



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Justitie en Veiligheid

Handleiding Bekostiging & Verantwoording 2021

Datum	december 2020
Status	definitief

Colofon

Afzendgegevens

**Divisie Forensische Zorg en
Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI)**

Turfmarkt 147
2511 DP Den Haag
Postbus 30132
2500 GC Den Haag
www.forensischezorg.nl
T (+31) 088 0725 000

Inhoud

Inleiding 5

1 Bekostiging en financiering van de forensische zorg 6

- 1.1 Wijze van bekostiging 6
- 1.2 Bekostigingsgrondslagen voor de forensische zorg 7
- 1.3 Intake 7
- 1.4 Tarieven en correcties 9
 - 1.4.1 Geïntegreerde maximum dagprijs 9
 - 1.4.2 Max max tarieven (DBBC gerelateerd) 9
- 1.5 Ondersteunende systemen en applicaties 10
- 1.6 Registratie in MITS (alleen perceel Tbs) 10
- 1.7 Derivaten 11
- 1.8 Verandering in de financiële positie van de zorgaanbieder 11
- 1.9 Verantwoording algemeen 11
 - 1.9.1 Verantwoording CIBG 12

2 Specifieke richtlijnen DBBC 13

- 2.1 Voorfinanciering van zorgkosten (DBBC) 13
 - 2.1.1 Terugvordering van uitstaande bedragen ter voorfinanciering 14
 - 2.1.2 Afronding registratie en declaratie dagbesteding en dagactiviteiten 14
- 2.2 Plaatsingsbesluitnummer in de verantwoording 15
- 2.3 DBBC verantwoordingen 15
 - 2.3.1 Waardebepaling OHW 17
 - 2.3.2 Waardebepaling ANG 17
 - 2.3.3 Waarde stand goedgekeurde en uitbetaalde DBBC facturatie 17
- 2.4 Opschorting in behandeling nemen van facturen 17
- 2.5 Accountantsverklaring jaarverantwoording DBBC 18
- 2.6 Portaal FiZZa 18
- 2.7 Afrekenen DBBC per contractjaar 18

3 Doelmatigheidsinstrumenten 19

- 3.1 Normering van individuele afschaling op bedletters 19
- 3.2 Normering van de behandeling en dagbesteding 20
- 3.3 Ruimere interpretatie van de VOV - ratio 21

4 Specifieke richtlijnen ZZP/EP/VPT 23

- 4.1 Facturatie ZZP/EP/VPT 23
- 4.2 Tarieven ZZP/EP/VPT 23
- 4.3 Facturatie en verantwoordingen ZZP/EP/VPT 23
- 4.4 Opschorting in behandeling nemen van facturen 24
- 4.5 Accountantsverklaring verantwoording ZZP/EP/VPT 24
- 4.6 Afrekening ZZP/EP/VPT 25

5 Informatie-uitwisseling 26

- 5.1 Algemene Verordening Gegevensbescherming 26
- 5.2 Bevoegdheden Algemene Rekenkamer en ADR 26
- 5.3 Afstemming bij mediacontact 26
- 5.4 Informatievoorziening bij rapport IGJ en IJenV 26
- 5.5 Gegevensuitwisseling 26
- 5.6 CDD+ (van toepassing voor perceel Tbs) 27

6 Kwaliteit 28

- 6.1 Prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie 28
 - 6.1.1 Gids Prestatie-Indicatoren Forensische Psychiatrie 28
 - 6.1.2 Minimale instroom 28
 - 6.1.3 Digitale vragenlijst 28
 - 6.1.4 Rapport van Feitelijke Bevindingen genormeerde prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie 30
 - 6.1.5 Boeteclausule prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie 30
- 6.2 Prestatie-indicatoren Doelmatigheid 32
 - 6.2.1 Boeteclausule prestatie-indicatoren Doelmatigheid 33
- 6.3 Belonen KFZ producten 33
 - 6.3.1 Implementatierapport 34
 - 6.3.2 Beloning 35
- 6.4 Contractmanagement 36
- 6.5 Data aanlevering verantwoordingsinformatie prestatie-indicatoren 37

7 Controles forensische zorg 38

- 7.1.1 Materiële controles 38
- 7.1.2 Formele controles 38
- 7.1.3 Horizontaal toezicht 39

Inleiding

Voor u ligt de Handleiding Bekostiging & Verantwoording 2021 (hierna: Handleiding B&V). Het Toetredingsdocument Forensische Zorg 2020 (hierna: Toetredingsdocument) is gepubliceerd via CTM. In dit document wordt het inkoopbeleid forensische zorg, de uitgangspunten voor de inschrijving en de wijze van inschrijven beschreven. U wordt geadviseerd om alle gepubliceerde documenten te lezen alvorens u de Handleiding B&V leest.

Toelichting op dit document

De Handleiding B&V biedt u informatie over de bekostigings- en verantwoordingssystematiek voor alle zorg die deel uitmaakt van de inkoop Forensische Zorg. Het betreft de volgende percelen:

- Klinische Zorg;
- Ambulante Behandeling;
- Ambulante Begeleiding & Verblijfszorg;
- Tbs.

Voor tbs met dwangverpleging die door de justitiële-(particuliere en Rijks) FPC's wordt geleverd is het *Productievoorstel Justitiële FPC's 2021* en de *Handleiding Bekostiging & Verantwoording 2021* van toepassing.

Alle documenten voor de zorginkoop zijn terug te vinden via CTM.

Leeswijzer

- Hoofdstuk 1: Bekostiging van de forensische zorg.
- Hoofdstuk 2: Beschrijft de specifieke richtlijnen voor de DBBC.
- Hoofdstuk 3: Beschrijft het doelmatigheidsinstrument.
- Hoofdstuk 4: Beschrijft de specifieke richtlijnen voor de ZZP/EP/VPT.
- Hoofdstuk 5: Bepalingen met betrekking tot uitwisseling van informatie.
- Hoofdstuk 6: De prestatie-indicatoren en het Kwaliteitsprogramma Forensische Zorg worden nader toegelicht.
- Hoofdstuk 7: Beschrijft de controles van de forensische zorg.

In deze handleiding is zoveel mogelijk een verwijzing opgenomen naar de van toepassing zijnde [Beleidsregel](#) en/of [Nadere Regelgeving](#) (met betrekking tot de levering van forensische zorg) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het is voor de zorgaanbieder van belang om de website van de NZa te volgen voor eventuele aanpassing van de huidige geldende beleidsregels en nadere regels. Daar waar geen regelgeving is vanuit de NZa en deze wel nodig is, heeft ForZo/JJI deze opgenomen in de *Handleiding B&V*.

1 Bekostiging en financiering van de forensische zorg

De NZa is bevoegd om prestaties en de maximum tarieven voor de forensische zorg vast te stellen. Voor de specifieke en actuele afbakening van het domein waarvoor de bekostiging in DBBC, ZZP dan wel EP van toepassing is, wordt u verzocht [de NZa beleidsregels](#) te volgen. In deze beleidsregels vindt u ook de spelregels met betrekking tot de DBBC-bekostiging, die apart worden toegelicht op [werken met DBBC's](#). In aanvulling op de door de NZa gepubliceerde beleidsregels en nadere regels voor de DBBC's en ZZP/EP, heeft ForZo/JJI de kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle (AO/IC) Forensische Zorg gepubliceerd en het Declaratieprotocol ZZP/EP opgesteld, zie hiervoor de [website](#). U dient te handelen naar de richtlijnen in deze kaderregeling en het declaratieprotocol.

1.1 Wijze van bekostiging

De forensische zorg wordt bekostigd op basis van:

- 1 Diagnose Behandeling Beveiliging Combinaties (DBBC)
De DBBC-bekostiging is van toepassing op de ambulante en klinische zorg met behandeling en de bijzondere zorg in detentie.
- 2 Zorgzwaartepakketten (ZZP)
Verblijfszorg (zonder behandeling) valt onder de ZZP's.
- 3 Extramurale parameters (EP)
Dagactiviteiten en ambulante begeleiding worden bekostigd middels de EP's.
- 4 Volledig Pakket Thuis (VPT)
VPT is een experiment en wordt bekostigd met separate parameters.

De volgende percelen worden bekostigd in DBBC:

- Perceel Klinische zorg
- Perceel Ambulante behandeling
- Perceel Verdiepingsdiagnostiek

Het volgende perceel wordt bekostigd in ZZP en EP:

- Perceel Ambulante begeleiding & verblijfszorg

Het volgende perceel wordt bekostigd in zowel DBBC als in ZZP en EP:

- Perceel tbs

Zie voor de spelregels omtrent de DBBC, ZZP, EP en VPT ook de laatst vigerende Beleidsregels en Nadere regels op de website van de [NZa](#).

1.2 Bekostigingsgrondslagen voor de forensische zorg

Om forensische zorg bekostigd te krijgen dienen beide onderstaande bekostigingsgrondslagen aanwezig te zijn:

- Een geldige forensische zorgtitel (zie voor meer informatie de [website](#)).
- Een plaatsingsbrief met plaatsingsnummer (afgegeven op basis van een indicatiestelling) vanuit de applicatie Informatievoorziening forensische zorg (Ifzo).

Alleen in de volgende gevallen zijn bovenstaande bekostigingsgrondslagen niet van toepassing om forensische zorg bekostigd te krijgen:

- De forensische zorg wordt geleverd binnen twee weken na een contractuele beëindiging van de tbs met dwangverpleging of;
- In geval van een gemaximeerde tbs met dwangverpleging, waarbij de titel onverwacht afloopt.

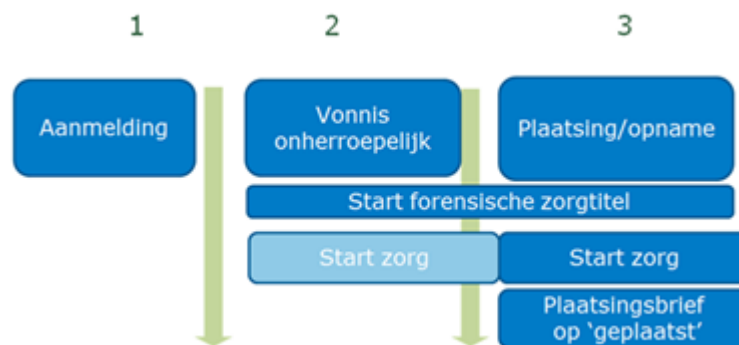
Er dient in bovenstaande gevallen altijd een schriftelijk goedkeuring van de divisie ForZo/JJI afgegeven te zijn om de zorg te kunnen declareren.

1.3 Intake

Sinds medio 2019 is er door partijen (GGZ Nederland, zorgaanbieders, NZa en DJI) gewerkt aan een oplossing voor de ervaren knelpunten rond de bekostiging van de intake in de forensische zorg bij klinische opname. Dit gebeurde naar aanleiding van een toezegging van de Minister volgend op de aangenomen Tweede Kamer motie 33 628 - 56 van april 2019 om te komen tot een systematiek waarin wordt voorzien in de financiering van de intake op FPA's en FPK's.

De bekostiging is op dit moment in veel gevallen al mogelijk volgens de NZa beleidsregels als onderdeel van de DBBC Diagnostiek. Echter blijken er in de praktijk soms problemen te zijn rondom de facturatie en bekostiging van de intake die samenhangen met het moment waarop de intake heeft plaatsgevonden en of de cliënt daadwerkelijk in zorg komt.

Afbeelding 1: verschillende fases in het plaatsingsproces



Het proces rond de plaatsing kent een aanmeldfase waarna de feitelijke plaatsing volgt. De aanmeldfase vindt plaats voorafgaand aan (of in voorbereiding op) het vonnis. Vervolgens wordt het vonnis uitgesproken (dus start de forensische zorgtitel) en wordt de patiënt geplaatst in de kliniek. Het plaatsingsbesluit krijgt de status geplaatst.

Er moet voldaan worden aan drie (administratieve) voorwaarden om zorg te declareren:

1. De zorg moet binnen de looptijd van de forensische zorgtitel zijn geleverd;
2. Er is sprake van een geldig plaatsingsbesluit;
3. Zorgaanbieder heeft een afspraak DBBC Diagnostiek met DJI.

Oplossing 1: Openingsdatum DBBC

In het veld bestond onduidelijkheid over de startdatum van de forensische zorgtitel. De startdatum van de titel is het moment dat het vonnis onherroepelijk (OH) is. Een DBBC kan dus worden geopend op de dag dat het vonnis OH is. Dit kan dus eerder zijn dan de feitelijke startdatum van de klinische zorg (datum opname). De afdeling die via aanmelding is gevraagd om een gedetineerde op te nemen, kan vanaf dat moment de DBBC openen en de tijd besteed aan intake en diagnostiek toeschrijven aan de DBBC.

Oplossing 2: Nieuwe werkwijze intake zonder plaatsing

Met ingang van 1 februari 2020 is het mogelijk om voor de patiënten waarbij na aanmelding en acceptatie een intake heeft plaatsgevonden maar deze uiteindelijk niet wordt opgenomen, een plaatsingsbesluit op te vragen bij het Forensisch Plaatsingsloket (FPL) van DJI. Na het invullen van het aanvraagformulier met een minimale dataset aan gegevens (noodzakelijk voor facturatie) wordt een nieuw besluit aangemaakt. Met dit nieuwe besluit kan de aanbieder de geleverde zorg rond de intake declareren.

Deze workaround is mogelijk tot de definitieve invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek in de forensische zorg. Dit proces wordt eind 2020 geëvalueerd.

Wanneer kan een aanvraag Plaatsingsbesluit Intake klinisch worden ingediend?

- Het betreft een aanmelding voor een klinische opname;
- Het vonnis was (nog) niet onherroepelijk ten tijde van de intake;
- Cliënt is/wordt niet opgenomen op basis van de intake.

Waar kan het Plaatsingsbesluit intake klinisch worden opgevraagd?

Zorgaanbieders kunnen het aanvraagformulier per mail sturen naar fpl@dji.minjus.nl.

Als de aanvraag volledig is ingevuld en akkoord is bevonden, ontvangt de zorgaanbieder via Ifzo het plaatsingsbesluit voor de intake. Het formulier is ook te vinden op www.forensischezorg.nl. Voor vragen kunnen zorgaanbieders terecht bij inkoopforensischezorg@dji.minjus.nl.

1.4 Tarieven en correcties

Voor de maximumtarieven inzake de DBBC, ZZP, EP en VPT wordt u verwezen naar de [tariefbeschikking](#) van de NZa. De hierop toegepaste tariefcorrecties van de DJI op de maximum NZa tarieven zijn terug te vinden in - 1 Tariefcorrecties.

Tabel 1: tariefcorrecties

Beschrijving	Percentage tariefcorrecties
Perceel Ambulante behandeling	
DBBC deelprestatie behandeling	0%
Perceel Ambulante begeleiding & verblijfszorg	
ZZP-C 1 en 2	0%
ZZP-C 3	6%
ZZP-C 4 en 5	8%
ZZP VG	0%
EP	0%

Let op! Het zak- en kleedgeld maakt geen onderdeel uit van het DBBC tarief en dient apart gedeclareerd te worden. Declareren van het zak- en kleedgeld kan uitsluitend via de jaarverantwoordingen. Tussentijdse facturen worden niet in behandeling genomen.

1.4.1 Geïntegreerde maximum dagprijs

De vastgestelde Geïntegreerde maximum dagprijzen voor de percelen Klinische Zorg en Tbs zijn komen te vervallen. Voor de contractjaren vanaf 1 januari 2021 is door een werkgroep met vertegenwoordigers uit het veld een nieuw instrument geïntroduceerd ter vervanging van de Geïntegreerde maximum dagprijzen. Voor nadere uitwerking zie hoofdstuk 3.

1.4.2 Max max tarieven (DBBC gerelateerd)

In het jaar 2020 zijn de maximale NZa tarieven op een aantal onderdelen binnen de DBBC-bekostiging n.a.v. een kort geding met een percentuele opslag verhoogd. De ophoging is in overleg met een werkgroep met vertegenwoordigers uit het veld tot stand gekomen.

Een aantal tarieven wordt door een opslag op de maximale NZa tarieven gewijzigd in zogenaamde max max tarieven. Deze bijgestelde tarieven dienen door alle OFZ en FPK zorgaanbieders (indien deze productgroep is gecontracteerd) te worden gehanteerd en ingeregeld in de ICT systemen. De maximale NZa tarieven komen voor deze productgroepen te vervallen.

In onderstaande tabel zijn de percentuele opslagen weergegeven. De ophoging geldt voor alle minutenranges binnen de productgroepen (deelprestaties Behandeling) zoals in tabel 2 staan opgenomen.

Tabel 2: ophoging NZa tarief naar max max tarief

Beschrijving	Percentage ophoging NZa tarief
Perceel Ambulante behandeling	
Stoornissen in de kindertijd	5%
Stoornissen in de impulsbeheersing	5%
Persoonlijkheidsstoornissen	5%
Perceel Klinische zorg	
F1	7,5%
F2	7,5%
F3	7,5%
G2	7,5%
G3	7,5%
Perceel TBS-FPK	
F1	7,5%
F2	7,5%
F3	7,5%
G2	7,5%
G3	7,5%

1.5 Ondersteunende systemen en applicaties

ForZo/JJI verkrijgt ter beheersing van de diverse interne processen en ter monitoring van alle aangegane overeenkomsten, aanvullend op de door zorgaanbieders verplicht aan te leveren verantwoordingen, ook informatie uit de onderstaande ondersteunende systemen/applicaties:

- 1 [Informatiesysteem Forensische Zorg](#) (Ifzo)
- 2 Facturatie Controle Systeem (FCS)
- 3 CTM online platform
- 4 Berichtstandaarden
- 5 Portaal voor communicatie tussen ForZo/JJI en zorgaanbieder (FiZZa)

De berichtstandaarden Declaratie forensische zorg en Verantwoording forensische zorg (zie [VeCoZo](#) en [Vektis](#)) voorzien in gestandaardiseerde berichten voor het verantwoorden en factureren van forensische zorg.

Het portaal FiZZa is een gedeelde omgeving ten behoeve van de communicatie tussen zorgaanbieder en ForZo/JJI, bijvoorbeeld over de door zorgaanbieder verantwoorde cijfers.

1.6 Registratie in MITS (alleen perceel Tbs)

In [MITS](#) dienen de patiënt- en productiegegevens van een tbs-gestelde juist, volledig en tijdig te worden geregistreerd. Voor wat betreft de tijdige registratie van

de gerealiseerde productie (o.a. het aantal verblijfsdagen en eerste opnames) houdt dit in dat deze binnen 28 dagen na afloop van een maand geregistreerd dienen te zijn in MITS.

Zorgaanbieders die een contract hebben voor het perceel Tbs dienen per contractjaar de gerealiseerde productie inzake de inkoopplaatsen tbs en de gegevens inzake de prestatie-indicatoren Doelmatigheid te registreren in MITS.

1.7 Derivaten

De Rijksoverheid heeft bepaald dat organisaties die (mede) met publiek geld worden gefinancierd een zeer terughoudend beleid dienen te voeren ten aanzien van het toestaan van complexe financiële producten, zoals derivaten. Voor stichtingen en zelfstandige bestuursorganen (ZBO's) die (voornamelijk) worden bekostigd door het Ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) geldt dat nieuwe derivaten uitsluitend mogen worden aangegaan na schriftelijk akkoord van JenV.

Voor reeds bestaande derivaten geldt dat in de accountantsverklaring bij de jaarrekening een heldere omschrijving en onderbouwing van het product dient te zijn opgenomen. Hierbij dient te worden aangegeven wat de marktwaarde van het desbetreffende derivaat aan het einde van het jaar is en wat de verwachting is van de waardeontwikkeling in de komende jaren. Bovendien dient JenV bij dreigende financiële risico's als gevolg van deze derivaten gelijk te worden geïnformeerd.

1.8 Verandering in de financiële positie van de zorgaanbieder

Indien zich een verandering voordoet in de financiële positie of de bedrijfsvoering van de zorgaanbieder, die de nakoming van een verplichting onder de overeenkomst schaadt, vertraagt of in gevaar brengt, dan moet de zorgaanbieder ForZo/JJI hier meteen van op de hoogte stellen. Ook als voorzienbaar is dat die verandering zich zal voordoen, iets verandert in de situatie of die van zekerheidgevers, bijvoorbeeld in verband met de financiering en de zekerheden.

Doet zich een gebeurtenis voor waardoor een liquiditeitstekort ontstaat of zou kunnen ontstaan, dan moet de zorgaanbieder ForZo/JJI direct informeren. Ook moet de zorgaanbieder aangeven wat de mogelijke gevolgen van die gebeurtenis zijn. Indien ForZo/JJI om meer informatie of bepaalde bewijsstukken vraagt, dan moet de zorgaanbieder die informatie of bewijsstukken direct geven. Als de zorgaanbieder ForZo/JJI informatie geeft of moet geven, moet de zorgaanbieder dit tijdig, volledig en naar waarheid doen. De zorgaanbieder houdt hierbij geen relevante feiten en omstandigheden achter. De zorgaanbieder moet zorgen dat ForZo/JJI zich een realistisch beeld kan vormen over de situatie. Indien de zorgaanbieder de informatie niet of niet tijdig geeft aan ForZo/JJI, dan zal ForZo/JJI hiervoor de nodige maatregelen treffen. Voor sanctiebeleid zie hoofdstuk 2.4.

1.9 Verantwoording algemeen

In het kader van de verantwoording wordt zorgaanbieders periodiek gevraagd specifieke kwantitatieve en kwalitatieve informatie inzake de gerealiseerde productie in DBBC's en/of ZZP's en/of EP's en/of VPT's en de prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie bij ForZo/JJI aan te leveren.

De door de zorgaanbieder aan te leveren verantwoordingsinformatie wordt voor verschillende doeleinden gebruikt, waaronder:

- het bewaken van het (macro)budget forensische zorg;
- materiële controle op doelmatigheid en rechtmatigheid van de geleverde zorg;
- het verzamelen van informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg;

- het verzamelen van informatie ten behoeve van plaatsing en zorgtoeleiding in de forensische zorg.

De door zorgaanbieders in te dienen verantwoordingen en de daarvoor geldende uiterste termijnen voor het aanleveren van de verantwoording zijn ten behoeve van het overzicht samengevoegd in de tabellen, zie hoofdstuk 2.3 en 4.3.

Indien de totale productieverantwoording (DBBC en/of ZZP/EP/VPT) kleiner is dan € 125.000, is de zorgaanbieder niet verplicht een accountantsverklaring aan te leveren. De overige stukken zijn wel verplicht.

1.9.1 Verantwoording CIBG

De door ForZo/JJI gestelde eisen inzake de jaarverslaglegging voor instellingen in de forensische zorg zijn conform de [Wet Toelating Zorginstellingen](#). ForZo/JJI maakt daarom voor wat betreft de jaarverslaglegging voor gecontracteerde zorgaanbieders gebruik van de door de zorgaanbieder bij het [Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg](#) aan te leveren document Jaarverantwoording Zorg.

2 Specifieke richtlijnen DBBC

In dit hoofdstuk zijn specifieke richtlijnen met betrekking tot de DBBC vanuit ForZo/JJI opgenomen. Voor alle overige regels met betrekking tot de DBBC zijn de beleidsregels en nadere regels van de NZa van toepassing.

2.1 Voorfinanciering van zorgkosten (DBBC)

ForZo/JJI zal een deel van de geleverde DBBC-zorg voorfinancieren. De voorfinanciering van zorgkosten en bijbehorende zekerheden is vanaf contractjaar 2020 op de volgende wijze ingericht. De hoogte van de voorfinanciering van geleverde zorg wordt vastgesteld op basis van 95% van de stand van het Onderhanden Werk (verder afgekort als OHW, inclusief NHC), exclusief stand Afgesloten maar Nog niet Gefactureerd (verder afgekort als ANG) en facturatie, zoals deze wordt verantwoord in de Q2 (stand per 30 juni) DBBC- verantwoording van ieder kalenderjaar.

Op basis van het OHW Q2 (jaar t) zal ForZo/JJI een bedrag vaststellen ter voorfinanciering van de geleverde zorg. ForZo/JJI zal het OHW Q2 (jaar t) toetsen aan de stand van het OHW Q4 (jaar t). ForZo/JJI behoudt zich het recht voor om, indien blijkt dat het OHW Q2 onevenredig hoog is ten opzichte van Q4, het bedrag ter voorfinanciering van de geleverde zorg te corrigeren op basis van de aanlevering Q4 op eenzelfde systematiek zoals deze op basis van de stand Q2 ook is vastgesteld. Daarnaast hanteert ForZo/JJI ook het uitgangspunt dat een DBBC traject na 365 dagen plus twee maanden niet meer op het OHW is opgenomen, maar is afgerond en dus op het ANG dient te staan.

De betaling of vaststelling van de hoogte van de voorfinanciering van geleverde zorg zal worden opgeschort voor de periode dat:

- ondertekening van deze raamovereenkomst niet heeft plaatsgevonden, en/of;
- geen adequate rapportage inhoudende de stand en samenstelling van het OHW heeft plaatsgevonden.

Indien het onder bovenstaande punten genoemde later ontvangen wordt, verschuift de datum van vaststelling van de te betalen voorfinanciering, evenals de datum van betaling door ForZo/JJI met hetzelfde aantal dagen, als het aantal dagen dat te laat is aangeleverd.

Zolang de raamovereenkomst van toepassing is, zullen voor ieder contractjaar conform dezelfde systematiek de vorderingen inzake de betaling van voorfinanciering en het bedrag van de terugvordering vast worden gesteld, met elkaar worden verrekend.

Op verzoek van ForZo/JJI dient de zorgaanbieder binnen twee weken inzichtelijk te maken dat de door ForZo/JJI betaalde voorschotten uitsluitend zijn besteed ter (voor)financiering van de diensten. De actuele stand van de door ForZo/JJI betaalde voorfinanciering dient in de balans opgenomen te worden als nog te betalen schuld aan ForZo/JJI.

ForZo/JJI heeft te allen tijde het recht al zijn vorderingen op zorgaanbieder – ongeacht uit welke rechtsverhouding deze voortvloeien, dan wel de mate van opeisbaarheid – te verrekenen met zijn schulden aan zorgaanbieder. Middels schriftelijk akkoord inzake de raamovereenkomst 2020 verklaart de zorgaanbieder

toestemming aan ForZo/JJI te geven voor deze verruimde verrekeningsbevoegdheid. De niet-opeisbare vorderingen van ForZo/JJI worden onmiddellijk opeisbaar op het moment dat het faillissement van de zorgaanbieder is aangevraagd.

Partijen zijn met elkaar overeengekomen dat zij gedurende de looptijd over en weer tot (administratieve) vereffening van betalingsverplichtingen en wederzijdse kredietverlening over zijn gegaan. De tussen beide partijen bestaande opeisbare betalingsverplichtingen zullen continu worden verrekend in een rekening-courant verhouding. De zorgaanbieder is op basis van deze overeenkomst jegens ForZo/JJI hoogstens gerechtigd om het voor de zorgaanbieder positieve saldo van deze rekening-courantverhouding op te eisen.

2.1.1 Terugvordering van uitstaande bedragen ter voorfinanciering

Indien blijkt dat het verschil tussen de uitstaande voorfinanciering voor jaar t-1 (en eerdere contractjaren) hoger is dan de stand van het OHW per 30 juni jaar t exclusief ANG en facturatie, dan zal het verschil worden teruggevorderd.

Indien het noodzakelijk blijkt te zijn om een terugbetalingsregeling te treffen worden de volgende uitgangspunten gehanteerd;

1. Er sprake is van de situatie dat het saldo van de betalingsverplichting van zorgaanbieder jegens ForZo/JJI, het saldo van de betalingsverplichtingen van ForZo/JJI jegens zorgaanbieder met meer dan 1% overschrijdt, én;
2. bij zorgaanbieder op basis van zijn jaarrekening van de over het voorgaande kalenderjaar sprake is van één van de volgende situaties:
 - a Solvabiliteitsratio > 25%
Deze ratio drukt de mate uit waarop een instelling op lange termijn aan zijn betalings- en aflossingsverplichting kan voldoen. Deze ratio wordt berekend conform de volgende formule: $(\text{Eigen vermogen} / \text{totaal vermogen}) * 100\%$;
 - b Quickratio > 100%
Deze ratio drukt de mate uit waarop een instelling in staat is om aan alle lopende betalingsverplichtingen te kunnen voldoen. Deze ratio wordt berekend conform de volgende formule: $(\text{Vlottende Activa} + \text{Liquide middelen}) / \text{Kort Vreemd Vermogen} * 100\%$.

Mocht op grond van bovenstaande uitgangspunten sprake zijn van een financieel niet gezonde situatie en een terugbetalingsregeling niet verantwoord is, zullen andere middelen van zekerheidstelling worden opgeëist middels bijvoorbeeld pand- en hypotheekrecht, borgstelling, bankgarantie of anderszins.

2.1.2 Afronding registratie en declaratie dagbesteding en dagactiviteiten

De tijd die per cliënt is besteed aan dagactiviteiten dient eerst per maand te worden getotaliseerd en dan rekenkundig te worden afgerond op hele uren. Bij de tijd voor dagbesteding dient de afronding rekenkundig plaats te vinden bij het sluiten van de DBBC.

De rekenkundige afronding betekent dat 1 uur en 29 minuten naar beneden afgerond wordt en hier 1 uur dagbesteding voor gedeclareerd mag worden; 1 uur en 30 minuten dagbesteding wordt in de registratie en declaratie naar boven afgerond naar 2 uur.

Deze rekenkundige afronding dient per 1-1-2021 in de ICT systemen te zijn ingericht.

De zorgaanbieder dient er rekening mee te houden dat de onder 2.1.2 beschreven rekenkundige afronding tijdig in de ICT systemen dient te zijn ingericht, doch uiterlijk op 1-1-2021.

2.2 Plaatsingsbesluitnummer in de verantwoording

Vanuit kwaliteitsoverweging is het plaatsingsbesluitnummer (PBN) onderdeel van de aan te leveren data, voor zowel DBBC als ZZP/EP/VPT. Dit gegeven stelt ForZo/JJI in staat de door de zorgaanbieders aangeleverde data te verifiëren op juistheid en volledigheid. Het plaatsingsbesluitnummer is ook onderdeel van de signaalrapportage voor de (DBBC) zorgaanbieders. Hierdoor krijgen ook de zorgaanbieders meer inzicht in de verstrekte gegevens.

Het PBN dient te worden verstrekt volgens de onderstaande regels:

- Als het een cliënt betreft waarvan het PBN nog niet bekend is, dan kunt u de cijferreeks 999999999 invullen.
- In het geval het een VRIS gerelateerde cliënt betreft, dan kunt u de cijferreeks 111111111 invullen.
- Als het een PIJ gerelateerde cliënt betreft dan vult u de cijferreeks 222222222 in.
- Voor overige cliënten (RM'er, langgestraften etc.) die niet onder een regulier contract/categorie vallen dan vult u de cijferreeks 333333333 in.

2.3 DBBC verantwoordingen

De door de zorgaanbieder in te dienen verantwoordingen inzake de gerealiseerde productie voor DBBC dienen conform de door ForZo/JJI en Vektis ontwikkelde berichtstandaard Verantwoording forensische zorg te zijn (zie: www.vektis.nl/standaardisatie). Tevens dient de definitieve jaarverantwoordingen door een externe accountant gewaarmerkt te zijn en te zijn voorzien van een accountantsverklaring. De zorgaanbieders dienen de voor hen van toepassing zijnde jaarverantwoordingen (t)¹ inclusief de daarbij behorende accountantsverklaring vóór 1 juni (t+1) in te dienen bij ForZo/JJI.

ForZo/JJI stelt controleprotocollen op met aanwijzingen voor de accountantscontrole die door de externe accountant wordt uitgevoerd. De voor het jaar (t) van toepassing zijnde verantwoordingsformats en controleprotocollen worden gepubliceerd op de [website](#).

Zorgaanbieders die met ForZo/JJI een raamovereenkomst zijn overeengekomen voor het perceel Klinische zorg, het perceel Ambulante behandeling en het perceel Tbs, dienen over DBBC's per kalenderjaar 2020 en kalenderjaar 2021 op een viertal peilmomenten een tussentijdse verantwoording (zonder accountantsverklaring) aan te leveren bij ForZo/JJI.

Alle aangeleverde standen worden gecontroleerd door ForZo/JJI. De uitkomst van deze controle wordt gerapporteerd middels een signaalrapportage. Op basis van de

¹ (t) dient in deze handleiding geïnterpreteerd als het kalenderjaar waarover wordt verantwoord, (t-1) als het voorgaande kalenderjaar, en (t+1) als het opvolgende kalenderjaar

signaalrapportage worden signalen (dit zijn aandachtspunten) en (mogelijke) fouten in een rapportage naar de aanbieder verstuurd. Hierop dient de aanbieder een toelichting te geven.

De Q1 t/m Q4 en jaarverantwoordingen in DBBC's omvat de volgende uitvraag:

- 1 Stand van het OHW DBBC's per contractjaar;
- 2 Stand van het ANG DBBC's, bevattende zowel nog niet gefactureerde afgesloten DBBC's, als de gefactureerde nog niet goedgekeurde DBBC's (op de peildatum is nog geen retourinformatie ontvangen);
- 3 Stand goedgekeurde DBBC facturatie (op de peildatum is retourinformatie ontvangen), welke door ForZo/JJI zorgaanbieder wordt ingezet ter afstemming;
- 4 Overzicht van de totaal gerealiseerde verblijfsdagen (per kalenderjaar) per verblijfssoort, die een combinatie van verblijfsintensiteit en beveiligingsniveau is.

Zie tabel 3 voor het overzicht wanneer de verantwoording moet worden aangeleverd.

Tabel 3: Data oplevering verantwoording DBBC's, per kwartaal

Peilmoment	Deadline	a. standen OHW en ANG DBBC's per contractnummer, op peildatum (t);
		b. het aantal verblijfsdagen per verblijfssoort per contractnummer in de periode 01-01 (t) t/m peildatum.
31-03 (t)	15-04 (t)	Inhoudelijk correcte aanlevering Q1
	01-05 (t)	(optioneel) Definitieve aanlevering Q1
30-06 (t)	15-07 (t)	Inhoudelijk correcte aanlevering Q2
	01-08 (t)	(optioneel) Definitieve aanlevering Q2
30-09 (t)	15-10 (t)	Inhoudelijk correcte aanlevering Q3
	01-11 (t)	(optioneel) Definitieve aanlevering Q3
31-12 (t)	15-02 (t+1)	Inhoudelijk correcte aanlevering Q4
	01-04 (t+1)	(optioneel) gecorrigeerde aanlevering op basis van feedback
31-12 (t)	01-06 (t+1)	(optioneel) Definitieve aanlevering met accountantsverklaring (bij totale productieverantwoording (DBBC en/of ZZP/EP/VPT) groter dan € 125.000)

Met ingang van de verantwoording Q3 2020 vervalt de verplichting tot het aanleveren van een concept aanlevering én een definitieve aanlevering. In plaats daarvan geldt een uiterste datum voor het aanleveren van een inhoudelijk correcte (volgens retourbericht) verantwoording. Als uit beoordeling blijkt dat geen correctie nodig is, dan wordt de aangeleverde verantwoording als definitief beschouwd; als blijkt dat wel een correctie nodig is, dan geldt ook daarvoor een uiterste datum van indienen.

2.3.1 *Waardebepaling OHW*

De waardebepaling van OHW voor een DBBC houdt in dat per DBBC op basis van de vastgestelde indicatie (diagnose) en de reeds bestede tijd voor de betreffende DBBC wordt bepaald in welke minutenrange en productgroep de DBBC zou vallen, indien de DBBC op de einddatum waarover verantwoord wordt, zou worden afgesloten.

Voor de overige subonderdelen (verblijf, dagbesteding, FPT, toeslag SGLVG+ en methadon) van het OHW dient (per periode waarover dient te worden verantwoord) de waarde te worden bepaald op basis van de contractueel met ForZo/JJI overeengekomen DBBC tarieven voor het betreffende contractjaar.

2.3.2 *Waardebepaling ANG*

Het betreft hier de waarde van de DBBC's die:

- 1 wel zijn afgesloten voor de peildatum, maar nog niet zijn gefactureerd;
- 2 of waarvan op de peildatum nog geen retourbericht met een goedkeuring van de ingediende factuur van ForZo/JJI is ontvangen. Deze DBBC's dienen te worden gewaardeerd tegen het (te verwachten) werkelijke factuurbedrag volgens de productstructuur en de geldende declaratiebepalingen.

Na sluiting van de DBBC moet deze per omgaande de status ANG krijgen zodat de DBBC in de verantwoording als ANG opgenomen kan worden. Via de signaalrapportages worden eventuele afwijkingen op het ANG (ten opzichte van het ANG van de voorgaande aanlevering of de facturatie van de desbetreffende DBBC) teruggekoppeld.

2.3.3 *Waarde stand goedgekeurde en uitbetaalde DBBC facturatie*

Onder de goedgekeurde DBBC facturatie wordt verstaan: alle DBBC facturen die bij ForZo/JJI in de betreffende verantwoordingsperiode (betrekking hebbende op de verschillende contractjaren) zijn ingediend en waarbij de zorgaanbieder de retourinformatie 'goedgekeurd' in de betreffende verantwoordingsperiode heeft ontvangen. Het voorgaande houdt in dat, indien de retourinformatie met daarin de omschrijving 'goedgekeurd' ná peildatum van de verantwoording is ontvangen, de waarde van de gefactureerde DBBC's opgenomen dient te worden in de stand van de ANG en wel onder het betreffende contractjaar.

2.4 **Opschorting in behandeling nemen van facturen**

De uitbetaling van goedgekeurde facturen is gekoppeld aan de informatieplicht van de zorgaanbieder richting ForZo/JJI, zie 1.8 van deze handleiding.

Daarnaast is de uitbetaling van goedgekeurde facturen ook gekoppeld aan de tijdige aanlevering van de verantwoordingen, zie 2.3 en 4.3 van deze handleiding.

Dit houdt in dat bij het niet of niet tijdig aanleveren van de informatie zoals beschreven onder 1.7 en 2.4 van deze handleiding, de facturen niet in behandeling worden genomen totdat de nodige informatie is aangeleverd bij ForZo/JJI.

In het Facturatie Controle Systeem (FCS) is dit zodanig ingeregeld dat de zorgaanbieder die niet (tijdig) aanlevert bij het indienen van een factuur, automatisch een bericht krijgt dat de factuur niet in behandeling is genomen. Deze blokkade voor het indienen van facturen wordt ingetrokken, zodra de zorgaanbieder voldaan heeft aan zijn aanleververplichtingen.

2.5 Accountantsverklaring jaarverantwoording DBBC

Een externe accountant dient elk jaar een controle uit te voeren ten behoeve van de door de zorgaanbieder aan te leveren jaarverantwoording DBBC's. De accountant dient hierbij te controleren of de door de zorgaanbieder bij ForZo/JJI aan te leveren mutatiestanden OHW DBBC's per peildatum 31 december van ieder jaar, de mutatiestanden ANG DBBC's per peildatum 31 december en de stand van de goedgekeurde en uitbetaalde DBBC facturatie voor het boekjaar en het aantal verblijfsdagen² juist zijn.

Op basis van de controle op de DBBC jaarverantwoording geeft de accountant een accountantsverklaring af. De door de externe accountant uitgevoerde controle dient conform de aanwijzingen van de door het Ministerie van Justitie en Veiligheid gepubliceerde 'accountantsprotocol DBBC's Forensische Zorg 2020' plaats te vinden. Zorgaanbieders dienen uiterlijk op 1 juni (t+1) de door de accountant gewaarmerkte DBBC verantwoording (van het jaar t) conform het door ForZo/JJI gepubliceerde format, inclusief een bijbehorende accountantsverklaring, bij ForZo/JJI aan te leveren.

2.6 Portaal FiZZa

Ter ondersteuning bij het verstrekken van de accountantsverklaring op de jaarverantwoording verstrekt ForZo/JJI via FiZZa de Omzetrapportage. Dit betreft de mutatie op het OHW en het ANG op basis van de door zorgaanbieder aangeleverde OHW- en ANG-standen alsmede de goedgekeurde facturatie.

2.7 Afrekenen DBBC per contractjaar

Een DBBC dient na maximaal 365 dagen te worden afgesloten. Een afgesloten DBBC dient zo spoedig mogelijk na afsluiten doch binnen 1 jaar na sluitingsdatum van de DBBC gefactureerd te zijn. Indien een contractjaar volledig is uitgefactureerd, zal vaststelling van de productie over dat contractjaar plaatsvinden

² Het aantal DBBC-verblijfsdagen wordt apart verantwoord onder de niet financiële informatie.

3 Doelmatigheidsinstrumenten

Doelmatige zorg betekent dat zorg wordt geleverd die passend is bij de zorgvraag van de cliënt. In overleg met het forensische veld zijn drie doelmatigheidsinstrumenten ontwikkeld:

- 1 Normering van individuele afschaling op bedletters
- 2 Normering van de behandeling en de dagbesteding
- 3 Ruimere interpretatie van de VOV - Ratio

3.1 Normering van individuele afschaling op bedletters

Bij doelmatige zorg hoort afschalen in intensiteit wanneer dit mogelijk is en opschalen wanneer dit nodig is. Om effectiever te kunnen sturen op doelmatige zorg wordt op- en afschaling genormeerd. De netto afschaling per kalenderjaar wordt genormeerd per bedletter, waarbij onderscheid is gemaakt in overige forensische zorg (OFZ) en tbs. De netto afschaling is het saldo van aantal op- en afschalingen dat een aanbieder in een kalenderjaar realiseert ten opzichte van de verblijfsintensiteit (bedletter) bij de start van het jaar (of de eerst gedeclareerde bedletter wanneer in de loop van het jaar is ingestroomd). Afschalen van G naar F is 1 afschaalbeweging. Andersom is opschalen het wijzigen van de verblijfsintensiteit, bijvoorbeeld van E naar F. Netto afschaling is de som van het aantal opschalingen minus het aantal afschalingen gerealiseerd in een kalenderjaar. Een mutatie wordt pas meegeteld wanneer 30 dagen achtereenvolgend de lagere/hogere bedletter gedeclareerd wordt. Als financiële consequentie voor het al dan niet halen van de norm wordt een bonus-malussysteem gehanteerd.

De Malus wordt als volgt berekend:

(Max.Norm – Werkelijke Afschaling) * malusbedrag * 365/2 = Malus

De Bonus gaat uit van shared savings, get verschil wordt voor 50/50 tussen aanbieder en DJI verdeeld. De bonus wordt als volgt berekend:

(Min. Norm – Werkelijke Afschaling) * bonusbedrag * 365 / 2 * 50% = Bonus

Voor 2021 geldt dat de malus maximaal 3% zal bedragen van de DBBC-verblijfsomzet van de aanbieder. Het tbs- en OFZ-contract worden afzonderlijk afgerekend. De maximale malus van 3% van de DBBC-verblijfsomzet geldt afzonderlijk voor het tbs- en OFZ-contract. Voor de jaren daarna zullen in het kader van de doorontwikkeling van het instrument mogelijk andere afspraken worden gemaakt.

Het malus- / bonusbedrag wordt bepaald op basis van de geleverde bedletters, waarbij het bedrag per letter wordt vastgesteld op het verschil van de prijs van die prestatie met de prijs van de eerstvolgende prestatie. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen OFZ (beveiligingsniveau 1, 2 en 3) en tbs (beveiligingsniveau 4). Dus DJI-tarief verblijfsdag G -/- DJI-tarief verblijfsdag F voor normbedrag van bedletter G.

Tabel 4: Afrekenbedragen bedletters

Bedletter	Gemiddeld tarief OFZ	Verschil OFZ	Tarief TBS	Verschil TBS
A	€ 150,40	€ -	€ 213,15	€ -
B	€ 201,98	€ 51,59	€ 264,74	€ 51,59
C	€ 265,03	€ 63,05	€ 350,97	€ 86,23
D	€ 338,31	€ 73,28	€ 404,38	€ 53,41
E	€ 408,65	€ 70,34	€ 477,83	€ 73,45
F	€ 502,22	€ 93,57	€ 628,48	€ 150,65
G	€ 637,94	€ 135,72	€ 801,60	€ 173,12

3.2 Normering van de behandeling en dagbesteding

Voor behandeling en dagbesteding zijn op basis van data-analyses normen vastgesteld. De normen zijn bepaald op basis van facturatiegegevens van contractjaar 2018. Hierbij is naar de gemiddelde behandelduur per dag gekeken.

Er is voor de klinische setting sprake van een drietal dominante stoornissen (geclassificeerd als hoofddiagnose), te weten 'aan een middel gebonden stoornissen', 'schizofrenie en andere psychotische stoornissen' en 'persoonlijkheidsstoornissen'. Deze drie stoornissen nemen gemiddeld circa driekwart van de totale populatie voor hun rekening. De overige zeven stoornissen nemen het resterende kwart voor hun rekening.

Ten aanzien van de gemiddelde behandelduur en dagbesteding zijn de stoornissen 'aan een middel gebonden' en 'persoonlijkheid' vergelijkbaar. De stoornis 'schizofrenie' wijkt qua behandelduur duidelijk naar beneden af. Op grond van de beperkte spreiding in behandelduur en het relatieve belang van de overige stoornissen in de totale populatie zijn deze samengevoegd tot een groep. De gemiddelde behandelduur van deze groep ligt tussen die van 'aan een middel / persoonlijkheid' en 'schizofrenie' in.

In de analyses is een duidelijk verschil naar voren gekomen tussen de gemiddelde behandelduur en dagbesteding naar contract. Binnen het OFZ-contract is sprake van een hogere gemiddelde behandelduur dan binnen het tbs-contract. Ten aanzien van de gemiddelde dagbesteding geldt het omgekeerde. Daarom zijn verschillende normen voor de OFZ en tbs vastgesteld.

Tabel 5 : normering doelmatigheid behandeling en dagbesteding

Normering Doelmatigheid Behandeling en dagbesteding				
Groepen stoornissen OFZ	maximale behandelduur per dag	gemiddeld tarief behandeling	maximale duur dagbesteding per dag	gemiddeld tarief dagbesteding
aan een middel / persoonlijkheid	1,44	127,37	1,21	30,10
overige stoornissen	1,31	128,18	1,60	30,10
schizofrenie	1,20	139,44	1,47	30,10
Groepen Stoornissen TBS				
aan een middel / persoonlijkheid	1,37	127,37	1,90	30,10
overige stoornissen	1,24	128,18	1,82	30,10
schizofrenie	0,89	139,44	1,52	30,10

Ten einde de FZ-aanbieders ruimte te geven in hun aanpak te kunnen schuiven tussen behandeling en dagbesteding mag een eventuele overschrijding op behandeling worden gecompenseerd met een eventuele onderschrijding op dagbesteding en omgekeerd. Dit kan op het niveau van de (groep van) stoornissen. Het (resterende) aantal uren behandeling en/of dagbesteding boven de norm moet worden terugbetaald aan DJI.

De formule van de afrekening is als volgt:

$\text{Uurtarief} * (\text{Norm uren} - \text{Realisatie uren}) = \text{Afrekenbedrag}$

Het uurtarief behandeling is berekend door het tarief van een range te delen door het gemiddelde aantal minuten van de range en deze prijs per minuut te vermenigvuldigen met 60.

Deze uurtarieven van alle minutenranges per stoornis worden gemiddeld om te komen tot drie gemiddelde uurtarieven. Deze worden toegepast in de formule voor afrekening.

Zorgaanbieders krijgen de mogelijkheid zich aan te passen aan de gewijzigde situatie zonder dat sprake is van een onevenredige financiële impact. Daarom bedraagt in het eerste jaar (2021) van invoering van het doelmatigheidsinstrument voor behandeling en dagbesteding de afrekening 35% (korting 65%) van het bedrag dat op grond van de normering is bepaald. In het tweede jaar (2022) bedraagt dit 70% (korting 30%). Na het tweede jaar vindt afrekening plaats tegen 100%.

3.3 Ruimere interpretatie van de VOV - ratio

Om efficiëntere inzet van VOV-personeel mogelijk te maken en zorgaanbieders niet te beperken in de doelmatige inzet van de beperkte capaciteit is een ruimere interpretatie van de VOV-norm mogelijk gemaakt.

Er wordt conform het materiele controleplan op jaarbasis op afdeling – en subafdeling gekeken naar de inzet van VOV-personeel. Zijn er dan afdelingen die incidenteel minder inzetten dan de norm, dan wordt gekeken naar de grotere

eenheid van afdelingen binnen de instelling en of deze eenheid in geheel wel aan de norm voldoet. Definitie eenheid: De eenheid is een clustering van afdelingen die geografisch bij elkaar ligt waarbij zorgpersoneel tussen afdelingen kan worden ingezet. Hierbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de inrichting van de zorgaanbieder. Deze eenheid wordt voorafgaand aan het jaar (ingående vanaf 2021) opgegeven bij ForZo/JJI.

De zorgaanbieder dient in het betreffende kwartaal dat een afdeling op jaarbasis onder de VOV-norm dreigt te komen proactief ForZo/JJI hierover te informeren. Wanneer dit juist en tijdig gebeurt en de eenheid voldoet aan de VOV-norm, dan is dit voldoende om incidenteel de VOV-toets te betrekken op de grotere eenheid. Een instelling kan niet tweemaal aangesproken worden op hetzelfde feit (eerst toets op de facturatie van de juiste letter en daarna evt. afrekenen op de norm voor de afschaling).

De verruimde toets op het VOV-personeel wordt opgenomen in het controleplan MC 2021.

Vervolg

De uitwerking van het doelmatigheidsinstrument is tot stand gekomen in goede samenwerking tussen een afvaardiging van forensische zorgaanbieders en DJI. Deze samenwerking wordt gecontinueerd en daarbij wordt gewerkt aan de verdere doorontwikkeling van het instrument. Naast de doorontwikkeling is ook het jaarlijkse herijken van de normen van belang. Voorts zal de werking van het model in dit kader gemonitord worden.

4 Specifieke richtlijnen ZZP/EP/VPT

In deze paragraaf vindt u specifieke richtlijnen voor met betrekking tot de ZZP/EP/VPT vanuit ForZo/JJI. Voor alle overige regels met betrekking tot de ZZP/EP/VPT zijn de beleidsregels en nadere regels van de NZa van toepassing.

4.1 Facturatie ZZP/EP/VPT

ForZo/JJI heeft een keuze gemaakt in de ZZP's die worden ingekocht. Voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is dit de ZZP-C reeks (exclusief dagbesteding). Dit zijn de codes Z310, Z320, Z330, Z340 en Z350. Voor de verstandelijke gehandicaptenzorg (VG) worden de ZZP's VG ingekocht (inclusief dagbesteding). Dit zijn de codes Z415, Z425, Z433, Z443, Z463 en Z473.

Daarnaast worden EP's ingekocht. Dit zijn de begeleidingsparameters (H300, H150, H152 en H153), prestaties gekoppeld aan de functie BH (H328 en H329) en prestaties dagbesteding (H811, H812 en H813).

Verder wordt ook de dagactiviteit F125 ingekocht voor zowel extramurale trajecten als voor de ZZP C-reeks.

ForZo/JJI heeft een keuze gemaakt in de VPT's die worden ingekocht. Voor de GGZ ZZP-C reeks (exclusief dagbesteding) zijn dit de codes V310, V320, V330, V340, V350 en V360. Voor de VG (inclusief dagbesteding) zijn dit de codes V415, V425, V431, V441, V455, V461 en V471.

Voor de LVG zijn dit de codes V513, V523, V533, V543 en V553.

Voor de SGLVG is dit de code V573.

Verder wordt ook de dagactiviteit VPT125 ingekocht voor de VPT.

De ZZP's, EP's en VPT's dienen maandelijks te worden gefactureerd. Ten behoeve van een tijdige en gelijkmatige facturatie heeft ForZo/JJI de termijn waarop de zorgaanbieders de maandelijks geleverde zorg dienen te declareren gesteld op uiterlijk 18 dagen na afsluiting van de maand. Meer informatie over het factureren van ZZP/EP/VPT is opgenomen in het declaratieprotocol op de [website](#).

4.2 Tarieven ZZP/EP/VPT

Voor de maximumtarieven inzake de ZZP/EP/VPT wordt u verwezen naar de [tariefbeschikking](#) van de NZa. De toegepaste tariefcorrecties door DJI op de maximum NZa tarieven zijn beschreven in het Toetredingsdocument.

Het zak- en kleedgeld kan uitsluitend via de jaarverantwoording worden gedeclareerd. Tussentijdse facturen inzake het zak- en kleedgeld worden niet in behandeling genomen.

4.3 Facturatie en verantwoordingen ZZP/EP/VPT

Zorgaanbieders die met ForZo/JJI een raamovereenkomst zijn overeengekomen voor het perceel Ambulante begeleiding & verblijfszorg en/of het perceel Tbs dienen de ZZP's en/of EP's maandelijks te factureren.

Zorgaanbieders die met ForZo/JJI een raamovereenkomst zijn overeengekomen voor Volledig Pakket Thuis GGZ en/of Raamovereenkomst Volledig Pakket Thuis VG

dienen eveneens de VPT's maandelijks te factureren.

ForZo/JJI verkrijgt hiermee de benodigde tussentijdse informatie ten behoeve van het monitoren van de productie en de uitnutting van het macrobudget. Daarnaast dienen de zorgaanbieders ten behoeve van de jaarlijkse afrekening van de geleverde zorg een jaarverantwoording inzake de geleverde zorg in ZZP's en/of EP's en/of VPT's bij ForZo/JJI aan te leveren.

In hierna volgend overzicht is samengevat wanneer en onder welke voorwaarden de verantwoording³ in het kader van ZZP/EP/VPT opgeleverd dient te worden.

Tabel 6: aanlevermomenten ZZP/EP verantwoordingen

Peilmoment	Deadline	Informatie die moet worden aangeleverd
31-12 (t)	15-02 (t+1)	a. standen ANG inzake ZZP/EP/VPT per contractnummer inzake de peildatum 31-12 (t).
31-12 (t)	01-06 (t+1)	a. standen ANG inzake ZZP/EP/VPT per contractnummer inzake de peildatum 31-12 (t); b. Met accountantsverklaring (DBBC en/of ZZP/EP/VPT) groter dan € 125.000).

Zie voor het sanctiebeleid bij niet tijdig aanleveren hoofdstuk 2.4.

4.4 Opschorting in behandeling nemen van facturen

De uitbetaling van goedgekeurde facturen is gekoppeld aan de tijdige aanlevering van de 15-02 verantwoording. Dit houdt in dat bij het niet of niet tijdig aanleveren van de 15-02 verantwoording, facturen niet in behandeling worden genomen totdat de 15-02 verantwoording is aangeleverd.

In het Facturatie Controle Systeem (FCS) is ingeregeld dat de zorgaanbieder die niet (tijdig) aanlevert bij het indienen van een factuur, automatisch een bericht krijgt dat de factuur niet in behandeling is genomen. Deze blokkade voor het indienen van facturen wordt ingetrokken, zodra de zorgaanbieder voldaan heeft aan zijn aanleververplichtingen.

4.5 Accountantsverklaring verantwoording ZZP/EP/VPT

De door de zorgaanbieder in te dienen verantwoordingen inzake de geleverde zorg in ZZP's en/of EP's en/of VPT's dienen conform de door ForZo/JJI en Vektis ontwikkelde berichtstandaard Verantwoording forensische zorg plaats te vinden (zie: www.vektis.nl/standaardisatie). Tevens dient de definitieve jaarverantwoordingen door een externe accountant gewaarmerkt te zijn en te zijn voorzien van een accountantsverklaring. De zorgaanbieders dienen de voor hen van toepassing zijnde jaarverantwoording (t) inclusief de daarbij behorende accountantsverklaring vóór 1 juni (t+1) in te dienen bij ForZo/JJI.

De in het jaar t geleverde ZZP/EP/VPT zorg die gedeclareerd wordt in de periode 1 januari (jaar t+1) t/m 30 maart (jaar t+1) dient bij de jaarverantwoording en de daarbij horende accountantsverklaring op het ANG te staan.

ForZo/JJI stelt controleprotocollen op met aanwijzingen voor de accountantscontrole die door de externe accountant wordt uitgevoerd. De voor het jaar (t) van

³ Het aantal ZZP-verblijfsdagen wordt tevens verantwoord onder de niet financiële informatie.

toepassing zijnde verantwoordingsformats en controleprotocollen worden gepubliceerd op de [website](#).

4.6 Afrekening ZZP/EP/VPT

Op de ZZP tarieven zijn kortingen op de ZZP C3 tot en met C5 toegepast, zie hoofdstuk 1.4. Op de ZZP en dagactiviteiten vindt in principe geen aparte afrekening plaats. Hiervoor geldt goedgekeurde facturatie via FCS is gelijk aan de afrekening, mits hier geen correcties, bijvoorbeeld dubbele facturatie, op plaats hoeven te vinden.

Voor de EP geldt dat indien de goedgekeurde facturatie via FCS op de in tabel 7 genoemde parameters hoger is dan het gestelde maximum percentage, dit in de vaststelling over boekjaar (t) wordt gecorrigeerd en het te veel gedeclareerde bedrag terug wordt gevorderd.

Tabel 7: Maximum aandeel deelprestaties perceel Ambulante Begeleiding & Verblijfszorg

Deelprestatie	Maximaal aandeel totaal EP's
H152 & H153	65%
H150	20%
H300	100%

Voor de afrekening van de productmix geldt het totaal aantal uren dat een zorgaanbieder maakt op H150, H152 en H153. Dus de som van alle drie de prestaties is 100%. Vervolgens stellen we op basis van deze 100% het maximum per deelprestatie (65% en/of 20%). Bij overschrijding van 65% en/of 20% wordt het verschil overgeboekt naar H300. De overboeking geschiedt niet trapsgewijs maar wordt direct naar H300 geboekt.

De gecontracteerde zorgaanbieders voor de VPT krijgen op basis van de geleverde Prestaties de geleverde zorg bekostigd middels goedgekeurde declaraties. De definitieve afrekening VPT zal, nadat de pilot is geëvalueerd, door ForZo/JJI worden opgesteld.

5 Informatie-uitwisseling

5.1 Algemene Verordening Gegevensbescherming

Partijen verschaffen elkaar met in achtneming van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) te allen tijde de informatie die zij nodig hebben bij de nakoming van de middels de raamovereenkomst aangegane verplichtingen alsmede voor de uitvoering van diens wettelijke taken, waaronder:

- a de gegevens als beschreven in de Handleiding B&V;
- b de gegevens met betrekking tot de diensten welke op basis van wet- en regelgeving dient te worden verstrekt;
- c het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (naar analogie van de WTZi). In het document voornoemd dient de door middel van deze overeenkomst gecontracteerde zorg afzonderlijk inzichtelijk gemaakt te worden;
- d een voorgenomen besluit tot aanvraag van faillissement van zorgaanbieder, dan wel de holding waar zorgaanbieder deel van uitmaakt.

5.2 Bevoegdheden Algemene Rekenkamer en ADR

De Algemene Rekenkamer en de Auditdienst Rijk (ADR) zijn wettelijk bevoegd met inachtneming van de in de wet omschreven taken en bevoegdheden, doelmatigheidsonderzoeken te doen ter zake van de zorgaanbieder. Zorgaanbieder verleent aan een zodanig onderzoek alle medewerking, met inachtneming van onder andere het bepaalde bij of krachtens de wet, zoals de WGBO, de Wet BIG en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

5.3 Afstemming bij mediacontact

Gezien de politieke verantwoordelijkheid van de minister voor Rechtsbescherming zal ten aanzien van mediacontact over maatschappelijk gevoelige onderwerpen in verband met de verpleging, behandeling en beveiliging van justitiabelen met een strafrechtelijke titel of aangelegenheden die het ministerie van Justitie en Veiligheid raken, voorafgaand overleg tussen partijen plaatsvinden waarbij geldt dat in geval van incidenten de regie over de mediacontacten bij de Directie Communicatie van het ministerie van Justitie en Veiligheid ligt.

5.4 Informatievoorziening bij rapport IGJ en IJenV

Zorgaanbieder informeert de plaatsende/toezichthoudende instantie omtrent de instroom, doorstroom en uitstroom (waaronder ook wordt verstaan overplaatsingen) van justitiabelen. Zorgaanbieder informeert ForZo/JJI als een rapport door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of de Inspectie Justitie en Veiligheid (IJenV) over zijn instelling is uitgebracht en stelt dit rapport desgevraagd direct ter beschikking aan ForZo/JJI.

5.5 Gegevensuitwisseling

Zorgaanbieder en ForZo/JJI wisselen gegevens betreffende de justitiabelen en in het bijzonder de geleverde zorgproducten zoveel mogelijk geautomatiseerd uit middels het door ForZo/JJI aan te leveren digitale format met inachtneming van de verplichtingen van beide partijen die volgen uit de AVG en de Wet justitiële strafvorderlijke gegevens (hierna de Wjsg).

5.6 CDD+ (van toepassing voor perceel Tbs)

Zorgaanbieder dient de door hem geproduceerde documenten zelf te uploaden in het digitaal archief (CDD+).

6 Kwaliteit

In dit hoofdstuk wordt het kwaliteitskader nader toegelicht. Het kwaliteitskader omvat de prestatie-indicatoren, contractmanagement en het belonen van KFZ producten.

6.1 Prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie

Bij de verantwoording over en registratie van de prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie zijn de volgende onderdelen van belang:

- Gids Prestatie-Indicatoren Forensische Psychiatrie
- de minimale instroom
- de digitale vragenlijst (in CTM)
- het rapport van feitelijke bevindingen
- de boeteclausule

Deze onderdelen zijn hieronder nader uitgewerkt.

6.1.1 *Gids Prestatie-Indicatoren Forensische Psychiatrie*

De prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie zijn te vinden in de Gids Prestatie-Indicatoren Forensische Psychiatrie 2020 (bijlage 26). De Indicatorengids van de opvolgende jaren worden naar verwachting omstreeks de maand september gepubliceerd op de [website](#). In deze indicatorengids staan tevens de normen voor de financieel genormeerde indicatoren (indicator 1 en 3) voor het betreffende jaar.

6.1.2 *Minimale instroom*

Indien de instroom in de eerste 8 maanden van het jaar voorafgaand aan het verslagjaar tenminste 15 patiënten voor een bepaalde zorgsetting bedraagt, geldt de verantwoordingsplicht door middel van de prestatie-indicatoren voor die betreffende zorgsetting. Hiervoor is gekozen omdat bij een te klein aantal patiënten de indicatoren niet betrouwbaar geïnterpreteerd kunnen worden. Indien een aanbieder meerdere zorgsettingen heeft met een minimale instroom van 15 patiënten, dan geldt de verantwoordingsplicht voor al deze zorgsettingen. Hier zit geen maximaal aantal aan. Zorgaanbieders die zich hebben ingeschreven voor het perceel Tbs dienen zich altijd te verantwoorden over de zorgsetting FPC ongeacht de instroom. Jaarlijks worden, in oktober voorafgaand aan het verslagjaar, de gecontracteerde zorgaanbieders geïnformeerd of, en zo ja over welke zorgsettingen zij dienen te verantwoorden. De verantwoordingsverplichting is tevens opgenomen in het contract tussen ForZo/JJI en de zorgaanbieder. Aanbieders worden per brief in CTM geïnformeerd of en over welke zorgsetting(en) zij zich moeten verantwoorden.

6.1.3 *Digitale vragenlijst*

Ten behoeve van de verantwoording van de prestatie-indicatoren forensische psychiatrie wordt een digitale vragenlijst ingericht in CTM. U ontvangt via CTM een uitnodiging om de vragenlijst in te vullen. U wordt nader geïnformeerd over de wijze waarop u de prestatie-indicatoren kunt indienen.

Binnen de contractperiode zal er toegewerkt worden naar de nieuwe systematiek voor het uitvragen van de prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie. Dit houdt in dat er toegewerkt wordt naar een eenvoudigere halfjaarlijkse uitvraag van de

financieel genormeerde indicatoren en een jaarlijkse uitvraag van de overige indicator(en) vanaf verslagjaar 2021. Aangezien er binnen de contractperiode met twee verschillende aanleveringen wordt gewerkt staan hieronder beide werkwijze beschreven.

Aanlevering verslagjaar 2020

Indien de zorgaanbieder op 1 juni 2020 bij één of meer financieel genormeerde indicatoren onder de gestelde norm scoort dient de zorgaanbieder dit uiterlijk 1 juli 2020 te melden en een kort verbeterplan aan te leveren met daarin beschreven hoe de norm voor het eind van het jaar wel gehaald wordt. Dit verbeterplan dient aangeleverd te worden aan inkoopforensischezorg@dji.minjus.nl.

In het eerste kwartaal van 2021 zal de digitale vragenlijst beschikbaar worden gesteld in CTM en krijgen de zorgaanbieders de gelegenheid hun gegevens over verslagjaar 2020 in te voeren. Na aanlevering van de gegevens, zal de zogenaamde 'schoningsfase' beginnen. Hierbij wordt gekeken naar het behalen van de norm en de plausibiliteit van de ingevoerde gegevens. Eventuele vragen en opmerkingen worden vervolgens bij de zorgaanbieder teruggelegd. Zorgaanbieder worden hierna in de gelegenheid gesteld om de gegevens opnieuw te bekijken, te beoordelen en eventueel foutief ingevoerde gegevens te herstellen. Tevens dienen zorgaanbieders voorafgaand aan de definitieve sluiting van de digitale vragenlijst op 1 juni (2021), eventuele afwijkingen uit het Rapport van Feitelijke Bevindingen (zie paragraaf 5.1.4) te corrigeren in de digitale vragenlijst. Indien 1 juni in het weekend valt zal de sluiting van de digitale vragenlijst op de eerstvolgende werkdag daarna plaatsvinden. De zorgaanbieder blijft, ondanks de schoningsfase, zelf onverkort verantwoordelijk jegens ForZo/JJI voor de juistheid en volledigheid van de aangeleverde gegevens.

Aanlevering verslagjaar 2021 en verder

Zorgaanbieders dienen de financieel genormeerde indicatoren 2 maal per jaar aan te leveren via een digitale vragenlijst in CTM. Van deze twee uitkomsten zal het gemiddelde gelden als definitieve aanlevering. Na de tweede aanlevering zal bekeken worden of de normen zijn behaald.

Eerste aanlevering (financieel genormeerde indicatoren):

De eerste aanlevering geldt alleen voor de financieel genormeerde indicatoren en is hiermee niet van toepassing op de zorgsetting Beschermd wonen en Ambulante begeleiding. De eerste aanlevering zal plaatsvinden in het derde kwartaal van jaar (t). De betreffende aanbieders krijgen hier een uitnodiging voor in CTM. Tijdens deze uitvraag zal er niet gewerkt worden met een 'schoningsfase'. De digitale vragenlijst zal opengesteld worden vanaf begin juni en de definitieve sluiting van deze aanlevering is 1 augustus jaar (t). Indien 1 augustus in het weekend valt zal de sluiting van de digitale vragenlijst op de eerstvolgende werkdag daarna plaatsvinden. Hierbij hoeft er geen Rapport van feitelijke bevindingen aangeleverd te worden.

Tweede aanlevering (alle indicatoren):

De tweede aanlevering vindt plaats in het eerste kwartaal van (t+1). De digitale vragenlijst wordt beschikbaar gesteld en zorgaanbieders krijgen de gelegenheid hun gegevens over jaar (t) in te voeren. Na aanlevering van de gegevens, zal de zogenaamde 'schoningsfase' beginnen. Hierbij wordt gekeken naar plausibiliteit van de ingevoerde gegevens. Eventuele vragen en opmerkingen worden vervolgens bij

de zorgaanbieder teruggelegd. Zorgaanbieder worden hierna in de gelegenheid gesteld om de gegevens opnieuw te bekijken, te beoordelen en eventueel foutief ingevoerde gegevens te herstellen. Tevens dienen zorgaanbieders voorafgaand aan de definitieve sluiting van de digitale vragenlijst op 1 juni (jaar t+1), eventuele afwijkingen uit het Rapport van Feitelijke Bevindingen (zie paragraaf 5.1.4) te corrigeren in de digitale vragenlijst. Indien 1 juni in het weekend valt zal de sluiting van de digitale vragenlijst op de eerstvolgende werkdag daarna plaatsvinden. De zorgaanbieder blijft, ondanks de schoningsfase, zelf onverkort verantwoordelijk jegens ForZo/JJI voor de juistheid en volledigheid van de aangeleverde gegevens.

De nieuwe werkwijze staat beschreven in de indicatorenengids prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie van het betreffende jaar.

6.1.4 *Rapport van Feitelijke Bevindingen genormeerde prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie*

Zorgaanbieder dient over de financieel genormeerde indicatoren een Rapport van Feitelijke bevindingen aan te leveren. Ten behoeve van het door de externe accountant in dit kader uit te voeren onderzoek (de te hanteren onderzoekscriteria en richtlijnen) en het daarbij behorende verantwoordingsformat, wordt jaarlijks een "accountantsprotocol genormeerde prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie" door ForZo/JJI opgesteld en gepubliceerd op [de website](#). Voor zover daartoe aanleiding bestaat zal zorgaanbieder tevens aanvullend worden geïnformeerd over specifiek te volgen procedures inzake de aanlevering van verantwoordingsgegevens in het daarvoor bestemde dataportaal.

Het Rapport van Feitelijke Bevindingen is leidend voor wat betreft de juistheid van de door zorgaanbieder aangeleverde gegevens, ten aanzien van de twee financieel genormeerde prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie. De gegevens in de digitale vragenlijst dienen overeen te komen met de gegevens in het Rapport van Feitelijke Bevindingen. Het Rapport van Feitelijke Bevindingen dient uiterlijk 1 juni aangeleverd te worden, op dezelfde datum is de sluiting van de digitale vragenlijst. Indien 1 juni in het weekend valt zal de aanlevering van het Rapport van Feitelijke Bevindingen op de eerstvolgende werkdag daarna plaatsvinden.

6.1.5 *Boeteclausule prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie*

Aan het 'niet, niet tijdig en/of onjuist aanleveren' van de prestatie-indicatoren en het niet behalen van de toepasselijke financiële norm(-en) is een direct opeisbare boete verbonden.

a Boete bij het niet, niet tijdig en/of onjuist aanleveren van de prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie en/of het Rapport van Feitelijke bevindingen

Indien de prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie niet, niet tijdig en/of onjuist worden aangeleverd (bij zowel de eerste als de tweede aanlevering), bedraagt de direct opeisbare boete 1% per indicator. Het onjuist aanleveren kan zowel blijken uit de data die in CTM zijn ingevoerd als uit het Rapport van Feitelijke Bevindingen van de accountant.

b Boete bij het niet voldoen aan de gestelde normen op de prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie

Indien de prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie tijdig en volledig zijn aangeleverd, wordt bekeken of is voldaan aan de normen van de financieel

genormeerde prestatie-indicatoren. Vanaf 2021 wordt het gemiddelde genomen van de uitkomsten van de eerste en de tweede aanlevering van de financieel genormeerde indicatoren. Indien de minimale norm van de financieel genormeerde indicatoren niet wordt behaald, bedraagt de direct opeisbare boete 0,25 tot 0,5% per indicator, zoals beschreven in onderstaande tabel.

Tabel 8: Overzicht boetepercentage per norm

Norm	Behaald %	Boete %	Behaald %	Boete %	Behaald %	Boete %
55%	0-44,99%	0,50%	45-49,99%	0,40%	50-54,99%	0,25%
60%	0-49,99%	0,50%	50-54,99%	0,40%	55-59,99%	0,25%
65%	0-54,99%	0,50%	55-59,99%	0,40%	60-64,99%	0,25%
70%	0-59,99%	0,50%	60-64,99%	0,40%	65-69,99%	0,25%
75%	0-64,99%	0,50%	65-69,99%	0,40%	70-74,99%	0,25%
80%	0-69,99%	0,50%	70-74,99%	0,40%	75-79,99%	0,25%
85%	0-74,99%	0,50%	75-79,99%	0,40%	80-84,99%	0,25%

Toelichting:

Voor dit model is gekozen om meer recht te doen aan proportionaliteit van de opgelegde boete en zorgaanbieders die de norm niet halen minder streng te beboeten.

c Berekeningsgrondslag boete

De direct opeisbare boete heeft alleen betrekking op de zorgsetting waarover verantwoord moet worden. De set van indicatoren kent de volgende vier zorgsettingen:

- FPC (perceel Tbs);
- Klinisch overig (perceel Klinische Zorg);
- Ambulante behandeling (perceel Ambulante Behandeling);
- Beschermd wonen en ambulante begeleiding (perceel Ambulante begeleiding & Verblijfszorg)

De hoogte van het boetebedrag voor de zorgaanbieder zal worden berekend op basis van de productievaststellingsbrief van het betreffende verslagjaar over de gerealiseerde omzet DBBC's en/of ZZP's en/of EP's.

ZZP/EP

De grondslag voor de boete in relatie tot Beschermd wonen (BW) en Ambulante begeleiding wordt berekend over de vastgestelde ZZP/EP omzet (exclusief NIC en NHC) over het betreffende boekjaar. De vastgestelde omzet met betrekking tot het zorgdeel is terug te vinden in de productievaststellingsbrief van het betreffende jaar.

DBBC's

De grondslag voor de boete is in relatie tot DBBC's vastgesteld op basis van de verantwoorde productie exclusief dagbesteding per 31 december van elk kalenderjaar met betrekking tot de contractjaren t-1 en t die vallen in boekjaar t.

Daarop zijn de volgende correcties toegepast.

- De productie met betrekking tot contractjaar t-1 die is gestart in het kalenderjaar t-1, maar deels overloopt in jaar t is alleen voor dat deel dat valt

in het kalenderjaar t meegenomen als productie waarover de boete wordt berekend.

- Daarnaast bestaat de grondslag uit die DBBC's die zijn gestart in kalenderjaar t en op 31 december van dat jaar in de DBBC productie contractjaar t als OHW, ANG dan wel gefactureerd zijn opgenomen.

Ter bepaling van het boetebedrag wordt het totaalbedrag van de jaarverantwoording vervolgens vermenigvuldigd met boetepercentage.

Mocht een zorgaanbieder per zorgsetting meerdere genormeerde indicatoren niet halen, dan worden de boetes gecumuleerd volgens het onderstaand schema.

Tabel 9: Boetes prestatie-indicatoren per zorgsetting

Prestatie-indicatoren (PI's)	Boete %
Eén financieel genormeerde indicator niet gehaald	0,25% - 0,5%
Beide financieel genormeerde indicatoren niet gehaald	0,5% - 1,0%
Niet, niet tijdig en/of onjuist aanleveren van de data en/of het Rapport van Feitelijke Bevindingen	1,0%
Eén financieel genormeerde indicator niet gehaald én 'niet, niet tijdig en/of onjuist aanleveren van de data en/of het Rapport van Feitelijke Bevindingen'	1,25% - 1,5%
Beide financieel genormeerde indicatoren niet gehaald én 'niet, niet tijdig en/of onjuist aanleveren van de data en/of het Rapport van Feitelijke Bevindingen'	1,5% - 2,0%

Niet, niet tijdig en/of onjuist aanleveren van de data heeft ook betrekking op de niet genormeerde indicatoren. Bij de financieel genormeerde indicatoren leidt het niet aanleveren van een indicator automatisch ook tot het niet halen van de norm. Het totaal van de opgelegde boete kan nooit meer dan 2% van de berekeningsgrondslag bedragen per zorgsetting.

Na sluiting van de digitale vragenlijst in CTM op 1 juni in jaar (t+1) worden zorgaanbieders geïnformeerd over de hoogte en de grondslag van de eventueel opgelegde boete.

6.2 Prestatie-indicatoren Doelmatigheid

Het resultaat van de Doelmatigheidsindicatoren wordt jaarlijks door ForZo/JJI berekend op basis van de gegevens uit MITS en rond 1 april in jaar (t + 1) aan de niet-justitiële FPC's verstrekt (met daarin opgenomen het cohort uit het voorafgaande jaar). De klinieken hebben tot 1 mei in jaar (t + 1) de tijd om de toegestuurde gegevens te verifiëren. Indien de klinieken niet voor 1 mei in jaar (t) hebben gereageerd op de toegestuurde informatie, worden de door ForZo/JJI uit MITS gegenereerde gegevens als uitgangspunt gehanteerd. Op basis van deze gegevens worden vervolgens de uitkomsten berekend en eventuele boetes opgelegd. Uiterlijk juni van elk kalenderjaar ontvangen de klinieken de definitieve uitkomsten van het voorafgaande jaar van de Doelmatigheidsindicatoren.

De niet-justitiële FPC's dienen een toelichting te geven op de eigen ontwikkeling in de scores als ook op de eigen scores ten opzichte van het landelijke gemiddelde en/of de norm. De scores alsmede de toelichting daarop worden jaarlijks besproken in het kwaliteitsgesprek.

Om de doorlooptijd van de behandeling in beeld te brengen is een vijftal indicatoren gedefinieerd:

- Percentage tbs-gestelden met begeleid verlof binnen twee jaar;
- Percentage tbs-gestelden met onbegeleid verlof binnen vier jaar;
- Percentage tbs-gestelden met transmuraal verlof binnen zes jaar;
- Percentage tbs-gestelden met proefverlof/voorwaardelijke beëindiging binnen acht jaar;
- Percentage tbs-gestelden met proefverlof/voorwaardelijke beëindiging binnen tien jaar.

De indicator *percentage tbs-gestelden met proefverlof/voorwaardelijke beëindiging binnen acht jaar* is financieel genormeerd:

De norm voor het jaar t (te berekenen begin jaar t + 1) is gesteld op een percentage van minimaal 50% van de tbs-gestelden met proefverlof/voorwaardelijke beëindiging binnen acht jaar.

6.2.1 Boeteclausule prestatie-indicatoren Doelmatigheid

Op basis van de evaluatie in 2018 is besloten slechts één indicator financieel te normeren. Aan de prestatie-indicator '% tbs-gestelden met proefverlof / (voorwaardelijke) beëindiging binnen acht jaar' is een boete gekoppeld. De boete voor het niet halen van de norm op deze indicator kent 2 opties:

- a. Financiële boete van 0,25% van de "berekenningsgrondslag" (zie punt c in paragraaf prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie) OF;
- b. Het organiseren van zorgconferenties voor tbs-gestelden die reeds een behandelduur hebben van 8-15 jaar

De overige richtlijnen met betrekking tot de prestatie-indicatoren Doelmatigheid en de verdere uitwerking hiervan zijn opgenomen in de Notitie herziene afspraken PI Doelmatigheid vanaf 2019 (Bijlage 27).

Met de sector is afgesproken om in 2020 de afspraken te evalueren en indien nodig nieuwe normen vast te stellen. Indien de evaluatie nog niet heeft plaatsgevonden zullen de huidige afspraken en normen geprolongeerd worden.

6.3 Belonen KFZ producten

Door het implementeren van diverse KFZ producten kan zorgaanbieder beloond worden. De volgende KFZ producten kan per betreffend perceel leiden tot een beloning:

Tabel 10: Overzicht van KFZ producten

KFZ product	Call nr.	betreffende Percelen
1. Schema Focus Therapy (SFT)	geen	Klinische zorg
2. Helpers en Helden: SFT voor LVB	2014-25	Klinische zorg, ambulante behandeling
3. Ervaringsdeskundigheid in de forensische psychiatrie	2016-47	Klinische zorg, ambulante behandeling, verblijfszorg ZZP-C3 t/m C5
4. Grip op Aggressie	2018-74	Klinische zorg, ambulante behandeling
5. Psycho-educatie LVB ('Weet wat je kan', inclusief E-module & kaartenset)	2013-3, 2015-44	Klinische zorg, ambulante behandeling

6.3.1 Implementatierapport

Om in aanmerking te komen voor beoordeling dient zorgaanbieder de implementatie en het implementatierapport uiterlijk 1 juli 2021 gereed en aangeleverd te hebben. Hieronder staat beschreven per KFZ product aan welke eisen voldaan moet worden en welke onderwerpen het implementatierapport moet bevatten om in aanmerking te komen voor de beloning.

1. Schema Focus Therapy (SFT)

Zorgaanbieder dient een implementatierapport aan te leveren met daarin het volgende beschreven:

- Hoe heeft u het product geïmplementeerd?
- Op welke datum was de implementatie van het product afgerond?
- Hoe is het gebruik van het product voor langere termijn geborgd, onderbouw dit?
- Hoe is de kennis van de cursus binnen de organisatie overgebracht aan collega's?

Daarnaast dient zorgaanbieder te voldoen aan de volgende eisen, deze dienen tevens onderbouwd te zijn in het implementatierapport:

- Zorgaanbieder dient het product SFT bij minimaal 50% van de doelgroep⁴ ingezet te hebben en dient dit aan te tonen met een cijfermatige onderbouwing.
- Zorgaanbieder is verplicht de (8-daagse) cursus schematherapie gevolgd te hebben en toont dit tevens aan.

2. Helpers en Helden: SFT voor LVB (Call 2014-25)

Zorgaanbieder dient een implementatierapport aan te leveren met daarin het volgende beschreven:

- Hoe heeft u het product geïmplementeerd?
- Op welke datum was de implementatie van het product afgerond?
- Hoe is het gebruik van het product voor langere termijn geborgd, onderbouw dit?
- Hoe is de kennis van de cursus binnen de organisatie overgebracht aan collega's?

Daarnaast dient zorgaanbieder te voldoen aan de volgende eisen, deze dienen tevens onderbouwd te zijn in het implementatierapport:

- Zorgaanbieder dient het product SFT bij minimaal 50% van de doelgroep⁵ ingezet te hebben en dient dit aan te tonen met een cijfermatige onderbouwing.
- Zorgaanbieder is verplicht de cursus Schemagerichte Cognitieve Therapie (SCT) gevolgd te hebben en toont dit tevens aan.

3. Ervaringsdeskundigheid in de forensische psychiatrie (call: 2016-47)

Zorgaanbieder dient een implementatierapport aan te leveren met daarin het volgende beschreven:

⁴ de doelgroepen met cluster B persoonlijkheidsstoornissen, een paranoïde persoonlijkheidsstoornis of psychopathie, waarbij gemiddeld genomen een matig tot hoog recidiverisico wordt ingeschat door middel van risicotaxatie en bij wie een geschiedenis van probleemgedrag is waargenomen

⁵ Cliënten met een IQ van 60 tot 80, bij wie sprake is van een licht tot ernstige verstandelijke beperkingen op het conceptuele, sociale en praktische domein. Daarnaast is er sprake van (een geschiedenis van) probleemgedrag en een matig tot hoog recidiverisico

- Hoe heeft u het product geïmplementeerd aan de hand van het stappenplan en beschrijf kort alle 6 de stappen?
- Op welke datum was de implementatie van het product afgerond?
- Hoe is de inzet en de werving van ervaringsdeskundigen voor langere termijn geborgd, onderbouw dit?

Daarnaast dient zorgaanbieder te voldoen aan de volgende eisen, deze dienen tevens onderbouwd te zijn in het implementatierapport:

- Zorgaanbieder dient minimaal 1 ervaringsdeskundige in dienst te hebben en toon dit tevens aan.

4. Grip op Agressie (GoA, call 2018-74)

Zorgaanbieder dient een implementatierapport aan te leveren met daarin het volgende beschreven:

- Hoe heeft u het programma geïmplementeerd?
- Op welke datum was de implementatie van het programma afgerond?
- Hoe is het gebruik van het product voor langere termijn geborgd, onderbouw dit?
- Hoe is de kennis over het programma binnen de organisatie overgebracht aan collega's?

Daarnaast dient zorgaanbieder te voldoen aan de volgende eisen, deze dienen tevens onderbouwd te zijn in het implementatierapport:

- Zorgaanbieder dient het programma GoA bij minimaal 50% van de doelgroep⁶ ingezet te hebben en dient dit aan te tonen met een cijfermatige onderbouwing.
- Zorgaanbieder is verplicht de GoA scholing (2 dagdelen) gevolgd te hebben en toont dit tevens aan.

5. Psycho-educatie LVB ('Weet wat je kan', inclusief E-module & kaartenset, call 2013-3)

Zorgaanbieder dient een implementatierapport aan te leveren met daarin het volgende beschreven:

- Hoe heeft u de module geïmplementeerd?
- Op welke datum was de implementatie van de module afgerond?
- Hoe is het gebruik van de module voor langere termijn geborgd, onderbouw dit?
- Hoe is de kennis van de scholing binnen de organisatie overgebracht aan collega's?

Daarnaast dient zorgaanbieder te voldoen aan de volgende eisen, deze dienen tevens onderbouwd te zijn in het implementatierapport:

- Zorgaanbieder dient de module Wwjk bij minimaal 50% van de doelgroep⁷ ingezet te hebben en dient dit aan te tonen met een cijfermatige onderbouwing.
- Zorgaanbieder dient voor implementatie van de module "Wwjk" verplicht een scholing gevolgd te hebben, toont dit tevens aan.

6.3.2 Beloning

Zorgaanbieder ontvangt een beloning indien aan alle volgende punten is voldaan:

⁶ Cliënten vanaf 18 jaar met een SGLVG-indicatie

⁷ Mensen vanaf 16 jaar met een LVB (IQ tussen 50 en 85), die vanwege grensoverschrijdend gedrag in de strafrechtketen terecht zijn gekomen, of het risico lopen daar in terecht te komen. De indicatie is dat de manier waarop de cliënt omgaat met zijn LVB een negatief effect heeft op de gedragsproblematiek.

- het implementatierapport is uiterlijk 1 juli 2021 aangeleverd via inkoopforensischezorg@dji.minjus.nl.
- Zorgaanbieder voldoet aan de gestelde eisen bij het betreffende KFZ product en heeft dit aangetoond.
- Alle genoemde onderwerpen bij het betreffende KFZ product staan beschreven in het implementatierapport.

De volgende beloningspercentages zijn van toepassing:

Tabel 11: beloningspercentages per perceel

Perceel	beloningspercentage	beloningscomponent
Klinisch zorg	2%	Behandeldeel DBBC's
Ambulante behandeling	2%	Ambulante DBBC's
Verblijfszorg ZZP-C 3-5	1%	ZZP-C 3-5

Het beloningscomponent uit tabel 11 wordt berekend volgens de berekeningsgrondslag in paragraaf 5.1.5 onder c.

De beloning zal betaald worden na het goedkeuren van het implementatierapport, in het jaar 2021, over het aangegeven percentage van de gerealiseerde zorg over 2020. De beloning gaat alleen over het betreffende perceel en heeft een maximum van 100.000 euro.

Het staat u vrij om meerdere producten te implementeren, de beloning wordt echter maar 1 keer toegekend per zorgaanbieder per perceel.

6.4 Contractmanagement

In het kader van contractmanagement wil ForZo/JJI minimaal eenmaal per jaar een contractmanagementgesprek voeren met de zorgaanbieder. Voor dit gesprek dient de zorgaanbieder de volgende gegevens aan te leveren:

- Actuele data op prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie

Daarnaast zullen naast de financiële gegevens de volgende inhoudelijke onderwerpen (indien van toepassing) aan de orde komen:

- Gebruik ROM recidiverisico's (risicotaxaties) in behandeling/begeleiding
- Gebruik ROM verandering van ernst van de stoornis in behandeling
- Afname en gebruik delictanalyses in behandeling/begeleiding
- Beleid voor delictanalyses op indicatie in de OFZ
- Aangeven hoe personeel geschoold is (bijvoorbeeld opleidingsinspanning, opleidingsplannen) en of er een goede functiemix is met de juiste startkwalificaties
- Balans tussen zorg en veiligheid
- Ziekteverzuim
- Knelpunten bij in-, door-, uitstroom
- Gebruik openbare jaarrapportage kwaliteitsnetwerken
- Staf- en bestuurlijke turnover
- Patiëntervaring/patiënttevredenheid
- Jaarverslagen
- Inspectie rapportages
- Incidenten tijdens behandeling
- Afspraken en contacten ketenpartners/stakeholders

- Implementatie KFZ producten
- Door zorgaanbieder vrij in te brengen onderwerpen aangaande kwaliteit van zorg

6.5 Data aanlevering verantwoordingsinformatie prestatie-indicatoren

Hieronder staat een overzicht van de verantwoordingsinformatie en de data waarop de informatie uiterlijk opgeleverd dient te zijn (voor zorgaanbieders met een aanleververplichting).

Tabel 12: Data voor aanlevering verantwoordingsinformatieprestatie-indicatoren

Verantwoordingsinformatie	Inhoud	Wanneer
1. Prestatie-indicatoren Doelmatigheid (perceel Tbs)	Communicatie van resultaten aan FPK's door ForZo/JJI	Rond 1 april (jaar t + 1)
2. Prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie: Financieel genormeerde indicatoren	Verbeterplan aanleveren indien de score van een of meerdere financieel genormeerde indicatoren in juni 2020 onder de norm zit	Uiterlijk 15 juli 2020
3. Prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie: (Tweede) aanlevering gegevens per setting en per prestatie-indicator (digitale vragenlijst)	Zie indicatoren gids prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie van het betreffende jaar op de website	Uiterlijk 1 juni (jaar t + 1) in CTM
4. Prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie: Rapport van feitelijke bevindingen genormeerde prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie	Zie accountantsprotocol genormeerde prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie van het betreffende jaar op de website	Uiterlijk 1 juni (jaar t + 1) in CTM
5. Prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie: (Eerste) aanlevering Financieel genormeerde indicatoren	Zie indicatoren gids prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie van het betreffende jaar op de website	Uiterlijk 1 augustus (jaar t) in CTM

7 Controles forensische zorg

Het tegengaan van onrechtmatige declaraties is in de visie van ForZo/JJI een belangrijke voorwaarde voor het betaalbaar houden van de forensische zorg. Het is derhalve van essentieel belang dat ForZo/JJI controleert of de door zorgaanbieders geleverde en gedeclareerde zorgprestaties rechtmatig hebben plaatsgevonden. Hiervoor voert ForZo/JJI materiële en formele controles uit.

7.1.1 *Materiële controles*

Bij de materiële controle gaat ForZo/JJI na of:

- a. de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestaties feitelijk zijn geleverd ('rechtmatigheid');
- b. en voor zover dit mogelijk is de zorgprestaties terecht zijn geleverd (was de geleverde zorg het meest aangewezen) gezien de "gezondheidstoestand" van de forensische cliënten ('doelmatigheid'). Begrippen als passende zorg en gepast gebruik horen hier ook bij.

Bij het constateren van onrechtmatige declaraties (alleen geldend voor 7.1.1.a) zal ForZo/JJI overgaan tot correctie en terugvordering van eventuele ten onrechte gedane betalingen.

Belangrijk uitgangspunt voor de inrichting van de materiële controle is dat deze niet mag leiden tot een significante verhoging van de controle en/of administratieve lastendruk voor zorgaanbieders. Er zal derhalve en voor zover mogelijk bij de inrichting van de materiële controle een reële balans bestaan tussen de mate van de te verkrijgen zekerheid voor ForZo/JJI en de controle- en administratieve lastendruk voor de zorgaanbieder.

7.1.2 *Formele controles*

Formele controles zijn controles waarbij ForZo/JJI als zorgverzekeraar van de forensische zorg nagaat of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een zorgprestatie in rekening is gebracht:

- a. een prestatie betreft, welke aan een cliënt is geleverd, waaraan een voor de forensische zorg in een strafrechtelijk kader geldige strafrechtelijke titel ten grondslag ligt;
- b. een prestatie betreft, welke aan een cliënt is geleverd, waaraan een indicatie- en plaatsingsbrief ten grondslag ligt welke is afgegeven door een daarvoor bevoegd orgaan (bijv. het Forensische Plaatsingsloket (FPL), het NIFP of 3RO).
- c. een prestatie betreft, waarvoor de zorgaanbieder bevoegd is gezien de specifiek met de zorgaanbieder gemaakte inkoopafspraken en past binnen het wettelijke kader van de forensische zorg;
- d. een tarief betreft, welke voor die prestatie krachtens de NZA beleidsregels (tariefsbeschikking) is vastgesteld of een tarief betreft welke voor die prestatie door ForZo/JJI met de zorgaanbieder is overeengekomen.

De formele controles vinden hoofdzakelijk geautomatiseerd plaats in de systemen van ForZo/JJI. Tevens worden aan de 'achterkant' van het declaratieverwerkingsproces door ForZo/JJI (de afdeling Analyse & Bekostiging) aanvullende controles uitgevoerd. De resultaten van de formele controles kunnen, afhankelijk van de bevindingen, leiden tot een corrigerende actie.

7.1.3 *Horizontaal toezicht*

Per 2022 wordt het zorgprestatie­model (volgend op de DBBC systematiek) ingevoerd. Hierop vooruitlopend is de divisie ForZo/JJI gestart met het onderzoeken naar de mogelijkheden van Horizontaal Toezicht binnen de forensische zorg. In de jaren 2020 en 2021 zal de divisie ForZo/JJI horizontaal toezicht gaan implementeren (waar mogelijk). De zorgaanbieders zullen te zijner tijd worden gevraagd om hieraan hun medewerking te verlenen.