

Advies Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader

1 Aanleiding

Tijdens de behandeling van wetsvoorstellen ISD en meerpersoonscelgebruik is in de Eerste Kamer de motie Van de Beeten aangenomen. De motie verzoekt de regering om in haar beleid voor 2005 te voorzien in samenhang tussen de curatieve en penitentiaire voorzieningen. Op 15 september 2004 vond een bewindspersonenoverleg plaats met de Ministers van Justitie en van VWS over de uitvoering van de motie Van de Beeten. In dit overleg zijn de volgende besluiten genomen.

- De ingezette trajecten gericht op het verbeteren van de keten van (maatschappelijke) hulpverlening en veiligheid, worden voortgezet. De relevante organisaties worden betrokken en de betrokken bewindspersonen worden periodiek over de voortgang geïnformeerd.
- De behoefte aan zorg in justitieel kader, de capaciteit en de financiële middelen die met die zorg gemoeid zijn, worden in kaart gebracht.
- De wijze waarop financiering van de zorg in justitieel kader in de toekomst moet worden geregeld, wordt onderzocht. Dit behelst onder meer uitwerking van de verschillende scenario's voor de financiering van de zorg in justitieel kader.

De ingezette trajecten die in punt 1 worden genoemd zijn de aanpak verloedering en overlast (TK 2004-2005, 29 325, nr. 2) en het verbeterplan aansluiting nazorg (in antwoord op Kamervragen van lid Joldersma gestuurd aan de Tweede Kamer, TK 2004-2005, nr. 1230).

Besloten is om voor punten 2 en 3 een interdepartementale werkgroep in te stellen onder voorzitterschap van het ministerie van Financiën. De opdrachtgevers van de werkgroep zijn de directeur-generaal Preventie, Jeugd en Sancties van het ministerie van Justitie en de directeur-generaal Maatschappelijke Zorg van het ministerie van VWS.

De opdracht aan de werkgroep luidt als volgt:

- Breng de behoefte aan, de capaciteit en de financiering van zorg in justitieel kader in kaart.
- Werk scenario's uit voor de besturing en financiering van zorg in justitieel kader.
- Doe voorstellen voor verbetering van de doorstroming naar de vervolgvoorzieningen.

2. Probleemschets

De opdracht aan de werkgroep komt voort uit ervaren problemen. In de motie Van de Beeten worden ze globaal benoemd. In het verlengde van de opdracht aan de werkgroep zijn als meest pregnante problemen genoemd:

- o Schaarste in de zorg (TBS sector en de forensische zorg). In reactie daarop zal in dit advies de behoefte, de capaciteit en de financiering van zorg in justitieel kader in beeld worden gebracht.
- o De spanning tussen de formele verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie voor de (tijdige) tenuitvoerlegging van vonnissen en de feitelijke mogelijkheden daartoe. In reactie daarop zullen in dit advies enkele scenario's worden beschreven waarin geprobeerd wordt deze spanning te verminderen
- o Overgangsproblemen tussen justitie en zorg over een breed terrein. In reactie daarop zullen in dit advies voorstellen gedaan worden ter verbetering van de samenwerking en de ketensturing.

Deze drie problemen zijn niet nieuw of verrassend. Het zijn al lang bekende knelpunten waaraan door diverse betrokken actoren – ministeries, sectoren en afzonderlijke instellingen - vanuit eigen rol en verantwoordelijkheid wordt gewerkt om deze te verminderen dan wel op te heffen.

Dit is echter tot nu toe onvoldoende gelukt. De mogelijkheden van elk van de betrokken actoren afzonderlijk lijken te beperkt. Hierbij speelt ook de geringe omvang van de sector een rol. In absolute zin is de sector te klein (10% van de justitiabelen en 1% van de GGZ) om de wettelijke stelsels in gezondheidszorg en strafrecht hiervoor ingrijpend te wijzigen. De sector wordt gekenmerkt door overwegend kleinschalige voorzieningen of werkeenheden die sturen op de eigen in- en uitstroom. Vanwege hun taak en schaal kunnen ze niet sturen op het organiseren van een doorlopende cliëntroute. Een erkende ketenregisseur ontbreekt. Ook is er weinig overzicht over de relatie tussen zorg in justitieel kader en de mate waarin deze personen daarvoor of daarna ook op andere wijze gebruik maken van reguliere GGZ-zorg. Wel is bekend dat het merendeel van de TBS-ers eerder opgenomen is geweest in de GGZ. Vergelijkbaar zal een deel van de personen waarbij sprake is van een rechterlijke machtiging in het kader van de BOPZ ook daarvoor of daarna binnen een strafrechtelijk kader terecht komen. Op basis van de huidige registraties kan deze aanname echter niet worden getoetst.

3. Terreinbeschrijving

Er zijn verschillende manieren mogelijk om het terrein te beschrijven; aan de hand van voorzieningen, verantwoordelijkheden, cliëntroutes, financiering enz. Vanuit de behoefte aan een scherpe afbakening wordt in eerste aanzet gekozen voor het justitieel (beter is het te spreken van strafrechtelijk) kader. Aan de basis daarvan ligt de rechterlijke uitspraak die verwijst naar verschillende artikelen in het wetboek van strafrecht. Die keuze leidt tot de volgende indeling¹

	Categorie	Nadere toelichting
1	Zorg als voorwaarde opgenomen in vonnis	Deze categorie omvat een diversiteit aan trajecten. Variërend van GG-zorg in het kader van schorsing van de voorlopige hechtenis tot GG-zorg als een invulling van voorwaardelijke gevangenisstraf of voorwaardelijke invrijheidstelling. Bekostiging in de regel uit AWBZ.
2	TBS –opleggingen als vonnis	TBS-opleggingen worden uitgevoerd door TBS-klinieken met een rechtstreekse relatie met Justitie (86%) en door forensisch psychiatrische klinieken (onderdeel GGZ -14%). Als na behandeling kans op recidive reëel blijft, vindt omzetting naar longstay-regime plaats. Dat kan zowel binnen Justitie als binnen GGZ-instellingen. Vuistregel hier is dat bij justitiële TBS inrichtingen 80% van de kosten gedekt wordt uit het AFBZ en dat Justitie additioneel 20% bekostigt vanwege specifieke veiligheidseisen. FPK's worden 100% AWBZ gefinancierd.
3	Zorg in detentie, anders dan als onderdeel van het vonnis	Het gaat hier om gedetineerden die GGzorg nodig hebben, en waarbij deze zorg verstrekt kan worden binnen de PI. Soms alleen in de vorm van ambulante behandelprogramma's, soms ook zodanig dat het een aanpassing van het gevangenisregime vraagt. Afdelingen bestemd voor bijzondere opvang (b.v. IBA, BIBA, VBA, FOBA, BZA) worden hier toe gerekend. De zorg in deze afdelingen wordt uitgevoerd en bekostigd door Justitie. Verder zijn ambulante behandelprogramma's soms onderdeel

¹ In de bijlage wordt deze categorie-indeling nader uitgewerkt.

4	Zorg vanwege ontbreken mogelijkheid om detentie als straf uit te voeren.	van basiszorg in detentie, en worden verstrekt door forensische poliklinieken en dan bekostigd uit de AWBZ. Het gaat hier om personen die volledig ontoerekeningsvatbaar zijn (art 37) en waarbij om die reden geen straf kan worden opgelegd als om personen die dermate gestoord zijn dat behandeling binnen detentie niet mogelijk is. (art 43 en 15, detentieongeschikt). Uitvoering gebeurt door psychiatrische ziekenhuizen. Bekostiging vanuit AWBZ. Het strafrechtelijk kader kan in een latere fase mogelijk omgezet worden in een civielrechtelijk kader (BOPZ)
---	--	--

De werkgroep heeft het begrip zorg in justitieel kader als volgt nader afgebakend:

Geestelijke gezondheidszorg (inclusief forensische verslavingszorg) in het kader van een strafrechtelijk vonnis (TBS en voorwaardelijke modaliteiten) en geestelijke gezondheidszorg (inclusief forensische verslavingszorg) aan gedetineerden in het gevangeniswezen (bijzondere opvang). Deze laatste vorm van zorg vormt geen expliciet onderdeel van een strafrechtelijk vonnis maar betreft tweedelijns geestelijke gezondheidszorg die in een penitentiaire setting wordt gegeven.

Zowel de wetten van de zorg als van het strafrecht zijn van toepassing.

Zorg in strafrechtelijk kader wordt wel omschreven als een tussendomein. Juister is het om het te benoemen als een domein dat zowel moet voldoen aan de eisen van het strafrechtstelsel als aan de eisen van het zorgstelsel. De sturingsystemen zoals die vanuit Justitie en VWS vorm krijgen krijgen richting de eigen sectoren verschillen sterk van elkaar. Waar deze functioneel zijn voor de eigen sectoren leidt dat tot spanning in de sturing waar het gaat om zorg in strafrechtelijk kader. De sturing van justitie is sterk gericht op de uitvoering van vonnissen. Deze centrale en directe sturing verhoudt zich moeizaam met de uitgangspunten binnen het zorgstelsel dat sterk decentraal is ingericht en de verantwoordelijkheid legt bij zowel cliënt, als zorgaanbieder en zorgkantoor. De binnen het zorgstelsel op handen zijnde stelselwijziging en de vanuit de Minister van Justitie ingezette intensivering van het veiligheidsbeleid en modernisering van het sanctiebeleid maken dit probleem alleen nog maar scherper.

GG-zorg in en buiten justitieel kader.

De organisatie van de zorg in justitieel kader verschilt op belangrijke punten met de wijze waarop deze buiten het justitieel kader is vormgegeven, van de reguliere GGzorg. Dit wordt geïllustreerd in onderstaand schema.

	Zorg in justitieel kader	GGz zorg
Wie stelt de vraag?	Rechter formuleert vraag	Cliënt formuleert vraag
Wie beslist over gebruik zorg?	Justitie beslist dat zorg nodig is, of gebruikt drang om cliënt zorg te laten gebruiken.	Cliënt stelt zich vrijwillig onder behandeling
Is toegang tot zorg opeisbaar?	Rechter legt zorg op, maar kan toegang niet afdwingen	Client eist toegang zorg op bij zorgverzekeraar.
Wie betaalt?	Afhankelijk van maatregel is het of Justitie of budget AWBZ	Bekostigd uit AWBZ

Stijging van de vraag

De ontwikkeling van de vraag naar GGZ-zorg in strafrechtelijk kader is onderzocht. Daarbij is uitgegaan van beleidsrijke prognoses². De ontwikkeling van de vraag naar zorg in justitieel kader volgt de ontwikkeling van de geprognosticeerde groei van het aantal strafopleggingen in samenhang met de verwachte stijging van de gemiddelde straftijd. De behoefte aan sanctiecapaciteit in het Gevangeniswezen stijgt van 16.869 in 2005 naar ruim 20.000 in 2010 en de behoefte aan Tbs-plaatsen (incl. longstay) stijgt van 1.778 in 2005 naar meer dan 2150 in 2010. Voor zogenoemde eindvoorzieningen in het verlengde van de TBS (longstay) geldt dat de komende jaren meerdere honderden plaatsen extra nodig zijn³. Het is ook dit gegeven dat één van de verklaringen vormt voor het feit dat nu al vele jaren achter elkaar de jaarlijkse instroom in de TBS beduidend hoger is dan de uitstroom. Overigens is deze verwachte groei meegenomen in de prognoses. De verwachte groei van de vraag naar zorg in justitieel kader sluit aan bij de vraagstijging zoals die zich in de GGZ voordoet. Ook daar heeft zich de afgelopen jaren een sterke vraagstijging voorgedaan. In de periode 1994-2002 zijn de zorguitgaven gestegen van 1,8 miljard euro tot 3,2 miljard euro.

Justitie-inrichtingen als wachtkamer voor de zorg

In die gevallen waar het vonnis zorg oplegt maar tegelijkertijd bepaalt dat in afwachting van zorg geen sprake kan zijn van (voorwaardelijke) invrijheidstelling, krijgen justitievoorzieningen de functie van wachtkamer. Zo wachten in het huis van bewaring gedetineerden op een plek in een TBS-inrichting of FPK, datzelfde gebeurt in penitentiaire inrichtingen (PI) voor die groep gedetineerden die een TBS opgelegd heeft gekregen die voorafgegaan wordt door een gevangenisstraf. Eenzelfde verschijnsel doet zich voor bij personen waarvan wordt vastgesteld dat ze detentieongeschikt zijn. Ook zij gebruiken in afwachting van opname in een psychiatrisch ziekenhuis de PI als wachtkamer. Het gaat hier om enkele honderden personen die als gevolg van het ontbreken van capaciteit in de vervolgvoorziening, de eveneens schaarse celcapaciteit bezetten

Registratie van zorg in justitieel kader is onvolledig

Ook is de huidige bekostiging van zorg in justitieel kader in beeld gebracht. Daarbij doet zich het probleem voor dat in de registraties zoals ze binnen de justitieorganisaties worden gehanteerd het gebruik van zorg (naar aard en omvang) niet volledig wordt geregistreerd. Dat is het sterkst het geval waar het gaat om zorg als voorwaarde. Hier wordt wel toezicht gehouden of de betrokkenen zich aan de voorwaarde houdt, maar aard en omvang van zorggebruik valt buiten de registratie. In iets mindere mate geldt dat ook voor zorg in detentie. Omgekeerd geldt dat binnen de GGZ in de contractrelatie tussen zorgaanbieder en zorgkantoor het niet in alle gevallen praktijk is om aan te geven of een zorgverlening plaats vindt binnen een justitieel kader. Wat betreft de aard van de verleende zorg is dat verschil immers niet relevant. De huidige kosten van zorg in justitieel kader zijn dan ook slechts bij benadering in beeld te brengen. Het meest accuraat kan dat waar zowel in de justitieregistratie als in de contractrelatie tussen zorgaanbieder en zorgkantoor sprake is van specifieke vermelding. Dat is het meest duidelijk het geval bij de TBS-klinieken en de FPK's. Op grond hiervan is gekozen voor een benadering waarbij binnen de justitieregistraties zoveel als mogelijk het gebruik van zorg is achterhaald, terwijl tegelijkertijd binnen de AWBZ is geprobeerd te achterhalen in hoeverre er gedeclareerd is onder vermelding van forensische zorg. Op voorhand is echter duidelijk dat beide benaderingen niet zullen leiden tot een en dezelfde uitkomst⁴

² Voor een meer gedetailleerde weergave zie bijlage 1

³ WODC-rapport Blijvend delictgevaarlijk. Uitgever Boom 2005

⁴ Zie voor de uitkomsten van deze exercitie bijlage .

Overige ontwikkelingen

De volgende ontwikkelingen bij Justitie en bij VWS zijn van invloed op het vraagstuk van de aansluiting tussen GG-zorg en justitie.

Justitie

- De Nieuwe Inrichting: bij de ontwikkeling van de De Nieuwe Inrichting (DNI) wordt beleid gevormd rondom bijzondere zorggroepen, waaronder gedetineerden met een (ernstige) psychische stoornis en/of een verslaving. Vragen die hierbij spelen zijn o.m. in welke setting de bijzondere groepen moeten worden geplaatst en waar de behandeling uit zou moeten bestaan (mede gelet op het doel van de onderliggende sanctie. Naar verwachting zijn de contouren van dit beleid voorjaar 2005 geschetst. De inrichting van DNI kan consequenties hebben voor GG-zorg in justitieel kader. Wanneer gekozen wordt voor indicatiestelling bij aankomst in een HvB of gevangenis, dan kan dit leiden tot een toename in behoefte aan GG-zorg in detentie. Samenplaatsing van groepen die bijzondere zorg behoeven in één inrichting kan anderzijds leiden tot efficiëntere inzet van de GGZ.
- Programma Modernisering Sanctietoepassing: in het programma Modernisering sanctietoepassing (MST) wordt gezocht naar manieren om het sanctiestelsel effectiever, efficiënter en geloofwaardiger te maken. In dat kader wordt ernaar gestreefd meer gebruik te (laten) maken van (bijzondere) voorwaarden bij voorwaardelijke modaliteiten (zoals voorwaardelijke schorsing van de voorlopige hechtenis en voorwaardelijke gevangenisstraf). Uitbreiding van bijzondere voorwaarden leidt naar verwachting tot een groter beroep op zorg in justitieel kader. Anderzijds zal veelvuldiger toepassing van voorwaardelijke modaliteiten leiden tot afname van de onvoorwaardelijke gevangenisstraf en dus ook tot afname van de behoefte aan GG-zorg in het gevangeniswezen.

VWS

- Zorgverzekeringswet (ZVW): met de ZVW vervalt het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekering. Er komt één verzekering voor de curatieve zorg waarvoor de overheid het verplichte basispakket bepaalt en waarvoor verzekeraars iedereen moeten accepteren. In deze basis verzekering dragen verzekeraars het volledige risico. De risico's in de zorg in justitieel kader lenen zich niet voor deze verzekeringsvorm.
- Modernisering AWBZ: de AWBZ wordt teruggebracht tot zijn oorspronkelijke doelstelling: het financieren van onverzekerbare kosten, een verzekering voor ernstige, chronische hulpvragen van mensen. Ook in deze gemoderniseerde AWBZ zal de zorg in justitieel kader slecht passen omdat wordt gestreefd naar harmonisatie van tarieven en vraagsturing. De hoge tarieven en het onvrijwillige karakter van de zorg in justitieel kader verdragen zich hiermee slecht.

De hiervoor geschetste beleidsvoornemens van het ministerie van Justitie genereren meer vraag naar zorg. Deze vraagstijging is al verdisconteerd in de eerder al vermelde prognoses tot 2010. De stelselherziening die VWS nu uitvoert is gericht op het beheersbaarheid van de groeiende vraag naar zorg.

Raming behoefte GG-zorg in strafrechtelijk kader

Bijlage 1 bevat een overzicht van de raming van de behoefte in 2003 en 2010. De bijlage bevat een toelichting met een leeswijzer en een aantal kanttekeningen bij de cijfers. Hierna volgen constatering die gedaan kunnen worden op basis van de beschikbare gegevens.

Uit de raming van de behoefte aan GG-zorg in strafrechtelijk kader komen de volgende gegevens naar voren:

<i>Jaar</i>	2003	2010
<i>Raming behoefte</i>	Ca. € 344 mln	Ca. € 460 mln

De groei in de uitgaven zijn een direct gevolg van de prognoses sanctiecapaciteit die voor 2010 een toename van de behoefte aan GG-zorg in strafrechtelijk kader met zo'n 22% (afhankelijk van de type sanctie) laat zien.

De beschikbare middelen voor GG-zorg in strafrechtelijk kader zijn echter beperkt. De AWBZ middelen voor forensische zorg maken deel uit van het convenant in de AWBZ. Het kabinet heeft met de zorgaanbieders voor de periode tot en met 2007 een beheerste groei in de AWBZ afgesproken waarbij de uitgaven zijn bevroren op het niveau van de per 1 maart 2004 goedgekeurde productieafspraken. De spanning tussen vraag naar zorg in justitieel kader en het beschikbaar zorgbudget zal op de korte termijn sterk stijgen.

Conclusie: op basis van de prognoses van Justitie kan worden geconstateerd dat de behoefte aan capaciteit zorg in justitieel kader naar verwachting de komende jaren fors stijgt (ca 22%) en dat de kosten met ca. 35% stijgen als in deze behoefte wordt voorzien. Dat de percentuele stijging in budget beduidend hoger is dan die van de capaciteit komt omdat binnen de capaciteitsgroei de toename van (dure) residentiele capaciteit beduidend is. Dit verhoudt zich lastig tot het streven van het kabinet naar een beheerste uitgavenontwikkeling in de niet-verzekerbare zorg.

4. Aanscherping probleemschets

Schaarsteproblemen, de mate waarin de Minister van Justitie verantwoordelijkheid kan dragen voor de uitvoering en aansluitingsproblemen tussen justitie en zorg zijn als meest pregnante problemen benoemd. De terreinschets laat zien dat deze drie knelpunten reëel zijn. Ze zijn echter ook van verschillende orde en beïnvloeden elkaar.

Zo werken schaarsteproblemen zowel door in de mate waarin de Minister van Justitie verantwoordelijkheid kan dragen voor de uitvoering van het vonnis als in de ernst waarin zich aansluitingsproblemen manifesteren. Een situatie waarin schaarsteproblemen niet aan de orde zijn is echter hypothetisch. Intramurale voorzieningen hebben een zeer hoge kostprijs per dag en dat vraagt in de capaciteitsplanning om volume en vraag nauw op elkaar afgestemd te houden.

Waar het gaat om de verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie voor de uitvoering van het vonnis, geldt dat deze in een situatie waarin schaarsteproblemen niet aan de orde zijn, voldoende lijkt gewaarborgd. Cliënten zijn immers of geplaatst in een GGZ of justitievoorziening, en/of staan onder toezicht van de reclassering.

Aansluitingsproblemen doen zich voor waar op het moment van uitstroom uit justitievoorzieningen instroom in zorgvoorzieningen aansluitend niet mogelijk is. Praktijk is dat justitievoorzieningen op dat moment een wachtkamerfunctie vervullen. Bij een betere verhouding tussen volume en vraag zullen deze logistieke aansluitingsproblemen verminderen. Van een andere orde zijn de aansluitproblemen wat betreft cultuur. Op cliënten in justitieel kader wordt immers minimaal drang uitgeoefend om zich onder behandeling te stellen. De werkgroep heeft zich echter conform haar opdracht geconcentreerd op vraagstukken van sturing en financiering en dit aspect niet in haar onderzoek betrokken.

Schaarsteproblemen worden daarmee gezien als de kern van de problematiek. Waar deze zich voordoen vergroten ze de aansluitingsproblematiek en beïnvloeden ze de ministeriële verantwoordelijkheid voor de

uitvoering van het vonnis. Dat maakt de vraag actueel hoe in de huidige situatie door de verschillende actoren wordt hiermee wordt omgegaan.

Moeizame coalitie tussen Justitie en VWS.

Zoals eerder werd aangegeven sturen Justitie en VWS elk op het eigen domein. Zorg in justitieel kader kent daarmee zowel een sturing vanuit VWS als vanuit Justitie. De wijze van inrichting van de stelsels en daarmee samenhangend de wijze van sturing die daarop nodig is, zijn fundamenteel verschillend. Justitie wil vanwege de gekozen invulling van de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het vonnis uiteindelijk kunnen sturen tot op het niveau van het individu. Dat kan wel binnen de eigen voorzieningen, maar niet waar het gaat om (toegang tot) zorgvoorzieningen. Justitie heeft hier de medewerking van GGZ nodig. Vanuit het ministerie van VWS gezien is forensische zorg voor wat betreft de sturing gewoon zorg net als alle andere vormen van zorg. Het wordt bekostigd vanuit de AWBZ en zorgkantoren gaan contracten aan met zorgaanbieders. VWS is gericht op het beheer van het stelsel als geheel en streeft marktwerking in de zorg na. Deze situatie leidt tot een moeizame verhouding tussen Justitie en VWS omdat, naar de beleving van Justitie, VWS onvoldoende aanspreekbaar is op het vraagstuk dat uitvoering van het vonnis gegarandeerd moet zijn, terwijl VWS de vraag van Justitie niet kan honoreren binnen de huidige inrichting van het zorgstelsel. Voor aanpassingen daarvan bestaat ook binnen de sector nauwelijks draagvlak.

Instellingen zoeken zelf naar oplossingen.

Het gegeven dat schaarste problemen permanent lijken, legt druk op elke afzonderlijke schakel in de keten. Instellingen en voorzieningen proberen binnen de eigen mogelijkheden bij te dragen aan oplossingen en proberen de eigen knelpunten te verminderen. Waar DJI het ontbreken van uitstroommogelijkheden opvangt door zelf een wachtkamerfunctie te vervullen, zien we dat andere partijen vergelijkbaar gedrag gaan vertonen. Afzonderlijke klinieken proberen greep te krijgen op de instroom en realiseren zelf eigen uitstroomvoorzieningen als alternatief voor situaties waar de overdracht vanuit zorg in justitieel kader naar de reguliere GGZ niet lukt. Het ontbreken van eenduidige regie over het totaal van de ketens heeft als resultaat dat sturing complexer wordt, terwijl oplossingen niet dichterbij komen. Iedere schakel is druk doende met het verminderen van de eigen problemen.

Planningsproces nieuwe voorzieningen is niet helder en kost veel tijd.

Capaciteitsuitbreiding van intramurale voorzieningen is niet makkelijk te realiseren. De planning- en ontwikkelfase voor een nieuwe vestiging of uitbreiding van een bestaande kost meerdere jaren. Daaraan vooraf gaat nog een fase waarin op basis van reële schaarste en prognoses de noodzaak moet worden aangetoond. In de praktijk loopt de reële beschikbare capaciteit daarmee telkens achter op wat de vraag is. Dat wordt nog versterkt doordat er meerdere opties zijn voor het invullen van het tekort. Moet het een gewone TBS-kliniek worden, een FPK of FPA, wordt het bekostigd uit de reguliere AWBZ-middelen of komen extra begrotingsmiddelen beschikbaar. Deze onduidelijkheid stimuleert strategisch gedrag. Voor Justitie betekent het achterblijven van de capaciteit op de behoefte dat ze binnen de reguliere celcapaciteit de ‘wachtkamerfunctie’ moet waarmaken. Dat leidt binnen Justitie tot tekorten.

5. Verbetervoorstellen

Uit voorgaande terreinbeschrijving en probleemschets wordt duidelijk dat sturing en financiering van zorg in justitieel kader onder de huidige condities moeizaam inhoud te geven is. Op een aantal relevante thema's is onvoldoende sprake van goede sturingsinformatie. Dat vertaalt zich direct in spanning tussen behoefte en capaciteit. Dat besef is ook binnen het forensisch circuit zelf aanwezig en in die zin zijn de verbetervoorstellen deels dan ook ‘onderhanden werk’. Een versnelling en intensivering is echter

noodzakelijk. De verbetervoorstellen zoals ze hieronder genoemd worden zijn basiseisen die bijdragen aan een beter management en kwaliteit en hebben allemaal direct of indirect een relatie met sturing op behoefte en capaciteit. De verbetervoorstellen zijn onder te brengen in een drietal clusters.

- zorg beter organiseren
- de keten organiseren
- sturen op volume

5.1. Zorg in justitieel kader is wat betreft de zorg deel van de GGZ

Binnen de GGZ wordt gewerkt aan de ontwikkeling van één bekostigingstaal waardoor er samenhang ontstaat tussen de uitkomsten van de indicatiestelling, de noodzakelijke interventie in termen van DBC (diagnosebehandelcombinaties) en IZA (intramurale zorgarrangementen) en de daaruit volgende duur en kosten van de behandeling. Om de samenhang te versterken tussen de zorg in justitieel kader en de GGZ ook daar waar nu nog zorg in justitieel kader wordt verstrekt buiten de AWBZ om is het nodig dat deze uitgedrukt wordt in de binnen de GGZ in ontwikkeling zijnde taal. Door binnen het justitiedomein de zorg uit te drukken in de taal en bekostigingssystematiek van de GGZ ontstaat ook een basis voor een meer samenhangend informatiemanagement. Het betreft hier een noodzakelijke maar ook zeer bewerkelijke actie die veel zal vragen van de uitvoeringsorganisaties binnen Justitie

- o Waar in het vonnis van de rechter sprake is van zorg als voorwaarde zal in de advisering aan de rechter deze zorg benoemd worden in termen van DBC en IZA dan wel zodanig te formuleren dat deze daarin is om te zetten.
- o Vergelijkbaar geldt deze aanbeveling ook voor zorg in detentie (zie voor omschrijving pag 3)
- o Waar zorg in justitieel kader juist vanwege het justitieel kader ook eisen stelt aan het veiligheidsniveau, is het nodig dat het gewenste niveau van beveiliging onderdeel is van DBC en IZA
- o Binnen de justitieorganisatie deze taal ook hanteren als basiseenheden voor de te hanteren bekostigingssystematiek.

5.2. Organiseer de keten

Ketensamenwerking krijgt vorm op verschillende niveaus. Het vraagt om samenhangend optreden op beleidsniveau (ministeries), uitvoeringsniveau (de betrokken instellingen) als cliëntniveau (casemanagement). Het organiseren van de keten begint echter bij het beschikbaar hebben van informatie over de afzonderlijke cliëntroutes. Daarbij moet bedacht worden dat het binnen zorg in justitieel kader gaat om een groep van beperkte omvang. Het vraagt om:

- o Opstellen van behandeltrajecten op basis van vonnis
- o Gebruik van prognosemodel voor keten zorg in justitieel kader.
- o Introductie van een cliëntvolgsysteem binnen de keten zorg in justitieel kader waarin ook trajectplannen zijn opgenomen
- o Uitbreiden van cliëntvolgsysteem naar voorzieningen in de GGZ voor ex-justitiabelen.
- o Bezettingsgraad van afzonderlijke instellingen centraal registreren en via cliëntvolgsysteem in- en uitstroom monitoren
- o Cliëntvolgsysteem mede gebruiken als basis voor opstellen prognoses
- o Protocollen opstellen tussen op elkaar aansluitende schakels waarin procedures over aanmelding en over- of terugnemen van cliënten zijn vastgelegd

5.3. Sturen op volume

De mogelijkheden voor het sturen op volume zijn beperkt. De instroom waar het gaat om zorg in justitieel kader wordt immers bepaald door het vonnis van de onafhankelijke rechter. Belangrijker zijn maatregelen in

de preventieve sfeer. Daarbij kan gedacht worden aan trajecten als de aanpak overlast en verloedering, aanpak jeugd, en justitiële verslavingszorg. Het is echter moeilijk om het effect van preventie op de instroom te schatten.

Andere mogelijkheden om te sturen op volume zijn:

- o Verbetering diagnostiek en indicatiestelling waardoor onbehandelbaarheid eerder worden onderkend
- o In de advisering van de rechter komen tot scherpere indicatiestelling zodat de sanctie op de persoon (zijn evt. stoornis en de behandelmogelijkheden) toegesneden kan worden.
- o Als onbehandelbaren of behandelweigeraars na plaatsing in TBS worden onderkend, de mogelijkheid inbouwen voor door- of terugplaatsing naar andere voorzieningen met een lagere kostprijs. Dat vraagt mogelijk om een aanpassing in de wet omdat nu een oplegging van TBS gelijk staat aan plaatsing in een TBS-inrichting.
- o Ook van de introductie van DBC en IZA wordt een positief effect op het volume verwacht. Overschrijdingen van de geplande behandelperiode wordt daardoor zichtbaar waardoor betere sturing binnen de inkooprelatie mogelijk is. Zeker als dat in combinatie gebeurt met de het systeem zoals in de zorg wordt gehanteerd, waarbij bekostiging pas plaats vindt als de behandeling is afgerond.

6. Verdergaande maatregelen

In opdracht van de werkgroep zijn ook scenario's ontwikkeld waarbij is verkend wat de effecten zijn op de gesignaleerde knelpunten als de verantwoordelijkheid voor zorg in justitieel kader meer bij het ministerie van Justitie dan wel meer bij het ministerie van VWS zou worden gelegd. Geconstateerd is dat hier slechts ten dele een positief effect van uit zal gaan. De afstemmingsproblematiek zal blijven bestaan maar zal zich – als het gevolg van de verschuiving van verantwoordelijkheden – of eerder of later in de keten voordoen. In de verkenning van de mogelijke scenario's is wel een groot aantal elementen genoemd dat bijdraagt aan vermindering van de knelpunten. Deze voorstellen zijn deels beschreven in paragraaf 5. Van deze voorstellen is de verwachting dat ze – ongeacht de wijze waarop sturing en financiering wordt ingericht – bijdragen aan verbeteren van de sturingsmogelijkheden en het verminderen van de ervaren knelpunten. Zij dragen echter onvoldoende bij aan het opheffen van de geconstateerde knelpunten. Om die reden moeten er verdergaande maatregelen worden getroffen.

Maatregel 1: Apart budget voor zorg in justitieel kader

Geconstateerd is dat één van de belemmeringen bij zorg in justitieel kader is dat de Minister van Justitie onvoldoende mogelijkheden heeft om zorgvoorzieningen in te zetten bij de tenuitvoerlegging van strafrechtelijke vonnissen. Een situatie waarin de Minister van Justitie zijn verantwoordelijkheid kan waarmaken wijst in de richting van een apart budget voor zorg in justitieel kader met meer centrale aansturing dan waarvoor in de overige gezondheidszorg is gekozen. De Minister van Justitie heeft vervolgens de beschikking over dit budget en kan hiermee zorg inkopen. Hiermee wordt bereikt dat de Minister van Justitie in staat wordt gesteld om prioriteiten aan te geven bij de aanwending van de middelen voor zorg in justitieel kader en hier ook op aangesproken kan worden. Voorts leidt dit tot een directe (contractuele) relatie tussen Justitie en GGZ waardoor de GGZ beter in staat wordt gesteld de gevraagde zorg tegen een bepaalde prijs te leveren. De hoogte van het budget zou nader moeten worden bepaald. Bijlage 1 bevat een eerste schatting van de benodigde middelen. De keuze om een budget in te zetten voor zorginkoop door de minister van Justitie vermindert de noodzaak om gebruik te maken van een wettelijke acceptatieplicht (maatregel 2).

Een apart budget kan op verschillende wijze gepositioneerd worden: als apart onderdeel binnen de AWBZ of door het onder te brengen in de begroting van Justitie. Dit laatste zou inhouden dat Justitie de keuze heeft om de zorg in eigen beheer te gaan ontwikkelen of deze in te kopen bij de GGZ. Vanwege de noodzaak om de samenhang tussen zorg in justitieel kader en de reguliere GGZorg in stand te houden verdient dit laatste model te voorkeur.

Apart budget binnen AWBZ:

Voordelen: Herkenbaarheid, beheersbaarheid en afgrensbaarheid. Het vergemakkelijkt de overgang naar de reguliere GGZ.

Nadeel: Het is zorg die onverzekerbaar is maar toch niet echt past in het karakter van de AWBZ.

Onderbrengen begroting Justitie:

Voordelen: Verantwoordelijkheid Minister van Justitie komt volledig tot zijn recht komt en drukt niet oneigenlijk op het premiestelsel.

Nadeel: Cultuur van de GGZ en justitie sluiten niet op elkaar aan (dit nadeel wordt weggenomen als Justitie met het beschikbare budget zorg inkoopt bij de GGZ). Bezuinigingen bij Justitie leiden tot aparte tarieven voor zorg in justitieel kader waardoor aansluiting met reguliere GGZ wordt belemmerd.

De keuze of een budget beter gepositioneerd kan worden op de justitiebegroting, dan wel dat gekozen wordt voor een 'status aparte' binnen de AWBZ wordt mede ingegeven door de voordelen die ervan verwacht worden waar het gaat om kostenbeheersing. Separaat daarvan is een verkenning nodig of bij onderbrenging van het budget bij Justitie voor dit ministerie een voldoende sterke inkooppositie ontstaat op een markt waarin sprake is van een beperkt aantal aanbieders en schaars aanbod. Een van de mogelijkheden die in dat kader verkent is, is de mogelijkheid om de tarifiering van in te kopen zorg te laten vaststellen door het CTG.

Deze variant vergt een overheveling vanuit de AWBZ naar de Justitiebegroting. De omvang van het over te hevelen bedrag zal bepaald worden op basis van de huidige uitgaven aan forensische zorg in AWBZ kader. De budgettaire verwerking zal tijdens een daartoe geëigend moment geregeld worden.

Maatregel 2: Acceptatieplicht

In de huidige situatie wordt de instroom van zorg in justitieel kader bepaald door de strafrechter terwijl de uitvoering vaak moet geschieden door de GGZ. De instroom is autonoom en niet afgestemd op de capaciteit in de GGZ. Dat leidt ertoe dat – ingeval van onvoldoende capaciteit - mensen die een vorm van behandeling of zorg opgelegd hebben gekregen deze zorg niet of niet tijdig krijgen. Dit heeft tot gevolg dat strafrechtelijke vonnissen niet of niet tijdig ten uitvoer worden gelegd. Om de tijdige tenuitvoerlegging van strafrechtelijke vonnissen veilig te stellen (mede in het belang van de maatschappelijke veiligheid) zou vastgelegd moeten worden dat een rechterlijk vonnis binnen de GGZ leidt tot het toekennen van een prioriteit bij opname. Deze opname- of acceptatieplicht veronderstelt wel dat de verbetervoorstellen zoals genoemd in paragraaf 5 worden ingevoerd. In die situatie is er sprake van een goede indicatiestelling, is duidelijk welke behandeling nodig is en zijn goede prognoses zowel voor de korte als de langere termijn beschikbaar zodat de GGZ haar capaciteit daarop kan afstellen. Het vastleggen van een vorm van acceptatieplicht draagt (net als voorstel 1) bij aan de waarborg dat de Minister van Justitie zijn verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het vonnis kan waarmaken. Voorgesteld wordt om de acceptatieplicht toe te passen op drie categorieën, te weten diegenen die door de rechter tot de maatregel an art 37 Sr worden veroordeeld, tbs-gestelden met dwangverpleging en tbs-gestelden met voorwaarden. Een acceptatieplicht is inmiddels praktijk voor de art. 37-plaatsingen. Het Openbaar Ministerie heeft de

bevoegdheid een aanwijzing aan een GGz-instelling te geven voor opname van een veroordeelde ex art 37 Sr. Voor tbs-gestelden is inmiddels een wetswijziging van de beginselenwet verpleging terbeschikkingstelling (Bvt) in voorbereiding, waar een (wettelijke acceptatieplicht nog duidelijker is opgenomen voor tbs-instellingen dan nu het geval is.

Ten aanzien van de tbs met voorwaarden geldt dat een soortgelijke regeling kan worden getroffen als voor de art 37 plaatsingen. In dat geval zou de bovengenoemde plaatsingbevoegdheid van het Openbaar Ministerie met deze categorie worden uitgebreid.

Door de acceptatieplicht te beperken tot deze drie categorieën, kan worden gegarandeerd dat er binnen de GGz geen verdringing ontstaat van reguliere patiënten. Daar kan aan worden toegevoegd, dat de acceptatieplicht alleen een extra instrument tot plaatsing is, indien de reguliere mechanismen daarvoor, zoals het afsluiten van contracten en het maken van plaatsingsafspraken, niet hebben gefunctioneerd. Het betreft een aanvullend instrument dat alleen in geval van uiterste noodzaak zal worden gehanteerd. Om het systeem van acceptatieplicht werkbaar te maken kan door Justitie de garantie worden gegeven dat betrokkene in specifieke gevallen (bijvoorbeeld bij onbeheersbaar agressief gedrag) tijdelijk terug genomen wordt in de justitiële instelling. De werking van de acceptatieplicht kan na een periode van 3-5 jaar worden geëvalueerd.

Maatregel 3: Creëren van eindvoorzieningen

In de probleemstelling is gesignaleerd dat de instroom in Tbs-instellingen vele malen hoger ligt dan de uitstroom. Dit vindt onder meer zijn oorzaak in het feit dat een aantal Tbs-gestelden niet behandelbaar blijkt te zijn en dus blijvend delictgevaarlijk is. Deze groep Tbs-gestelden zou, nadat de blijvend delictgevaarlijkheid geconstateerd is, moeten kunnen worden overgeplaatst naar een voorziening waar betrokkene in een passend veiligheids/zorg regime is ondergebracht. Dit om te voorkomen dat betrokkene een (dure) behandelplaats inneemt terwijl behandeling niet aangewezen is. Uiteraard gelden in zo'n eindvoorziening dezelfde regels m.b.t. verlenging of beëindiging van de Tbs-maatregel en wordt periodiek beoordeeld of betrokkene nog steeds delictgevaarlijk is en in aanmerking komt voor een behandeling (b.v. bij ontwikkeling van behandelmethoden of wijziging in de situatie van de betrokkene). Afhankelijk van de behoefte aan beveiliging en zorg kunnen eindvoorzieningen gecreëerd worden binnen Justitie of in de GGZ. Daarbij kan ook gedacht worden aan eindvoorzieningen volgend op de beëindiging van het justitieel kader. De keuze voor het creëren van eindvoorzieningen zou ook een einde kunnen maken aan de groei van TBS-voorzieningen omdat deze voorzieningen beperkt worden tot hen die behandeling ondergaan waarbij de behandeling ook een plaatsing in een TBS-voorziening nodig maakt. De huidige capaciteit van ruim 1.200 plaatsen is – bij een gemiddelde behandelperiode van 5,6 jaar - afdoende om 200 nieuwe opleggingen jaarlijks te kunnen verwerken.

Bijlagen:

1. Raming behoefte ggz zorg in justitieel kader
2. toelichting op raming