

Advies

# Marktordening forensische zorg

Toezicht en regulering

april 2010



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>1. Advies</b>	<b>7</b>
1.1 Aanleiding	7
1.2 Risico's waarop het advies zich richt	7
1.3 Gedragsadvies	8
1.4 Structuuradvies	9
1.5 Advies toezicht en regulering	10
1.6 Vervolg	11
<b>2. Marktverkenning</b>	<b>13</b>
2.1 Wat is forensische zorg?	14
2.2 De markt	15
2.3 De marktspelers	16
2.3.1 Zorgaanbieders	16
2.3.2 Justitie als inkoper	17
2.3.3 Indicerende organen	18
2.3.4 Rechterlijke macht en Openbaar Ministerie	18
2.3.5 Consumenten	19
2.4 Marktdata	20
2.4.1 Productieafspraken klinische en ambulante zorg	22
2.4.2 Prognose capaciteit en zorgbehoefte	22
2.5 Toetreding	23
2.6 Inkoopproces en aanbesteden	23
2.6.1 Aanbesteding	24
2.7 Samenvatting	25
<b>3. Stakeholder- en Risicoanalyse</b>	<b>27</b>
3.1 Stakeholders	27
3.2 Rol van Justitie en VWS	27
3.3 Rol van de verschillende aanbieders	28
3.4 Rol van de consumenten	28
3.5 Rol van de huidige toezichtorganen forensische zorg	29
3.6 Rol van de NZa	29
3.7 Risico's van marktfalen en reguleringsfalen	30
3.7.1 Inleiding	30
3.7.2 Risicomatrix	33
3.7.3 Afwegingen risico's markttoegang	34
3.7.4 Afwegingen risico's externe effecten	36
3.7.5 Afwegingen risico's anticompetitieve gedragingen	36
3.7.6 Afwegingen risico's transactiekosten	37
3.8 Conclusies	37
<b>Bijlage 1. Afkortingenlijst</b>	<b>39</b>
<b>Bijlage 2. Strafrechtelijke titels</b>	<b>41</b>
<b>Bijlage 3. Vragenlijst interviews</b>	<b>43</b>
<b>Bijlage 4. Prestatie-indicatoren 2009-2011</b>	<b>47</b>
<b>Bijlage 5. Vragen voor groeivoorstellen</b>	<b>49</b>



## Vooraf

Het voorliggende rapport is geschreven voor het Ministerie van Justitie en is een vervolg op het eerder geschreven rapport Advies Forensische zorg (juli 2009).

Bij de totstandkoming van dit rapport heeft de Nederlands Zorgautoriteit (NZa) medewerking verkregen van vele directieleden en medewerkers van zorgaanbieders en van de zorginkoper in de forensische zorg. Wij willen een ieder hartelijk danken voor het beschikbaar stellen van de kostbare tijd voor waardevolle interviews en het verstrekken van marktinformatie.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter



# 1. Advies

## 1.1 Aanleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) adviseert het Ministerie van Justitie inzake de inkoop, prestatie- en tariefstelling in de forensische zorg. Het Advies Forensische Zorg van de NZa in juli 2009 betrof de meer technische invoering van de DBBC-productstructuur. Bij het onderzoek voor het advies in juli 2009 heeft de NZa waargenomen dat het toezicht en de regulering op de forensische zorg in sommige opzichten ontoereikend is. Bij publicatie van het rapport in juli heeft de NZa aangekondigd een separaat advies over de marktordening in de forensische zorg uit te brengen. Het voorliggende rapport is hiervan het resultaat.

In dit advies wordt de markt verkend en worden de risico's voor marktwerking in de forensische zorg geanalyseerd.

Het advies aan Justitie op basis van de analyse bestaat uit drie onderdelen. Ten eerste het gedragsadvies, gericht op het stimuleren van een ander marktgedrag op de korte termijn, waardoor de markt beter functioneert. Vervolgens het structuuradvies, gericht op een verandering in de marktstructuur op lange termijn. Ten slotte het advies toezicht en regulering, gericht op de vergroting van het toezicht in de forensische zorg.

## 1.2 Risico's waarop het advies zich richt

De risico's op markt- en reguleringsfalen in de markt voor forensische zorg en daaruit voortvloeiend marktgedrag zijn in kaart gebracht. Marktfalen doet zich voor als de markt niet leidt tot een optimale oplossing.

Oorzaken van marktfalen in de forensische zorg zijn:

- De toegang tot de markt wordt beperkt door **toetredingsdrempels** en **onvoldoende transparantie** in de aanbesteding van zorg.
- **Informatieasymmetrie**: De overheid reguleert, maar is geen marktpartij, zij mist door de afstand tot de markt informatie en is niet aan concurrentie onderhevig, dit kan leiden tot inefficiënte inkoop;
- **Externe effecten**: Kruissubsidiëring door zorgaanbieders die ook op de markt voor GGZ- zorg actief zijn;
- Forensische zorg heeft veel kenmerken van een **publiek goed**: Als forensische zorg in een vrije markt zou worden aangeboden dan zou het waarschijnlijk grote negatieve externe effecten hebben, zoals uitsluiting en recidive door patiënten. Dit is aanleiding om Justitie een coördinerende rol te geven in deze markt en er een monopsonie van te maken: één inkoper bij meerdere zorgaanbieders. Dit beïnvloedt de marktverhoudingen.
- **Transactiekosten**: het leveren van forensische zorg kost meer doordat zorgaanbieders meer formulieren moeten invullen dan in de reguliere GGZ.

De risico's van marktfalen, marktgedrag en reguleringsfalen zijn in de analyse gerangschikt aan de hand van de kans dat zij zich voordoen en de impact als zij zich voordoen.

De risico's met de hoogste combinatie kans en impact zijn:

- Justitie heeft verschillende rollen, onder andere inkoper, beleidsbepaler/regulator, zorgaanbieder en indicatiesteller. De verschillende posities van rijksinstellingen ten opzichte van overige zorgaanbieders vormen een risico. Rijksinstellingen hebben institutioneel een andere positie dan de andere zorgaanbieders. Met rijksinstellingen worden geen contracten afgesloten.
- Sommige zorgaanbieders hebben tendercontracten voor substitueerbare zorg van de jaarlijkse reguliere aanbesteding. 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 prognose van het volume van forensische zorg is moeilijk. Het is een kleine markt en de instroom is sterk afhankelijk van politieke besluitvorming. Daarmee verband houdende is in enkele individuele gevallen gesignaleerd dat Justitie geleverde zorg niet betaalt die bovenop de productieafspraken komt. De zorgplicht in deze ligt bij Justitie en niet bij de zorgaanbieder. Ook valt te verwachten dat Justitie een beter inzicht zou hebben in het volume, aangezien zij zelf patiënten plaatst. In andere zorgmarkten dienen marktpartijen hierover samen afspraken te maken, waarna door de NZa de afspraken worden nagecalculeerd. Dit gebeurt in de forensische zorg nu niet.
- Indicatie door de reclassering aan de eigen GGZ-instelling en indicatie door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) aan de eigen instelling geeft mogelijkheden voor aanbiedersgedreven vraag. Aanbiedersgedreven vraag komt voor als een aanbieder zelf invloed heeft op de zorgvraag.

### 1.3 Gedragsadvies

De NZa stelt voor als eerste prioriteit op korte termijn een onafhankelijke regulator aan te stellen die prestaties en tarieven in de forensische zorg reguleert op afstand van Justitie. Door het aanstellen van een onafhankelijk regulator zal politieke of inkoopgedreven interventie in de prijszetting van prestaties worden beperkt. Consequentie van het aanstellen van een dergelijke regulator is wel dat deze over een effectief handhavinginstrumentarium dient te kunnen beschikken, indien blijkt dat partijen die aan regulering zijn onderworpen zich buiten de gestelde reguleringskaders begeven. Zo zullen bijvoorbeeld gesloten normen als tariefdelicten door de regulator moeten kunnen worden gehandhaafd. Dit biedt reguleringszekerheid aan marktpartijen en zorgt voor continuïteit van beleid binnen aangrenzende zorgmarkten. Op korte termijn zal de handhaving van regulering voor rijksinstellingen worden uitgevoerd door de Minister van Justitie. De NZa signaleert tariefdelicten en meldt deze aan de Minister van Justitie.

Hiertoe dient ten aanzien van de tarief- en prestatieregulering in de Wet forensische zorg te worden bepaald dat de regulator bevoegd is om de prestaties en tarieven op de forensische zorgmarkt te reguleren. Dit betekent dat deze regulator tevens bevoegd wordt prestaties en tarieven te reguleren ten aanzien van beveiliging, aangezien beveiliging integraal onderdeel uitmaakt van de forensische zorg.

Dit heeft als voordeel dat de regulator zelfstandig informatie kan opvragen (en handhaven) voor de Minimale Dataset informatie (MDS) en het bepalen van efficiënte tarieven. Een omslachtige procedure via derden, die nu bestaat, omdat Justitie zelf geen kostprijsinformatie

mag ontvangen, is dan niet langer nodig. Als wordt gekozen voor de NZa als regulator, biedt dit instellingen reguleringszekerheid en consistentie van beleid in de verschillende zorgmarkten.

Als Justitie de regulerende rol afstoot, wordt de inkooporganisatie van Justitie een uitvoeringsorganisatie van regelgeving die elders wordt vastgesteld. De inkooporganisatie van Justitie kan zich richten op het verbeteren van de aanbestedingsprocedure.

De NZa adviseert een transparant wegingkader voor gunning te ontwikkelen en te implementeren. De NZa adviseert voor inkoop de prestatie-indicatoren van het Bureau Zichtbare Zorg van IGZ transparant toe te passen. Transparantie over de duur van de behandeling in verhouding tot het geleverde resultaat (in casu het recidiveniveau) kan een goede benchmark vormen voor de prijs-/kwaliteitsverhouding van zorg in de inkoop. De duur van de behandeling is echter maar deels beïnvloedbaar door de zorgaanbieder, door politieke druk ten aanzien van de tbs-maatregel en proefverloven.

Daarnaast stelt de NZa Justitie voor bij de inkoop meer rekening te houden met de onzekere volumeontwikkeling in de markt bij het inkopen van zorg. De NZa raadt Justitie aan meer flexibiliteit te betrachten in de productieafspraken om aan haar eigen zorgplicht voor de forensische zorg invulling te geven.

Een veelvoud aan regelgeving zorgt nu voor budgetbeheersing van Justitie: maximumprijzen, productieafspraken en het contract als voorwaarde voor het leveren van zorg.

Op middellange termijn, als de aanbestedingsprocedure op orde is, prestatie-indicatoren optimaal bij de zorginkoop worden ingezet en de productstructuur stabiel en transparant is, verwacht de NZa dat de inkoopprikkel door de aanbesteding van Justitie beter functioneert wat leidt tot efficiënte inkoop. De NZa adviseert om dan nader te bezien of gegeven de ontstane marktverhoudingen, de prijzen kunnen worden vrijgegeven. Met vrije prijzen kan meer worden gediversifieerd in kwaliteit- en beveiligingsniveaus in de inkoop. Dit leidt ertoe dat instellingen geprikkeld worden zich te onderscheiden op kwaliteit en zich te specialiseren in sommige behandelingen, wat dan ook kan worden beloond. Een aselekt plaatsingsbeleid is dan niet langer nodig, zolang elke patiënt behandeld kan worden met zorg op maat.

## 1.4 Structuuradvies

De gewenste marktordening is de handhaving van de status quo van een monopsonie. Dat wil zeggen één inkoper met vele aanbieders. Vanaf 2008 is de forensische zorg geherstructureerd waarmee meer nadruk kwam op de ketenbenadering. Het beleidsdoel van de herstructurering in de forensische zorg is recidivevermindering van forensische patiënten. Dit is de reden dat de inkoop van forensische zorg is belegd bij het Ministerie van Justitie. Justitie kan op deze manier aan haar verantwoordelijkheid uiting geven in de inkoop, coördinatie en plaatsing van zorg. Dit geeft meer continuïteit van de zorg. Geconstateerd is dat er meer GGZ-aanbieders zijn toegetreden tot de forensische zorg. Uit interviews ontstaat het beeld dat nu minder patiënten tussen wal en schip vallen, dan in het verleden het geval was, toen een deel van de forensische zorg nog onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) werd ingekocht. De inkoopfunctie overhevelen naar verzekeraars of zorgkantoren levert wellicht een teruggang op naar de problemen van weleer. Daarbij heeft Justitie ook de zorgplicht voor de forensische zorg. Justitie zal onvoldoende

bevoegdheden hebben om aan haar verantwoordelijkheid invulling te geven, indien de inkoop van zorg niet onder haar gezag valt.

Vanuit beleidsmatige overwegingen ligt het voor de hand om de huidige marktstructuur van één inkoper van zorg voor de hele markt te continueren. De coördinatie- en plaatsingsrol die Justitie in de forensische zorg vervult is en blijft van groot belang.

De NZa adviseert echter op lange termijn (2013-2015) een functiescheiding aan te brengen tussen Justitie als zorginkoper, indicatiesteller en zorgaanbieder.

De reden hiervoor is tweeledig:

Enerzijds het tegengaan van belangenverstrengeling en concurrentievervalsing en anderzijds het in een gelijke uitgangspositie brengen van rijksinrichtingen en haar concurrenten. Dit kan worden gerealiseerd door rijksinstellingen voor tbs op afstand van Justitie te plaatsen.

Als de twee rijksinstellingen voor tbs op afstand van Justitie worden geplaatst, kan ook met hen een privaatrechtelijke contractsrelatie worden opgebouwd en is de uitgangspositie gelijk aan de concurrenten. Met de verzelfstandiging van de Van Mesdagkliniek is hier al een eerste stap gezet. Als bijkomend voordeel zal de verzelfstandiging van rijksinstellingen leiden tot een vermindering van uitvoerende regelgeving, aangezien voor de rijksinstellingen dan jaarlijks geen aparte regels hoeven te worden vastgesteld.

De NZa raadt aan om structureel te borgen dat de indicatie van het NIFP onafhankelijk blijft. De zorgaanbiederrol en indicatierol van de instellingen/indicatieorganen moeten ook worden gescheiden om aanbiedersgedreven vraag te voorkomen.

## **1.5 Advies toezicht en regulering**

Om een rol als regulator of toezichthouder in de praktijk volwaardig te kunnen vervullen, is het belangrijk te onderkennen dat effectief toezicht slechts mogelijk is, indien de mogelijkheid bestaat om handhavend te kunnen optreden bij geconstateerde onregelmatigheden tijdens dat toezicht. Met andere woorden, toezicht en handhaving zijn twee aan elkaar gekoppelde grootheden. Het onderbrengen van toezicht en handhaving in twee afzonderlijke entiteiten is weliswaar mogelijk, maar doet naar verwachting serieus afbreuk aan de effectiviteit en kwaliteit van het toezicht.

Het meest voor de hand liggend is een situatie waarin, bij een eventuele keuze voor de NZa, zij ook ten behoeve van de markt voor forensische zorg gebruik kan maken van de haar ten dienste staande toezichthoudende en handhavende bevoegdheden uit de Wmg.

De Wmg bevat een afzonderlijk hoofdstuk waarin de NZa een aantal handhavende bevoegdheden, zoals de aanwijzing, de toepassing van bestuursdwang, het opleggen van een last onder dwangsom en het opleggen van een bestuurlijke boete, worden toegekend.

De NZa is van mening dat een wettelijke inbedding van markttoezicht naast prestatie- en tariefregulering op de lange termijn meer rechtszekerheid biedt voor zowel zorgaanbieders als Justitie. In haar huidige adviesrol kan de NZa die reguleringszekerheid echter niet bieden, terwijl de risico's in deze zich ontwikkelende markt groot zijn.

De NZa adviseert om eerst de rijksinstellingen te verzelfstandigen, zodat in de markt een gelijk speelveld wordt gecreëerd en vervolgens markttoezicht in te voeren.

## 1.6 Vervolg

Dit advies wordt aangeboden aan Justitie en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en vervolgens gepubliceerd. De NZa vraagt Justitie en VWS na publicatie om een reactie op dit advies. In het geval Justitie en VWS besluiten dit advies te implementeren, vraagt de NZa VWS en Justitie haar te betrekken bij de juridische inbedding van dit advies in de Wet Forensische Zorg.



## 2. Marktverkenning

Met forensische zorg wordt alle geestelijke gezondheidszorg (waaronder verslavingszorg) en verstandelijk gehandicaptenzorg aan mensen met een strafrechtelijke titel bedoeld.

Vanaf 2008 is de forensische zorg geherstructureerd waarmee meer nadruk kwam te liggen op de ketenbenadering van instroom, doorstroom, uitstroom. Het beleidsdoel van de herstructurering in de forensische zorg is het vergroten van de maatschappelijke veiligheid mede door recidivevermindering van forensische patiënten. Dit is de reden dat de inkoop van forensische zorg is belegd bij het Ministerie van Justitie. Justitie kan op deze manier aan haar verantwoordelijkheid uiting geven in de inkoop, coördinatie en plaatsing van zorg. Dit geeft meer continuïteit van de zorg.

Uit de marktconsultatie ontstaat het beeld dat er nu minder patiënten tussen de wal en het schip vallen, dan in het verleden het geval was, toen een deel van de forensische zorg nog onder de AWBZ werd ingekocht.

De rechter en de reclasseringsinstanties bepalen de instroom van patiënten in de markt. Uitzondering hierop is Zorg in detentie, want die wordt geleverd nadat er al een straf is opgelegd. De 22 verschillende strafrechtelijke titels die kunnen worden opgelegd betreffen de volgende categorieën: terbeschikkingstelling (tbs, 67% van de markt), Zorg in detentie (9% marktaandeel) en Zorg in plaats van straf (24% marktaandeel). Forensische zorg wordt geleverd door rijksinstellingen (14%), GGZ instellingen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten en Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's). Justitie plaatst patiënten bij instellingen op basis van een contract met productieafspraken en maximumtarieven.

Op dit moment is een betrouwbare raming van de toekomstige verwachte zorgvraag nog niet goed mogelijk. Bovendien kan een kabinetsbesluit (en beleidswijziging) leiden tot een aanpassing van de verwachte zorgvraag in termen van volume en/of soort zorg. Zo is de tbs-instroom dit jaar sterk gedaald.

De aanbesteding van forensische zorg moet aan een aantal criteria voldoen voor Europese aanbestedingen van zorg. Het aanbestedingsrecht stelt eisen aan objectiviteit, transparantie en non-discriminatie. Inzichtelijke selectie- en gunningcriteria, vormen hier onderdeel van. De NZa heeft geconstateerd dat niet alle criteria zijn geïmplementeerd in de aanbesteding van forensische zorg. Onduidelijk is of en hoe wordt bepaald welk volume bij welke instelling wordt afgenomen. Met de rijksinstellingen worden productie- en budgetafspraken gemaakt, in tenders en in de jaarlijkse inkoopronde. De twee rijksinstellingen voor tbs hebben geen contract met Justitie, aangezien ze hier deel vanuit maken.

Er zijn sinds 2008 meer GGZ-instellingen toegetreden tot de markt voor forensische zorg. De reden hiervoor kan toename van de vraag zijn. Daarnaast kan de herstructurering een reden zijn, aangezien GGZ instellingen nu landelijk kunnen offren voor zorg bij Justitie in tenders en de jaarlijkse aanbestedingen. GGZ-instellingen zijn na 2008 niet langer afhankelijk van de contracteerruimte van de regionale zorgkantoren, waar de inkoop van forensische zorg concurreert met andere langdurige zorg. Een derde reden kan zijn dat de DBBC-

systematiek aansluit op de DBC-systematiek en GGZ-instellingen verwachten hier in de toekomst hun voordeel mee te doen in hun administratieve systeem.

## 2.1 Wat is forensische zorg?

Met forensische zorg wordt alle geestelijke gezondheidszorg (waaronder verslavingszorg) en verstandelijk gehandicaptenzorg aan mensen met een strafrechtelijke titel bedoeld (exclusief jeugdstrafrecht). Het betreft bijvoorbeeld zorg aan mensen met een terbeschikkingstelling (tbs)-vonnis, verslaafden die voorwaardelijk zijn veroordeeld en onder toezicht staan van de reclassering, en gevangenen die tijdens detentie naar de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) moeten worden overgeplaatst in verband met bijvoorbeeld detentieongeschiktheid.<sup>1</sup>

Forensische zorg wordt om drie redenen geboden. Ongeacht de vraag of iemand somatische of psychiatrische problemen heeft, heeft iedereen recht op goede gezondheidszorg. Dat geldt ook voor mensen met een strafrechtelijke titel. Het verhogen van de maatschappelijke veiligheid met als gevolg recidivevermindering is de belangrijkste doelstelling. Indien een psychiatrisch ziektebeeld ten grondslag ligt aan het delictgedrag zal alleen straf de kans op herhaling van het gedrag niet af doen nemen. Naast het opleggen van een strafmaatregel (of in plaats daarvan) is het zinvol om een behandeling aan te bieden. Ten slotte kunnen mensen met psychiatrische problemen de bedrijfsvoering in de detentiecentra ontregelen, waardoor overplaatsing naar bijzondere zorg afdelingen gewenst is.<sup>2</sup>

Op dit moment kan forensische zorg geboden worden binnen 22 strafrechtelijke titels (zie Bijlage 2).<sup>3</sup> De 22 verschillende titels kunnen in drie categorieën worden ingedeeld:

– *Tbs*

De tbs met dwangverpleging wordt uitgevoerd in de bestaande forensisch psychiatrische centra (FPC's, voorheen tbs-klinieken genoemd). Tbs is een maatregel die de rechter oplegt aan mensen die zware delicten hebben gepleegd en lijden aan een psychiatrische ziekte of stoornis. Indien gebleken is dat de stoornis in meerdere of mindere mate het (delict)gedrag heeft beïnvloed stelt de rechter hen daarom niet geheel verantwoordelijk voor hun daden. Om de stoornis te behandelen en herhaling (recidive) te voorkomen wordt mede tbs opgelegd. Dit alles met als doel de samenleving te beschermen.

– *Zorg in detentie*

Zorg in detentie omvat de bijzondere voorzieningen in detentie die zijn bedoeld voor gedetineerden die vanuit psychiatrische problematiek verminderd weerbaar zijn en niet op een reguliere afdeling kunnen worden geplaatst. In de meeste gevallen is hier sprake van schizofrenie met een hoge co-morbiditeit met verslaving en persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast omvat Zorg in detentie speciale zorg en behandelprogramma's die in de penitentiaire setting worden gevolgd. Deze programma's kunnen door de penitentiaire instelling zelf verzorgd worden maar kunnen ook door reguliere

---

<sup>1</sup> *Zorginkoopbeleid forensische zorg 2008-2011* (DJI, 2007)

<sup>2</sup> *De psychiatrie in het Nederlandse recht*, B C M Raes, F A M Bakker (2007) en *Detentie: gevangen in Nederland*, E R Muller, P C Vegter, P C Vegter (2007)

<sup>3</sup> *De vernieuwing van de forensische zorg in een strafrechtelijk kader; Uitgangspunten, uitwerking en invoering* Project VFZ 2007

GGZ-aanbieders geleverd worden binnen het gevangeniswezen als ambulante zorgprogramma's.

– *Zorg in plaats van straf*

Zorg in plaats van straf kan zowel intramurale en ambulante zorg zijn en wordt aangeboden door verschillende instellingen voor GGZ (inclusief beschermde woonvormen), verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg. Het gaat voornamelijk om voorwaardelijke strafmaatregelen. Het gaat hierbij dan om bijvoorbeeld verslaafden die voorwaardelijk zijn veroordeeld en onder de voorwaarde dat zij deelnemen aan zorg geen gevangenisstraf hoeven te ondergaan.

Er kan ook sprake zijn van forensische zorg *zonder* strafrechtelijk kader. Hiermee wordt de zorg bedoeld die gegeven wordt voorafgaand aan een (mogelijke) veroordeling dan wel forensische zorg die wordt gecontinueerd nadat de strafrechtelijke titel is vervallen. Deze vorm van zorg wordt met de enigszins verwarrende term 'forensische zorg zonder strafrechtelijk kader' aangeduid en valt binnen de reguliere GGZ. Justitie is uitsluitend verantwoordelijk voor de inkoop van forensische zorg aan mensen *met* een strafrechtelijke titel. Het bestaan van een strafrechtelijke titel is dus primair de basis voor de afbakening van forensische zorg in een strafrechtelijk kader.

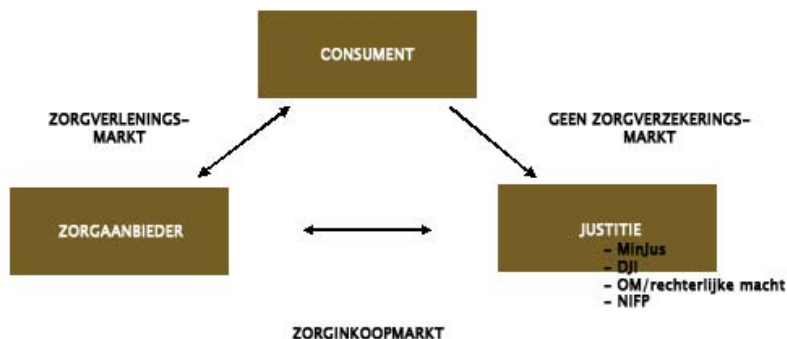
Gemakshalve wordt in dit document verder gesproken over forensische zorg. Daarmee wordt de zorg bedoeld die in een strafrechtelijk kader wordt uitgevoerd.

## 2.2 De markt

In het nieuw ontstane zorgstelsel is het Ministerie van Justitie te kenmerken als een monopsonist: Justitie is als enige inkoper aanwezig op een markt met meerdere aanbieders. De markt voor forensische zorg wijkt daarmee in een aantal opzichten af van de markt voor de reguliere GGZ. De belangrijkste verschillen hebben betrekking op de zorgverleningsmarkt en zorgverzekeringsmarkt.

Voor de forensische zorg kan de volgende figuur worden opgesteld.

**Figuur 1. Markten in forensische zorg**



Bron: NZa

De drie markten worden hieronder kort besproken:

– *Zorgverzekeringsmarkt*

In tegenstelling tot de reguliere GGZ is er geen sprake van een zorgverzekeringsmarkt. Forensische zorg is niet-electieve zorg. De benodigde zorg wordt door Justitie gefinancierd. De zorg die wordt verleend aan consumenten is niet vrijwillig maar vindt plaats binnen een strafrechtelijk kader.

Het Openbaar Ministerie en de indicerende organen (NIFP, de drie reclasseringsinstanties en PMO's) en uiteindelijk de rechterlijke macht bepalen de toegang tot forensische zorg.

– *Zorgverleningsmarkt*

Bij de zorgverleningsmarkt in de forensische zorg is in beperkte mate of in sommige gevallen in het geheel niet sprake van een keuze door consumenten. De mate van invloed is afhankelijk van de strafrechtelijke titel. Wanneer een tbs-maatregel wordt opgelegd wordt de keuze van de specifieke kliniek geheel onafhankelijk van de consument gemaakt. Bij andere maatregelen – zoals maatregelen binnen de categorie 'zorg in plaats van straf' – wordt in samenspraak met de consument een keuze gemaakt. Het indicerend orgaan en uiteindelijk Justitie zelf heeft daarbinnen de eindverantwoordelijkheid.

– *Zorginkoopmarkt*

Binnen de forensische zorg is Justitie degene die zorg inkoop. De *zorginkoopmarkt* bestaat daardoor uit één zorginkoper en meerdere zorgaanbieders.

## 2.3 De marktspelers

In de markt voor forensische zorg kunnen vijf categorieën van marktspelers worden geïdentificeerd:

- Zorgaanbieders;
- Justitie-inkoper;
- Indicerende organen;
- Rechterlijke macht en Openbaar Ministerie;
- Consument.

### 2.3.1 Zorgaanbieders

De forensische zorg in strafrechtelijk kader wordt verleend door een groot aantal inrichtingen en instellingen:

- Forensisch Psychiatrische Klinieken en Afdelingen (FPK's en FPA's);
- Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's);
- Instellingen voor verstandelijke gehandicaptenzorg;
- Instellingen voor (forensische) geestelijke gezondheidszorg, waaronder verslavingszorg;
- Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's);
- Penitentiaire inrichtingen met zorgafdelingen;
- Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie (NIFP).

Het NIFP neemt overigens een bijzonder plaats in, binnen bovenstaand overzicht. Naast hun taak als indicatiesteller (zie paragraaf 2.3.3.) leveren zij ook zorg ten behoeve van Zorg in detentie. De psychiaters in Penitentiaire Inrichtingen (PI) zijn in dienst van het NIFP en nemen gezamenlijk met o.a. de psychologen deel aan de Psycho Medisch Overleggen (PMO's) van de PI. Daarbij zijn de psychiaters ook betrokken bij de behandeling. De psychologen van PI zijn echter in dienst van de PI en vallen – hiërarchisch gezien – onder de directeur van de PI die de eindverantwoordelijkheid draagt. Het ontbreekt hierbij aan een duale structuur.

### 2.3.2 Justitie als inkoper

Per 1 januari 2008 is het Ministerie van Justitie verantwoordelijk voor de inkoop, de indicatiestelling en de plaatsing van forensische zorg in een strafrechtelijk kader. De inkoop vanuit Justitie zal gebeuren door de Directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DForZo).

Daarbij hebben het Ministerie van Justitie en de diverse instanties die daaronder vallen meerdere rollen: inkoper, beleidsbepaler, eigenaar, zorgaanbieder en indicatiesteller. In dit onderdeel zal ingegaan worden op de rol van Justitie als inkoper.

Belangrijke doelstellingen van de structuurwijziging door het invoeren van de DBBC-systematiek betreffen het vergroten van de maatschappelijke veiligheid door het verminderen van recidive door de inkoop van effectieve behandelprogramma's en het vergroten van de door- en uitstroom.<sup>4</sup> De invoering van de DBBC systematiek was hierop een logisch gevolg. Vanwege de verregaande aansluiting van de DBBC systematiek op de al ingevoerde DBC systematiek bij de GGZ, wordt de inkoop van effectieve behandelprogramma's door Justitie en de door- en uitstroom naar de GGZ vereenvoudigd. Vanwege het feit dat RIBW's hoofdzakelijk vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) worden gefinancierd, zijn RIBW's niet of in mindere mate bekend met de DBC-systematiek.

Het inkoopbeleid van Justitie is er in principe op gericht om de benodigde zorg in eerste instantie af te nemen bij de GGZ. Met dit inkoopbeleid wordt het belang en de expertise van de GGZ bij forensische zorg onderkend. Indien negatief wordt geoordeeld over een overplaatsing vanuit een Penitentiaire Inrichting (PI) naar de GGZ (bijv. in het kader van de maatschappelijke veiligheid) zal Justitie de benodigde zorg zelf leveren in een PI. Naast recidivevermindering is van oudsher de rol van Justitie namelijk ook gericht op risicobeheersing. Het inkoopbeleid van Justitie kan daarmee kortweg worden omschreven als 'inkoop bij de GGZ, tenzij'.<sup>5</sup>

De voorwaarden voor het 'tenzij' worden afgebakend aan de hand van een daarvoor ontwikkeld toetsingskader. Het toetsingskader is ontwikkeld om de keuze voor in- en uitbesteding van zorg in detentie te uniformiseren.<sup>6</sup>

Alle partijen die in aanmerking willen komen voor een contract worden beoordeeld aan de hand van uitsluitinggronden en geschiktheideisen. Bij het verdelen van het volume is het zo dat de al gecontracteerde instellingen een garantiebudget hebben op basis van de afspraak van het voorgaande jaar. Het eventueel toekennen van volume aan nieuwe contractspartijen zal moeten worden gedaan vanuit de groeirimte voor het nieuwe jaar. De verdeling van deze groeimiddelen vindt plaats op basis van een aantal inhoudelijke criteria zoals segmentverdeling en onderbouwing van de behoeftestelling en tariefstelling. Deze criteria gelden voor alle (nieuwe en bestaande) offerende partijen. Hoewel de criteria duidelijk worden benoemd in de handleiding Inkoop Forensische Zorg is er nog geen beleid ontwikkeld waarbij op een transparante wijze inzichtelijk wordt gemaakt hoe het afwegingsproces

<sup>4</sup> *De vernieuwing van de forensische zorg in een strafrechtelijk kader: Uitgangspunten, uitwerking en invoering* Project VFZ 2007

<sup>5</sup> *Zorginkoopbeleid forensische zorg 2008-2011* (DJI, 2007)

<sup>6</sup> *Handleiding Inkoop Forensische Zorg 2009* (DJI, 2008) en *Handleiding Inkoop Overige Forensische Zorg 2010* (DJI, 2009)

tussen verschillende zorgaanbieders door Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) plaatsvindt.

Dit kader is van belang vanwege de eisen ten aanzien van aanbestedingen (non-discriminatie en transparantie). Daarnaast zijn deze eisen van belang doordat het Ministerie van Justitie als monopsonist als enige inkoper in een markt fungeert met vele aanbieders.

### 2.3.3 Indicerende organen

De uitvoering van de indicatiestelling berust bij het NIFP, de reclasseringsorganisaties en de psycho-medische overleggen (PMO's) waaraan de psychiaters en psychologen deelnemen van de penitentiaire inrichtingen. Hieronder wordt kort uiteengezet per zorgvorm welke instantie belast is met de indicatiestelling.

– *Forensische zorg zonder verblijf*

De indicatiestelling voor ambulante forensische zorg wordt uitgevoerd door de reclassering. Voor ambulante zorg die verleend wordt binnen het gevangeniswezen wordt geïndiceerd door de psycholoog/psychiater van het PMO.

– *Forensische zorg met verblijf*

Het NIFP indiceert voor klinische forensische zorg. Uitgezonderd daarvan is klinische zorg binnen een instelling voor verslavingszorg. Deze wordt geïndiceerd door de verslavingsreclassering. Indicatiestelling voor RIBW vindt normaliter plaats door de reclassering. In sommige gevallen is het ook mogelijk dat de psychiater/psycholoog van het PMO dan wel het NIFP verantwoordelijk is voor de indicatiestelling.

Belangrijk aspect van de indicatiestelling is dat deze onafhankelijk van de financier en zorgaanbieders plaatsvindt. Met uitzondering van Stichting Reclassering Nederland (SRN) – één van de drie reclasseringsorganisaties – zijn echter alle indicerende organen verbonden met de inkoper dan wel zorgverlener.

Formeel valt het NIFP als uitvoeringsorganisatie binnen het agentschap DJI onder het Ministerie van Justitie. Indicatiestelling en zorginkoop zijn daarmee organisatorisch gezien dicht bij elkaar geplaatst.

De onderdelen verslavingsreclassering en reclassering vanuit het Leger des Heils wordt door organisaties uitgevoerd die deels ook de geleverde zorg aanbieden (met andere woorden: niet alleen indiceren maar ook behandelen). Ten slotte kan ook zorg binnen een PI worden geleverd. Het PMO – onderdeel van de PI – is daarbij niet alleen indicerend orgaan, maar ook betrokken bij de behandeling. Deze verbondenheid tussen indicatie en uitvoering kan ertoe leiden dat vanuit verkeerde overwegingen naar de eigen instelling wordt verwezen.

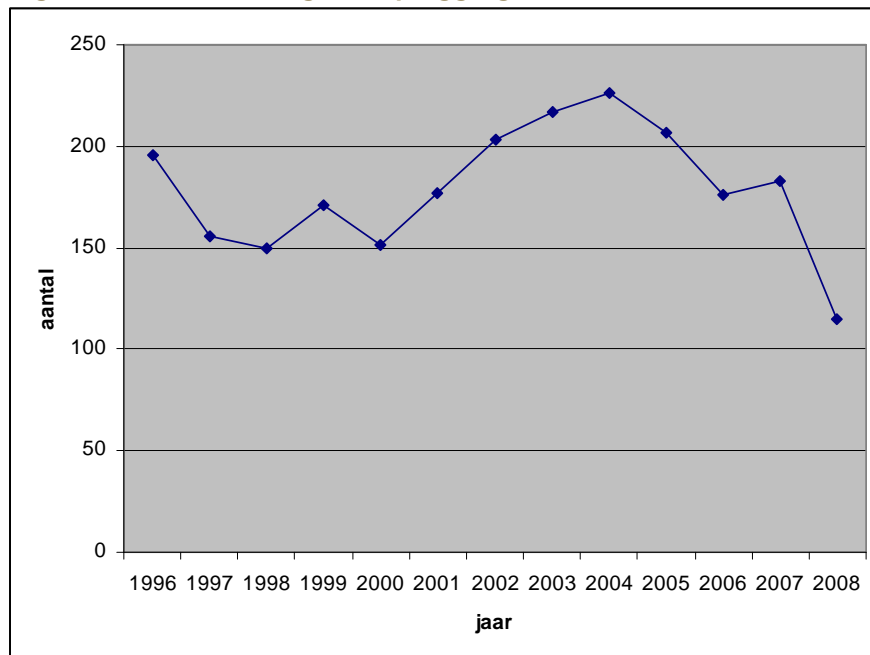
### 2.3.4 Rechterlijke macht en Openbaar Ministerie

De rechterlijke macht en het Openbaar Ministerie zijn belangrijke spelers binnen het veld. Zij bepalen de instroom aan nieuwe patiënten doordat zij de maatregelen opleggen. Op het moment dat het OM minder vaak een bepaalde strafmaatregel eist en de rechter terughoudend is bij het opleggen van bepaalde strafmaatregelen, dan heeft dat direct invloed op het volume aan patiënten en plaatsen op de markt. Aan de hand van het aantal tbs-opleggingen zal hier nader op worden ingegaan.

*Tbs-maatregel*

Figuur 2 geeft aan hoe de tbs-opleggingen met dwangverpleging zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld.<sup>7</sup>

**Figuur 2. Ontwikkeling tbs-opleggingen**



Bron: Ministerie van Justitie

Gedurende vele jaren is er een capaciteitsgebrek geweest voor wat betreft het aantal plaatsen. Wachtlijsten voor tbs liepen dan ook op en overschreden in vele gevallen de jaargrens. Inmiddels lijkt er een verandering van vraag en aanbod op te treden. Dit als gevolg van een combinatie van capaciteitsuitbreidingen en een forse afname van het aantal tbs-opleggingen met bevel tot verpleging in 2008. Pas na afsluiting van 2009 wordt duidelijk of het een eenmalige sterke afname is geweest of dat er sprake is van een trendbreuk. Inmiddels is duidelijk dat er 41 opleggingen hebben plaatsgevonden in het eerste half jaar van 2009.<sup>8</sup> Daarmee lijkt er sprake te zijn van een structurele afname. Onderzoek naar de afname is inmiddels gestart.

### 2.3.5 Consumenten

De doelgroep van de forensische zorg bestaat uit personen met psychiatrische of ernstige psychische of gedragsmatige problemen die een gevaar opleveren voor anderen en in een aantal gevallen ook voor zichzelf. Naast het gegeven dat zij strafbare feiten hebben gepleegd zijn dit mensen die bijvoorbeeld lijden aan schizofrenie of een antisociale persoonlijkheidsstoornis en anderen schade berokkenen of leed. Deze mensen zijn niet gebaat bij alleen straf of zorg, maar hebben behoefte aan een specifieke combinatie van zorg, straf en/of beveiliging wat past bij hun specifieke situatie.<sup>9</sup>

*Rechtspositie*

In de huidige situatie binnen de forensische zorg is sprake van uitzonderingsbepalingen ten aanzien van wetten die de rechtspositie bepalen van patiënten. Zo is de Wet klachtrecht cliënten zorgsector niet

<sup>7</sup> Zie o.a. *TBS-gestelden 1996-2010 De feiten en de ramingen* (WODC) en *TBS in getal 2008* (DJI)

<sup>8</sup> *TBS in getal, 2009 eerste half jaar* (DJI, 2009)

<sup>9</sup> *Zorginkoopbeleid forensische zorg 2008-2011* (DJI, 2007)

van toepassing, voor zover het klachten betreft waarvoor de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) voor de tbs-inrichtingen een eigen wettelijke klachtregeling bevat. Mede onder invloed van de maatschappelijke discussies naar aanleiding van enkele ernstige incidenten is de afgelopen jaren de nadruk van het verblijf in de tbs kliniek nog meer op de beveiliging komen te liggen, waardoor de aandacht voor de behandeling naar de achtergrond verschoof. Dat proces is volgens het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) nog versterkt door de maatschappelijke ontwikkeling in de richting van een samenleving die risico's nauwelijks meer aanvaardbaar acht. Veel inspanning wordt dan ook gewijd aan het minimaliseren van de risico's van onveiligheid. Waar de nadruk meer op de beveiliging is komen te liggen, is dat volgens het WODC soms ten koste gegaan van de behandeling, maar ook de rechten van de verpleegde zijn daarmee wel in het gedrang gekomen.

Door de nadruk op bescherming van de maatschappij tegen recidiverende tbs-ers, adviseren advocaten hun cliënten momenteel niet langer te pleiten voor tbs in plaats van gevangenisstraf. De duur van de tbs is ongewis en vaak langer dan de gevangenisstraf in plaats daarvan. Er wordt minder dan in het verleden gewerkt aan behandeling en resocialisatie.

#### *Belangenbehartiging*

Naast bovengenoemde knelpunten en de rechtspositie van cliënten binnen de forensische zorg kan vastgesteld worden dat er geen duidelijke belangenbehartigers zijn van consumenten in de forensische psychiatrie. Het landelijk Platform GGZ is een koepel van 21 cliënten- en familieorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg.<sup>10</sup> Van de 21 lidorganisaties is er geen organisatie die specifiek gericht is op de forensische psychiatrie. De belangenbehartiging vindt op meer individueel niveau plaats via de cliëntenraden van afzonderlijke instellingen en via de betrokken advocaten.

Vanuit het Landelijk overleg Cliëntenraden (LOC) werd gesteld dat er bij patiënten van tbs-klinieken wel de behoefte bestond aan een landelijk belangenvereniging.

## 2.4 Marktdata

Om inzicht te geven in de grootte van de inkoopmarkt van de diverse deelmarkten van forensische zorg is onderstaand een overzicht opgenomen van de budgetverdeling forensische zorg 2009 (en prognoses voor de komende jaren)<sup>11</sup>:

Het financiële kader voor de inkoop van forensische zorg laat de komende jaren naar verwachting een gestage groei zien.

---

<sup>10</sup> Zie: <http://www.platformggz.nl>

<sup>11</sup> Uitgangspunten Zorginkoop Forensische Zorg 2010 (DJI, 3 augustus 2009) en aangeleverde documenten van DJI

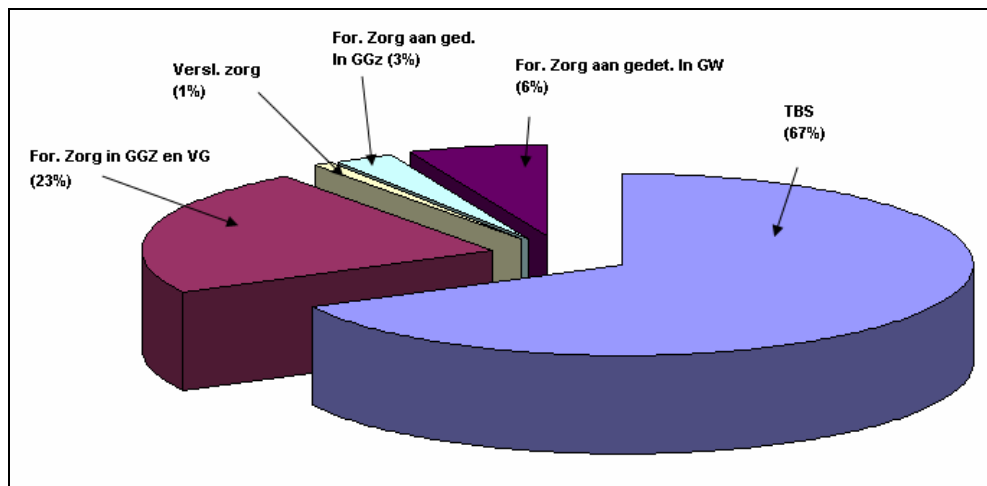
## Verdeling budget Forensische Zorg en prognose tot 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
X € 1 miljoen					
tbs	362	371	375	377	377
Forensische zorg in GGZ en VG zorg	123	131	162	162	162
Verslavingszorg	4	8	16	16	16
For. Zorg aan gedetineerden in de GGZ	16	43	43	43	43
For. Zorg aan gedetineerden in GW	34	85	85	85	85
Totaal	539	638	681	683	685

Bron: Justitie

Voor het jaar 2009 is onderstaande diagram opgesteld. Hieruit blijkt dat de zorg die opgelegd wordt vanuit een TBS maatregel met 67% het overgrote deel van het totale budget vormt voor de Forensische Zorg.

**Figuur 3. Verdeling budget Forensische zorg 2009**



Bron: Ministerie van Justitie

Bovenstaande vijf categorieën begrotingregels/financieringsbronnen betreffen geormerkte budgetten van waaruit Forensische Zorg wordt gefinancierd. Het is daarmee mogelijk dat geleverde zorg van één zorgaanbieder vanuit meerdere budgetten wordt gefinancierd. Hieronder wordt per categorie een nadere toelichting gegeven:

- *Tbs met dwangverpleging*  
Hieruit wordt de zorg in twee Rijksinrichtingen (14%), zeven particuliere- en vier niet-justitiële Forensisch Psychiatrische Centra gefinancierd. De groei heeft te maken met onder andere de nog te realiseren capaciteit in het kader van de tendercontracten.
- *Forensische Zorg in de GGZ en Verstandelijk Gehandicapten Zorg*  
Hieruit wordt de inkoop van de strafrechtelijke zorg binnen de GGZ en de verstandelijk gehandicaptenzorg gefinancierd. De groei heeft voornamelijk te maken met overgekomen gelden vanuit het Ministerie van VWS voor al toegekende capaciteitsuitbreidingen. Hierin zijn de budgetten voor de zorginkoop voor gedetineerden in de GGZ en de zogenaamde pijler-5 gelden niet inbegrepen.
- *Ambulante Justitiële Verslavingszorg/ (impuls)*  
Dit zijn gelden ten behoeve van de inkoop van zorg specifiek voor verslaafden. Dit op grond van afspraken uit het Regeerakkoord ten behoeve van de terugdringing van de recidive, de pijlervijf gelden.

Hierdoor is ambulante forensische zorg aan comorbide verslaafden in de tien grote steden en Maastricht aanbesteed.

– *Forensische zorg aan gedetineerden in de GGZ*

Hieruit wordt de aanbestede zorg voor gedetineerden binnen de GGZ gefinancierd.

Het Ministerie van Justitie had aanvankelijk het streven om 350 plaatsen voor forensische zorg aan gedetineerden in de GGZ in te kopen. In de eerste aanbesteding in 2008 zijn er 272 plaatsen ingekocht. Bij de tweede aanbesteding in 2009 nog eens 24 plaatsen. De taakstelling is met 30 plaatsen teruggebracht naar 320 plaatsen. De resterende 24 plaatsen worden vooralsnog aangehouden.

– *Forensische zorg aan gedetineerden in het GW*

Uit dit budget worden 700 plaatsen in de Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC) gefinancierd. Het betreft 509 bestaande bijzondere zorgplaatsen en 191 nieuwe bijzondere zorgplaatsen. Alle forensische zorgplaatsen worden in 2010 gecentreerd in de vijf PPC's.

#### 2.4.1 Productieafspraken klinische en ambulante zorg

In onderstaande tabel is een uitsplitsing gemaakt van de zorg die wordt gefinancierd vanuit het budget *Forensische Zorg in de GGZ en Verstandelijk Gehandicapten Zorg* (123 miljoen euro).

##### Productieafspraken 2009 o.b.v. 2<sup>e</sup> herschikking

Segment	Financieel beslag (in %)	Aanbieders <sup>12</sup>
<b>Forensische Zorg met Verblijf</b>		
Verslavingszorg	11,2%	17
Reguliere GGZ	4,4%	17
FPA	22,9%	12
FPK	20,1%	5
(SGL)VG	5,6%	8
RIBW	5,7%	33
<b>Forensische Zorg zonder Verblijf</b>		
Reguliere GGZ	2,2%	21
VG	0,6%	7
Verslavingszorg	5,4%	13
Begeleiding	5,6%	20
Forensische GGZ	16,2%	21
<b>Totaal</b>	100%	

Bron: Ministerie van Justitie

#### 2.4.2 Prognose capaciteit en zorgbehoefte

Op dit moment is een betrouwbare raming van de toekomstige verwachte zorgvraag nog niet goed mogelijk. Bovendien moet in alle gevallen rekening gehouden worden met het feit dat een kabinetsbesluit (en beleidswijziging) kan leiden tot een aanpassing van de verwachte zorgvraag in termen van aantallen en/of inhoud.

<sup>12</sup> Het is mogelijk dat aanbieders zorg leveren in verschillende segmenten.

Momenteel wordt door het Ministerie van Justitie een prognosemodel ontwikkeld, zodat de zorginkoop zo goed mogelijk aansluit op de zorgbehoefte. Het model zal naar analogie van het prognosemodel van het WODC (stromenmodel) ten aanzien van tbs met dwangverpleging worden ontwikkeld. Hierdoor zal het Ministerie van Justitie meer inzicht verkrijgen in de gedifferentieerde forensische zorgbehoefte.<sup>13</sup>

## 2.5 Toetreding

De forensische zorg werd in 2008 door 66 instellingen geleverd (inclusief 12 tbs-instellingen). In 2009 zijn 72 instellingen actief (inclusief 12 tbs-instellingen).

De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is van toepassing op zorgaanbieders die zorg leveren in het kader van de AWBZ en de Zorgverzekeringswet.<sup>14</sup> Door het vervallen van de AWBZ financiering is de WTZi niet van toepassing op de forensische zorg in een strafrechtelijk kader. De voorgestelde wetswijzigingen in de Wet Forensische Zorg zien echter op het van toepassing blijven van de WTZi.

Een nieuwe toelating of uitbreiding van bestaande toelating kan pas aangevraagd worden na instemming van de DForZo van de DJI. De toelatingsprocedure wordt vervolgens gedaan door het CIBG (Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg).

## 2.6 Inkoopproces en aanbesteden

Vanuit de kabinetsdoelstelling om de recidive te verminderen is het programma Vernieuwing Forensische Zorg (VFZ) gestart. Door middel van de ontwikkeling en de invoering van een nieuw forensisch zorgstelsel wordt beoogd de forensische zorg beter in te bedden in het strafrechtstelsel en de aansluiting met de reguliere GGZ te verbeteren.<sup>15</sup>

Deze stelselherziening leidde er onder andere toe dat het budget voor strafrechtelijk forensische zorg uit het AFBZ is overgeheveld naar de Justitiebegroting. Vanaf 1 januari 2008 is het Ministerie van Justitie verantwoordelijk voor de inkoop, indicatiestelling, zorgtoeleiding en plaatsing van de forensisch psychiatrische zorg, binnen een strafrechtelijk kader. Deze werkwijze is als volgt in beleid vorm gegeven:

- Het Ministerie van Justitie is financier en koopt forensische zorg in op basis van in voorafgaande periodes vastgestelde forensische zorgbehoefte.
- Vanuit meerdere financieringsbronnen wordt forensische zorg gefinancierd, waardoor ook meerdere aanbestedingen/inkoopprocedures zijn ontstaan met verschillende overeenkomsten tussen zorgaanbieder en Justitie.
- Zorgaanbieders leveren forensisch psychiatrische zorg op basis van contractuele verplichtingen.
- Nieuwe productievoorstellen van zorgaanbieders worden door middel van de daarvoor bestemde formulieren aan DJI kenbaar gemaakt. Het voorstel moet voldoen aan een groot aantal kwantitatieve en kwalitatieve criteria (waaronder aanlevering van prestatie-indicatoren).<sup>16</sup>

<sup>13</sup> Uitgangspunten Zorginkoop Forensische Zorg 2010 (DJI, 3 augustus 2009)

<sup>14</sup> Zorginkoopbeleid forensische zorg 2008-2011 (DJI, 2007)

<sup>15</sup> Zie onder andere het document *Programmaplan VFZ 2009* voor een kort overzicht van de verschillende commissies en werkgroepen.

<sup>16</sup> *Handleiding Inkoop Forensische Zorg 2009* (DJI, 2008)

- Alle zorgaanbieders die een aanbieding indienen bij Justitie worden beoordeeld/getoetst op/aan de geschiktheideisen en uitsluitingcriteria.
- De beoordeling van aanvragen geschiedt op basis van een beoordelingskader (zie beoordelingskader, bijlage 5).
- Drie medewerkers van DJI beoordelen onafhankelijk van elkaar bij welke instelling zorg wordt ingekocht.
- De vaststelling van zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak van een patiënt vindt plaats bij de indicatieorganen.
- (Voorgenomen) indicatiebesluiten voor behandeling met verblijf verplichten de financier om de daarin benoemde forensisch psychiatrische zorg in te kopen, toe te wijzen en te bekostigen. Dit is de zorgplicht van Justitie.

Eén van de uitgangspunten binnen het project Vernieuwing forensische zorg in een strafrechtelijk kader is het recht op (kwalitatief) goede zorg. Justitie heeft zichzelf daarmee een zorgplicht gegeven wat betekent dat Justitie kwalitatief goede en voldoende zorg moet inkopen om daarmee te voldoen aan de geïndiceerde zorgbehoefte.<sup>17</sup>

De inkoop van forensische zorg voor mensen met een strafrechtelijke titel in GGZ-instellingen, in instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg of in een begeleide woonsituatie, is voor Justitie nieuw en heeft gevolgen voor alle betrokken partijen. De betrokken zorgaanbieders krijgen te maken met een nieuwe inkopende partij en een ander contracteerbeleid.

Voor Justitie betekent de zorginkoop en plaatsing van de gehele forensische zorg meer mogelijkheden om zorg in te kopen waar patiënten behoefte aan hebben (zorg op maat) en om een betere aansluiting te bewerkstelligen met de reguliere GGZ.

### 2.6.1 Aanbesteding

De aanbesteding van forensische zorg moet aan een aantal criteria voldoen:

- *Aanbesteding volgens Europese aanbestedingsrichtlijnen*  
De Europese aanbestedingsrichtlijnen dienen nageleefd te worden als de diensten die Justitie inkoopt zich boven het drempelbedrag van € 133.000 voor de centrale overheid bevindt.<sup>18</sup> Dit is bij forensische zorg het geval aangezien een groot deel van de markt jaarlijks in een keer wordt aanbesteed.
- *Lichte aanbestedingsplicht*  
Forensische zorg wordt gezien als zogenaamde bijlage IIB-diensten. Dit zijn diensten die een lichte aanbestedingsplicht kennen. Een lichte aanbestedingsplicht bij bijlage IIB-diensten houdt in dat bij overschrijding van het drempelbedrag minder voorwaarden worden gesteld aan de aanbesteding. Alleen de artikelen 23 en 35 lid 4 van Richtlijn 2004/18/EG gelden. Deze zijn in Nederland verwerkt in het Besluit Aanbestedingsregels voor Overheidsopdrachten (Bao). Artikel 23 ziet toe op de verplichting tot het maken van een bestek met de 'technische specificaties', waarbij deze specificaties niet mogen leiden tot ongerechtvaardigde belemmeringen in de mededinging. Een voorbeeld hiervan is een programma van eisen. Artikel 35 leden 12 t/m 16 Bao hebben betrekking op de melding van de opdrachtverlening achteraf aan de Europese Commissie. Daarbij moet worden aangegeven of al dan niet ingestemd wordt met publicatie van het gunningbericht.

<sup>17</sup> Zorginkoopbeleid forensische zorg 2008-2011 (DJI, 2007)

<sup>18</sup> Ingevolge richtlijn 2004/18/EG

De daaruit voortvloeiende aanbestedingen zijn gezien de financiële omvang van de gevraagde dienstverlening, Europese aanbestedingen. Dit biedt bijvoorbeeld ruimte voor het in de aanbestedingsprocedure inbouwen van vormen van onderhandeling/dialogo tussen aanbieders en Justitie, mits wordt voldaan aan de eisen wat betreft objectiviteit, transparantie en non-discriminatie. De vormgeving en transparantie over selectie- en gunningcriteria vormen hier onderdeel van. Als selectiecriteria kunnen de uitsluitinggronden worden beschouwd die Justitie als onderdeel van het inkoopbeleid publiceert. De gunningcriteria met een wegingkader op basis waarvan instellingen meer of minder volume in de gunning krijgen toebedeeld ontbreekt. De NZa raadt aan om een transparant wegingkader voor gunning te ontwikkelen en te implementeren.

– *Niet grensoverschrijdend belang*

Er dient voor de aanbestede dienst te worden voldaan aan het criterium van niet-grensoverschrijdend belang. Door de noodzaak van beveiliging van forensische patiënten is aan te nemen dat er geen grensoverschrijdend belang is gediend bij het Europees aanbesteden van forensische zorg.

## 2.7 Samenvatting

Per 1 januari 2008 is het Ministerie van Justitie verantwoordelijk voor de inkoop, de indicatiestelling en de plaatsing van forensische zorg in een strafrechtelijk kader. Justitie was formeel altijd verantwoordelijk voor de forensische zorg en de kwaliteit en effectiviteit hiervan. Door de stelselherziening en het feit dat Justitie zelf deze zorg inkoop is Justitie beter in staat om hieraan door middel haar inkoopbeleid sturing te geven.

Belangrijke doelstellingen van de stelselherziening betreffen onder meer het verminderen van recidive door de inkoop van effectieve behandelprogramma's en het vergroten van de door- en uitstroom. De invoering van de DBBC systematiek was hierop een logisch gevolg. Vanwege de verregaande aansluiting van de DBBC systematiek op de al ingevoerde DBC systematiek bij de GGZ, wordt de inkoop van effectieve behandelprogramma's door Justitie en de door- en uitstroom naar de GGZ vereenvoudigd. Vanwege de onbekendheid van de DBC systematiek bij RIBW's geldt dit argument niet voor de doorstroom naar deze groep zorgaanbieders. Voor RIBW's geldt de DBBC systematiek juist als een extra toetredingsdrempel.

Binnen de markt voor forensische zorg heeft niet alleen het Ministerie van Justitie meerdere rollen (inkoper, zorgaanbieder, regulator, eigenaar). Ook zorgaanbieders vervullen in sommige gevallen meerdere rollen en kunnen zowel indiceren als zelf zorg leveren.

De prognose van de zorgbehoefte binnen het forensische veld is zeer lastig. De rechterlijke macht, het Openbaar Ministerie en de reclassering bepalen de toestroom, maar politieke en beleidsmatige keuzes kunnen grote invloed hebben op de zorgbehoefte.

De inkoop van forensische zorg betreft een complex proces. Er zijn meerdere financieringsbronnen beschikbaar (met aparte aanbestedingen/inkoopprocedures) van waaruit de zorg wordt ingekocht. Het voornemen bestaat dat de inkoop van alle forensische zorg binnen de systematiek van de DBBC's zal plaatsvinden. Op dit moment is dat echter niet zo. Eén instelling kan daardoor meerdere contracten (met verschillende leveringsvoorwaarden) hebben met

Justitie over de te leveren zorg. De inhoud van de contracten (bijv. ten aanzien van de leveringsvoorwaarden) kan van elkaar verschillen.

Er bestaat een beoordelingskader aanvragen extra productie<sup>19</sup> aan de hand waarvan groeivoorstellen van zorgaanbieders worden beoordeeld. Onduidelijk is echter hoe het kader wordt toegepast. Uiteindelijk is het de bedoeling transparant te maken welke instellingen welk volume krijgen op basis van welke overwegingen.

Vragen die hierbij spelen zijn: Hoe wordt omgegaan met de scores op de verschillende onderdelen? Welke norm wordt gesteld? Worden bijvoorbeeld de hoogste 25% scores gehonoreerd of wordt de lat gelegd bij alle instellingen die meer dan 90% scoren? Hoe vindt terugkoppeling plaats over de scores naar de zorgaanbieder (bijvoorbeeld in geval van afwijzing)?

---

<sup>19</sup> Zie Bijlage 5 Vragen van groeivoorstellen

## 3. Stakeholder- en Risicoanalyse

### 3.1 Stakeholders

De volgende stakeholders in de forensische markt zijn voor de marktverhoudingen van belang:

- Justitie;
- VWS;
- Instellingen voor forensische zorg;
- Huidige toezichthoudende organen forensische zorg.

### 3.2 Rol van Justitie en VWS

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Justitie bereiden gezamenlijk de Algemene Maatregel van Bestuur voor, die de uitsluiting dan wel beperking regelt van de toepassing van de Zvw, AWBZ en Wmg op de strafrechtelijk forensische zorg. De prestatiebeschrijvingen van de Forensische Zorg en de daaraan verbonden tarieven worden door de ministers van VWS en Justitie vastgesteld na advies van de NZa.

Justitie is de enige inkoper van forensische zorg en is daarmee een monopsonist op de inkoopmarkt. Daarnaast stelt Justitie na het van kracht worden van de interim-AMvB de tarieven voor de forensische zorg vast. Ook is Justitie eigenaar van twee tbs-instellingen en het NIFP.

De verhouding tussen Justitie als zorginkoper en de instellingen voor forensische zorg als zorgaanbieders betreft de zorginkoopmarkt. Justitie heeft in de nieuwe context verschillende rollen in de relatie met de instellingen. De bilaterale relatie tussen Justitie en de instellingen mist een tegengewicht.

Een zorginkoper heeft inkoopmacht wanneer een zorgaanbieder afhankelijk is van de inkoper. Of dit ook daadwerkelijk het geval is, is afhankelijk van een aantal factoren:

- Is de markt in evenwicht of is er schaarste of overschot.
- Het aantal concurrerende zorgaanbieders in de markt.
- Mogelijkheden om buiten het contract om zorg te declareren.
- De mate waarin invloed op de plaatsing van patiënten kan worden uitgeoefend en zo het volume aan zorg door de aanbieder en/of inkoper kan worden gecontroleerd.

In 2007 is het budget voor strafrechtelijk forensische zorg voor wat betreft loon- en materiële kosten overgegaan vanuit het AFBZ naar de begroting van Justitie, die deze zorg zelf ging inkopen. In 2008 is het curatieve deel vanuit de AFBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet.

Als onderdelen van de Wmg van toepassing verklaard worden in de Wfz, dan is daarvoor toestemming van VWS noodzakelijk. Dit vergt afstemming tussen de wetgevende juristen van VWS, Justitie en de NZa.

### 3.3 Rol van de verschillende aanbieders

Zoals besproken in hoofdstuk 2 zijn de aanbieders voor forensische zorg divers van aard. Deze aanbieders verschillen in grootte en zorgaanbod.

Voor het goed functioneren van de markt is het van belang dat de indicatie van de forensische zorg onafhankelijk van de financier en de zorgaanbieders plaatsvindt. Indien binnen dezelfde organisatie zowel de indicatie als de behandeling plaatsvindt, dan bestaat het risico dat er meer zorg wordt geleverd dan noodzakelijk is of niet naar de juiste zorgaanbieder wordt verwezen. Vermenging van indicatiestellers met zorgaanbieders kan ertoe leiden dat patiënten vooral in de eigen instelling worden geplaatst om een bepaald omzetriveau veilig te stellen.

Bij de twee justitiële tbs-instellingen bestaat enerzijds het risico, dat zij kunnen worden bevoordeeld ten opzichte van de overige zorgaanbieders bij het inkopen van zorg door Justitie. Anderzijds kwam uit interviews naar voren dat de rijksinstellingen weinig mogelijkheden hebben om hun doelgroep te bepalen. Indien Justitie patiënten niet kan plaatsen bij de overige zorgaanbieders dan worden zij geplaatst bij één van de eigen instellingen. Deze instellingen hebben in verhouding tot de patiëntenpopulatie veel gebouwelijke beveiliging en daarmee sunk costs, kosten die ze niet terug kunnen verdienen.

Zorgaanbieders die naast forensische zorg ook curatieve GGZ leveren, kunnen in de curatieve GGZ concurreren met een lage prijs en dit afwentelen op de forensische zorg (kruissubsidiëring). Zorgaanbieders kunnen hiermee concurreren op de curatieve GGZ-markt.

Een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW) levert voornamelijk begeleiding, die wordt geleverd in de eindfase van het forensische zorgtraject. De forensische omzet per RIBW is beperkt. Vanwege de nieuwe bekostigingssystematiek ontstaat voor veel RIBW's een hoge toetredingsdrempel voor markttoetreding omdat de administratieve lasten en ICT-kosten te hoog zijn van invoering van de DBBC-systematiek.

### 3.4 Rol van de consumenten

De verhouding tussen de consumenten en zorgaanbieders betreft de zorgverleningsmarkt. De forensische zorg is niet-electief, consumenten hebben de zorg niet gekozen. Zij zijn geïndiceerd en verplicht de geleverde zorg te consumeren. Er bestaat voor hen geen keuzevrijheid terwijl Justitie het voornemen heeft om bepaalde consumenten een eigen bijdrage te laten betalen voor de geleverde zorg. Het gaat hierbij om consumenten met een uitkering. De consumenten zijn niet verenigd in een branchevereniging. Dit alles beperkt hun positie in de markt.

Daar tegenover staat, dat de introductie van de prestatie-indicatoren in de forensische zorg ('Zichtbare Zorg') meer nadruk zal leggen op de kwaliteit van de geleverde zorg. Vooral doordat deze indicatoren steeds meer een rol gaan spelen bij de onderhandeling tussen Justitie en de zorgaanbieders over de in te kopen zorg. Daarnaast kunnen consumenten bij klachten over de zorg naar de patiëntenvertrouwenspersoon van betreffende instelling.

De consumenten zijn veroordeeld door de rechter tot het consumeren van zorg, die wordt gecoördineerd en betaald door Justitie. Bij de curatieve GGZ hebben de consumenten de mogelijkheid om van zorgverzekeraar te wisselen. Die mogelijkheid ontbreekt bij de forensische zorg.

### 3.5 Rol van de huidige toezichtorganen forensische zorg

Voor wat betreft het toezicht dient een onderscheid gemaakt te worden in de volgende onderdelen:

- Toezicht op de inkooporganisatie  
Ten aanzien van het toezicht op de inkooporganisatie van Justitie geldt de Comptabiliteitswet en het daarin geregelde toezicht van de Algemene Rekenkamer en de parlementaire controle.
- Toezicht op de zorgverlening  
Het toezicht op de forensische zorg, zowel voor wat betreft de klinische als de ambulante zorg, wordt uitgeoefend door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie voor de sanctietoepassing (ISt)<sup>20</sup>. De ISt ziet toe op de sanctietoepassingen, met het oog op de zichtbare effectiviteit en kwaliteit van deze sanctietoepassingen.  
Bij de forensische zorg komen in het toezicht de beveiligingsaspecten en de zorgaspecten samen. Voor de tbs berust de ministeriële verantwoordelijkheid bij de minister van Justitie, en is de ISt het meest aangewezen voor toezicht. De psychiatrische ziekenhuizen vallen onder de minister van VWS, en daar houdt de IGZ toezicht; ook in de gevallen waarin Justitie daar bedden inkoop. Voor zover het bij de ambulante zorg om geestelijke gezondheidszorg gaat, is op grond van dezelfde redenering de IGZ de eerst aangewezen. Als het om reclasseringswerk gaat, ligt het initiatief bij de ISt.<sup>21</sup>
- Toezicht op de tenuitvoerlegging van de straffen en maatregelen  
Het toezicht op de tenuitvoerlegging van een straf berust bij de minister van Justitie en het Openbaar Ministerie, afhankelijk van de strafrechtelijke titel. Als forensische zorg deel uitmaakt van de opgelegde straf of maatregel, zal informatieverstrekking van de zorgverlener aan de minister of het Openbaar Ministerie nodig zijn over de aanvang en beëindiging van de zorg, het verloop van de behandeling, inclusief activiteiten gericht op de nazorg ten aanzien van huisvesting, arbeid en identiteitsbescheiden.

Momenteel is er geen markttoezichthouder of regulator van prestaties en tarieven op de markt voor forensische zorg actief.

### 3.6 Rol van de NZa

De NZa heeft geen toezichthoudende bevoegdheden ten aanzien van de forensische zorg, zodra de interim-AMvB van kracht is, die ervoor zorgt dat forensische zorg uitgesloten wordt uit de Wmg. De NZa krijgt dan een formele adviesrol aan Justitie. In juli 2009 heeft de NZa advies gegeven aan Justitie over de invoering van de DBBC structuur, daarnaast werkt de NZa mee aan de totstandkoming van de DBBC-structuur in het programma Vernieuwing Forensische Zorg van Justitie. Ook geeft zij gevraagd en ongevraagd advies aan Justitie over alle

<sup>20</sup> Zie Bijlage 5 Vragen van groeivoorstellen

<sup>21</sup> Zie Bijlage 5 Vragen van groeivoorstellen

onderwerpen die verband houden met bekostiging en regulering van forensische zorg.

### 3.7 Risico's van marktfalen en reguleringsfalen

#### 3.7.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt geanalyseerd wat de gevolgen zijn van het niet optimaal functioneren van de markt. Dit is *marktfalen*. De markt leidt niet tot een optimale oplossing als er aan één of meerdere van de volgende voorwaarden niet is voldaan:

- volledige mededinging;
- volledige informatie voor alle marktspelers;
- afwezigheid van toetredingsdrempels of uittredingsbarrières;
- geen transactiekosten of homogeniteit van producten of diensten.

Als forensische zorg in een (theoretische) volledig vrije markt zou worden aangeboden dan zou het waarschijnlijk grote *negatieve externe effecten* hebben, zoals uitsluiting en recidive door patiënten. Negatieve externe effecten zijn het onbedoeld gevolg van *marktgedrag* waarvoor geen individuele marktpartij de kosten wil dragen. Dit is aanleiding voor de overheid om in te grijpen met regulering. *Reguleringsfalen* treedt op als dit overheidsingrijpen leidt tot een minder efficiënt functioneren van de markt of het niet behalen van de beleidsdoelstellingen. De overheid is geen marktpartij, zij mist door de afstand tot de markt informatie en is niet aan concurrentie onderhevig. De imperfecties van de markt bepalen de marktstructuur. De marktstructuur is hier één inkoper en meerdere zorgaanbieders, de monopsonie.

De *marktstructuur* is hier één inkoper en meerder zorgaanbieders, de monopsonie.

In deze paragraaf worden de risico's op marktfalen en reguleringsfalen behandeld:

##### *Markttoegang*

Momenteel zijn er voldoende aanbieders op de markt voor forensische zorg om aan de vraag te kunnen voldoen. De wachtlijsten voor tbs nemen steeds meer af. Al vroeg in het jaar kan Justitie een plaats verzekeren bij de door haar gecontracteerde zorgaanbieders.

Op deze markt lijken alleen toetredingsdrempels te bestaan voor RIBW's en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Zij vinden de administratieve last van de invoering van de DBBC-structuur te groot. Vanuit de begeleidingscommissie invoering DBBC's kwam het signaal naar boven, dat er RIBW's zijn die het voornemen hebben zich terug te trekken van deze markt. De RIBW's vormen een belangrijke laatste schakel in de keten van de forensische zorg richting de zelfstandigheid van de patiënt. De RIBW's worden voornamelijk bekostigd vanuit de Wmo en de AWBZ. Er zijn verschillende manieren onderzocht, om het zorgaanbod van de RIBW's in de toekomst te behouden, zoals een DBBC-light variant of een variant die aansluit bij de ZZP-systematiek. Justitie heeft onlangs besloten de ZZP-systematiek te volgen. Indien het forensische zorgaanbod van de RIBW's en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg weg zou vallen is het gevolg dat de patiënt langdurige klinische zorg krijgt bij andere instellingen, die geen zorginhoudelijk substituut leveren.

Op de markt voor forensische zorg is Justitie de enige inkoper. Een zorgmarkt met één inkoper brengt het risico met zich mee dat de

inkoper bepaalde zorgaanbieders willekeurig uitsluit door geen inkoopcontract met hen aan te gaan. De kans hierop wordt groter indien op de markt veel zorgaanbieders aanwezig zijn en de zorgvraag kleiner is dan de capaciteit van de zorgaanbieders. Willekeurig uitsluiten is dan mogelijk aangezien er sprake is van één inkoper die geen marktaandeel kwijt raakt aan andere inkopers op de markt.

De aanbesteding van de forensische zorg is nog onvoldoende transparant. De prestatie-indicatoren worden momenteel wel gebruikt bij de inkoop van de zorg, maar leveren nog geen objectief afwegingskader op, een minimale set van criteria waar zorgaanbieders aan moeten voldoen op basis waarvan zij een contract krijgen van Justitie. De definities van de indicatoren zijn nieuw en in ontwikkeling.

#### *Inkooprikkels Justitie*

Justitie ondervindt prikkels om te letten op de prijs van de geleverde zorg om haar macrobudget te beperken. Het systeem met één inkoper, die ook regulator is, brengt het risico van politieke interventie met zich mee, wat er toe kan leiden dat Justitie de tarieven eenzijdig zou kunnen verlagen onder de kostprijs.

Justitie heeft ook een prikkel om te letten op de kwaliteit van de geleverde zorg. De Tweede Kamer rekent Justitie af op de afgesproken recidivevermindering van 10%.<sup>22</sup> Transparantie over de geleverde kwaliteit wordt bevorderd door de subset prestatie-indicatoren forensische zorg die is ontwikkeld door Zichtbare zorg.<sup>23</sup>

Justitie geeft aan de uitkomstkwaliteit van de geleverde zorg, dat wil zeggen de bescherming van de maatschappij tegen recidive, hoger te wegen in het inkoopproces dan de prijs. Dit kan leiden tot inefficiënte inkoop. Dit risico kan nog worden versterkt doordat Justitie meer nadruk legt op veiligheid dan de behandeling van de individuele patiënt. Verloven zijn een integraal onderdeel van de behandeling en voorbereiding op terugkeer naar de maatschappij. Deze worden minder vaak toegekend door Justitie uit angst voor recidive. Dit beperkt de doorstroming in de tbs-klinieken. Hierdoor lijkt tbs-duur onvoorspelbaar lang te worden.

Advocaten adviseren hun cliënten om te pleiten voor gevangenisstraf in plaats van tbs, waardoor het aantal tbs-veroordelingen sterk dalende is. De stimulans tot vraagsturing en differentiatie van de zorg ontbreekt. Het leidt ook tot een perverse prikkel bij instellingen. Niet behandeling, leidend tot resocialisatie en uitstroom, wordt beloond, maar alleen verblijf en het vasthouden van patiënten.

Het risico op inefficiëntie wordt ook nog versterkt doordat Justitie nog weinig ervaring heeft met het inkopen van zorg. Het beoordelingskader voldoet aan de Europese aanbestedingsregels maar wordt nog niet eenduidig toegepast door Justitie. Er ontbreekt transparante informatie over de prijs-/kwaliteitsverhouding van alle zorg. Beoordelingscriteria om scores in de vragen van groeivoorstellen<sup>24</sup> te duiden, lijken te ontbreken. Onduidelijk blijft wat een goede score is en of er structureel terugkoppeling plaats vindt over de scores naar de zorgaanbieder (bijvoorbeeld in geval van afwijzing).

<sup>22</sup> Over de definitie van recidive, en de afbakening vindt in het veld discussie plaats. Bijv. Op het moment dat iemand direct na ontslag wordt opgepakt en langdurig de gevangenis ingaat, dan vermindert dit de recidivecijfers over een langere periode, maar zegt weinig over de effectiviteit van de geleverde zorg.

<sup>23</sup> Zie bijlage 4: Prestatie-indicatoren forensische zorg

<sup>24</sup> Zie Bijlage 5: Beoordelingskader aanvragen extra productie

Daarnaast heeft Justitie geen concurrentieprikkel op de zorgverzekeringsmarkt zoals verzekeraars in andere zorgmarkten. Hierdoor heeft Justitie geen prikkel om efficiënt in te kopen en met dit voordeel te concurreren op de zorgverzekeringsmarkt. Ook heeft Justitie een grotere afstand tot de zorgverleningsmarkt dan de zorgaanbieders, waardoor ze geen optimale informatie heeft om de juiste zorg in te kopen. Dat kan leiden tot informatieasymmetrie.

Het inkopen van zorg door Justitie bij de rijksinstellingen kan ook leiden tot inefficiëntie. Om de beschikbare en betaalde capaciteit van de rijksinstellingen zoveel mogelijk te benutten kunnen te veel patiënten worden geplaatst bij deze instellingen dan op basis van prijs-/kwaliteitsverhouding verantwoord zou zijn. Om de verzonken kosten van de rijksinstellingen zoveel mogelijk terug te verdienen kan deze zorg worden ingekocht tegen een te hoge prijs.

#### *Publiek goed*

Als forensische zorg in een vrije markt zou worden aangeboden dan zou het waarschijnlijk grote negatieve externe effecten hebben, zoals uitsluiting en recidive door patiënten. Negatieve externe effecten zijn het onbedoeld gevolg van marktgedrag waarvoor geen individuele marktpartij de kosten wil dragen. Dit is aanleiding voor de overheid om in te grijpen met regulering. Daarmee heeft de forensische zorg veel kenmerken van een publiek goed. De negatieve externe effecten die spelen op deze markt in de huidige situatie, met een coördinerende rol van Justitie, zijn beperkt.

In de huidige situatie bestaat er een risico dat zorgaanbieders die curatieve GGZ aanbieden daar lage prijzen aanbieden uit concurrentieoverwegingen en de niet kostendekkende inkomsten terughalen uit de inkomsten op de forensische zorg. De assumptie is dat de tarieven in de forensische zorg in strafrechtelijk kader hoog zijn en de tarieven in de aanpalende markt voor forensische zorg zonder strafrechtelijk kader die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt te laag zijn om de beveiligingscomponent te bekostigen.

#### *Anticompetitieve gedragingen*

Als gevolg van het grote aantal aanbieders en de lage toetredingsdrempels lijken zorgaanbieders op de markt voor forensische zorg nauwelijks te beschikken over een machtspositie. Dit is echter sterk afhankelijk van de mate van overschot of schaarste in de markt. Uitzonderingen zijn wellicht de instellingen die het eigendom zijn van Justitie en de instellingen waarmee een tendercontract is afgesproken. Het risico bestaat dat instellingen in eigendom van Justitie worden bevoordeeld ten opzichte van overige zorgaanbieders. Instellingen met een meerjarig tendercontract kunnen voor dezelfde zorg te maken hebben met betere inkoopafspraken dan instellingen zonder een tendercontract.

Verder is er informatieasymmetrie tussen Justitie en de zorgaanbieders. De inkooporganisatie van Justitie mist marktinformatie om te zorgen voor een optimale afstemming van vraag en aanbod. De inkooporganisatie kan niet zo goed de zorgbehoefte van de patiënt schatten als de zorgaanbieder.

Justitie is de enige inkoper, maar ondervindt weinig prijsdruk. Het komt voor dat Justitie geleverde zorg niet betaalt als meer zorg is geleverd dan in de productieafspraken is vastgelegd. Hoewel ook in de reguliere GGZ overproductie veelal niet wordt vergoed, is de forensische markt niet geheel vergelijkbaar. Prognoses zijn voor de forensische markt veel moeilijker te maken in verband met de grote impact van politieke beleidswijzigingen. Deze markt is ook relatief jong vergeleken met de GGZ, waar al veel langer ervaring is opgedaan.

De zorgplicht rust bij Justitie. Alle forensische zorg wordt betaald door Justitie. Als instellingen hun onderproductie onderling zouden kunnen uitruilen, dan zou alle productie alsnog door Justitie worden betaald. Nu hebben de zorgaanbieders (zeker diegenen die voor een groot deel afhankelijk zijn van forensische zorg) geen mogelijkheid om een volgend jaar niet langer met de zorginkoper een contract aan te gaan. Justitie heeft nog geen lange ervaring als inkoper en moet nog groeien in deze rol. De zorgplicht ligt bij Justitie. Vanuit de plaatsingsbevoegdheid kan Justitie zicht krijgen op het volume. Als er meer zorg wordt geleverd dan de productieafspraken, dan is het om voorgaande redenen aan te bevelen flexibeler om te gaan met het vergoeden van de geleverde zorg.

#### *Transactiekosten*

Zorgaanbieders die naast forensische zorg ook curatieve GGZ leveren hebben te maken met een versnipperd toezicht, wat extra kosten met zich meebrengt. Ook de invoering van de DBBC-systematiek zorgt voor extra kosten, bijvoorbeeld ten aanzien van de aanbestedingsprocedure van Justitie. Deze procedure zorgt voor meer transactiekosten dan bij de curatieve GGZ. In het bijzonder RIBW's vinden de administratieve last van de DBBC-structuur groot, waardoor het risico ontstaat dat zij zich terugtrekken uit de markt.

### **3.7.2 Risicomatrix**

In de matrix zijn de risico's vermeld en daarna wordt per risico een afweging gemaakt.

De kans dat een risico zich voordoet en de impact van het risico, als het zich voordoet, op de markt zijn ingedeeld in scores variërend van 1 tot 5 (hierbij is 1 laag en 5 hoog).

### Matrix risico's op marktfalen/reguleringsfalen en daaruit voortvloeiend marktgedrag

	Risico	Kans	Impact op markt	Rangschikking risico's = Kans x Impact
	Markttoegang			
1	Onvoldoende aanbieders	1	5	5
2	Toetredingsdrempels	3	4	12
3	Willekeurig uitsluiten door Justitie van bepaalde zorgaanbieders door geen contract met hen af te sluiten	3	3	9
4	Onvoldoende transparantie in de aanbesteding van zorg	4	3	12
	Inkoopprikkels Justitie			
5	Tarieven eenzijdig onder de kostprijs	3	3	9
6	Inefficiënt inkopen als politieke druk wegvalt om macrokosten te beheersen	3	3	9
7	Te veel focus op risicobeheersingveiligheid en te weinig op de behandeling	3	3	9
	Externe effecten			
8	Kruissubsidiëring door zorgaanbieders die ook op de markt voor curatieve GGZ actief zijn	3	3	9
	Anticompetitieve gedragingen			
9	Verschillende posities van rijksinstellingen en de overige zorgaanbieders	5	4	20
10	Bevoordelen door Justitie van zorgaanbieders met één of meer tendercontracten	5	5	25
11	Overproductie niet betalen	5	5	25
12	Bevoordelen van eigen instelling indien de indicatiestelling in de instelling plaatsvindt	4	4	16
	Transactiekosten			
13	Administratieve lasten zorgaanbieders vanwege versnipperd toezicht en de aanbestedingsprocedure van Justitie	5	4	20

Bron: NZa

#### 3.7.3 Afwegingen risico's markttoegang

Hieronder worden de 13 risico's zoals deze in bovenstaande matrix zijn gepresenteerd, verder uitgewerkt.

##### *Risico 1. Onvoldoende aanbieders*

Op de forensische markt zijn momenteel voldoende aanbieders om aan de vraag te voldoen. Daarom kans op risico 1. De impact van onvoldoende aanbieders op de markt is, als het zich zou voordoen, groot. Een van de effecten zou een prijsstijging kunnen zijn doordat de vraag groter is dan het aanbod. Daarom impact op markt 5.

*Risico 2. Toetredingsdrempels*

Voornamelijk RIBW's hebben te maken met toetredingsdrempels die vooral te maken met de (administratieve) kosten rondom de DBBC-systematiek. De DBBC light variant zou deze drempels wellicht kunnen verlagen. Daarom kans op risico 3.

De impact van de toetredingsdrempels op de markt is – zorginhoudelijk gezien – redelijk groot vanwege het belang van een goede ketenzorg. Tegelijkertijd is de impact op de totale forensische markt vanuit economisch perspectief niet zo groot omdat de totale omzet van de RIBW's beperkt is. Daarom impact op markt 4.

*Risico 3. Willekeurig uitsluiten door Justitie van bepaalde zorgaanbieders door geen contract met hen af te sluiten of geen volume in te kopen*

Vanwege het feit dat Justitie de enige inkoper van de forensische zorg is bestaat de kans op willekeur waardoor bepaalde zorgaanbieders kunnen worden uitgesloten. De criteria voor het bepalen van het volume dat Justitie inkoopt zijn gebaseerd op de Europese regels voor aanbesteding, maar in de praktijk wordt dit beleid nog niet transparant toegepast.

De kans dat dit gebeurt bij grote instellingen met veel forensisch aanbod is minder groot omdat Justitie deze instellingen nodig heeft om de patiënten te plaatsen. Daarom kans op risico en impact op markt 3.

*Risico 4. Onvoldoende transparantie in de aanbesteding van zorg*

Het afwegingskader van Justitie bij het aanbesteden van zorg voldoet aan de Europese aanbestedingsregels, maar wordt op dit moment nog niet eenduidig toegepast door Justitie. Ook voor de reguliere zorginkoop geldt dat er toetsingskaders zijn opgesteld, maar dat de toepassing van deze kaders en de terugkoppeling naar veldpartijen onvoldoende inzichtelijk zijn. Daarom kans op risico 4.

Het gebrek aan transparantie geldt voor de gehele forensische markt. Daarom impact op markt 3.

*Risico 5. Tarieven eenzijdig verlagen onder de kostprijs*

De kans is groot dat Justitie in de toekomst politieke druk zal blijven ervaren om de macrokosten te beheersen. De politieke druk concentreert zich op dit moment echter op recidivevermindering (beleidsdoel van Justitie) ten nadele van de prijs. Daarom kans op risico 3.

Mocht een eenzijdige verlaging onder de kostprijs zich voordoen, dan zullen zorgaanbieders, die ook andere zorg leveren, eerder geneigd zijn uit de markt te treden. Het effect is groter voor de zorgaanbieders die alleen maar forensische zorg leveren. Daarom is de impact op de markt 3.

*Risico 6. Inefficiënt inkopen*

Justitie kent geen concurrentie en prijsprikkel als inkoper en heeft weinig ervaring met het inkopen van forensische zorg die geleverd wordt door GGZ-instellingen. Justitie geeft zelf aan de uitkomstkwaliteit van de geleverde zorg, dat wil zeggen de bescherming van de maatschappij tegen recidive, hoger te wegen in het inkoopproces dan de prijs. Ook verloopt de aanbesteding niet optimaal, waardoor inefficiëntie kan ontstaan. Daarom kans op risico 3.

De impact van inefficiënt inkopen op de markt is groot omdat er enerzijds sprake is van één zorginkoper voor de hele markt. Anderzijds heeft dit risico een tegeneffect zolang zorginkoper Justitie de macrokosten wil beheersen. Daarom impact op markt per saldo 3.

*Risico 7. Te veel focus op risicobeheersing en te weinig op de behandeling*

Vanwege de maatschappelijke doelstelling van recidivevermindering tijdens de behandeling is risicobeheersing voor Justitie belangrijker dan de behandeling van de patiënten. De zorgaanbieders kunnen zich hierdoor minder goed op de markt profileren met kwalitatief goede behandeling. De DBBC-systematiek en de prestatie-indicatoren kunnen eraan bijdragen dat er meer nadruk komt op de behandeling. Daarom kans op risico en impact op markt 3.

### 3.7.4 Afwegingen risico's externe effecten

*Risico 8. Kruissubsidiëring door zorgaanbieders die ook op de markt voor curatieve GGZ actief zijn*

Kruissubsidiëring met als doel te concurreren in de curatieve GGZ-markt kan alleen bij een deel van de markt een rol spelen: de zorg geleverd door GGZ-instellingen. Zij kunnen lage prijzen aanbieden in de markt voor curatieve GGZ en het verlies compenseren met de hoge tarieven in de forensische markt. Dit risico is het gevolg van twee financieringstromen (Zorgverzekeringswet en Justitie) voor de zorg die door GGZ-instellingen wordt geleverd. Ook het inefficiënt inkopen door Justitie draagt bij aan dit risico. Bij de curatieve GGZ is nu nog sprake van een budget voor instellingen en een risicoverevening voor zorgverzekeraars. Hierdoor hebben instellingen nu nog een beperkte prikkel om lage prijzen aan te bieden in de markt voor curatieve GGZ. Deze prikkel wordt in de toekomst wellicht groter bij prestatiebekostiging en de afbouw van de risicoverevening. Daarom kans op risico en impact op de markt op dit moment 3.

### 3.7.5 Afwegingen risico's anticompetitieve gedragingen

*Risico 9. Verschillende posities van rijksinstellingen en overige zorgaanbieders*

Er bestaan aanmerkelijke verschillen tussen beide soorten zorgaanbieders waardoor er geen sprake is van een gelijke uitgangspositie en er concurrentievervalsing kan optreden. Rijksinstellingen kunnen worden bevoordeeld door Justitie. Daar staat tegenover dat zij geen contract hebben en zelf geen financiële reserves kunnen opbouwen. Daarom kans op risico 5. De NIFP is een rijksinstelling die onafhankelijk indicatieadvies moet leveren en daarnaast zorgaanbieder is. De scheiding van rollen is nu niet organisatorisch geborgd. De verschillende posities van de zorgaanbieders hebben een ongunstig markteffect, maar het is niet duidelijk in hoeverre de voor- en nadelen voor de zorgaanbieders tegen elkaar opwegen. Daarom impact op markt 4.

*Risico 10. Bevoordelen door Justitie van zorgaanbieders met één of meer tendercontracten*

Instellingen met een meerjarig tendercontract hebben voor dezelfde zorg andere inkoopafspraken met Justitie dan andere 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 substituuat van de reguliere zorg. Eenheid van zorgprestatie en tarief ontbreekt. Sommige instellingen worden langdurig bevoordeeld en anderen langdurig benadeeld. Daarom kans op risico 5. De tendercontracten beslaan een groot deel van de forensische zorg die geleverd wordt. Daarom impact op markt 5.

*Risico 11. Geleverde zorg niet betalen (boven de productieafspraken)*

Het komt voor dat Justitie de geleverde zorg niet betaalt indien er bijvoorbeeld meer zorg is geleverd dan van te voren in productieafspraken is vastgelegd. Justitie heeft echter nog geen lange ervaring als inkoper en de behoefte aan forensische zorg is nog onvoldoende te voorspellen en fluctueert sterk. De zorgplicht voor alle geïndiceerde forensische zorg in de markt ligt bij Justitie. De zorgaanbieders (zeker diegenen die voor een groot deel afhankelijk zijn van forensische zorg) hebben geen mogelijkheid volgend jaar niet langer met de zorginkoper een contract aan te gaan. Daarom kans op risico 5.

Als geleverde zorg niet betaald wordt dan zet dit instellingen op achterstand in hun concurrentie met andere zorgaanbieders. Daarmee is impact op markt 5.

*Risico 12. Bevoordelen van eigen instelling als de indicatiestelling in de instelling plaatsvindt*

Bij een aantal instellingen vindt zowel de indicatie als de behandeling plaats. Deze vermenging kan ertoe leiden dat meer zorg geleverd wordt dan nodig of dat niet naar de juiste zorgaanbieder wordt verwezen. De kans op dit risico neemt toe bij een zorgaanbod dat de vraag overtreft. De kans op risico is 4.

De impact van dit risico is mede afhankelijk van de productieafspraken die een instelling kan maken met Justitie. Als meer zorg dan afgesproken wordt geleverd bestaat het risico dat Justitie de geleverde zorg niet zal betalen. Daarom impact op markt 4.

### 3.7.6 Afwegingen risico's transactiekosten

*Risico 13. Administratieve lasten zorgaanbieders vanwege versnipperd toezicht (Justitie/NZa) en de aanbestedingsprocedure van Justitie*

Bij de aanbestedingsprocedure van forensische zorg moeten instellingen meer formulieren indienen dan bij de curatieve GGZ. Vanwege het bestaan van de administratieve lasten is de kans op dit risico 5.

De impact is mede afhankelijk van de omvang van de instelling. Voor kleine instellingen zal de impact relatief groter zijn dan voor grote instellingen. Daarom impact op markt 4.

## 3.8 Conclusies

In dit hoofdstuk is een stakeholdersanalyse uitgevoerd en een risicoanalyse. Dit heeft geleid tot een rangschikking van markt- en reguleringsfalen en daaruit voortvloeiend marktgedrag. Te zien is dat het risico van anticompetitief gedrag op de markt voor forensische zorg als het grootste risico wordt beoordeeld, samen met de transactiekosten.

Het risico van anticompetitief gedrag vloeit logisch voort uit de marktstructuur waarin de dubbele rollen van Justitie als enige zorginkoper en eigenaar van instellingen. Het risico uit zich in de mogelijke concurrentievervalsing door de ongelijke positie van rijksinstellingen en overige zorgaanbieders. Daarnaast zijn de tendercontracten, die naast reguliere contracten bestaan en de mogelijkheid dat geleverde zorg niet wordt betaald, een risico op concurrentiebeperkend gedrag.

Wat betreft de transactiekosten gaat het om de administratieve lasten door de aanbestedingsprocedure en de kosten van de invoering van de

DBBC-structuur. Hierdoor dreigen voornamelijk de RIBW's uit de markt te treden.

## Bijlage 1. Afkortingenlijst

### A

AFBZ:	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
AMvB:	Algemene Maatregel van Bestuur
AWBZ:	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

### B

Bao:	Besluit Aanbestedingsregels voor Overheidsopdrachten
Bvt:	Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden

### C

CIBG:	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
-------	--

### D

DBC:	Diagnose Behandeling Combinatie
DBBC	Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinatie
DForZo:	Directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen
DJI:	Dienst Justitiële Inrichtingen

### F

FPA:	Forensisch Psychiatrische afdeling
FPC:	Forensisch Psychiatrische Centrum
FPK:	Forensisch Psychiatrische Kliniek

### G

GGZ:	Geestelijke Gezondheidszorg
GW:	Gevangenis wezen

### I

IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISt:	Inspectie voor sanctietoepassing

### L

LOC:	Landelijk overleg Cliëntenraden
------	---------------------------------

### M

MDS:	Minimale Dataset informatie
------	-----------------------------

### N

NIFP:	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
NZa:	Nederlandse Zorgautoriteit

### O

OM:	Openbaar Ministerie
-----	---------------------

### P

PI:	Penitentiaire Inrichtingen
PMO:	Psycho Medisch Overleggen
PPC:	Penitentiair Psychiatrische Centra

### R

RIBW:	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
-------	---

### S

SGLVG:	Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk gehandicapten
SRN:	Stichting Reclassering Nederland

**T**

tbs: terbeschikkingstelling

**V**

VFZ: Vernieuwing Forensische Zorg

VG: Verstandelijk gehandicapten

VWS: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

**W**

Wfz: Wet forensische zorg

Wmg: Wet marktordening gezondheidszorg

WMO: Wet Maatschappelijke Ondersteuning

WODC: Wetenschappelijk Onderzoeks- en  
Documentatiecentrum

WTZi: Wet Toelating Zorginstellingen

**Z**

Zvw: Zorgverzekeringswet

ZZP: Zorgzwaartepakket

## Bijlage 2. Strafrechtelijke titels

Nummer	Omschrijving
1.	Artikel 37 Sr (niet toerekeningsvatbaar)
2.	tbs met dwangverpleging (artikel 37a Sr)
3.	Overplaatsing vanuit tbs-kliniek (artikel 14 Bvt)
4.	Plaatsing ter observatie (artikel 13-1 Bvt)
5.	tbs met proefverlof (artikel 51-1 Bvt)
6.	Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (artikel 389-2 Sr: plaatsing in zorgvoorziening)
7.	tbs met voorwaarden (artikel 38a Sr)
8.	Voorwaardelijke veroordeling (artikel 14a Sr)
9.	Sepot met voorwaarden (artikel 167 Sv / 244 Sv)
10.	Schorsing met voorwaarden (artikel 80-1 Sv)
11.	Voorwaardelijke gratieverlening (artikel 13-1 Gratiwet jo. 558 Sv)
12.	Plaatsing t.b.v. pro-Justitia rapportage (artikel 1961/317 Sv)
13.	Overplaatsing vanuit Gevangeniswezen i.v.m. detentieongeschiktheid (artikel 15-5 Pbw)
14.	Overbrenging vanuit Gevangeniswezen i.v.m. detentiefasering (artikel 4.3 Pbw)
15.	ISD met voorwaarden (artikel 38p-5 Sr)
16.	ISD (artikel 44 b t/m 44 q Penitentiaire maatregel Pbw)
17.	Penitentiair programma met zorg (artikel 15.2 Pbw)
18.	Interne overplaatsing op zorgafdeling in het gevangeniswezen
19.	Pré klinische interventie bij tbs-gestelden in het gevangeniswezen
20.	Poliklinische verrichtingen door GGZ in het gevangeniswezen
21.	Voorwaardelijke Invrijheidstelling met bijzondere voorwaarden
22.	Strafbeschikking met aanwijzing



## Bijlage 3. Vragenlijst interviews

In deze vragenlijst zijn twee versies, één voor de zorgaanbieder en één voor de inkoper. De thema's blijven hetzelfde, maar alleen het perspectief verandert.

### Aanleiding

NZa adviseert Justitie over herstructurering in de forensische zorg. Dit betreft de overheveling van alle inkoop van forensische zorg naar Justitie per 2007. De invoering van DB(B)C's speelt hier ook een rol. Hierover willen we vragen stellen.

### A Algemene Vragen individueel zorgtraject

#### *Justitie:*

1. Beschrijf het individuele proces van oppakken, indicatie, rechterlijke uitspraak en plaatsing.
2. Wanneer wordt Justitie na de plaatsing bij de behandeling van de patiënt betrokken?

#### *Aanbieder:*

1. Beschrijf het proces van plaatsing, verblijf en ontslaan van de patiënt?
2. Met wie heeft u contact?
3. Hoeveel tijd zit er tussen het eerste contact over de plaatsing van de individuele patiënt en de plaatsing?
4. Zijn er wachtlijsten, wordt plaatsing gestopt?
5. Met wie van de bestuursorganen is er contact tijdens verblijf van patiënt? Justitie, hoe vaak? Rechterlijke macht? Andere instellingen?

### B Vragen in-/verkoop

#### *Justitie:*

1. Hoeveel van de tbs-zorg wordt ingekocht bij de eigen instellingen en hoeveel bij andere instellingen (waar is dit gedocumenteerd?).

#### *Justitie/aanbieder:*

2. Hoe zijn de verhoudingen tussen de inkoop tussen de verschillende vormen van zorg, bijv. hoeveel is klinisch en ambulante? Hoeveel tbs- zorg wordt door Justitie ingekocht bij de eigen instellingen en hoeveel bij private tbs klinieken?
3. Bij de inkoop van zorg wordt de inkoopshet gebruikt. Wat zijn de afwegingen om van een aanbieder meer zorg af te nemen/aan te bieden? geef waarde van 1 t/m 5 per antwoord.
  - a) De vraag naar zorg ?  
Welke overwegingen spelen hier een rol: vraag in die regio of van de aangeboden specialiteit, zoals verslavingszorg of tbs?
  - b) De kwaliteit van geleverde zorg?  
Welke overwegingen spelen hier een rol: recidive, behandelvorm?
  - c) De prijs van de geleverde zorg?  
Welke overwegingen spelen hier een rol: het aantal beschikbare plaatsen (bij overcapaciteit lager tarief per plaats, langdurige relatie door tender-/langdurig contract of flexibel contract)?

### C Markttoegang:

#### *Justitie:*

1. Zijn er voldoende aanbieders op de markt om aan de vraag te kunnen voldoen? Zijn er wachtlijsten voor plaatsing? Hoe lang duurt het voordat een patiënt wordt geplaatst na de indicatie?
2. Bent u van mening dat er voldoende aanbod is op de markt voor forensische zorg (nu en vanaf 2011) om de (wellicht stijgende) vraag op te vangen?
3. Welke aanbieders zouden deze zorg allemaal kunnen leveren?

#### *Aanbieders*

1. Zijn er wachtlijsten voor plaatsing? Zo ja, voor specifieke vormen van zorg of voor alle patiënten?
2. Hoe lang zit er tussen het eerste contact over een patiënt (met Justitie) en de plaatsing?
3. Bent u van mening dat er voldoende aanbod is op de markt voor forensische zorg (nu en vanaf 2011) om de (wellicht stijgende) vraag op te vangen?
4. Welke aanbieders zouden deze zorg allemaal kunnen leveren?

### D Transparantie:

#### *Justitie/Aanbieders:*

1. Bent u van mening dat de prestaties op de markt voor forensische zorg voldoende helder zijn? Zo nee, hoe zou dit probleem kunnen worden opgelost?

### E Kwaliteit

#### *Justitie:*

1. Werkt u bij de inkoop met de prestatie-indicatoren van Zichtbare zorg? Wat is uw ervaring hiermee? Zo ja, hoe gebruikt u deze indicatoren?
2. Ziet u kwaliteitsverschillen tussen verschillende aanbieders van forensische zorg?
3. Vindt u dat deze kwaliteitsverschillen momenteel voldoende duidelijk zijn?

#### *Aanbieders:*

1. Werkt u met de prestatie-indicatoren van Zichtbare zorg? Wat is uw ervaring hiermee? Zo ja, hoe gebruikt u deze indicatoren? Zo nee, waarom niet?
2. Ziet u kwaliteitsverschillen tussen u en andere aanbieders van forensische zorg?
3. Vindt u dat deze kwaliteitsverschillen momenteel voldoende duidelijk zijn voor u?
4. Verwacht u dat deze voldoende duidelijk zijn voor de DJI?

### F Betaalbaarheid:

DJI wordt door de bewaking van het macrobudget geprikkeld om te letten op de prijs van de geleverde zorg om zo zijn inkoopomvang te beperken. Daarnaast zal DJI letten op de kwaliteit van de geleverde zorg en de recidiveratio van zorgaanbieders.

In de huidige situatie bestaat er een risico dat GGZ aanbieders onnodig (langere zorg) leveren, omdat forensische zorg beter betaalt dan zijn substituuat curatieve GGZ (supplier induced demand or price). Als Justitie onvoldoende prikkels heeft om scherp in te kopen, wordt ook de prijs voor forensische zorg bij de DJI en andere private klinieken die alleen forensische zorg leveren hoger dan efficiënt.

*Justitie:*

1. Bent u van mening dat de prijs van forensische zorg voldoende transparant is?
2. Verwacht u lagere prijzen als gevolg van de invoering van de DB(B)C-systematiek? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?
3. Waar dient de eigen bijdrage van patiënten toe in de forensische zorg?

*Aanbieders:*

1. Bent u van mening dat de prijs van forensische zorg voldoende transparant is?
2. Verwacht u een lager budget voor forensische zorg als gevolg van de invoering van de DB(B)C-systematiek? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?
3. Denkt u dat DJI voldoende prikkels heeft om op de prijs te letten bij de inkoop in vergelijking tot verzekeraars? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet (onvoldoende transparantie, onvoldoende druk op prijs)?
4. Wat vindt u van de eigen bijdrage van patiënten? Is dit uitvoerbaar? Waar dient het voor volgens u?



## Bijlage 4. Prestatie-indicatoren 2009-2011

### Prestatie-indicatoren 2009-2011

Prestatie-indicator	Facultatief over verslagjaar 2009 (set van de praktijktest)	Verplicht over verslagjaar 2010	Facultatief over verslagjaar 2010
1.1 Ernst van de problematiek	X	X	
1.2 Afname delict risico	X	X	
1.3 Recidive	X	X	
1.4 Drop-out	X	X	
1.5 Evaluatie/bijstelling behandelplan	X	X	
2.1 Medicatieveiligheid			X
2.2 Separatie	X	X	
2.3 Somatische screening	X	X	
2.4 Geweldsincidenten	X	X	
3.1 Betrokkenheid omgeving			X
3.2 Persoonlijke verzorging			X
3.3 Wachtijd tot start behandeling	X	X	
3.4 Passendheid van zorg			X
3.5 Continuïteit van zorg	X	X	
3.6 Informatieverstrekking			X
3.7 Bejegening			X

Bron: NZa



## Bijlage 5. Vragen voor groeivoorstellen<sup>25</sup>

Uw offerteaanvraag ten aanzien van groei wordt beoordeeld aan de hand van de onderbouwing van de behoeftestelling en het tarief. In totaal kunt u 100 punten verdienen. Ten aanzien van de behoeftestelling kunt u maximaal 75 punten verdienen en voor het tarief maximaal 25 punten. De scores op de twee onderdelen tellen voor respectievelijk 75% en 25% mee in het totaal.

In 2010 wordt prioriteit gegeven aan groei in de segmenten verstandelijk gehandicaptenzorg, ambulante zorg en RIBW. Voor het laatste segment geldt dat het hierbij gaat om groei voor de realisatie van 24-uurs zorgvoorzieningen met multidisciplinaire expertise, waaronder verslavingszorg.

Indien u voor meerdere segmenten voor groei in aanmerking wilt komen, dan dient u per segment een onderbouwing van de behoeftestelling en het tarief te geven.

U wordt gevraagd een onderbouwd groeivoorstel te doen waarbij u in ieder geval in gaat op de onderstaande vragen.

Behoeftestelling (75% van de totale score)

Ten aanzien van de behoeftestelling dient u in te gaan op de volgende aspecten:

- 1 Op welk segment heeft uw groeivoorstel betrekking?
- 2 Op welke doelgroepen heeft uw groeivoorstel betrekking in termen van problematiek en strafrechtelijke titels? In de beoordeling van de voorstellen wordt onderscheid gemaakt tussen voorstellen die betrekking hebben op de ISD-maatregel, cliënten met comorbide problematiek - al dan niet in combinatie met een verstandelijke beperking- en overige doelgroepen. In de beoordeling scoren de eerste twee doelgroepen hoger.
- 3 In hoeverre heeft uw groeivoorstel betrekking heeft op een nieuw beleidsinitiatief van uw organisatie? Geef hierbij eveneens aan of uw initiatief is afgestemd met:
  - a Justitie c.q. justitiële ketenpartners;
  - b De gemeente;
  - c Andere zorgaanbieders.
- 4 Geef aan of sprake is van een structurele toename van patiënten. Indien een kwalitatieve en/of kwantitatieve onderbouwing door het OM/NIFP/Reclassering/Gevangeniswezen aanwezig is, scoort dit hoger in de beoordeling.
- 5 Geef aan of er sprake is van een wachtlijst. Zo ja, geef aan uit hoeveel personen deze wachtlijst bestaat en wat de gemiddelde wachttijd is.
- 6 Geef aan op welke locaties u de extra productie gaat leveren.
- 7 Geef aan in hoeverre uw uitbreidingsvoorstel ook van belang is voor andere financiers van zorg en/ of andere zorgaanbieders.
- 8 Voorziet uw groeivoorstel in het bieden van passende vervolgzorg voor cliënten na afloop van de strafrechtelijke titel?
- 9 Op welke wijze draagt uw groeivoorstel bij aan het verbeteren van de door- en uitstroom van cliënten?
- 10 Op welke wijze levert uw groeivoorstel een bijdrage aan het oplossen van de specifieke knelpunten binnen het geoffreerde segment (zie hoofdstuk 2).

<sup>25</sup> Handleiding Inkoop Overige Forensische Zorg 2010, bijlage 5 (DJI, 2009)

Tarieven (25% van de totale score)

- U wordt verzocht aan te geven tegen welk tarief u uw groeivoorstel aanbiedt in termen van NZa-parameters.
- De door de NZa vastgestelde maximumtarieven zijn van toepassing.
- U wordt gevraagd de hoogte van de tariefskorting op te nemen in uw voorstel. U dient de tariefskorting weer te geven als percentage van de maximumprijs.
- De beoordeling werkt als volgt:
  - Voor 1% korting krijgt u in de beoordeling 2,5 punten.
  - Voor 2% korting krijgt u in de beoordeling 5 punten.
  - Voor 3% korting krijgt u in de beoordeling 7,5 punten.
  - Voor 4% korting krijgt u in de beoordeling 10 punten.
  - Voor 5% korting krijgt u in de beoordeling 12,5 punten.
  - Voor 6% korting krijgt u in de beoordeling 15 punten.
  - Voor 7% korting krijgt u in de beoordeling 17,5 punten.
  - Voor 8% korting krijgt u in de beoordeling 20 punten.
  - Voor 9% korting krijgt u in de beoordeling 22,5 punten.
  - Voor 10% korting krijgt u in de beoordeling 25 punten.