De percentages toegekend aan beide omzetten moeten samen optellen tot 100%. Het is logisch om in eerste instantie de omzet verkregen via de oude bekostiging zwaarder te wegen dan de DBBC-omzet.

De NZa adviseert om te kiezen voor een voorzichtige start van de afbouw in het eerste jaar. Met daaropvolgend in het tweede jaar een grotere mate van afbouw, zodat de prikkel om goed te offreren, registreren en declareren in DBBC's zeer sterk is. Dit voornemen vertaalt zich als volgt in cijfers:

- In transitiejaar 1 wordt nog 95% van de omzet bepaald door de budgetsystematiek. Dit betekent dat de DBBC-omzet voor 5% meeweegt in de transitieomzet.
- In transitiejaar 2 wordt nog 70% van de omzet bepaald door de budgetsystematiek. Dit betekent dat de DBBC-omzet voor 30% meeweegt in de transitieomzet.

In het derde jaar wordt compleet overgegaan op prestatiebekostiging en is er geen sprake meer van een vangnet. De afbouw is dan dus 100%.

In de ziekenhuiszorg was sprake van een soortgelijke situatie als binnen de forensische zorg, waarbij beperkte ervaring met de productstructuur[5] gecombineerd werd met de overstap naar prestatiebekostiging. De voorgestelde afbouw van het vangnet komt daarom overeen met de afbouwpercentages die worden gebruikt binnen de ziekenhuiszorg, om ook in de FZ een zorgvuldige overgang mogelijk te maken.

2.3 Werking transitiemodel

Zoals eerder aangegeven gaat de NZa voor het afbouwen van de oude bekostiging uit van een specifiek transitiemodel. Dit model zal via een gewogen gemiddelde van DBBC-omzet en omzet op basis van historische bekostiging moeten zorgen voor een geleidelijke overgang naar prestatiebekostiging. In deze paragraaf wordt dit transitiemodel verder toegelicht.

De omzet in een transitiejaar hangt voor een (groot) deel af van de budgetparameters, en voor het andere deel van de DBBC productie.

De transitieomzet wordt na afloop van een jaar t als volgt berekend:

Omzet (t)= α *[Budget omzet (t)] +(1- α)*[DBBC omzet (t)]
Hierbij is:
α = garantie percentage, waarbij (1- α) de mate van afbouw is.
α neemt jaarlijks af.

[5] Binnen de ziekenhuiszorg werd een nieuwe productstructuur geïntroduceerd op de leest van de bekende structuur.

Met andere woorden, bij een transitieperiode van 2 jaar (conform advies 95% weging budgetsystematiek in jaar 1 en 70% weging budgetsystematiek in jaar 2) is de omzet als volgt te definiëren:

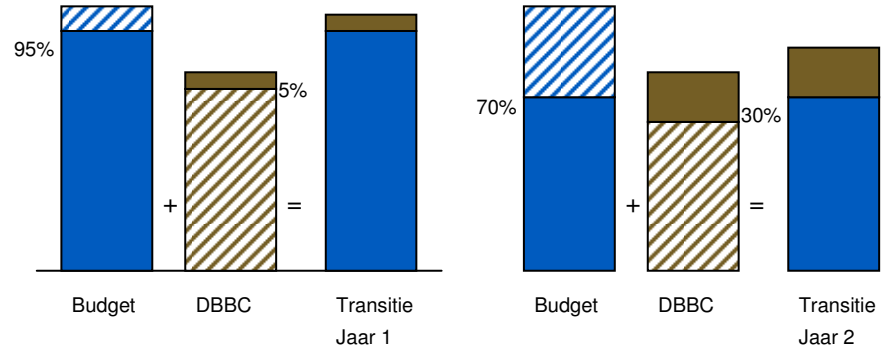
Omzet (t1)= 0.95 * [Budget omzet (t1)] + 0.05 *[DBBC omzet (t1)]
Omzet (t2)= 0.70 * [Budget omzet (t2)] + 0.30 *[DBBC omzet (t2)]

Om één en ander te verduidelijken is dit ook weergegeven in onderstaande grafieken. In deze grafieken is verondersteld dat de productie van de voorbeeldinstelling constant blijft.

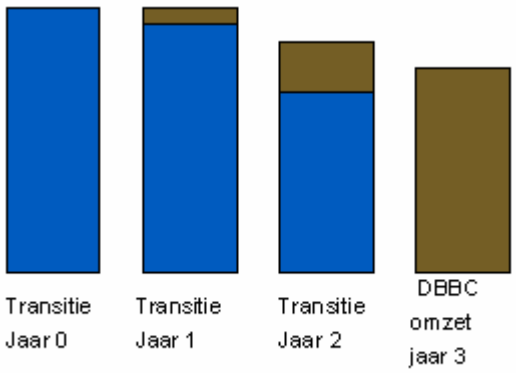
Voorbeeld 1: Instelling met onderdekking (DBBC-omzet is lager dan budget)

Afbouw Jaar 1:
garantiepercentage = 95%

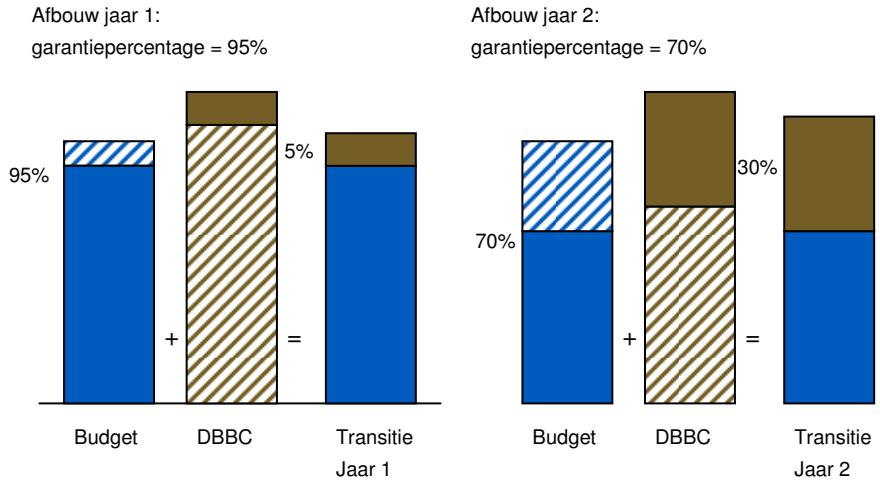
Afbouw Jaar 2:
garantiepercentage = 70%



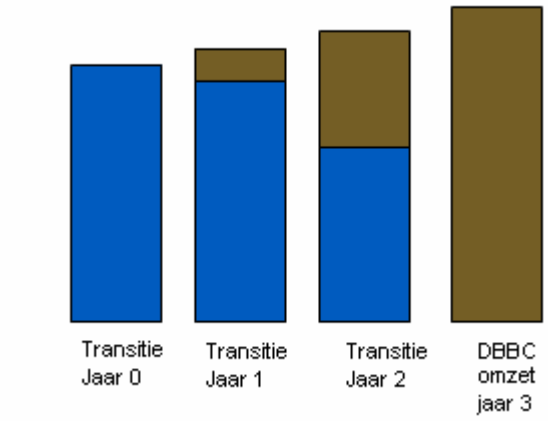
Totaaloverzicht afbouw vangnet jaar 0 tot en met 3, instelling met onderdekking



Voorbeeld 2. Instelling met overdekking (DBBC-omzet is hoger dan budget)



Totaaloverzicht omzet jaar 0 tot en met 3, instelling met overdekking



Instellingen groeien dus stapsgewijs naar hun DBBC-omzet toe. Bij een transitieperiode van twee jaar is de instelling in het derde jaar geheel afhankelijk van zijn DBBC-omzet en geldt er volledige bekostiging op basis van DBBC's.

Om de werking van het model te beoordelen, heeft de NZa de volgende criteria waaraan het moet voldoen als uitgangspunt genomen:
- Het model moet de juiste prikkels bevatten. De registratie en facturatie van de DBBC's moet gestimuleerd worden en zoveel mogelijk lijken op de toekomstige eindsituatie in DBBC's.
- De eenvoud van het systeem is belangrijk.
- Indien er gekozen wordt voor een ex-post berekening van het model, moeten de risico's voor de instellingen/zorginkoper vooraf goed in te schatten zijn.
- De risico's van de instellingen, maar ook voor de zorginkoper moeten aanvaardbaar zijn.

Het hier voorgestelde model voldoet aan deze randvoorwaarden.
Het beschreven transitiemodel is eenvoudig te berekenen, zowel ex-post als ex-ante (zie paragraaf 2.3.1). Daarbij komt dat de financiële zekerheid in dit model voor het grootste gedeelte leunt op de budgetparameters. Omdat voor zowel instellingen als inkoper de omzet

in budget nauwkeurig te bepalen is, zijn de gevolgen vooraf goed in te schatten. Ook heeft dit model de juiste prikkel om de DBBC-registratie en de bedrijfsvoering zo goed mogelijk op orde te brengen. Bij een beperkte afbouw van het vangnet in het eerste jaar, wordt instellingen die nog achterlopen in de DBBC implementatie de mogelijkheid geboden om verbeteringen door te voeren in 1¾ jaar na uitkomst van dit advies. Tot slot zijn de financiële risico's door de zware weging van de budgetsystematiek in de transitieomzet beperkt.

Verder heeft de NZa bij het transitiemodel rekening gehouden met de volgende factoren:

- Bij de start van de afbouw van het vangnet per 2013 heeft de forensische zorg twee jaar gewerkt met de DBBC's. In andere sectoren was dat zeven (ziekenhuizen) respectievelijk vijf jaar (GGZ). Er is binnen de GGZ en ziekenhuiszorg dus langer ervaring opgedaan met administratie op basis in DBC's. Het transitiemodel voor de forensische zorg dient dus sterk gericht te zijn op risicobeheersing.
- Op het moment van invoering van prestatiebekostiging voor ziekenhuizen is een nieuwe productstructuur doorgevoerd, DOT. Ziekenhuizen hadden dus ook te maken met een nieuw systeem. Daarom is voor de ziekenhuizen een sterk risicobeheersend transitiemodel gekozen. Door een afgeleide van dit model te gebruiken is het beleid voor de invoering van prestatiebekostiging consistent.
- Bij de transitie in de GGZ wordt tevens de dubbele administratie afgeschaft, zodat instellingen niet meer in budgetparameters hoeven te registreren. De NZa is van mening dat dit nog niet mogelijk is in de forensische zorg. Niet alleen voor (sommige) instellingen, maar ook voor de inkoper is het voor nu nog noodzakelijk de twee structuren naast elkaar te houden. Door een relatief korte transitieperiode worden de zorgaanbieders aangespoord snel hun administratie op orde te hebben. Tegelijk blijft de periode waarin dubbele administratie nodig is zoveel mogelijk beperkt, door zo kort mogelijk te schaduwdraaien met de DBBC-systematiek.

Overigens moet bij de berekening van de transitieomzet ook nog rekening worden gehouden met de verwerking van de kapitaallasten hierin. Een globale methodiek hiervoor wordt gegeven in paragraaf 7.3.4.

2.3.1 Ex-ante versus ex-post

Bij de werking van het transitiemodel speelt niet alleen de methodiek voor het berekenen van een transitieomzet een rol, maar ook het moment van berekenen. Hierin bestaat grosso modo een keuze tussen ex ante vaststelling (voorafgaand aan jaar t) of ex post (na afloop van jaar t).

Het heeft de voorkeur van de NZa om het transitiemodel ex-post toe te passen. Dit heeft het voordeel dat de dynamiek in de markt wordt meegenomen. Immers, capaciteitswijzigingen of wijzigingen in de productie worden verwerkt in zowel budget als DBBC-omzet en dus meegewogen in de transitieomzetten. Bovendien vergt een ex ante vaststelling betrouwbare data waar deze op gebaseerd kan worden. Aangezien deze vooralsnog ontbreekt zou een ex-ante vastgesteld vangnet niet de gewenste beperking van financiële risico's betekenen, maar eerder een vergroting.

2.4 Afweging en advies NZa

De transitiemaatregelen zoals uitgewerkt in dit hoofdstuk zijn geconsulteerd met branchepartijen[6]. In deze paragraaf wordt eerst in het kort de reactie van de geconsulteerde branchepartijen beschreven. Daarna staat in paragraaf 2.4.2 de afweging van deze argumenten en volgt in paragraaf 2.5 het uiteindelijke advies.

2.4.1 Reacties branchepartijen

Alle branchepartijen hebben in reactie op het voorstel van de NZa aangegeven een groot voorstander te zijn van een snelle invoer van DBBC-bekostiging. Duidelijkheid over het moment van invoering en de overgangsystematiek stimuleert een goed verlopende overstap naar DBBC-bekostiging.

De zorginkoper is het eens met het aanvankelijke voorstel van de NZa zoals beschreven in de voorgaande paragrafen. De zorginkoper heeft wel aandacht gevraagd voor de mogelijke macrobudgettaire effecten van de invoering van DBBC-bekostiging.

De brancheorganisaties van zorgaanbieders pleiten voor uitstel van de invoering. De belangrijkste redenen hiervoor zijn de financiële risico's die gepaard gaan met de invoer van de nieuwe bekostiging. Door deze partijen zijn de volgende argumenten aangedragen:
- Er is op dit moment geen inzicht in zorgvolume.
- Er heerst onzekerheid over de kwaliteit van tariefstelling en er is op dit moment ook geen inzicht in de tarieven voor 2013.
- Door gelijktijdige invoering van NHC-bekostiging ontstaat er een stapeling van risico's. Dit wordt niet wenselijk geacht.
- Instellingen verwachten geconfronteerd te worden met een terugloop aan patiënten en daarmee van inkomsten. Hierdoor wordt het financiële risico naar de mening van branchepartijen verder vergroot.

Het voorgestelde transitiemodel en de voorgestelde afbouw werden onderschreven door brancheorganisaties, met het voorbehoud dat dit pas zou kunnen als er meer duidelijkheid was over de financiële onzekerheden.

In de volgende paragraaf geeft de NZa haar overwegingen weer met betrekking tot de financiële risico's, welke hebben geleid tot het definitieve advies.

2.4.2 Afweging NZa

De reacties van de geconsulteerde partijen waren vooral gericht op het startjaar van de afbouw. De vertegenwoordigers van aanbieders hebben gepleit voor een latere overgang naar DBBC-bekostiging. Er is daarom door de NZa gekeken naar de meerwaarde van uitstel van de invoering van DBBC-bekostiging naar 2014. In deze paragraaf wordt afgewogen of de argumenten van brancheorganisaties moeten leiden tot een bijstelling van het voorstel van de NZa.

Instellingen spreken voornamelijk over financieel-economische risico's en hebben hiervoor vier argumenten. In deze paragraaf weegt de NZa de argumenten van de branchepartijen.

6 DForZo als zorginkoper, GGZ-Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Vanuit de VGN hebben de Borg-instellingen een formele reactie ingediend bij de NZa.

1) *Inzicht in zorgvolume ontbreekt*
Voor instellingen is het inderdaad nog niet duidelijk hoe straks de productie in DBBC's zal zijn. Inzicht in de zorgvolumes is dus moeilijk te geven. Dit geldt vooral voor de geleverde zorg per patiënt. Uitstel van de overgang naar 2014 levert wel productiedata over één jaar op. Dit biedt meer inzicht in de financieel-economische risico's doordat het zorgvolume bekend is en het daadwerkelijke verschil in omzet. Dit biedt echter geen zekerheid dat de geschatte of gewenste omzet (of uitgaven) een jaar later wordt gerealiseerd.

In een scenario waarbij de overgang uit wordt gesteld naar 2014 kan ook een interpretatieprobleem ontstaan. Immers, de data zijn dan slechts beschikbaar over één jaar. Hoe moet dit jaar geïnterpreteerd worden? Daarnaast komen de data dan tot stand zonder dat er een financiële prikkel is om het geleverde volume goed te declareren in DBBC's. Dit geeft onzekerheden over de kwaliteit van de data en de conclusies die daaraan verbonden kunnen worden. Het is zeer de vraag of het gewenste inzicht in zorgvolume bereikt wordt met 1 jaar uitstel van de invoering van prestatiebekostiging.

2) *Onzekerheid over tariefstelling*
Instellingen geven aan nog geen vertrouwen in de tariefstelling te hebben. Uitstel zal volgens de NZa de tariefstelling niet (substantieel) verbeteren, in die zin dat de spreiding van kostprijzen tussen instellingen in een jaar tijd verdwijnt. Wel kunnen instellingen in een jaar hun bedrijfsvoering verder op orde brengen, zonder eventueel nadelige financiële gevolgen hiervan te ondervinden. Daar staat tegenover dat er dan een kleinere prikkel is om de bedrijfsvoering daadwerkelijk aan te passen aan de geldende tarieven. De NZa is daarbij van mening dat met de voorgestelde transitiemaatregelen de financiële risico's van de tariefstelling voldoende verminderd worden voor een verantwoorde overstap naar prestatiebekostiging.

3) *Stapeling van risico's door gelijktijdige NHC-invoering*
In principe staat de NHC-invoering los van de risico's die samenhangen met de invoering van DBBC-bekostiging. Van oudsher zijn deze twee posten al gescheiden voor een instelling. De financiële effecten van de verandering van de bekostiging doen zich ook voor onafhankelijk van elkaar. Wel kan dit in incidentele gevallen onvoordelig uitpakken. Instellingen hebben een nadeel als zij op beide posten fors geld verliezen. Dat is ook de reden waarom de NZa transitiemaatregelen adviseert. Hierdoor wordt het financiële risico verkleind. Gezien het zeer zware vangnet voor DBBC's[7] en het zware vangnet voor de NHC's[8] zijn de financiële risico's sterk verminderd.

4) *Teruglopende inkomsten door het behandelen van minder patiënten.*
Een ander punt dat door de consultatiepartijen is genoemd is teruglopende inkomsten door een gebrek aan patiënten. De NZa onderkent dat dit kan gaan spelen in de specifieke TBS-markt. Deze ontwikkeling van de markt dient naar de mening van de NZa echter niet te worden meegewogen in de besluitvorming over DBBC-bekostiging. Immers, deze ontwikkeling doet zich

7 Maximale verlies 5% over 80% van de totale VenJ-omzet.
8 Maximale verlies te schatten op ongeveer 20% over 20% van de verblijfsomzet.

onafhankelijk van de bekostiging voor. Ook met de oude bekostiging zou een terugloop van het aantal patiënten budgettaire effecten hebben. Het verschil tussen de opbrengsten met de DBBC-bekostiging en de oude budgetsystematiek worden in belangrijke mate gedekt door de transitiemaatregelen.

Ten algemene geven branchepartijen geven aan de financieel-economische onzekerheden als reden te ervaren om de invoer van de DBBC-bekostiging niet in 2013 te kunnen laten starten. De NZa constateert evenwel dat de feitelijke financiële risico's gedurende de transitieperiode zeer klein zijn. Ter verduidelijking van de afbouw van het vangnet wordt in onderstaande tabel een getallenvoorbeeld gegeven van wat het vangnet voor de omzet betekent in percentages bij overgang per 2013, met afbouw van 95%-70% in twee jaar.

DBBC-omzet in vergelijking tot FB-omzet	Transitieomzet jaar 1 (vangnet 95%)	Transitieomzet jaar 2 (vangnet 70%)
130%	101,5%	109%
110%	100,5%	103%
100%	100%	100%
90%	99,5%	97%
80%	99%	94%
70%	98,5%	91%
50%	97,5%	85%

De risico's na afloop van de transitieperiode zullen sterk toenemen. In het meest onfortuinlijke geval heeft de gevreesde stapeling van kleine negatieve effecten plaatsgevonden. Monitoring hierop is noodzakelijk en waar nodig zou actie moeten worden ondernomen.

Wat betreft de macrobudgettaire gevolgen heeft de NZa de verwachting dat deze effecten minimaal zullen zijn. Ten eerste wordt de hoeveelheid budget aangepast op de hoeveelheid patiënten. Bovendien is ook een sterke toe- of afname van de patiënten niet te verwachten, doordat de toegang tot zorg wordt geregeld via een strikt systeem van plaatsing en indicatie. Daarbij is ook een grote verandering van het prijsniveau niet te verwachten. De tariefstelling is immers voortvloeiend uit het bestaande zorgvolume en het prijsniveau. Ten derde wijst de NZa erop dat de inkoper strikt gebudgetteerd is en daarom moeilijk haar budget kan overschrijden. De zorginkoper zal dan ook bij de zorginkoop rekening houden met het ter beschikking bestaande budget en daar haar inkoopbeslissingen op baseren. Deze factoren bij elkaar opgeteld concludeert de NZa dat het reëel is om een macrobudgettair neutrale invoering te verwachten. De NZa zal zich gedurende de transitie inspannen om de prijsontwikkeling en de budgettaire ontwikkeling te monitoren.

2.5 Advies NZa

De argumenten van de branchepartijen afwegend komt de NZa tot de conclusie dat een overstap naar DBBC-bekostiging per 2013 de meest wenselijke situatie is. Door het zeer zware vangnet zijn de risico's voor zowel de aanbieders als de inkoper zeer beperkt. Terwijl met de afbouw van de budgetsystematiek wel een sterke prikkel ontstaat om zo snel mogelijk de DBBC-bekostiging adequaat te implementeren. Deze prikkel zou er niet zijn als de invoer van de DBBC-bekostiging wordt uitgesteld tot 2014. De NZa voorziet daarom een positievere ontwikkeling van de

markt indien al in 2013 wordt gestart met de transitie, met het gebruik van een zeer zwaar vangnet.

Wel is het zo dat aanbieders vanaf 1 januari 2015 geconfronteerd kunnen gaan worden met omzetverschillen door beëindiging van het vangnet. Hoe de werkelijke situatie op dat moment zal zijn is op dit moment nog moeilijk te voorspellen. Om er zeker van te zijn dat de definitieve overgang in 2015 verantwoord is, en dat de budgettaire macro-effecten zoals gewenst beperkt zijn, volgt de NZa de ontwikkelingen in deze sector. De NZa zal in het laatste transitiejaar beoordelen of de definitieve stap gemaakt kan worden.

Het evaluatie-instrument hiervoor is de marktscan forensische zorg. Hierin zijn cijfers en feiten opgenomen over de markt voor forensische zorg. In de nabije toekomst kan deze marktscan gebruikt worden voor het toetsen van de ontwikkelingen in de markt. Te denken valt aan de toetsing van de transitie-effecten op onder andere de volgende criteria:
- vergelijking van DBBC-omzet en budgetsystematiek-omzet;
- vergelijking van DBBC-productieafspraken en budgetsystematiek-productieafspraken;
- ontwikkeling van het macrobudget forensische zorg;
- de ontwikkeling van de uitgaven per behandelde patiënt;
- de prijsontwikkeling van DBBC's;
- de ontwikkeling van rentabiliteit en solvabiliteit van instellingen.

Indien de sector te grote (individuele) omzetverschillen laat zien tussen de DBBC-bekostiging en de oude bekostigingsvorm, dan adviseert de NZa de transitieperiode met maximaal 1 jaar te verlengen. De NZa adviseert de weging van het vangnet in een optioneel derde transitiejaar af te bouwen naar 50%. Hierdoor krijgen de instellingen een jaar extra de tijd om hun bedrijfsvoering aan te passen, maar wordt de DBBC-omzet wel belangrijker. De NZa zal als deze aanbeveling wordt overgenomen verdere stappen ondernemen om de evaluatiecriteria te operationaliseren.

Eveneens van belang is de toets op de algemene betaalbaarheid van de forensische zorg. Het ligt voor de hand dat bij een gelijkblijvend volume aan zorg de macrobudgetten grosso modo gelijk blijven. Voor VenJ is een gelijkblijvend macrobudget van groot belang. Dit wordt expliciet betrokken in de tussenevaluatie van de DBBC-bekostiging zoals hierboven beschreven.

3. DBBC's als bekostigingsinstrument

Centraal in dit advies staat de definitieve invoering van de DBBC-systematiek en daarmee de opheffing van de oude inkomstenstromen. De DBBC-productstructuur is een cruciaal onderdeel van de nieuwe bekostiging.

De productstructuur zoals die door de NZa zal worden vastgesteld biedt zowel prestaties als tarieven voor de forensische zorg. Hoewel deze in de praktijk moeilijk los van elkaar te zien zijn, is het voor de verdere ontwikkeling ervan wel van belang om beiden apart te bekijken. Voldoende kwaliteit van beide aspecten is nodig om een betrouwbare en functionele basis voor prestatiebekostiging te hebben. In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de DBBC-productstructuur, daarna bespreken we de tariefsoort.

3.1 DBBC-productstructuur

De productstructuur is het geheel aan prestaties dat een aanbieder kan leveren om zorgvragen van patiënten te behandelen. De (meest) gebruikte prestaties voor de forensische zorg zijn de DBBC's. Aan deze prestaties is door de NZa een tarief gekoppeld. De DBBC-tarieven passend bij deze producten zijn gebaseerd op de gemiddelde kosten voor het behandelen van een bepaalde zorgvraag. Het hanteren van een gemiddelde betekent dat er per definitie patiënten zich qua kosten onder het gemiddelde en boven het gemiddelde bevinden.

De vraag die zich voordoet bij de introductie van volledige bekostiging middels DBBC's, is of de huidige DBBC-productstructuur[9] voldoet als bekostiginginstrument om verschillende vormen en zwaartes van forensische zorg afdoende te bekostigen.

3.1.1 Variëteit in zorgzwaarte

Verschillen in zorgzwaarte tussen patiënten kunnen betrekking hebben op zowel behandeling als verblijf. We spreken van zorgzwaarte als:
- Er een noodzaak is tot het inzetten van een zwaardere mix van behandelaren dan het gemiddelde behandelprofiel waarop het tarief is gebaseerd in voorziet.
- Er een noodzaak is tot het gemiddeld gebruiken van meer tijd (direct en indirect) voor de doelgroep dan waarin het tarief voor de productgroep voorziet. Dit kan door meer tijd te besteden aan een cliënt (behandeling), of cliënten in kleinere groepen te huisvesten waardoor de gemiddelde verpleegintensiteit per patiënt toeneemt (verblijf).

Uiteraard kan het tegenovergestelde ook voorkomen: een lichtere mix van behandelaren of minder tijd dan gemiddeld is dan nodig om een patiënt te behandelen. Er wordt met DBBC-bekostiging van uitgegaan dat in de praktijk elke patiënt verschillend is, maar dat over grote aantallen een gemiddelde per patiënt kan worden berekend dat voor de totale populatie tot toereikende bekostiging leidt.

[9] Let op: Het gaat hier om de zorgprestaties, niet de bijbehorende tarieven.

De huidige DBBC-systematiek sluit in het algemeen goed aan bij een variëteit van zorgvragen. Voor behandeling kent een aanbieder de mogelijkheid tot de inzet van verschillende disciplines en het tijdschrijven in zowel directe als indirecte tijd. Per patiënt kan een passende behandeling geboden worden en bekostigd. Wat betreft het verblijf kent de forensische zorg een relatief verfijnde structuur die differentiatie in tarief biedt voor zowel de verpleegintensiteit als de intensiteit van de beveiliging.

De productstructuur biedt daarom mogelijkheden om voor allerlei vormen van geleverde zorg een passende vergoeding af te spreken. De NZa verwacht bovendien dat aanbieders en inkoper in de loop van de tijd steeds beter in staat zullen zijn passende prestaties af te spreken voor specifieke doelgroepen. De NZa oordeelt dat de huidige structuur geschikt is voor prestatiebekostiging.

3.2 Oordeel productstructuur voor prestatiebekostiging

De forensische zorg werkt relatief kort echt met DBBC's. De NZa pleit er daarom voor om op korte termijn geen substantiële wijzigingen door te voeren in de productstructuur.[10] Op deze manier kunnen aanbieders en inkoper wennen aan de nieuwe situatie en wordt het voor beleidsmakers mogelijk om meer informatie te verzamelen over de werking van deze markt.

Het is in de ogen van de NZa onwenselijk om gedurende de transitieperiode extra onzekerheden te introduceren. Substantiële aanpassingen in de structuur zouden namelijk ten koste kunnen gaan van het uitkristalliseren van de markt. Meer tijd is nodig om aanbieders en inkoper hun werkprocessen op orde te laten krijgen. Een stabiele productstructuur kan dit proces versnellen. Met een stabiele productstructuur zijn ook de financiële risico's gedurende de overgangperiode beter beheersbaar.

Naast het wennen aan de productstructuur is het ook van belang om informatie te verzamelen over de markt. Deze informatie kan gebruikt worden voor het monitoren en reguleren van de markt. Bijvoorbeeld de productiedata zal zich uitbreiden en realistischer worden naarmate instellingen langer werken met de DBBC-systematiek in zijn huidige vorm. Ook de prijs- en kostenontwikkeling van de sector zal steeds duidelijker worden.

Om te kunnen vertrouwen op de verkregen data is het van belang om deze data vergelijkbaar te maken en te kunnen controleren ten opzichte van een betrouwbaar referentiepunt. Hierbij helpt het als er ervaring is met het gebruik van de productstructuur. Het gebrek aan volledige data zou kunnen voortduren door aanpassingen te doen aan de productstructuur.

De vaststelling dat de huidige productstructuur voldoende is voor bekostiging in de ogen van de NZa heeft geen betrekking op de tarieven behorend bij de productstructuur. Op dat vlak is nog een verbeterslag nodig om de DBBC's geschikt te maken voor prestatiebekostiging. Deze vindt op dit moment plaats en is ook genoemd in hoofdstuk 2 van dit document als randvoorwaarde voor prestatiebekostiging. Naar

[10] Wel moeten nog enkele OVP's declarabel worden gemaakt. Dit zal naar verwachting gebeurd zijn per 2013.

verwachting zijn de benodigde verbeteringen geïmplementeerd per 1 januari 2013.

3.3 Lange termijn doorontwikkeling productstructuur

Hoewel de DBBC-productstructuur in de ogen van de NZa geschikt is als betaaltitel voor de forensische zorg, betekent dit niet dat er geen verbetering meer mogelijk is. De NZa ziet verbetering van de productstructuur echter niet als randvoorwaardelijk voor de overgang naar DBBC-bekostiging. Sterker nog, op korte termijn is stabiliteit van het systeem volgens de NZa van groter belang. Bijkomend voordeel hiervan is dat met meer informatie over en ervaring met de huidige productstructuur het gemakkelijker is om later de juiste beslissingen te nemen over eventuele verbeteringen.

In de volgende paragraaf benoemt de NZa een aantal ontwikkelpunten die opgepakt zouden kunnen worden bij een eventuele doorontwikkeling van de DBBC's voor de lange termijn. De genoemde knelpunten zijn mede gebaseerd op een rondgang langs verschillende zorgaanbieders van forensische zorg.

3.3.1 Ontwikkelpunten DBBC-productstructuur

Een aantal recente problemen met DBBC's heeft te maken met kinderziektes in het systeem. Deze problemen lijken op korte termijn tot het verleden te gaan behoren. Te denken valt aan ICT-problemen, het leren omgaan met de nieuwe noodzakelijke registratie, het leren maken van DBBC-offertes en het inregelen van procedures voor facturering door aanbieders en inkoper.

Daarnaast is een aantal meer structurele ontwikkelpunten naar voren gekomen:

- Hoewel actief het principe 'DBC GGZ, tenzij' wordt gevolgd, blijken er in praktijk verschillen tussen de productstructuren van forensische zorg en cGGZ te ontstaan. Mede veroorzaakt door specifieke kenmerken van deze zorg. Deze verschillen kunnen lastig zijn voor aanbieders die zorg aanbieden in beide segmenten. Mogelijk kunnen er initiatieven ontplooid worden om die tot knelpunten leiden in kaart te brengen en weg te nemen. Overigens kan het zijn dat deze knelpunten niet alleen in de productstructuur zitten, maar ook of juist in de software.
- In de forensische zorg wordt een grote variëteit aan behandelingen aangeboden. Het DBBC-systeem is geënt op gemiddelden. Er is een risico dat er incidentele dat situaties bestaan waarin het gemiddelde te veel afwijkt van de daadwerkelijk geleverde zorg. Zie hiervoor ook de paragraaf over zorgzwaarte.
- Onderzocht kan worden of de prikkels in het DBBC-systeem passend zijn voor de geboden zorgvormen. Tegelijkertijd moet ook gerealiseerd worden dat aanpassingen in of toevoegingen aan het systeem mogelijk meer complexiteit in het systeem brengen.
- De bestaande definities voor de verblijfDBBC's zijn gebaseerd op het aantal sociotherapeuten dat nodig is om een patiënt te verplegen. Gekeken kan worden of er meer prikkels voor efficiëntie kunnen worden aangebracht.
- De DBBC-productstructuur is gebaseerd op de DBC-structuur die wordt gebruikt voor de cGGZ. Deze productstructuur is ontworpen voor relatief kortdurende, op genezing gerichte psychiatrie. De vraag is of voor de langdurige zorg die in de forensische zorg voorkomt een tijdschrijfsysteem optimaal is. Ten eerste is het bewerkelijk om

jarenlang minuten te registreren voor een behandeling. Ook is het arbeidsintensief om verblijfsdagen per afdeling te registreren, terwijl de verblijfsduur vaak vooraf vaststaat. Ten tweede wordt doelmatigheid niet optimaal gestimuleerd binnen de huidige systematiek. Het tarief neemt immers toe bij het bieden van meer behandeling, terwijl in sommige gevallen dwangbehandeling is opgelegd. Ook kan, doordat in vele gevallen de klinische verblijfsduur vaststaat, nauwelijks doelmatigheidswinst worden geboekt door klinische trajecten te verkorten. Onderzocht kan worden of er meer prikkels voor efficiëntie in het systeem kunnen worden ingebouwd.

3.4 Afweging en advies NZa

Bovenstaande ontwikkelpunten zijn geconsulteerd met veldpartijen. GGZ-Nederland heeft aangegeven vooral de samenhang met de curatieve GGZ en de doorontwikkeling van de prestaties voor verblijf van belang te vinden. GGZ-Nederland herkende zich niet in het als vijfde genoemde knelpunt. Vanuit de VGN is voornamelijk aandacht gevraagd voor het bekijken van de prestaties die gelden voor verstandelijk gehandicapten in de forensische zorg. Zij bepleiten dat de behandelprofielen van de DBBC's niet goed aansluiten bij de gemiddeld hogere behandeltijd en verpleegtijd die nodig is voor licht verstandelijk gehandicapten.

Het oppakken van de genoemde ontwikkelpunten is naar de mening van de NZa wel een zaak voor de langere termijn. Ten eerste vanwege de wens om de productstructuur op korte termijn stabiel te houden. Ten tweede omdat aanpassingen pas op zijn vroegst per 2014 kunnen worden doorgevoerd. Mogelijk vergen omvangrijke aanpassingen meer tijd. Deze argumenten zijn ook van toepassing op de oproep vanuit de gehandicaptenzorg om de voor hen geldende prestaties te heroverwegen. Bovendien is het een bewuste keus om ook deze aanbieders in DBBC's te laten declareren. Wel neemt de NZa het signaal dat deze prestaties niet passend kunnen zijn mee in de doorontwikkeling.

Voor de korte termijn zal de NZa, mede op advies van GGZ-Nederland, kijken of er nog aspecten in de productstructuur zitten die de stabiliteit niet ten goede komen. Bijvoorbeeld in dit kader zijn genoemd onlogische verschillen tussen de curatieve GGZ en de FZ.

De genoemde reacties hebben voor de NZa niet geleid tot herziening van het standpunt dat de productstructuur op dit moment voldoende is voor prestatiebekostiging. Ten algemene moet de bestaande structuur voldoende ruimte bieden voor de bekostiging van de voorkomende zorgvragen. De transitiemaatregelen geven hierbij extra zekerheid om de omzet bij gelijkblijvende productie op peil te houden.

De ontwikkeling van de DBBC's zal worden opgepakt via de doorontwikkelagenda. Dit is een regulier jaarlijks traject, waarin de hier genoemde ontwikkelpunten nadrukkelijk zullen worden meegenomen. De NZa zal zich oriënteren op de noodzaak van oplossingen en mogelijke verbeterrichtingen. Bij de doorontwikkeling is de inbreng van marktpartijen en de betrokken ministeries van belang.

4. Tariefsoort

Naast de tariefonderbouwing is in relatie tot de productstructuur ook de tariefsoort van belang. Het vaststellen van de tariefsoort gebeurt altijd op aanwijzing van het verantwoordelijke ministerie. De NZa adviseert het ministerie van VenJ over de meest wenselijke tariefsoort voor de forensische zorg.

Er zijn verschillende mogelijkheden met betrekking tot de tariefsoort. Te denken valt aan onder andere:
- Maximumtarieven. (Maximum wordt vastgesteld door de NZa, inkoper en aanbieder kunnen wel een lager tarief afspreken);
- vaste tarieven. (NZa stelt tarief vast, geen onderhandeling mogelijk);
- bandbreedtetarieven. (NZa stelt maximum en minimum vast, daartussen is onderhandeling mogelijk);
- vrije prijzen. (De NZa stelt DBBC-prestaties vast, maar geen tarieven. Marktpartijen onderhandelen zelf over een passende prijs voor geleverde zorg).

De gekozen tariefsoort voor de DBBC's bepaalt in belangrijke mate de marktdynamiek. Voor optimale uitkomsten is het van belang om de tariefsoort aan te passen aan de markt waar deze op wordt toegepast.

Op korte termijn kan het noodzakelijk zijn om de markt eerst op gang te brengen na vele jaren van budgettering. Onderstaande paragrafen gaan dan ook in op de huidige situatie en een mogelijke ontwikkeling op de langere termijn.

4.1 Tariefstructuur op korte termijn

Er zijn een aantal criteria om te beoordelen of een markt goed werkt, of kan werken. Mocht een markt niet goed werken, dan kan tariefregulering de uitkomsten verbeteren. De belangrijkste criteria zijn:
- transparantie prijs/kwaliteit producten;
- evenwicht in marktmacht tussen aanbieder en inkoper;
- passende tarieven per zorgproduct.

4.1.1 Transparantie

Om tot een goede prijs te komen voor aanbieders en inkoper is het van belang dat de inkoper een prijs/kwaliteit afweging kan maken op basis van de prijs/kwaliteit verhouding. Dit betekent dat zowel de prijs als de kwaliteit transparant moeten zijn voor de inkoper.

Transparantie kan beoordeeld worden in absolute zin, maar ook in relatieve zin. Bijvoorbeeld door iets te zeggen over de vergelijkbaarheid van het zorgaanbod voor de inkoper. Die vergelijkbaarheid is binnen de forensische zorg erg goed. Ten eerste onderhoudt de inkoper met veel instellingen al jarenlang een intensieve relatie. De inkoper is dus goed op de hoogte van de verschillen tussen aanbieders. Ten tweede is een gevolg van het feit dat er maar één inkoper is, dat de inkoper alle informatie geboden krijgt. Een inkoper die om specifieke dienstverlening vraagt kan bij de gunning van de contracten altijd in bepaalde mate vergelijken tussen wat hem geboden wordt. Er is dus in theorie voldoende relatieve transparantie om onderhandelingen over prijs en kwaliteit te starten.

Ook wat betreft de transparantie in absolute zin zijn er vele initiatieven. Enkele voorname ontwikkelingen zijn de volgende:

- Op het startbudget wordt door inkoper DForZo een korting gehanteerd. Door te voldoen aan de gestelde voorwaarden en kwaliteit- en verantwoordingscriteria kan het budget van de instelling worden verhoogd. De kwaliteitscriteria zijn: werken aan recidivevermindering, ketensamenwerking tijdens de strafrechtelijke titel en continuïteit van zorg voorafgaand, tijdens en na afloop van de strafrechtelijke titel. De verantwoordingscriteria zijn: de registratie van prestatie-indicatoren Zichtbare Zorg en het in beeld brengen van de resultaten van behandeling via bijvoorbeeld ROM. Ook moeten aanbieders maandelijks verschillende (productie)gegevens aanleveren. De inkoper kan bij de gunning van de contracten altijd in bepaalde mate vergelijken wat hem geboden wordt. Dit komt de transparantie bij de onderhandeling ten goede.
- Kwaliteitsverbetering heeft de aandacht. Innovatie en onderzoek naar de effectiviteit wordt door middel van het toekennen van innovatiebudgetten gestimuleerd. GGZN heeft bijvoorbeeld het Kwaliteitsprogramma FZ opgezet. Binnen het programma wordt gewerkt aan het vergroten van de wetenschappelijke onderbouwing (evidence based) van de forensische behandeling en het inzichtelijk maken van resultaten van forensische zorg. Naast dit kwaliteitsprogramma is er een systeem ontwikkeld dat FPC's de mogelijkheid geeft om feedback te krijgen op de behandeling in de vorm van informatie over recidive van ex-TBS-gestelden.

Het is nog onduidelijk of bovenstaande initiatieven leiden tot dusdanige informatie dat op doelgroep- of instellingsniveau onderscheid kan worden gemaakt in kwaliteit en zorgzwaarte door de inkoper.

Vanwege de initiatieven en acties die (in de toekomst) ondernomen worden om de transparantie te vergroten, zal de NZa niet regulerend optreden. Ten algemene is de NZa terughoudend met nadere regulering in de vorm van informatieverplichtingen voor marktpartijen. Daar waar nog sprake is van onvoldoende transparantie is het eerst aan partijen om de beschikbare informatie toegankelijk te maken. Bij de ontwikkeling van beleidsregels en nadere regels vraagt de NZa zich af of regelgeving echt nodig is of, om administratieve lasten te minimaliseren, het aan andere partijen kan worden overgelaten.

Op dit moment oordeelt de NZa dat de transparantie binnen de forensische zorg van voldoende niveau is om DBBC-bekostiging te kunnen invoeren. Nog onduidelijk is of de transparantie al zo goed is, dat ook per doelgroep bekeken kan worden welke zorg en welk tarief passend is.

Er zijn verschillende initiatieven om de transparantie verder te vergroten en informatie te verkrijgen. Deze ontwikkelingen zal de NZa nauwlettend volgen en waar nodig de betrokken partijen aanspreken op de behaalde resultaten.

4.1.2 Marktmacht

Marktmacht is de mate waarin een partij zich onafhankelijk van de andere marktspelers kan gedragen. Veel marktmacht betekent dat de prijsvorming mogelijk niet evenwichtig is.

VenJ moet altijd voldoende zorgcapaciteit beschikbaar hebben om opgelegde maatregelen forensische zorg ten uitvoer te brengen. Door deze zorgplicht van het ministerie kan gezegd worden dat aanbieders

binnen de forensische zorg marktmacht hebben. Deze marktmacht is voor een aanbieder afhankelijk van de vraag naar zijn diensten (het 'aanbod' van cliënten) in relatie tot de capaciteit. Indien er meer cliënten zijn dan capaciteit, kunnen aanbieders (te) hoge prijzen vragen. Als aanbieders teveel marktmacht hebben neemt de prijs toe, zonder dat daar betere dienstverlening tegenover staat. Is het aantal cliënten veel kleiner dan de beschikbare capaciteit, dan krijgen aanbieders mogelijk een lager tarief dan nodig is om de optimale zorg te leveren. Belangrijk aspect hierin is dat het moeilijk is binnen de forensische zorg om op korte termijn capaciteit uit te breiden. Door fluctuaties in het patiëntenaantal kan daarom de marktmacht van aanbieders in de tijd, per doelgroep of per marktsegment verschillen.

Ook aan de inkoopkant kan sprake zijn van marktmacht. Als een inkoper (te)veel marktmacht heeft kan deze met zijn marktmacht lagere prijzen voor de zorg afdwingen. Het kan zelfs zo zijn dat deze prijzen lager zijn dan de kosten die verbonden zijn aan het leveren van voldoende kwaliteit. Het hanteren van te lage prijzen kent negatieve gevolgen in de vorm van kwaliteitsverlies door bezuinigingen of verminderde toegankelijkheid door faillissementen en/of beperkte toetreding.

De inkoper voor forensische zorg beschikt over inkoopmacht, omdat hij de enige is die beschikt over het geld. Aanbieders dingen altijd naar de gunsten van de inkoper. Zeker als aanbieders voor hun inkomsten afhankelijk zijn van de inkoper, heeft deze een sterke positie in de onderhandeling. Vooral op lange termijn heeft de inkoper een sterke positie, omdat het mogelijk is om de marktstructuur naar zijn voorwaarden te schikken. Op korte termijn kunnen er beperkingen zijn aan deze onderhandelingspositie, zoals het realiseren van voldoende capaciteit en het creëren van de noodzakelijke infrastructuur.

Concluderend is te zeggen dat beide partijen op korte termijn kunnen beschikken over vormen van marktmacht. Niet duidelijk is hoe de verhoudingen op dit moment in werkelijkheid liggen. Toezicht op de daadwerkelijke gedragingen van aanbieders en inkoper is nodig om een oordeel te vellen over de feitelijke marktmacht in de forensische zorg. Dit pleit voor regulering van de tarieven in de overgangsituatie.

4.1.3 Passende tarieven

In paragraaf 3.1 is het standpunt van de NZa over de productstructuur uiteengezet. Samenvattend is te zeggen dat de productstructuur in het algemeen goed aansluit bij de zorgzwaarte van patiënten. Normaal gesproken kan een aanbieder de verschillen in zorgzwaarte tussen patiënten uitmiddelen. Toch kunnen instellingen problemen ervaren met de tarieven vanwege een bovengemiddeld zware zorgbehoefte van hun patiënten. Of zorgzwaarte een probleem is, hangt onder andere af van de plaatsing van doelgroepen. Als de spreiding over instellingen van deze doelgroepen groot is, en een instelling behandelt een enkeling, dan middelt zorgzwaarte zich uit met 'zorg-lichter'. Als echter een instelling stelselmatig een zware doelgroep behandelt, dan kan het voorkomen dat het gemiddelde tarief ontoereikend is. Ook andersom kan voorkomen: Een instelling die een veel lichtere doelgroep behandelt kan meer geld krijgen voor zijn diensten dan noodzakelijk is om zijn kosten te dekken.

Om beter passende tarieven te verkrijgen zijn er twee opties:
- Meer producten of toeslagen maken, die tegemoet komen aan de variatie tussen patiënten.
- Meer vrijheid geven in de tarieven zodat aanbieders en inkoper zelf kunnen afwegen welk tarief passend is voor een specifieke populatie van een instelling.

De voorkeursoptie is afhankelijk van de markt. De forensische zorg kent een klein volume aan patiënten, maar we weten uit de praktijk dat er een grote variëteit aan patiënten bestaat. Het is in zo'n markt niet wenselijk om meer verschillende producten te maken. De aantallen per product worden dan dusdanig klein dat er geen betrouwbare tarieven ontstaan (te weinig kostenhomogeen). Bovendien leiden extra producten tot grotere administratieve lasten bij de zorginkoop. Vrijheid in de tarieven om via lokale afspraken tot een vergelijk te komen is dan efficiënter en geeft betere resultaten. Overigens pleit deze stelling niet voor het geheel ontbreken van tariefregulering: dat kan vanuit overwegingen als marktmacht of gebrek aan transparantie wel noodzakelijk zijn.

De NZa is er geen voorstander van om aanvullend op de bestaande differentiatie ook een zorgzwaartedifferentiatie in de DBBC-productstructuur te verwerken. Dit zou immers niet passen bij het uitgangspunt van minimale regulering. Het is een verantwoordelijkheid van onderhandelende partijen om een passend tarief af te spreken. In dit geval zal het ook zeer moeilijk zijn om centraal een adequate zorgzwaartedifferentiatie te ontwikkelen. Dit is veel beter per situatie te bepalen door de inkoper en een instelling.

Er zijn wel risico's verbonden aan het toekennen van onderhandelingsruimte boven het gemiddelde tarief. De betaalbaarheid van de zorg is van groot belang. Een tegenwicht voor claims op bovengemiddelde tarieven kan gevonden worden in marktmacht en transparantie. Als de markt in evenwicht is en de producten transparant zijn, kan er meer vrijheid in het tarief worden geboden. De vraag is of die evenwichtsstand op dit moment al bereikt is. Ook is niet duidelijk of er daadwerkelijk doelgroepen bestaan waarvoor de huidige DBBC-productstructuur ontoereikend is. Dit betekent dat meer vrijheid van het tarief kan leiden tot hogere kosten, terwijl de extra middelen niet vanzelfsprekend doelmatig worden ingezet.

4.1.4 Advies tariefstructuur

Op korte termijn is nog niet precies duidelijk hoe de markt functioneert. Risico's op overschrijdingen bestaan, te wijten aan historisch gegroeide machtsposities van aanbieders en niet-volledige transparantie. Ook een daling van de tarieven behoort tot de mogelijkheden, met name te wijten aan de marktmacht van de inkoper. Toezicht op de marktontwikkeling is daarom cruciaal. Hierbij zal de NZa kijken naar de prijsontwikkeling en de toegankelijkheid van de zorg. De NZa zal terughoudend zijn met het introduceren van nieuwe of meer gedetailleerde regelgeving. Zoals ook in de uitgangspunten (paragraaf 1.3) omschreven past de NZa zo min mogelijk regulering toe.

Op korte termijn adviseert de NZa om bij de overgang naar DBBC-bekostiging maximumtarieven te introduceren, om de macrobudgettaire risico's te beperken en de markt op gang te brengen. In het eerste jaar van de overgang is volgens het voorstel van de NZa bovendien een zwaar vangnet van toepassing, dat het effect van de DBBC-tarieven sterk dempt.

4.1.4.1 Mogelijk scenario lange termijn

In het consultatiedocument is ook aan de branchepartijen gevraagd wat zij vinden van een lange termijn scenario met vrije prijzen voor de forensische zorg. Ten eerste is dit een scenario zoals dat ook voor

andere concurrerende zorgmarkten beoogd is of zelfs al geldt. Ten tweede is in het recente verleden ook forensische zorg aanbesteed zonder tariefregulering.

Door aanbesteding (in feite meerjarige DBBC-productieafspraken) zou de inkoper via zijn onderhandelingsmacht zeer efficiënte en kwalitatief goede zorg kunnen realiseren. Aanbieders dingen in dit scenario mee om forensische zorg te leveren van zo goed mogelijke kwaliteit tegen zo laag mogelijke kosten. Hierbij is het wel goed om op te merken dat een publieke inkoper minder financiële prikkels heeft tot efficiëntieverbetering dan een private partij.

Van belang voor een goede kwaliteit in dit marktmodel is wel dat er duidelijke kwaliteitsnormen bestaan, zodat niet alleen de prijs van de aangeboden diensten leidend is bij inkoopbeslissingen.

Tot slot is toezicht op de prijsontwikkeling en toegankelijkheid nodig om waarborgen te kunnen bieden voor kwaliteit en toegankelijkheid van de forensische zorg. Een potentieel risico is dat de marktmacht van de inkoper op lange termijn tot zulke lage prijzen leidt dat de kwaliteit en de toegankelijkheid in het gedrang komen.

4.1.5 Reacties veldpartijen en afwegingen NZa

Ten aanzien van de tariefstructuur is het de wens van de instellingen om vaste DBBC-tarieven te gebruiken tijdens de transitieperiode, omdat deze meer omzetzekerheid bieden voor aanbieders. De zorginkoper ziet liever maximumtarieven, om de onderhandelingen over het budget mogelijk te blijven maken. Via deze onderhandelingen worden kwaliteitsprikkels ingebouwd en verantwoordingsinformatie geregeld.

Als het gaat om de tariefstructuur gedurende de transitie blijft de NZa bij haar advies om maximumtarieven te hanteren voor de transitieperiode. Reden hiervoor is dat de NZa het wenselijk vindt dat het mogelijk blijft om kwaliteitsprikkels in de tariefstelling te houden. De NZa heeft hierbij voor ogen het huidige systeem waarbij instellingen en inkoper ook onderhandelen over de hoogte van het budget, met een startpunt onder het maximum. Instellingen kunnen vervolgens door het voldoen aan bepaalde criteria meer budget binnen halen. Ditzelfde moet volgens de NZa ook mogelijk zijn met de DBBC's tijdens de transitieperiode.

GGZ-Nederland heeft voor de ontwikkeling van de tariefsoort op de lange termijn aangegeven het meest te zien in bandbreedtetarieven, zoals die ook gelden voor de DBC's voor de curatieve GGZ en de ZZP-systematiek voor de AWBZ. De VGN heeft in haar reactie aangegeven een systeem met volledig vrije prijzen voor de FZ aan verstandelijk gehandicapten niet verstandig te vinden. Specifieke zorg voor bijzondere doelgroepen zou naar haar mening te lijden hebben onder volledig vrije prijsvorming.

Deze argumenten afwegend ziet de NZa op lange termijn mogelijkheden voor meer onderhandeling. Volledig vrije prijzen zijn waarschijnlijk een brug te ver. Ook van belang hierbij is bijvoorbeeld dat er geen zelfkiezende en dus prijsbewuste consumenten zijn die de ontwikkeling van de markt disciplineren (bijvoorbeeld gebruik willen maken van specialistische voorzieningen). Een stap naar meer onderhandelingsvrijheid zou in ieder geval pas ingezet kunnen worden na het doorlopen van de transitieperiode, als de financiële effecten duidelijker zijn en er meer ervaring is met het onderhandelen.

4.1.6 Samenvatting advies en acties NZa

Ten aanzien de tariefsoort, adviseert de NZa als volgt:
- De NZa adviseert ten aanzien van de tariefstructuur om op de korte termijn maximumtarieven voor de DBBC's te hanteren, in ieder geval gedurende de transitieperiode.
- Op langere termijn zal de NZa beoordelen of meer onderhandelingsruimte over de tarieven mogelijk is.

5. ZZP's

De belangrijkste financieringsmethodiek binnen de forensische zorg is de DBBC-systematiek. Het ministerie van VenJ heeft voor enkele zorgvormen een uitzondering gemaakt en ervoor gekozen om vanaf 1 januari 2011 naast de DBBC-systematiek voor forensische zorg ook de ZZP-systematiek[11] en extramurale parameters te hanteren. Het gaat om aanbieders die hoofdzakelijk AWBZ-zorg leveren en slechts een klein deel forensische zorg aanbieden. De forensische zorg die geboden wordt door deze groep zorgaanbieders is met name gericht op begeleiding in plaats van behandeling. Behandeling is juist het belangrijkste kenmerk van het zorgaanbod bij het overgrote deel van de forensische zorginstellingen die enkel declareren op basis van DBBC's.

Voor de afbakening van het domein waarvoor de DBBC systematiek dan wel de ZZP-bekostiging/extramurale parameters van toepassing zijn, geldt het volgende:

- Voor zorg in het kader van de behandeling van de patiënt (zowel met als zonder verblijf) geldt de DBBC-systematiek. Hieronder valt ook de behandeling van Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG). Voorwaarde hiervoor is dat deze zorg mét behandeling geïndiceerd is.
- De ZZP-bekostiging/extramurale parameters geldt voor alle doelgroepen bij de volgende zorgvormen:
- Ambulante begeleiding (extramurale parameters):
    - Verblijf met begeleiding zonder behandeling (ZZP's);
    - Zorg aan verstandelijk beperkten, met uitzondering van de zorg die is gericht op de behandeling van een gedragsstoornis, verslaving of psychiatrische problematiek.

Ten behoeve van de leesbaarheid wordt in het vervolg van dit hoofdstuk alleen de ZZP-systematiek genoemd. Waar ZZP-systematiek staat, worden dus ook de extramurale parameters bedoeld.

Op dit moment bestaan er dus twee financieringssystemen naast elkaar. Over het gebruik van ZZP's parallel aan DBBC's moet nog een definitief besluit worden genomen. VenJ voert in 2012 hiertoe een evaluatie uit.

5.1 Voor- en nadelen

Het doel van het ministerie om naast DBBC's ook ZZP's te hanteren was om voor deze groep aanbieders de administratieve lasten voor forensische zorg zo laag mogelijk te houden. Hierdoor zou het voor meer aanbieders aantrekkelijk worden om contracten te verwerven voor het leveren van forensische zorg.

In kwantitatieve termen is de keuze een succes te noemen. Het aantal verschillende aanbieders dat met VenJ een contract heeft gesloten voor het leveren van forensische zorg is enorm toegenomen. In het eerste jaar (2011) waarin de ZZP-systematiek naast de DBBC's was ingevoerd

[11] VenJ koopt de C-reeks ZZP's in. De C-reeks ZZP's omvat verblijf met ondersteuning. Voor de cliënt is een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat en/of permanent toezicht noodzakelijk, in combinatie met ondersteunende begeleiding en/of persoonlijke verzorging bij een psychiatrische grondslag.

hadden al 69 instellingen budgetafspraken gemaakt waarin ZZP-afspraken waren opgenomen.

Voordelen van de ZZP-systematiek naast de DBBC-systematiek:
- Voor aanbieders die normaal gesproken ZZP-zorg (AWBZ-zorg) leveren is het administratief veel gemakkelijker om ook FZ in ZZP's te leveren. Voor een kleine groep patiënten een aparte DBBC-registratie opzetten betekent een grote administratieve belasting.
- DBBC-zorg is psychiatrische zorg waarbij veel behandeling plaatsvindt. Zorg die in ZZP's geleverd wordt is (in ieder geval in theorie) geënt op begeleiding. Te denken valt aan bijvoorbeeld vormen van beschermd wonen. ZZP's passen dan ook goed bij de aard van deze zorg.
- De NZa heeft informeel in het afgelopen jaar veel positieve signalen ontvangen over het toepassen van ZZP's en extramurale parameters in de FZ.

Nadelen van de ZZP-systematiek naast de DBBC-systematiek:
- Instellingen die FZ leveren in zowel DBBC's als ZZP's moeten twee administratiesystemen voeren. De back-office organisatie van ZZP's en DBBC's sluit niet op elkaar aan, waardoor veel extra kosten moeten worden gemaakt om beide systemen tegelijkertijd te gebruiken. Te denken valt aan software en training van personeel. Dit effect doet zich overigens niet voor als beide vormen van zorg duidelijk gescheiden markten zijn en er dus geen overlap bestaat binnen organisaties.
- De vergelijkbaarheid van de zorg tussen aanbieders is kleiner als verschillende systemen worden gebruikt voor dezelfde zorg. Goede inkoop wordt hierdoor bemoeilijkt.

5.1.1 Afweging en advies

Mede op de input verkregen uit de consultatie baseert de NZa de conclusie dat de voordelen van het hanteren van de ZZP's groter zijn dan de nadelen. In het consultatiedocument was als nadeel opgenomen dat er overlap bestaat tussen de zorgvormen. Uit de verkregen reacties bleek echter dat er in de praktijk geen problemen zijn met de afbakening van beide bekostigingsvormen. De voor- en nadelen afwegend adviseert de NZa dat het wenselijk is dat de ZZP's en extramurale parameters naast de DBBC's bestaan als bekostigingsinstrument.

5.2 Gevolgen voor transitiemodel

Als VenJ besluit om definitief de ZZP's en extramurale parameters naast DBBC's te gebruiken bij de zorginkoop zal ook een afbouw moeten plaatsvinden van het huidige budget. Dit is hetzelfde als voor de DBBC's. De NZa adviseert om zowel voor de DBBC's als voor de ZZP's hetzelfde transitiemodel te hanteren. Wel zijn de risico's wat betreft de ZZP-systematiek voor aanbieders en inkoper kleiner, vanwege de kleinere aantallen patiënten en omzet die gemoeid is met de ZZP's die worden ingekocht voor de forensische zorg.

5.3 Tariefregulering ZZP's en extramurale parameters

De NZa stelt voor om de prestaties en tarieven die gebruikt worden voor forensische ZZP-zorg en extramurale parameters te blijven ontlenen aan

de AWBZ.[12] Op deze manier is een consistente functionele omschrijving van de prestaties geborgd en ontstaan er geen onbedoelde prikkels tussen (de bekostigingssystemen van) de AWBZ en de forensische zorg. Ook qua uitvoeringslast is dit het meest wenselijk: het zal moeilijk en bewerkelijk zijn om voor de kleine hoeveelheid (zowel qua aantallen patiënten als omzet) ZZP's en extramurale parameters in de forensische zorg specifieke prestaties en tarieven te ontwikkelen.

[12] Hierbij moet wel aangetekend worden dat op termijn mogelijk de regulering van de forensische zorg anders werkt dan de AWBZ-tariefregulering.

6. Afbouwen oude bekostiging

6.1 Inleiding

Binnen de forensische zorg worden naast de budgetafspraken ook aanvullende afspraken gemaakt over de bekostiging van specifieke activiteiten. Deze specifieke activiteiten noemt de NZa individuele componenten, naar analogie van soortgelijke vergoedingen in de cGGZ. Individuele componenten zijn activiteiten die specifiek zijn voor een bepaalde instelling en die niet via, maar naast de reguliere budgetparameters worden vergoed. Het kan daarbij gaan om zorgactiviteiten, maar het kunnen ook andere activiteiten zijn.

De DBBC's bieden een integrale vergoeding voor alle kosten die samenhangen met het leveren van een bepaald zorgproduct. Bij de overgang naar DBBC-bekostiging komen individuele componenten daarom in beginsel te vervallen.

De NZa is er verantwoordelijk voor dat zorgactiviteiten die patiëntgebonden zijn en binnen het bereik van de Wmg vallen op een adequate manier in de productstructuur opgenomen zijn. Informatie over de Wmg is te vinden in box 1 op pagina 34. Mocht door het vervallen van oude budgetcomponenten het zo zijn dat deze zorg niet meer vergoed wordt, dan dient de NZa in een oplossing te voorzien door middel van aanpassing van de productstructuur en/of tarifering. Waar op dit moment geen definitieve oplossingen geboden kunnen worden, zal de NZa voorzien in een pragmatische, mogelijk tijdelijke, regeling voor de bekostiging van specifieke activiteiten.

In dit hoofdstuk staan alle toeslagen/budgetcomponenten op een rij en is aangegeven hoe hiermee wordt omgegaan bij de overgang naar DBBC-bekostiging. Naast de individuele componenten wordt aan het einde van het hoofdstuk ook ingegaan op de overige producten (deze bestaan naast de DBBC-productstructuur).

Binnen de NZa zijn geen gegevens bekend over toeslagen binnen de forensische zorg anders dan de budgetinformatie die is ontvangen over de FPC's en de DBBC-afspraken 2012. De analyse is dus enkel gebaseerd op gegevens van de FPC's.

6.2 Individuele (budget)componenten

De budgetcomponenten die worden afgesproken naast de reguliere budgetparameters, zijn onderverdeeld in een aantal categorieën:
- activiteiten als onderdeel van de 'normale' bedrijfsvoering;
- NHC-vergoedingen/kapitaallasten;
- wettelijke eisen organisaties/ rechten gedetineerden;
- vergoedingen voor specifieke doelgroepen/zorgzwaarte.

Een deel van de budgetcomponenten zal blijven meelopen in de transitieomzet, andere zijn ook in de DBBC-omzet nog van toepassing. Precieze beslissingen worden meegenomen in het opstellen van de beleidsregels voor het vaststellen van de transitieomzetten.

6.2.1 Bedrijfsvoering

Een aantal toeslagen valt onder de categorie overige activiteiten die onderdeel zijn van de 'normale bedrijfsvoering'. Hierbij valt te denken aan kosten voor opleidingsplaatsen, kosten voor de ondernemingsraad en de kosten voor bedrijfshulpverlening. Deze activiteiten worden gezien als onderdeel van de normale bedrijfsvoering en worden vergoed via de DBBC-tarieven.[13] Aparte vergoedingen middels een toeslag zou voor deze componenten leiden tot dubbele bekostiging. Deze activiteiten zijn dus volgens het oude systeem nog wel als toeslag opgenomen bij de vaststelling van het budget. Volgens het nieuwe systeem zijn deze activiteiten opgenomen in de DBBC-tarieven en worden dus niet meer via een extra toeslag vergoed.

6.2.2 NHC/kapitaallasten

Een aantal budgetcomponenten heeft betrekking op het vergoeden van kapitaallasten. Het gaat veelal om de bestaande nacalculatie van werkelijke kosten.

Deze componenten zouden met de door de NZa geadviseerde invoering van de NHC-systematiek worden vervangen door een normatieve huisvestingscomponent (NHC). De NHC vervangt alle bestaande geldstromen die te maken hebben met rente- en afschrijvingen van kapitaallasten en instandhouding. De NHC is een vaste opslag bovenop de DBBC's om via de reguliere zorgproducten de kosten van vastgoed te vergoeden. Volgens het nieuwe systeem zijn deze activiteiten meegenomen in de berekening van de NHC en worden dus niet meer als extra toeslag vergoed naast de reguliere DBBC-omzet. Gedurende de voorgestelde NHC-transitieperiode worden deze componenten verrekend in de transitieomzet.

6.2.3 Wettelijke vastgestelde eisen

De volgende budgetcomponenten worden in de budgetbrieven genoemd en worden gezien als wettelijk vastgestelde verplichtingen van organisaties.

- *Zak- en kleedgeld*
Deze component volgt uit het Besluit zak- en kleedgeld ter beschikking gestelden en anderszins verpleegden.
- *Commissie van toezicht*
Deze component volgt uit het Reglement verpleging ter beschikking gestelden.
- *Informatie Beveiliging Functionaris (IBF)*
Deze component volgt uit het Besluit voorschrift informatiebeveiliging rijksdienst 2007.

De componenten 'commissie van toezicht' en 'informatie beveiliging functionaris' zijn opgenomen in het kostprijsonderzoek dat door de NZa is uitgevoerd. Deze worden dus meegerekend in de tarieven van de DBBC's. In het oude systeem zijn deze activiteiten dus wel opgenomen als toeslag bij de vaststelling van het budget. Volgens het nieuwe systeem zijn deze onderdeel van de DBBC-tarieven en worden niet als extra toeslag vergoed.

[13] De op dit moment gemaakte en vergoede kosten zijn meegenomen in het kostprijsonderzoek en dus de tarieven.

De vergoeding voor zak- en kleedgeld is alleen van toepassing op een specifieke doelgroep (TBS) en is daarom niet opgenomen in de DBBC-tarieven. Bij overgang naar DBBC-bekostiging blijft de vergoeding zoals deze op dit moment is in de vorm van een directe vergoeding (afrekening tussen inkoper en zorgaanbieders). In 2013 wordt zak- en kleedgeld op de doorontwikkelagenda voor de DBBC's gezet en zal deze activiteit meegenomen worden in de onderhoudscyclus van de DBBC's. Er zal dan gezocht worden naar de beste passende methode om deze vergoeding aan patiënten structureel vorm te geven.

6.2.4 Budgetcomponenten specifieke doelgroepen/ zorgzwaarte

De volgende budgetcomponenten zijn te benoemen als een toeslag voor een specifieke groep patiënten:
- EBVG patiënten. Het gaat hierbij om extreem beheers- en vluchtgevaarlijke (EBVG) TBS-patiënten waarbij extra zorg en beveiliging noodzakelijk is. In totaal wordt in drie FPC's deze zorg geleverd.
- RI patiënten. Zorg aan Risico-Inventarisatie (RI) patiënten wordt door één instelling geleverd.

Bij navraag is gebleken dat RI-patiënten overeenkomen met de doelgroep EBVG-patiënten. Er kan dus gesproken worden over één extra risicogroep binnen FPC's. Voor het gemak wordt in dit document gerefereerd aan de term EBVG als standaardterm.

De kosten die gemaakt worden, zijn meegenomen in de DBBC-tarieven die worden vastgesteld. De vraag is of het gemiddelde DBBC-tarief voor instellingen die deze zorg leveren volstaat om deze groepen patiënten te kunnen behandelen.

De NZa zal voorafgaand aan invoering DBBC-bekostiging onderzoeken en besluiten of er sprake is van niet uit het gemiddelde tarief te betalen zorgzwaarte en of de doelgroep als een specifieke, afgebakende groep patiënten kan worden gezien. De NZa zal bij overgang naar DBBC-bekostiging de mogelijkheid creëren om (mocht dat nodig zijn) middels een eventuele toeslag de extra kosten aanvullend te declareren. De meest passende optie lijkt een toeslag voor deze doelgroep te definiëren als overig product. De toeslag zoals deze nu is, blijft dan bestaan. Voorwaarde hiervoor is wel dat het kostenverschil groter is dan de ruimte die de tarieven bieden. Deze toeslag zal dan naast de bestaande DBBC's vergoed worden en geldt dus alleen voor kosten waarvoor de DBBC-tarieven niet toereikend zijn.

In 2013 komt de vergoeding voor deze doelgroep op de doorontwikkelagenda van de DBBC's en zal er worden gezocht naar een structurele oplossing.

6.3 Vergoeding doventolk

Door één organisatie zijn kosten voor een doventolk opgevoerd. Wanneer de DBBC-bekostiging wordt ingevoerd komt deze individuele component te vervallen. Tolken staan niet op de CONO-beroepenlijst en kunnen daarom geen DBBC-tijd schrijven. Een oplossing kan zijn dat doventolken werkzaam in de forensische zorg ook aanspraak mogen maken op de AWBZ-regeling voor doventolken. Deze AWBZ-regeling is onder meer bedoeld voor ondersteuning in het geval van een bezoek aan arts of het ondergaan van behandelingen/therapieën. De regeling gaat uit van een maximum van 30 uur tolkenzorg, maar voor een bezoek aan

arts of het ondergaan van behandelingen/therapieën kunnen extra uren voor doventolkzorg worden toegekend.

Het advies om doventolken in de FZ aanspraak te laten maken op de AWBZ-regeling voor doventolken is volgend op de voorhangbrief inzake invoering prestatiebekostiging tweedelijns curatieve GGZ van 21 februari 2012. In deze brief wordt aangegeven dat binnen de cGGZ voor de inzet van doventolken aanspraak kan worden gemaakt op de regeling die hiervoor nu geldt in de AWBZ.

In het oude budgetsysteem zijn kosten voor de doventolk nog opgenomen als toeslag. Volgens het nieuwe systeem vervalt deze toeslag en zou, indien de minister hiervoor kiest, gebruik gemaakt kunnen worden van bovengenoemde AWBZ-regeling.

6.4 Overige producten (OVP)

Een andere categorie activiteiten zijn de voormalige overige producten (OVP's) voor de forensische zorg. OVP's bestaan naast de DBBC-productstructuur. De forensische zorg kende tot 1 januari 2012 de volgende drie overige producten:
- medicijnkosten Methadon;
- geïndiceerde preventie hoog risicogroepen
- forensisch psychiatrisch toezicht.

Voor de forensische zorg bestond tot 1 januari 2012 voor deze overige producten een aparte uitvoeringsregel van het ministerie van VenJ. De opties om medicijnkosten methadon en forensisch psychiatrisch toezicht te integreren in de DBBC-systematiek worden op dit moment uitgewerkt door DBC-Onderhoud. De medicijnkosten voor methadon worden opgenomen in de productstructuur. Over Forensisch Psychiatrisch Toezicht moet nog een definitief besluit genomen worden.

Het product geïndiceerde preventie wordt op dit moment door FZ aanbieders in het kader van de uitvoeringsregel rechtstreeks met het ministerie van VenJ afgerekend. Bij overgang naar DBBC-bekostiging moet voor geïndiceerde preventie een prestatie en tarief beschikbaar zijn, zodat dit gedeclareerd kan worden. Het meest voor de hand ligt om voor geïndiceerde preventie een overig product te maken. In 2013 komt dit onderwerp op de doorontwikkelagenda van de DBBC's.

Box 1: Zorg in het kader van de Wmg

De forensische zorg vindt haar juridische grondslag op dit moment in het Interimbesluit Forensische Zorg (Stb. 2010, 875). In deze Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) wordt onder meer een definitie van het begrip forensische zorg gegeven en wordt beschreven wie verantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging van forensische zorg en op welke wijze dit geschiedt. Met de wijziging per 1 april van Besluit Uitbreiding en Beperking van de WMG is geregeld dat ook de forensische zorg onder de reikwijdte van de Wmg komt te vallen. In juridisch-technische zin betekent dit, dat de omschrijving van het begrip 'zorg' in artikel 1 Wmg wordt uitgebreid. Onder zorg in de zin van de Wmg wordt dan mede verstaan zorg als omschreven in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg.

7. Kapitaallasten

Dit hoofdstuk bevat een overzicht van de voornemens en activiteiten die de NZa zal ontplooien om een passend kapitaallastenbeleid te gaan voeren voor de forensische zorg.

7.1 Kapitaallastenbeleid voor de forensische zorg

De belangrijkste kostenpost wat betreft kapitaallasten is het verblijf van intramurale patiënten. Een ander aspect van de kapitaallastenbekostiging is het voorzien in een vergoeding voor de (poliklinische) behandeling. Voor beide onderdelen bestond per 1 januari 2012 nog geen vergoedingssystematiek die aansloot bij de DBBC's. Een goede vergoedingssystematiek voor de kapitaallasten is echter van groot belang voor een goed werkende bekostiging met DBBC's.

Het kapitaallastensysteem moet passen bij prestatiebekostiging om geen tegenstrijdige prikkels te veroorzaken voor zorgaanbieders. Dit vraagt een omslag in het denken van zorginkoper en zorgaanbieders. Omdat de kapitaallasten onderdeel worden van de DBBC-tarieven kan de zorginkoper door kritische inkoop de inrichting en kosten van het vastgoed meewegen in zijn inkoopbeslissingen. Hierdoor komt de verantwoordelijkheid, maar ook het risico voor passend vastgoed meer bij de aanbieders te liggen. Het beoogde gevolg hiervan is dat aanbieders een prikkel krijgen om doelmatig met hun vastgoed om te gaan.

7.2 Noodzaak vaststelling nieuw kapitaallastenbeleid

In het budgetmodel waren de kapitaallasten opgedeeld in intramuraal en extramuraal. Voor beide onderdelen bestond een aparte vergoedingssystematiek.

De extramurale kapitaallasten werden vergoed doordat de betreffende prestaties ("extramurale budgetparameters") een integraal tarief kenden, dus inclusief kapitaallasten. Aangezien met de invoering van DBBC-bekostiging deze prestaties worden vervangen door DBBC's, vervalt de vergoeding van kapitaallasten voor extramurale behandeling.

De intramurale kapitaallasten werden vergoed via de nacalculatie van werkelijke kosten van een instelling. De instelling kon aanspraak maken op een vergoeding van deze werkelijke kosten door een vergunning aan te vragen bij de bouw van een instelling. Met de invoering van prestatiebekostiging en daarvoor reeds ontwikkelde wet- en regelgeving is de basis voor het oude regime voor de vergoeding van intramurale kapitaallasten afgeschaft. Zo is het bouwregime afgeschaft voor alle aanbieders van forensische zorg die van oudsher bekostigd werden via de AWBZ. Door de gelijktijdige beëindiging van het Bouwcollege is het nodig om een nieuwe systematiek voor de kapitaallasten toe te gaan passen. Ook voor zorgaanbieders die van oudsher buiten de invloedsfeer vielen van het Bouwcollege (de FPC's) is een herziening van de kapitaallastenbekostiging nodig. Zo zorgt de aanstaande invoering van de wet forensische zorg ervoor dat de subsidierelatie die het ministerie van Veiligheid en Justitie heeft met sommige TBS-klinieken wordt beëindigd.

Kortom: Zowel de intramurale kapitaallasten als de extramurale kapitaallasten hebben een nieuwe vergoedingssystematiek nodig.

Per 2013 moet voorzien zijn in een tarief voor alle vormen van kapitaallasten die gemoeid zijn met het leveren van forensische zorg. Dit heeft een aantal redenen. Ten eerste is dit noodzakelijk, omdat het aanbieders inzicht biedt in de businesscases van hun zorgafdelingen. Met dit inzicht kunnen zij sturen op een zo goed mogelijk zorgaanbod tegen zo laag mogelijke kosten. Ook voor de zorginkoper wordt het daarmee mogelijk om betere vergelijkingen te maken tussen verschillende vormen van aangeboden zorg. Daarbij komt dat aanbieders hun vastgoed bedrijfseconomisch moeten waarderen ten behoeve van de jaarrekening. Hiervoor is het van belang dat duidelijkheid wordt geboden over de bedrijfseconomische waarde van het zorgvastgoed. Bovendien is het vaststellen van de tarieven voor verschillende onderdelen van zorg noodzakelijk voor het financieren van de zorginstellingen. Als de DBBC-tarieven geen vergoedingen bieden voor kapitaallasten, dan mist een zorginstelling bij de facturatie (tijdelijk) een flink deel van zijn inkomsten.

De hierboven omschreven noodzaak voor het vaststellen van een nieuw vergoedingsbeleid voor kapitaallasten is onafhankelijk van de besluitvorming over de daadwerkelijke invoering van DBBC-bekostiging.

7.3 Nieuwe vergoedingsstructuur kapitaallasten

Zowel de intramurale als de extramurale kapitaallasten moeten anders vergoed gaan worden, passend bij de DBBC-systematiek.

In de DBBC-productstructuur is er een scheiding tussen behandeling en verblijf gemaakt, waardoor de onderverdeling van de kapitaallasten verandert ten opzichte van het bestaande model. Verblijf is altijd intramurale zorg, maar behandeling kan zowel intramuraal als extramuraal plaatsvinden. In onderstaand plaatje is weergegeven hoe deze verschuiving uitpakt.

Voor beide onderdelen van de productstructuur moet een passende vergoeding worden geboden aan instellingen. In onderstaande paragrafen is per tabel van de productstructuur uitgewerkt hoe dit uitpakt.

7.3.1 Verblijf

De NZa heeft voorgesteld om de kapitaallasten samenhangend met verblijfszorg te vergoeden met een normatieve huisvestingscomponent (NHC). Dit is een vast bedrag per verblijfsdag bovenop het verblijfDBBC-tarief. Dit betekent dat de NHC alleen voor intramurale kapitaallasten in de plaats komt. Met de invoering van de NHC als vergoeding voor kapitaallasten zal er ook een transitietraject van start gaan, waarbij instellingen en inkoper geleidelijk ingroeien naar het vergoedingsniveau van de NHC.

Op het moment van schrijven van dit adviesrapport is nog onbekend hoe de ministeries van VenJ en VWS formeel zullen reageren op het NHC-advies. De NZa gaat er vanuit dat de ministeries haar advies zullen overnemen. Anticiperend hierop zal de NZa zelf stappen ondernemen om op basis van het advies en de beslissing van VenJ definitief beleid, evenals prestaties en tarieven vast te stellen voor de forensische zorg. De precieze activiteiten zijn genoemd in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk.

7.3.2 Vergoedingsstructuur behandeling

Anders dan bij de curatieve GGZ kennen de forensische DBBC-behandeltarieven op dit moment nog geen component voor de vergoeding van kapitaallasten. Zoals aangegeven is het declarabel maken van deze kapitaallasten wel een essentieel onderdeel van een goede (kapitaallasten)bekostiging.

In de curatieve GGZ wordt een procentuele opslag voor behandeling gehanteerd van de gedeclareerde behandelDBC. De NZa stelt voor om voor de forensische zorg eveneens een procentuele opslag te gaan hanteren. Dit is naar de mening van de NZa de enige manier om met de bestaande tijdschrijfproductstructuur een integraal tarief te verkrijgen.

Vooruitlopend op de bepaling van de precieze vergoeding voor kapitaallasten van behandeling, is hiermee rekening gehouden bij het samenstellen van de NHC-vergoedingen. Alle kapitaallasten die exclusief bij verblijfszorg (intramurale zorg) horen zijn opgenomen in de NHC. Kapitaallasten die een aanbieder ook zou hebben als deze een behandeling ambulant aanbiedt zijn uit de NHC gehaald. Men kan zich voorstellen dat hierbij gaat om de spreekkamers van een therapeut, inclusief wat kantoorfaciliteit. Als deze ook zouden worden vergoed via de NHC's zou bij verblijfszorg een dubbele bekostiging ontstaan.

Specifieke ruimtes voor klinische behandeling, zoals therapieruimtes worden vergoed via de NHC. Als er aspecten van een typisch klinische behandeling in de behandelvergoeding zouden zitten, worden deze ook vergoed bij het leveren van ambulante behandeling. Dat zou overbekostiging tot gevolg hebben voor poliklinische voorzieningen.

De hoogte van de procentuele opslag voor de forensische zorg moet door de NZa nog vastgesteld worden. De NZa hanteert bij de vaststelling

hiervan het uitgangspunt dat de wijziging van de oude tarifering naar de nieuwe tarifering budgetneutraal moet gebeuren. Bovendien heeft het de voorkeur om de omvorming van de vergoeding beleidsarm te laten gebeuren.

7.3.3 Hoogte tarief voor behandeling

Zoals eerder gezegd is voor de curatieve GGZ gekozen voor een opslag van 7,8%. Deze is gebaseerd op de nu geldende extramurale prestaties uit de oude AWBZ-budgetsystematiek. Deze prestaties kennen integrale tarieven, dus inclusief kapitaallasten. De kapitaallastenvergoedingen die horen bij de verschillende prestaties zijn berekend met behulp van een vaste procentuele opslag.

Voor alle extramurale prestaties in de oude AWBZ-systematiek geldt dezelfde opslag.[14] Wel ligt de vergoeding voor de loon- en materiele kosten voor forensische zorg iets hoger dan de tarieven voor volwassenen. Dit betekent dat een aanbieder in absolute zin meer kapitaallasten vergoed krijgt voor forensische patiënten, maar dat in relatieve zin de kapitaallastenvergoedingen gelijk zijn voor de verschillende circuits. De NZa zijn geen signalen bekend dat de extramurale tarieven voor forensische zorg of die voor de reguliere GGZ ontoereikend zijn in de budgetsystematiek.

De DBC-systematiek is wat betreft de vergoeding van kapitaallasten niet afwijkend van de extramurale prestaties. Beide systematieken zijn gebaseerd op een procentuele opslag op de loon- en materiële kosten. Aangezien in het verleden de relatieve kapitaallastenvergoedingen gelijk waren voor forensische patiënten en 'reguliere' patiënten (volwassenen), is de NZa van mening dat voor de DBBC-systematiek en de DBC-systematiek eveneens dezelfde procentuele opslag (relatieve vergoeding) zou moeten gelden. Dit resulteert in het toekennen van opslag van 7,8% op de tarieven van de behandelDBBC's, gelijk aan de behandelDBC's.[15]

De voorgestelde 7,8% biedt in feite een vergoeding voor behandeling in een open setting. Namelijk, een ambulante setting. Indien er sprake is van behandeling in een gesloten setting, dan is dat te allen tijden te wijten aan het verblijf in een beveiligde voorziening. Daarom moeten de kosten van verzwaarde uitvoering van de behandelruimtes voor het beveiligde verblijf verwerkt worden in het NHC-tarief of –tarieven. In een Technisch Overleg over de definitieve tarieven voor de NHC's zal aan de sector ook worden voorgelegd welke onderdelen uit de investeringskosten nog worden toegevoegd aan de NHC's om de behandeling in klinische setting adequaat te bekostigen.

De NZa concludeert uit voorgaande redenering dat een opslag van 7,8% op de behandelDBBC's leidt tot een budgetneutrale omvorming van de tariefstelling. Bijkomend voordeel is de consistentie tussen de curatieve GGZ en de forensische zorg, waardoor geen onbedoelde prikkels voor het leveren van bepaalde zorg ontstaan. Aangezien het in dit geval een budgetneutrale, beleidsarme aanpassing omvorming van de vergoeding betreft kan deze naar de mening van de NZa zelfstandig doorgevoerd worden. De NZa zal de opslag van 7,8% daarom verwerken in de DBBC-behandeltarieven voor 2013. De NZa streeft ernaar om in juli 2012 de tarieven en het beleid voor de vergoeding van alle kapitaallasten vast te stellen.

[14] Met uitzondering van de prestaties voor Kinderen en Jeugd.
[15] Noot: De werkelijke vergoeding is dus ook afhankelijk van de loon- en materiele kosten, net als in de budgetsystematiek. Het zou dus kunnen zijn dat forensische aanbieders meer kapitaallasten vergoed krijgen voor het leveren van een behandeling.

7.3.4 In welk overgangtraject?

Bij de berekening van een transitieomzet moet rekening gehouden worden met de verschillende transitiemodellen voor de NHC-bekostiging en de reguliere DBBC-bekostiging. Het zou anders kunnen voorkomen dat op onderdelen een dubbel vangnet of dubbele bekostiging ontstaat. Hieronder is omschreven volgens welke lijn de NZa de transitieomzetten zal berekenen. Een definitieve en meer precieze berekeningswijze wordt gegeven in beleidsregels.

Het transitiemodel van de NHC en het algemene transitiemodel mogen niet door elkaar lopen. Bij het vangnet voor de NHC's worden de kapitaallasten verblijf in het budget (excl. behandeling en inventaris) vergeleken met de NHC-omzet. De NHC's zijn zo berekend dat de behandeling en inventaris hier geen deel van uit maken. De kapitaallasten voor verblijf in het budget bevatten nog een deel inventaris en een klein deel behandeling. Hiervoor zullen de kapitaallasten geschoond moeten worden. Om vervolgens de vangnet berekening voor prestatiebekostiging te kunnen doen, worden de kapitaallasten (excl. Behandeling en inventaris) in mindering gebracht op het totale budget. Tegelijkertijd wordt de totale DBBC omzet gecorrigeerd voor het aandeel van de NHC-omzet.

De NZa zal hiervoor een rekenvoorbeeld beschikbaar stellen.

Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Veiligheid en Justitie

> Retouradres Postbus 30132 2500 GC Den Haag

Nza

Directie Forensische Zorg
Zorginkoop

Schedeldoekshaven 101
2511 EM Den Haag
Postbus 30132
2500 GC Den Haag
www.dji.nl
Contactpersoon
J.Idenburg
T 088 072 50 00
F 070 370 29 79

Ons kenmerk
5729034/12

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

Datum 28 maart 2012
Onderwerp Implementatie prestatiebekostiging forensische zorg

Geachte heer/mevrouw,

Middels deze brief geef ik mijn reactie op het door u opgestelde consultatiedocument 'implementatie prestatiebekostiging forensische zorg'.

Ik zal dit doen aan de hand van de door u gestelde vragen.

Transitiemodel
In het door u beschreven transitiemodel wordt voorgesteld om de afbouw van de bestaande bekostigingsystematiek in twee stappen te doen, waarna in het derde jaar volledig wordt overgegaan naar bekostiging in DBBC's. Onder de door u beschreven randvoorwaarden stem ik hiermee in. Wel vraag ik u waarom gekozen is voor dit model, in de wetenschap dat dit afwijkend is van het door VWS voorgestelde model.

Verder ben ik voornemens om de ontwikkelingen en implicaties van de invoering de komende jaren nadrukkelijk te monitoren, waarbij het uitgangspunt is dat er voor alle partijen geen sprake moet zijn van onverantwoorde risico's.

Tariefstructuur en de markt
Ik stem in met het door u voorgestelde systeem van maximum tarieven voor de korte (en middellange) termijn. Dit geeft mijns inziens enerzijds de waarborgen van een beheerste kostenontwikkeling en anderzijds biedt het de mogelijkheid om naast het kwaliteitsaspect ook doelmatigheid in de inkoop van forensische zorg een plek te geven. Kortom, een kwalitatief goed product voor de economisch beste prijs.
Wellicht ten overvloede benadruk ik hierbij het belang van een stabiele productstructuur met bijbehorende tarieven. Alleen dan kan er sprake zijn van een verantwoorden overgang. Afhankelijk van bovenstaande en de marktontwikkelingen (vraag en aanbod) kan op termijn wellicht bekeken worden of vrije prijsvorming gewenst is.

Verder wijst u op de risico's van een te grote marktmacht aan de inkoopkant. Ter nuancering hierop. Justitie, als vertegenwoordiger van de rijksoverheid, houdt zich bij haar inkoopbeleid aan de geldende inkoopspelregels van transparantie en

Directie Forensische Zorg
Zorginkoop

Datum
28 maart 2012

Ons kenmerk
5729034/12

non-discriminatoirheid. Waarbij de inrichting zo is vormgegeven dat het ministerie van V&J de rol van stelseleigenaar heeft en DForZo die van ketenregisseur.

Wel vraag ik u nog aandacht te besteden aan een belangrijk uitgangspunt van de stelselwijziging te weten een budgetneutrale invoering. Mijn vraag is dan ook welke mechanismen kunnen worden ingebouwd om dit uitgangspunt te bewaken en welke rol ziet de Nza hierin voor zichzelf weggelegd?

ZZP
Waar het gaat om de afbakening van beide bekostigingsvormen zie ik op dit moment geen problemen. En is er dan ook geen sprake van een overlap tussen zorgvormen geboden in ZZP's en DBBC's. Ik hecht er aan in herinnering te brengen dat de totstandkoming van de ZZP's in samenspraak met het (forensische) veld is gedaan. Waarbij alternatieven nadrukkelijk onderzocht zijn maar waarin aansluiting bij de bestaande systematiek in het veld de doorslag heeft gegeven. De verwachting s dat de geplande evaluatie zal leiden tot het advies de ZZP-systematiek per 1-1-2013 volledig in te voeren.

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

G.V.M. van Gemert

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

Datum
29 maart 2012
Contactpersoon
I. Stöver
Ons kenmerk

Bijlage(n)

Doorkiesnummer

Uw kenmerk

Onderwerp
Consultatie Prestatiebekostiging Forensische Zorg

Geachte heer Coenen

GGZ Nederland maakt graag gebruik van het aanbod een reactie te geven op het consultatiedocument 'Implementatie prestatiebekostiging forensische zorg'.
Tijdens de bijeenkomst op 20 maart jl heeft GGZ Nederland mondeling al een eerste reactie op het rapport gegeven, in deze schriftelijke reactie gaan we graag nog iets dieper op onze standpunten in.

Algemeen
In het algemeen is GGZ Nederland voorstander van prestatiebekostiging en dus ook binnen het forensisch veld. Invoering van prestatiebekostiging moet echter wel op een verantwoorde en gecontroleerde wijze plaatsvinden. Aan de hand van de door u gestelde vragen gaan we hier verder op in.

Consultatievragen

1. *Kunt u gemotiveerd aangeven of een afbouw van bekostiging onder de gestelde voorwaarden volgens u mogelijk is per 1-1-2013?*

In uw advies geeft u aan dat er aan drie voorwaarden voldaan zou moeten worden alvorens tot prestatiebekostiging kan worden overgegaan. Deze drie voorwaarden (goede tarieven, de Wfz en bevoorschotting) delen we.
De belangrijkste voorwaarde voor ons zijn goede tarieven. Tarieven vormen de basis voor prestatiebekostiging. Tot op heden zijn er voor de FZ echter nog nooit tarieven voor de DBBC's op basis van een kostprijsonderzoek binnen de sector vastgesteld. Dit jaar is in ieder geval het tarief voor dagbesteding zoals u weet niet passend. Zoals wij al eerder hebben aangegeven zijn wij ook heel pessimistisch over de uitkomsten van het recent afgeronde kostprijsonderzoek. Wij vragen ons af of deze resultaten tot goede kostprijzen (en tarieven) kunnen leiden.
In uw consultatiedocument geeft u zelf al aan dat per 1-1-2013 slechts 2 jaar met DBBC's is gewerkt. Op dit moment (eind 1^{e} kwartaal 2012) komen pas de eerste DBBC-jaarcijfers beschikbaar. Zowel voor de zorginkoper als voor de zorgaanbieders geeft dit voor het eerst een beeld van de verschillen tussen de oude parameters en de DBBC's. Wanneer een

zorgaanbieder naar aanleiding van deze analyse (bij) wil sturen, zullen de effecten hiervan op zijn vroegst midden volgend jaar zichtbaar zijn. DBBC's kennen immers een lange doorlooptijd, langer dan in de GGZ. Bovendien betekent een lange doorlooptijd van de DBBC's ook dat de tarieven van 2012 voor het grootste deel van 2013 bepalend zullen zijn voor de omzet. En alleen al om deze reden is een goede bevoorschottingssystematiek (op basis van een vangnet) voorwaarde voor de invoering van prestatiebekostiging. Over de huidige systematiek is veel discussie geweest tussen DForZo en het veld omdat deze voor instellingen tot financieringsproblemen leidt.

Ook de voorwaarde dat de Wet op de Forensische Zorg doorgevoerd moet zijn, delen we. Op dit moment zijn er nog verschillende prestaties (en bijbehorende tarieven) binnen de FZ gangbaar die geen onderdeel vormen van de DBBC-systematiek. Het FPT is hier een goed voorbeeld van. Tot op heden heeft de NZa nog onvoldoende invulling kunnen geven aan haar rol als marktmeester binnen de FZ. Zeker in een veld met maar één inkoper -die bovendien ook de plaatsingen verzorgt- en meerdere zorgaanbieders én waar we bovendien te maken hebben met een krimpende markt, zijn heldere bevoegdheden van een onafhankelijke marktmeester van belang.

Een ander belangrijk punt zijn de overige producten: vooral voor instellingen in de verslavingszorg zijn de overige producten belangrijk vanwege de vergoeding voor methadon en de bijbehorende urine controles. Op dit moment zijn deze overige producten niet optimaal ingericht. DBC-Onderhoud heeft in het hoofdlijnendocument voor de RF13a voorstellen gedaan om deze overige producten onderdeel uit te laten maken van de DBBC-productstructuur. Vaststelling van deze release is daarom een voorwaarde voor de invoering van prestatiebekostiging.

Graag zouden wij nog een extra punt in willen brengen; de relatie met andere wijzigingen binnen het FZ-veld. Concreet willen we in dit kader de introductie van de NHC's naar voren brengen. Ook op het terrein van de kapitaallasten gaan zorgaanbieders meer risico dragen. Op dit moment is het nog niet duidelijk hoe dit implementatietraject er uit gaat zien en welke zekerheden er voor 2013 geboden zullen worden. Ook de overhevelingen van budgetten vormen nog een risico. Mede hierdoor zijn wij pessimistisch over het moment dat besluitvorming plaats zal vinden en er hierdoor duidelijkheid komt voor de zorgaanbieders. Gelijktijdige risicovolle wijzigingen op meerdere terreinen waar een zorgaanbieder zich onvoldoende op heeft kunnen voorbereiden, legt een onverantwoord risico bij de zorgondernemer neer.

Kortom, GGZ Nederland acht het niet verantwoord om per 1-1-2013 over te gaan op prestatiebekostiging. Wij vinden het wel van belang dat het veld een heel duidelijk signaal krijgt om tijdig 'aan de slag te gaan'. Vandaar dat we u adviseren om reeds nu vast te leggen wanneer en met welk overgangstraject prestatiebekostiging wordt doorgevoerd. Wij kunnen ons voorstellen dat 1-1-2014 hiervoor een geschikt moment is.

2. *Kunt u gemotiveerd aangeven wat u vindt van het voorgestelde transitiemodel, de transitieperiode en de afbouwpercentage*

Wanneer pas tot een transitiefase wordt overgegaan op een moment dat aan alle voorwaarden is voldaan, lijkt een transitiefase van 2 jaar met de door u voorgestelde percentages een goed voorstel. We adviseren u na het eerste jaar deze transitie te evalueren om te zien of een langer invoeringstraject gewenst is.

3. *Zijn er, naast de genoemde randvoorwaarden, andere zaken of randvoorwaarden waar volgens u rekening mee gehouden moet worden bij de afbouw van het vangnet?*

GGZ Nederland hecht veel waarde aan een gelijk speelveld. In onze ogen zou het van belang zijn dat alle zorgaanbieders die met DBBC's (moeten gaan) werken op een zelfde moment en met dezelfde voorwaarden overgaan op prestatiebekostiging.
Ons inziens is geen duidelijkheid geboden over (het moment van) invoering van de prestatiebekostiging voor de PPC's in het gevangeniswezen.

1. *Kunt u gemotiveerd aangeven of u zich herkent in de gegeven verbeterpunten van de DBBC-productstructuur voor de lange termijn?*

GGZ Nederland is groot voorstander van het uitgangspunt GGZ en FZ gelijk, tenzij. Daarom vinden we het ook jammer dat aansluiting bij de nieuwe (7) prestaties voor verblijf binnen de GGZ op de lange termijn wordt geschoven. De huidige definities voor verblijfprestaties zijn onvoldoende herkenbaar in de dagelijkse praktijk Bovendien is de inzet van de sociotherapeuten leidend en is er nauwelijks een inhoudelijke omschrijving van de doelgroep. De huidige prestaties voor verblijf binnen de FZ vormen geen stimulans voor efficiënt werken. We zouden het een gemiste kans vinden als verbeteringen op dit terrein de komende jaren niet doorgevoerd zouden worden.

Ook uw punt over de lange behandelingtrajecten en de hiermee samenhangende onevenredige administratieve lasten herkennen wij niet. Cliënten doelgroepen die jaren aaneengesloten onder de DBBC-systematiek vallen, zullen over het algemeen een groot deel van hun behandeling ontvangen van het VOV-personeel en die hoeven niet te schrijven. Voor het overig personeel geldt dat zij vaak voor verschillende doelgroepen zullen werken waardoor het onnodig ingewikkeld wordt als ze soms wel en soms niet moeten registeren. Wat ons betreft is dit geen reden om de productstructuur op dit punt aan te passen.

Uw uitgangspunt dat u de productstructuur op de korte termijn ongewijzigd wil laten, delen wij gedeeltelijk. Natuurlijk is het wenselijk om toe te werken naar prestaties die over de jaren te monitoren zijn, tegelijkertijd zien wij het als een gemiste kans als positieve ontwikkelingen die bijvoorbeeld vanuit de GGZ-sector worden ingezet, enkel om de reden van stabiliteit niet worden doorgevoerd. Hierboven is al aangegeven dat de verblijfprestaties verbetering behoeven en dat geldt ook voor bijvoorbeeld dagbesteding.

2. *Kunt u gemotiveerd uw mening geven over de tariefsoort op korte termijn?*

GGZ Nederland adviseert u om op de korte termijn met vaste maximumtarieven te werken. Er zijn op dit moment nog zoveel onzekerheden en weinig realisatiegegevens waardoor het voor zowel zorgaanbieders als de zorginkoper moeilijk zal zijn om naast afspraken over volume ook tariefafspraken te maken.
Uw visie over de verschillende marktmachten zoals u die beschrijft in uw rapport, onderschrijven wij niet helemaal. Onze ervaring is dat de macht van DForZo als inkoper veel groter is dan die van de zorgaanbieder. De verschillende rollen die het ministerie van V & J heeft (inkoop, plaatser en aanbieder) zijn hier debet aan. Op dit moment bestaat er grote onduidelijkheid over de capaciteitsontwikkeling binnen de Forensische Zorg. Zoals u zelf aangeeft is de vraag/aanbod verhouding erg bepalend voor de verdeling van de marktmacht. Voor delen van de Forensische Zorg dreigt leegstand. De mogelijkheid om naast volumeafspraken ook de tarieven te variëren op basis van onderhandelingen tussen vrager en aanbieders kan op dit moment tot grote onevenwichtigheden leiden".

3. *Kunt u gemotiveerd uw mening geven over het lange termijn scenario met vrije prijzen, gecombineerd met toezicht op toegankelijkheid en prijsontwikkeling?*

Voor de langere termijn ziet GGZ Nederland wel mogelijkheden voor prijsonderhandelingen middels bandbreedtetarieven zoals thans ook al geldt voor ZZP's en DBC's..

1. *Zijn er (in de praktijk) problemen met de afbakening van beide bekostigingsvormen?*
2. *Kunt u gemotiveerd aangeven of u het wenselijk vindt om naast de DBBC's de ZZP's en extramurale parameters*

Hoewel ZZP's en extramurale parameters wellicht vreemde eenden lijken te zijn naast de DBBC's, is de mogelijkheid om hier gebruik van te maken voor met name kleine zorgaanbieder heel wenselijk. GGZ Nederland hoort geen signalen dat deze financieringsvormen elkaar zouden bijten. Daarom kunnen ze wat ons betreft ook gehandhaafd blijven.

Tot slot

Wij gaan er vanuit dat onze reactie de NZa in staat zal stellen haar advies verder uit te werken. Wij blijven graag bij het verdere traject betrokken en wij willen u nogmaals adviseren uw advies over prestatiebekostiging af te stemmen op de andere ontwikkelingen binnen de FZ (met name de NHC's).

Hoogachtend,

Paul van Rooij

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

Dolderseweg 164
3734 BN Den Dolder

T 030 225 64 05
E deborg@altrecht.nl

www.deborg.nl

KvK 30157997

Den Dolder, 30 maart 2012
Briefnummer: 2012003
Betreft: Consultatiedocument Prestatiebekostiging Forensische Zorg

Geachte heer Mulder,

Wij hebben uw consultatiedocument om te komen tot invoering van prestatiebekostiging voor de forensische zorg ontvangen, waarvoor onze dank.
Wij maken graag van de gelegenheid gebruik om daarop te reageren. Tijdens de bijeenkomst op 20 maart j.l. hebben wij in eerste instantie al een mondelinge reactie gegeven. Met deze brief willen wij hierop nader ingaan.

Het ministerie van Veiligheid en Justitie werkt sinds een aantal jaren met een systeem van Diagnose Behandel en Beveiliging Combinaties (DBBC's) die tot nu toe vrijwel uitsluitend worden gebruikt als financieringsmethodiek. Het is de intentie van het ministerie om op korte termijn deze systematiek ook te gaan gebruiken als bekostigingsinstrument. Zoals u in uw document aangeeft heeft het ministerie aan u gevraagd hierover advies uit te brengen.

Wij constateren dat het in de lijn der verwachting ligt om dit systeem, na een aantal jaren van experimenteren, nu ook daadwerkelijk te gaan invoeren. Wij kunnen in beginsel instemmen met deze lijn en waarderen het dat hiermee duidelijkheid ontstaat.
De invoering van een geheel nieuw bekostigingsstelsel vraagt echter om een goede voorbereiding en dient, zoals u zelf ook aangeeft, op een verantwoorde en zorgvuldige wijze plaats te vinden.
In onze reactie willen wij graag ingaan op de consultatievragen die u in het document aan de orde stelt:

1. Kunt u gemotiveerd aangeven of een afbouw van de oude bekostiging onder de gestelde voorwaarden volgens u mogelijk is per 1 januari 2013?

Zoals u zelf al aangeeft is een belangrijke voorwaarde voor de invoering van de DBBC-bekostiging dat er een duidelijke productstructuur en tariefstructuur is.

De afgelopen jaren is er veel energie gestoken in de ontwikkeling van een nieuwe productstructuur waarbij wij constateren dat die in grote lijnen aansluit bij de behandelprofielen van de forensische zorg. Die structuur is met name geënt op de DBC-structuur zoals die wordt gebruikt in de curatieve GGZ.
Wij constateren echter ook dat het veld momenteel sterk in ontwikkeling is waarbij er wellicht meer dan voorheen gekeken zou moeten worden naar bepaalde doelgroepen. Als voorbeeld geldt dat in de typering van de clienten het onderscheid tussen verstandelijk gehandicapten en normaal begaafden niet zichtbaar is en nog steeds onvoldoende tot uitdrukking komt in de DSM IV classificatie. Terwijl de LVG doelgroep wel degelijke andere behoeften kent in begeleiding en bejegening. Met name de duur van de behandeling is daardoor langer.

altrecht IPSE DE BRUGGEN STEVIG trajectum

De afgelopen tijd is er ook veel energie gestoken in de ontwikkeling van een adequate tariefstructuur. Enkele van onze Borginstellingen zijn betrokken geweest in een klankbordgroep bij de ontwikkeling van een nieuwe structuur. Afgezien van de administratieve problemen die gemoeid zijn met de invoering van een nieuw systeem constateren wij dat er momenteel nog geen enkel zicht is op de tariefstelling van de verschillende DBBC's.
Dit betekent dat er voor de instellingen aanzienlijke risico's ontstaan bij de invoering van het systeem.
Het is nu bijna april en wij achten het te kort dag om een dergelijke tariefstructuur nog tijdig voor te bereiden.

Concluderend is ons antwoord op de door u gestelde vraag dat het niet realistisch lijkt om te veronderstellen dat invoering van het nieuwe bekostigingssysteem per 1 januari 2013 haalbaar is.

2. Kunt u gemotiveerd aangeven wat u vindt van het voorgestelde transitiemodel, de transitieperiode en afbouwpercentages?

Mits aan alle randvoorwaarden is voldaan voor de invoering van het systeem lijkt het door u voorgestelde transitiemodel ons haalbaar. Ons belangrijkste criterium daarbij is dat het financiële risico van de invoering van het systeem, gevoegd bij de andere risico's zoals de invoering van het NHC-systeem, niet tot onverantwoorde situaties mag leiden.
Wij pleiten er voor om een vangnet te creëren voor die instellingen die door onvoorziene situatie in problemen zouden komen.

3. Zijn er naast de genoemde randvoorwaarden, andere zaken of randvoorwaarden waar volgens u rekening mee gehouden moet worden bij de afbouw van het vangnet?

Zie 2.

4. Kunt u gemotiveerd aangeven of u zich herkent in de gegeven verbeterpunten van de DBBC-productstructuur voor de langere termijn?

Zoals onder 1 al aangegeven willen wij met name uw aandacht vragen voor de snelle ontwikkelingen in het veld van zorg. Een toenemende belangstelling vanuit Justitie voor de VG-sector, het wegvallen van de erkenningensystematiek, de daardoor toenemende marktwerking betekenen dat de huidige productstructuur, die in grote lijnen is gebaseerd op de DBC-systematiek in de GGZ, niet geschikt is om op alle cliëntvragen antwoord te geven.

Uw stelling dat dit een "zaak is voor de langere termijn" roept vanzelfsprekend de vraag op wat daaronder moet worden verstaan. Wij adviseren u een discussie hierover op korte termijn te agenderen.

5. Kunt u gemotiveerd uw mening geven over de tariefsoort op de korte termijn?

Wij constateren met u dat er op dit moment geen sprake is van een marktevenwicht tussen de inkoop vanuit het ministerie van Veiligheid en Justitie en de aanbieders van zorg. Er is daardoor nog teveel onzekerheid over de consequenties van de invoering van een nieuw systeem op de gedragingen van marktpartijen.

Om die reden achten wij het onverantwoord om nu al te gaan werken met een systeem van vrije prijzen. Ook voor de invoering van maximumtarieven achten wij de tijd momenteel nog niet rijp. Gelet op de risico's van de invoering van een nieuw bekostigingssysteem, gevoegd bij de andere financiële risico's waar de sector momenteel mee te maken heeft, pleiten wij er voor om in dit stadium te werken met vaste tarieven.

6. Kunt u gemotiveerd uw mening geven over het lange termijnscenario met vrije prijzen, gecombineerd met toezicht op toegankelijkheid en prijsontwikkeling?

Zie 5.

7. Zijn er in de praktijk problemen met de afbakening van beide bekostigingsvormen?

Problemen hierover zijn ons niet bekend.

8. Kunt u gemotiveerd aangeven of u het wenselijk vindt om naast de DBBC's de ZZP's en extramurale parameters te behouden als bekostigingsinstrument voor de Forensische Zorg?

Het besluit om naast de invoering van DBBC's een ZZP-systematiek te hanteren voor instellingen in de VG-sector is met name ingegeven uit praktische overwegingen om deze instellingen niet te belasten met het voeren van twee administratieve systemen.
Veel VG-instellingen zullen er voor terug schrikken om forensische zorg te gaan leveren als dit betekent dat zij naast hun ZZP-administratie voor enkele cliënten een DBBC-systematiek zouden moeten gaan hanteren. Zo'n effect staat haaks op de inspanningen om de uitstroom van forensische cliënten uit de Borginstellingen richting de VG- instellingen te bevorderen.
De SGLVG-instellingen voeren beide administratieve systemen. Voor een enkele SGLVG-instelling is dit dermate belastend dat wij er voor zouden willen pleiten om een onderzoek te doen of er bij de toekenning van DBBC's bij justitie niet een soort conversieslag gemaakt kan worden om de administratieve belasting te verminderen.

Ten principale zouden wij ervoor willen pleiten om beide systemen, DBBC en ZZP, te handhaven om een duidelijke scheiding te kunnen blijven maken in de producten die daarmee worden gefinancierd. De keuze voor één systeem zou betekenen dat alles op één hoop wordt gegooid terwijl de praktijk uitwijst dat er sprake is van verschillende producten. Wel willen wij er voor pleiten, zoals hierboven onder 1 aangegeven, om de komende tijd opnieuw te kijken naar de productstructuur om overlap te voorkomen.

Samenvattend:
Wij kunnen in hoofdlijnen instemmen met de invoering van een DBBC-bekostigingssystematiek, maar achten op dit moment de tijd nog niet rijp om dit nieuwe systeem al daadwerkelijk per 1 januari 2013 van kracht te laten worden.
Wij zijn uiteraard graag bereid om desgewenst een nadere toelichting te geven op deze brief.

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

Hoogachtend,

Mede namens Altrecht, Den Dolder; Dichterbij, Oostrum; Ipse De Bruggen, Zwammerdam; Trajectum, Zwolle.

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

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

Dolderseweg 164
3734 BN Den Dolder

T 030 225 64 05
E deborg@altrecht.nl

www.deborg.nl

KvK 30157997

Den Dolder, 3 april 2012
Briefnummer: 2012003b
Betreft: Consultatiedocument Prestatiebekostiging Forensische Zorg

Geachte heer Mulder,

Met onze brief van 30 maart j.l. hebben wij u een reactie gestuurd op het Consultatiedocument Prestatiebekostiging Forensische Zorg. De termijn waarbinnen gereageerd kon worden was dermate kort dat het ons niet lukte om intern binnen De Borg alle betrokkenen binnen de gestelde deadline te raadplegen.

Als aanvulling op onze brief willen wij nog graag twee punten naar voren brengen:

1. De afgelopen jaren is er veel energie gestoken in de ontwikkeling van een nieuwe productstructuur waarbij wij constateren dat die in grote lijnen aansluit bij de behandelprofielen van de forensische zorg. Die structuur is geënt op de DBC-structuur zoals die wordt gebruikt in de curatieve GGZ. Deze structuur kent zijn beperkingen met name voor specifieke doelgroepen, zoals de cliënten met een verstandelijke beperking
Juist deze groep met bijzondere zorgvragen staat meer en meer in belangstelling als het gaat om preventie van delictgedrag, snelle herkenning binnen het gevangeniswezen en snelle toeleiding naar zorg. Een eerste evidente beperking van de DBBC-structuur is dat de hoofddiagnose leidend is. Of deze psychiatrische diagnose gepaard gaat met een verstandelijke beperking komt nog steeds onvoldoende tot uitdrukking in de DSM IV classificatie en is dus niet zichtbaar in een DBBC. Toch is het van grote betekenis voor de zorg, omdat de LVG-doelgroep andere behoeften kent in begeleiding en bejegening. Het is met een eenvoudig feit te illustreren: leren, en dus behandelen, duurt langer als je langzaam lerend bent. Met name de duur van de behandeling is daardoor langer.

Wij pleiten er daarom voor, om alvorens over te gaan tot invoering van een nieuwe tariefstructuur, opnieuw te kijken naar de productstructuur voor deze bijzondere doelgroep.

2. In uw vraag 6 vraagt u aandacht voor het lange termijnscenario met vrije prijzen, gecombineerd met toezicht op toegankelijkheid en prijsontwikkeling.

In de forensische zorg wordt er naar gestreefd om expertise en specialisatie zoveel mogelijk te concentreren, een beleid wat vergelijkbaar is met de ontwikkelingen in de somatische zorg. Een zorgverlener excelleert in zaken die hij vaak doet. Een "markt" met vrije prijzen zal deze ontwikkeling niet ten goede komen en het gevaar dreigt dat specialismen verloren gaan en behandelingen bijvoorbeeld veel langer gaan duren, onvoldoende effectief zijn en uiteindelijk de kosten van zorg zullen aanjagen.
Aanbieders moeten worden aangesproken op hun kwaliteit en effectiviteit. Het inzichtelijk maken daarvan is een proces dat volop in ontwikkeling is. Wij wijzen daarbij o.a. op de ontwikkeling van Routine Outcome Monitoring in de GGZ.

altrecht | IPSE DE BRUGGEN | STEVIG | trajectum

Het systeem van zorg op de lange termijn zal "matched care" moeten stimuleren. Dat wil zeggen dat de cliënt als het mogelijk is dichtbij huis wordt geholpen met eenvoudige interventies (eerstelijns/tweedelijns). Als het nodig is zal hij behandeld moeten kunnen worden in een behandelcentrum met een specialistisch zorgprogramma. Het specialisme forensische zorg o.a. voor mensen met een verstandelijke beperking is daarbij dermate bijzonder dat het niet verloren mag gaan in een systeem van vrije marktwerking.

Graag willen wij deze twee aandachtspunten nog toevoegen aan ons eerdere advies. Het adstrueert nogmaals ons standpunt dat de tijd nog niet rijp is om per 1 januari 2013 over te gaan tot invoering van een DBBC-bekostigingssystematiek.
Wij zijn graag bereid om met u mee te denken over de verdere uitwerking van het systeem voor o.a. de bijzondere doelgroep van mensen met een lichte verstandelijke beperking.

Wij vertrouwen er op dat u deze aanvulling alsnog wilt meenemen in uw uiteindelijke afweging.

Hoogachtend,

Mede namens Altrecht, Den Dolder; Dichterbij, Oostrum; Ipse De Bruggen, Zwammerdam; Trajectum, Zwolle

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