



Ministerie van Veiligheid en
Justitie

Meerjarenovereenkomst Forensische zorg 2013 tot en met 2017

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

H.M. Dupuis



GGZ Nederland

M. P. B. J. H.



De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie

[Signature]

3 april 2013

Inleiding

De forensische zorg levert een belangrijke bijdrage aan een gezonde en veilige samenleving. Het gaat bij de forensische zorg om specialistische zorg: behandelen in veiligheid. Door op een goede manier te behandelen en te beveiligen is de sector in staat het recidive laag te houden en zo mogelijk nog verder terug te brengen. Hierdoor worden delicten voorkomen en de veiligheid in de maatschappij vergroot. Juist in de unieke combinatie van behandelen en beveiligen ligt de deskundigheid van de forensische zorg. De sector kan door haar kennis en expertise zware en complexe patiënten behandelen en levert daardoor een grote bijdrage aan een veiligere maatschappij. De forensische zorg heeft daarmee ook een belangrijke maatschappelijke functie. Deze sector biedt niet alleen psychiatrische, psychische en gedragskundige behandeling, maar zorgt ook voor resocialisatie en re-integratie van patiënten en investeert in preventie. Daarnaast is er vanzelfsprekend in toenemende mate aandacht voor de positie van slachtoffers.

Het verlenen van forensische zorg is zeer succesvol bij het verminderen van recidive. Zo is de algemene recidive van ex-tbs gestelden twee jaar na beëindiging van de maatregel 20,9 procent, terwijl dit percentage bij ex-justitiabelen zonder behandeling aanzienlijk hoger ligt: 49,3 procent.¹

Vertegenwoordigers van zorgaanbieders (GGZ Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland), inkopers van zorg (Directie Forensische Zorg van DJI, Zorgverzekeraars, VNG) en de overheid (Ministerie van V&J, Ministerie van VWS) hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om bij te dragen aan een gevarieerd en solide aanbod van kwalitatief goede en doelmatige zorg voor patiënten met psychische aandoeningen die een gevaar vormen voor zichzelf en/of voor anderen. Door een gezamenlijke agenda kan de zorg in de toekomst kwalitatief hoogwaardig én betaalbaar blijven.

Deze agenda is onontbeerlijk voor de toekomst. Als gevolg van de taakstellingsopdrachten die het ministerie van V&J opgelegd heeft gekregen, alsook als gevolg van de verminderde instroom in de forensische zorg (met name in de tbs) moeten keuzes worden gemaakt. Daarbij mogen toegang, kwaliteit en continuïteit van de zorg en de veiligheid niet in het gedrang komen. Het bezuinigingsbedrag is te groot om te volstaan met 'van alles een beetje minder'; het kan alleen worden gerealiseerd door consequente, inhoudelijk doordachte keuzes te maken. Keuzes die de toegevoegde waarde van forensische zorg voor de samenleving erkennen en ondersteunen, die de kwaliteit handhaven en die resulteren in een kleinere, maar gezonde en goed presterende forensische sector met een duurzame infrastructuur.

Partijen willen met een gezamenlijke inhoudelijke agenda tot een vermindering van kosten komen en tegelijkertijd een toekomstbestendig zorgveld overhouden, dat zich verder inhoudelijk kan blijven ontwikkelen en waarbij de reductie van tbs-capaciteit ook wordt gebruikt om groei in de overige forensische capaciteit te realiseren.

Het akkoord sluit aan op het in 2012 gesloten akkoord, waarin afspraken zijn gemaakt voor een beheerste overgang naar prestatiebekostiging en bevoorschotting, afbouw van de reservecapaciteit en een beperkte efficiencykorting.

¹ Dit betreft alle mogelijke feiten waarvoor zij in die periode met Justitie in aanraking zijn geweest, de zogeheten algemene recidive. Bron: <http://rijksoverheid.nl/ministeries/venj/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/03/23/brief-tweede-kamer-tbs-maatregel.html>.

Gezamenlijke visie

Samenwerking

De forensische zorg heeft veel overeenkomsten met de reguliere ggz en verslavingszorg en met een deel van de zorg voor verstandelijk gehandicapten. De behandelmethoden zelf zijn bij forensische zorg niet anders dan in de reguliere ggz. De omstandigheden waaronder de behandeling wordt geboden en de focus van de behandeling verschillen echter wel sterk. Zo is de focus gericht op gevaarsrisico's, het ouderschap en de consequenties voor het slachtoffer. Het therapeutisch klimaat en de daarbij horende relationele beveiliging zijn eveneens typische kenmerken van een forensische setting. Daarbij kenmerken de omstandigheden zich door de beveiligde setting en andere wetgeving. Het verbeteren van de samenwerking tussen de forensische zorg en de reguliere ggz en reguliere gehandicaptenzorg in de toekomst, is noodzakelijk. Binnen de forensische zorgsector wordt de zorg verleend door een groot aantal verschillende instellingen². De sector gaat niet uit van die individuele instellingen, maar zet het ontwikkelingstraject van patiënten centraal. Zij draagt zorg voor behandeling en beveiliging in een logisch samenhangende keten binnen de forensische zorg en in afstemming met reguliere ggz en andere ketenpartners. Door de ontwikkeling van kwalitatief hoogwaardige en samenhangende zorgprogramma's en zorgpaden voor de keten, wordt een optimale behandeling gegeven over de verschillende instellingen heen. De sector werkt actief aan het wegnemen van de schotten in de keten. Het forensische zorg veld gaat daarbij uit van het gemeenschappelijke, en niet van de deelbelangen van individuele instellingen, en van samenhang en samenwerking met de reguliere ggz, verslavingszorg en reguliere verstandelijk gehandicaptenzorg, zodat de kracht van de sector als geheel wordt vergroot. Om dit vorm te geven is een passende financieringsvorm over de segmenten heen noodzakelijk.

Preventie en nazorg

De forensische zorg begint aan de 'voorkant' bij de begeleiding en behandeling van (potentiële) daders en eindigt aan de 'achterkant' bij patiënten wier (strafrechtelijke) titel weliswaar is afgelopen maar waarbij de behandeling en de beveiliging nog steeds nodig zijn. De forensische zorgsector blijft betrokken zolang de beveiliging en de behandeling toegevoegde waarde hebben. De forensische zorgsector zoekt daarom ook in de brede keten (dus inclusief reguliere GGZ, ppc's, beschermde woonvormen en instellingen voor verstandelijke gehandicaptenzorg en die voor maatschappelijke begeleiding) naar aansluiting en optimalisering. Het is daarbij belangrijk over en weer gebruik te maken van elkaars sterke punten. De Wet Verplichte ggz moet de mogelijkheden voor (dwang)behandeling buiten de muren van de instelling faciliteren.

De komende jaren komt er ook een enorme bezuiniging af op het gevangeniswezen (GW). Het forensische veld ziet voor zichzelf een taak om zowel binnen de gevangenispopulatie als na afloop van detentie passende en aansluitende forensische zorg te bieden aan justitiabelen met een psychische stoornis en/of (licht) verstandelijke beperking. Hiermee kan voorkomen worden dat deze groep vanuit hun ziektebeeld of verstandelijke beperking opnieuw delicten pleegt en terug komt in detentie. Daarnaast ziet het forensische veld een taak voor zichzelf aan de voorkant, namelijk het voorkomen van delicten door tijdig behandeling aan te bieden. Het forensische veld wil zich meer richten en specialiseren in ambulante preventieve zorg en wil zo een nieuwe groep patiënten³ (beter) bereiken, te weten de patiënten die vanuit hun stoornis of verstandelijke beperking delicten dreigen te gaan plegen. Een voorbeeld van een belangrijke "vindplaats" van deze groep is het Veiligheidshuis. Een deel van de groep die hier besproken wordt heeft nog geen strafrechtelijke titel, of heeft geen strafrechtelijke titel meer, maar loopt vanuit hun ziektebeeld nog wel een verhoogd risico op het plegen van delicten. Als deze patiënten en cliënten tijdig worden behandeld en begeleid, zal de toestroom naar het Gevangeniswezen en de forensische zorg van deze groep afnemen. Hierbij hoort ook het zogenaamde "op- en afschalen" van de behandeling: een kortdurende klinische opname moet mogelijk zijn in een ambulante traject, ook als dat niet in het vonnis staat. Verkend zal worden hoe in het vonnis bij forensische patiënten ruimte kan worden geboden voor het op- en afschalen tussen ambulante en klinische zorg.

² Forensisch psychiatrische centra, forensisch psychiatrische klinieken, forensisch psychiatrische afdelingen, poliklinieken, forensische verslavingszorg afdelingen/ klinieken, psychiatrische penitentiaire centra, sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicaptenzorg, reguliere verstandelijk gehandicaptenzorg, regionale instellingen voor beschermd wonen, klinieken intensieve behandeling.

³ In de gehandicaptenzorg wordt de term cliënt gehanteerd. Voor de leesbaarheid wordt in deze overeenkomst zoveel mogelijk één term gebruikt, en wordt de term cliënt apart genoemd waar dit een eigen betekenis heeft.

Monitoring

Op de hierboven beschreven manieren hopen de ondertekenaars de doorstroming van patiënten in de (forensische) zorg te stimuleren. De forensische sector en het ministerie van V&J monitoren deze doorstroming gezamenlijk. Onder meer de risicotaxaties van de Landelijke Databank Risicotaxaties (LDR), beheerd door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, zullen hiervoor op instellingsniveau worden aangewend en aan iedereen ter beschikking worden gesteld. Aan de hand van informatie die uit deze monitoring komt, kunnen randvoorwaarden gecreëerd worden om de ontkoppeling van titel en bed mogelijk te maken. Er kan dan namelijk in kaart gebracht worden waar bepaalde patiëntengroepen het beste geplaatst kunnen worden, onafhankelijk van hun (strafrechtelijke) titel.

Afspraken

1. Partijen vinden het van belang dat de beeldvorming over patiënten in de forensische zorg en over de resultaten van de forensische zorg wordt verbeterd. Dat bevordert de mogelijkheden om patiënten op de meest efficiënte en effectieve manier te behandelen met het daarbij passende beveiligingsniveau. Met de reguliere ggz, de reguliere gehandicaptenzorg, gemeenten, zorgverzekeraars en reclassering kan gewerkt worden aan de deelname van mensen aan de maatschappij, arbeidsparticipatie en herstel. Partijen zullen resultaten van de forensische zorg gezamenlijk uitdragen, evenals de plek die ex-patiënten uit de forensische zorg kunnen vervullen in de maatschappij om de uitstroom van deze groep naar en participatie in de maatschappij verder te bevorderen. Hiertoe zetten partijen een gezamenlijk programma op om de beeldvorming te verbeteren.
2. Partijen nemen in de uitwerking van de maatregelen de aanbevelingen zoals verwoord door de RVZ in zijn advies "Stoornis en Delict" nadrukkelijk mee. De conclusies die de RVZ trekt op basis van zijn uitgebreide onderzoek en analyse sluiten op veel punten aan bij de ingezette richting van het forensische veld en het ministerie van V&J m.b.t. ketenzorg: in- en uitstroom van patiënten is een gedeelde verantwoordelijkheid van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het ministerie van V&J. De zorgbehoeften van de patiënt dienen centraal te worden gesteld door voor- en doorzorg tot uitgangspunt te nemen, waarbij de patiënt en de maatschappelijke opbrengsten leidend zijn, niet de (strafrechtelijke) titel of locatie. Het kabinet zal in het voorjaar van 2013 een beleidsreactie op het rapport aan de Tweede Kamer zenden. Partijen zullen zich voor hun eigen beleidsaandeel maximaal inspannen om aan de aanbevelingen uit dit advies uitvoering te geven, zowel inhoudelijk als financieel en daar waar nodig gezamenlijk optrekken naar andere partijen om noodzakelijke randvoorwaarden ingevuld te krijgen, om de aanbevelingen te kunnen realiseren.
3. Partijen vinden het belangrijk dat de patiënt op de meest effectieve plaats met het passende beveiligingsniveau wordt behandeld. Om ketenzorgprogramma's en het ontwikkelingstraject van patiënten centraal te kunnen zetten, draagt de sector zorg voor het stroomlijnen van de in-, door- en uitstroom. Een probleem bij de genoemde stroomlijning is het aflopen van de straf/maatregel. Het ministerie van V&J zal zich inspannen voor het creëren van de randvoorwaarden die een ontkoppeling van titel en bed mogelijk maken, zodat niet uitsluitend kan worden geïndiceerd op basis van de juridische titel (zowel strafrechtelijke als civielrechtelijk), maar ook op basis van de noodzakelijk geachte behandeling en beveiliging. Hierbij geldt het uitgangspunt dat de zorg en beveiliging zo laag als mogelijk dienen te zijn, maar ook zo hoog als nodig. In de toekomst zal daarbij ook gekeken worden of afstemming en samenwerking met het gevangeniswezen (ppc) kan worden verbeterd en geïntensiveerd. Harmonisatie van indicatiestellingsmethodieken in de strafrechtketen en in de reguliere ggz is noodzakelijk. Wanneer de patiënt als uitgangspunt wordt genomen, zal in de indicatiestelling zowel de zorg als de beveiligingsbehoefte in kaart gebracht worden, ongeacht welke instantie de indicatiestelling uitvoert. Hierdoor gaan de nu nog verschillende wijzen van indicatiestelling beter bij elkaar aansluiten en kan de systematiek vereenvoudigd worden. Dit vraagt van de ggz het toevoegen van informatie over risicotaxatie, en van de indicatiestellers in de strafrechtketen meer balans in de indicatiestelling tussen zorg en beveiliging. In gezamenlijkheid zullen partijen het proces van indicatiestelling doorlichten om waar mogelijk efficiëntie te bevorderen en deskundigheid leidend te maken.

4. Partijen maken zich sterk voor het terugbrengen van de gemiddelde behandelduur in de forensische zorg. Al sinds de commissie-Visser, de onderzoekscommissie van de Tweede Kamer die in 2006 het tbs-stelsel onderzocht, is doorstroming van patiënten onderwerp van gesprek. De gemiddelde behandelduur is door verschillende factoren flink toegenomen; in de tbs verblijft men gemiddeld tien jaar. Het is veel beter als patiënten bij gebleken goede behandelresultaten doorstromen naar een goedkoper regime met meer vrijheden c.q. minder restricties, met een lagere behandelintensiteit. Als de behandelduur kan worden verkort, kan er gesubstitueerd worden: er kan meer 'lagere' capaciteit worden ingekocht, onder gelijktijdige afbouw van de hoeveelheid hoogbeveiligde en zorg- intensieve plaatsen. Streven is de gemiddelde behandelduur terug te brengen naar acht jaar. Hierin zien de forensische zorgaanbieders voor zichzelf een duidelijke inspanningsverplichting. Door deze verkorting ontstaat meer druk op vervolgvoorzieningen. Is na acht jaar nog een vorm van zorg nodig, dan zal dat in een andere, goedkopere setting dienen te geschieden, mits de gevaarsrisico's en de zorgzwaarte dit toelaten. Dit zal naar verwachting leiden tot doelmatiger afwegingen in de behandeling van personen met een psychische stoornis. Ook de aansluiting op de reguliere geestelijke gezondheidszorg en de reguliere gehandicaptenzorg zal hiervoor moeten worden verbeterd. Het terugdringen van de behandelduur is een gezamenlijke verantwoordelijkheid; nauwe samenwerking met ketenpartners is in deze noodzakelijk. Daarnaast wordt onderkend dat de forensische zorgaanbieders deze teruggang niet alleen kunnen bewerkstelligen: zowel politieke, maatschappelijke als beleidsmatige en inhoudelijke aspecten spelen hierin een rol. Deze hebben in het verleden juist geresulteerd in een verlenging van de behandelduur. Het ministerie van V&J ziet dan ook voor zichzelf een inspanningsverplichting om hier de juiste randvoorwaarden voor te creëren. Bij het verkorten van de behandelduur is in het bijzonder aandacht voor het terugbrengen van de duur van de tbs-behandeling; het hanteren van richtlijnen in het vrijhedenbeleid en het opstellen van forensische prognoses, waarmee de (tbs-) behandeling transparanter en meer toetsbaar wordt. Partijen onderkennen tegelijkertijd dat een bepaalde groep patiënten nooit zodanig zal herstellen dat veilige (volledige) terugkeer in de samenleving mogelijk is en waarvoor continue zorg, structuur, begeleiding en ondersteuning nodig zullen blijven om de veiligheid te kunnen waarborgen. Hierbij valt onder meer te denken aan justitiabelen met een verstandelijke beperking. Voor een kleine groep moet worden geaccepteerd dat humane verpleging in de long care uiteindelijk nodig zal zijn, waarbij wordt behandeld in een lage intensiteit die gericht is op de stabilisatie van de patiënt.
Partijen starten een gezamenlijk project met als doel de behandelduur in de tbs te verkorten naar gemiddeld 8 jaar in. Hiervoor is een ketenbrede aanpak noodzakelijk. Gedacht wordt aan het instellen van een Taksforce Behandelduur tbs, waarvoor naast de ondertekenaars van dit convenant (GGZNL, VGN, Ministerie van V&J), ook gemeenten, het Ministerie van VWS, ZN en de VNG zullen worden uitgenodigd. Deze samenstelling is naar analogie van de noodzakelijke ketenaanpak zoals omschreven in het advies van de RVZ " Stoornis en Delict".
5. De forensische zorgsector vindt dat de inzet van doelmatige, evidence based interventies vanzelfsprekend moet worden. Daarom heeft de sector samen met de Directie Forensische Zorg van DJI en GGZ Nederland het initiatief genomen de kwaliteit van de forensische zorg verder te verbeteren en zichtbaar te maken. Deze kwaliteitsverbetering wordt vormgegeven in het meerjarenprogramma genaamd Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ), dat in geïntensiverde vorm zal worden voortgezet. Evidence based behandelmethoden en wetenschappelijk gefundeerde meetmethoden dragen bij aan de professionaliteit van de sector. De centraal gestelde patiënt en zijn behandeling zijn doorlopend subject van onderzoek, waarbij ook de internationale vergelijking zal worden gezocht. Daarnaast zal de sector zorgen voor inzicht in de effecten en in de kwaliteit van de geleverde zorg en van het risicomanagement, door de toepassing van onder meer Routine Outcome Monitoring (ROM) en van kwaliteitsmeting in de gehandicaptenzorg. De forensische zorgsector zet de kosten van de geleverde zorg af tegen de maatschappelijke opbrengsten. De prestaties van de forensische aanbieders (inclusief de prijs-kwaliteitsverhouding) worden hiermee sectorbreed inzichtelijk gemaakt en kunnen in de inkoop van zorg worden gebruikt. ROM krijgt een belangrijke plek binnen KFZ. De gegevens worden eveneens geleverd aan de stichting benchmark ggz (SBG) en worden (op instellingsniveau) aan inkopers en aan patiënten ter beschikking worden gesteld. Tevens zullen zij middels benchmarking aan de aanbieders beschikbaar worden gesteld.
Voor wetenschappelijke onderbouwing van de forensische zorg is het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) opgericht. Het EFP wil de forensische sector ondersteunen bij de verhoging van de kwaliteit van zorg en de bevordering van de veiligheid van de samenleving. Om de verdere kwaliteitsontwikkeling binnen de forensische zorg zeker te stellen, zal het Ministerie van Veiligheid en Justitie de tweejaarlijkse bijdrage aan KFZ van 1,4 mln. euro in ieder geval tot en met 2017 voortzetten.
6. De forensische zorgsector onderzoekt de mogelijkheden om te komen tot verdere doelmatigheid en efficiency door technologische innovatie en de inzet van elektronische hulpmiddelen, zoals E-health, de inzet van domotica en elektronische systemen voor onder andere toezicht, plaatsbepaling en stressmeting.

7. Door het grote aantal aanbieders van forensische zorg is het op dit moment moeilijk te garanderen en verifiëren of een patiënt op de juiste plek en op het juiste moment wordt behandeld en beveiligd. Het risico op suboptimale benutting van de beschikbare forensische capaciteit is levensgroot aanwezig, wat afbreuk doet aan de efficiency van de sector. Hier is dus winst te behalen. Door nu te volstaan met “van alles een beetje minder” zou de sector risico lopen op verdere sub-optimalisatie. Concentratie en samenwerking zijn daarom nodig. Het biedt meer mogelijkheden tot specialisatie, het inregelen van keten brede zorgpaden en zorgprogramma's en efficiencyverbeteringen. Teneinde de regie in de keten te verbeteren, onderzoekt de forensische zorgsector de mogelijkheden op het gebied van samenwerking, concentratie en specialisatie. In 2013 zal gepoogd worden, in het licht van bovenstaande, een gezamenlijke koers uit te zetten om maximaal haalbare resultaten binnen bereik te krijgen.
8. De forensische zorgsector werkt de komende periode samen met het Ministerie van Veiligheid en Justitie om te komen tot een efficiency- en doelmatigheidsslag. Pijnlijke keuzes zijn niet te vermijden. De sector geeft hieraan de voorkeur boven het hanteren van de 'kaasschaafmethode' en niet onderbouwde tariefkortingen, aangezien daardoor de kwaliteit van de forensische zorg onder druk komt te staan. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met het borgen van de beoogde compacte duurzame infrastructuur van de totale sector. De prestatiebekostiging maakt het in het vervolg mogelijk dat daarbij keuzes worden gemaakt op objectieve criteria over kwaliteit, doelmatigheid en toegang. Het perspectief op een robuuste, bedrijfseconomisch gezonde en inhoudelijk beter presterende sector is daarbij leidend. De volume-ingrepen zijn vooral in de tbs groot. Afbouw van capaciteit zal, waar die ook plaatsvindt, zorgvuldig moeten geschieden, met oog voor de gevolgen voor personeel, patiënten en omgeving.
9. Het ministerie van V&J is verantwoordelijk voor de keuze bij welke instellingen zorg wordt ingekocht. Binnen het macro budgettaire kader zal de inkoper vanuit het ministerie (DFORZO) kwalitatief goede zorg inkopen, waarbij conform punt 8 gestuurd wordt op prijs, kwaliteit en doelmatigheid / bezettingsgraad, waarbij een compacte, duurzame infrastructuur het eindresultaat is dat voor ogen wordt gehouden. Andere kwaliteitscriteria kunnen hierin vervolgens meegenomen worden⁴. Bij de keuze wordt geen onderscheid gemaakt naar herkomst van de instelling (rijks danwel particulier). In het gesprek over de efficiency- en doelmatigheidsslag zal het ministerie tijdig voor het nieuwe begrotingsjaar bekendmaken welke instellingen de komende jaren worden gecontracteerd. Het ministerie zal niet langer capaciteit middels tenders uitzetten, maar meerjarige contracten met de instellingen maken waarin ook afspraken worden opgenomen over noodzakelijke investeringen. Voor het afbouwen van capaciteit zijn goede afspraken nodig over zorgvuldige fasering en ondersteuning van de transitie. Er zal een afbouwplan komen, waarin in redelijkheid vanuit beide kanten aandacht wordt besteed aan de (materiële) frictiekosten. Partijen zullen hierover onafhankelijk advies inwinnen, dat het uitgangspunt zal zijn voor besluitvorming hieromtrent. Bij de afbouw zal zorg worden gedragen voor een duidelijk gecoördineerd traject, waarin logische stappen worden gezet en onnodige risico's worden voorkomen. Daarbij hoort ook een opbouwplan van ambulante en overige forensische zorg (zoals For-FACT) en afspraken daarover met relevante andere partijen (reguliere ggz, reguliere gehandicaptenzorg, zorgverzekeraars, VWS, gemeenten).
10. Als gevolg van het teruglopend gebruik van tbs neemt de operationele capaciteit op basis van de begroting van het Ministerie van Veiligheid en Justitie 2013 in de periode 2013 -2018 af met 257 plaatsen van 1867 naar 1610 plaatsen (exclusief reservecapaciteit, deze is in 2013 reeds volledig afgebouwd). Daarnaast zal als gevolg van de voorgenomen wettelijke, inhoudelijke en beleidsmaatregelen (m.n. behandelduur) de capaciteit per 2018 nog eens met 271 plaatsen afnemen tot het aantal van 1339 plaatsen. Om te voorkomen dat patiënten niet meer behandeld worden, wordt tegelijkertijd geïnvesteerd in de overige forensische zorg (122 plaatsen OFZ intramuraal en groei ambulante 5 miljoen per jaar). De maximale afbouw van capaciteit tot en met 2017 is hiermee een gegeven, waarbij de zorgaanbieders garanderen dat alle patiënten in enig jaar worden opgenomen. Hierbij geldt het uitgangspunt dat een toekomstige stijging van de PMJ ramingen een daarbij passende stijging van het macro-budgettaire kader voor forensische zorg vergt. Een eventuele daling van de PMJ-ramingen leidt gedurende de looptijd van dit convenant niet tot additionele kortingen op het macro-budgettaire kader. Het terugdringen van de behandelduur is nodig om de afgesproken capaciteitsreductie te kunnen realiseren. Conform artikel 4 is dit een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De zorgaanbieders zullen zich maximaal inspinnen voor hun aandeel in het terugdringen van de gemiddelde behandelduur tot 8 jaar. Als dit niet lukt zullen partijen in overleg treden om te bekijken wat de oorzaken daarvan zijn en hoe het financieel tekort dat hierdoor ontstaat kan worden opgevangen. Ultiem remedium is dat overschrijdingen worden gecompenseerd middels een (tijdelijke) generieke tariefkorting om de hieraan verbonden financiële taakstelling alsnog te kunnen behalen (zie het financieel kader onder punt 12).

⁴ Te denken valt aan recidive, onttrekkingen (aantal, soort en risico), vastgesteld beveiligingsniveau (materieel), adequate bedrijfsvoering, onderzoeks- en innovatiekwaliteit, registratie en ROM-gebruik. Daarnaast dient gekeken te worden naar frictiekosten, regionale spreiding en specifieke regionale samenwerkings- en arbeidsmarktomstandigheden.

11. Partijen beseffen dat deze ontwikkelingen gevolgen hebben voor personeel en werkgelegenheid. Partijen spreken de intentie uit dat zij zich zullen inspannen om deze gevolgen zo mogelijk te verzachten en zullen, zonder daarbij in de verantwoordelijkheid van individuele zorgaanbieders te komen, onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om gedwongen ontslagen te voorkomen en boventallig personeel elders werk te bieden.

12. Financieel kader

Afgesproken wordt dat, met inachtneming van de voorgaande afspraken, het financieel kader voor de komende jaren er, exclusief de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling, als volgt uitziet:

2013	2014	2015	2016	2017
688 mln	651 mln	631 mln	614 mln	602 mln

Met uitzondering van de frictiekosten en de bijstellingen als gevolg van ova en indexering, moeten alle afspraken in dit akkoord binnen deze financiële ruimte worden geacommodeerd.

Partijen spreken af dat de efficiencykorting (€ 10 miljoen in 2014, € 5 miljoen in 2015 en € 5 miljoen in 2016) zoveel mogelijk beleidsrijk wordt ingevuld, dus volgend op de beoogde efficiencywinst als gevolg van de maatregelen uit dit akkoord zoals de verkorting van de behandelduur en de ontkoppeling van titel en bed.

13. Partijen spreken af dat vier keer per jaar overleg wordt gevoerd over de voortgang van de afspraken op basis van een uitvoeringsagenda gerelateerd aan de afspraken van dit bestuurlijk meerjarenakkoord.

14. Bij de normering van de topinkomens in de forensische-zorgsector wordt aangesloten bij de Wet normering topinkomens van de Minister van BZK, inclusief het daarbij geldende afbouwtempo van salarissen die de norm overstijgen.

15. Partijen spreken af zes maanden voor dit akkoord afloopt, een kwalitatieve en kwantitatieve evaluatie uit te voeren van dit convenant. Op basis van de uitkomsten van deze evaluatie zullen noodzakelijke vervolgspraken worden gemaakt.



Bijlage

bedragen x € 1 mln.	2013	2014	2015	2016	2017
Financieel kader vóór maatregelen	725	717	714	712	714
1. Reeds gekort op kader DForZo (o.a. FMP)	-14	-18	-24	-31	-31
2. PMJ 2012 t/m 2013	-6	-9	-11	-15	-26
3. Lenteakkoord en Regeerakkoord (voorlopig)	-17	-38	-48	-52	-56
Totaal teruggang kader DForZo	688	651	631	614	602

De cijfers van de taakstelling Lenteakkoord en Regeerakkoord zijn gebaseerd op de meest recente cijfers die aan de Bestuursraad zijn voorgelegd. Deze cijfers hebben nog een voorlopig karakter.